

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

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА
на тему:

«НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ МЕХАНІЗМИ МОНІТОРИНГУ РЕАЛІЗАЦІЇ
МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В УКРАЇНІ»

Студент II курсу магістратури заочної форми
навчання спеціальності 281 «Публічне
управління та адміністрування» освітньо-
професійної програми «Парламентаризм та
парламентська діяльність»
Денисюк Віталій Миколайович

до захисту

Науковий керівник:
доктор педагогічних наук, професор, професор
кафедри парламентаризму, DrHb
Даниленко Лідія Іванівна

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

Студент _____
(підпис)

Робота допущена до захисту в екзаменаційній комісії рішенням кафедри
парламентаризму від «04» грудня 2023 р., протокол № 111

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

(підпис)

АНОТАЦІЯ

Денисюк В.М. Нормативно-правові механізми моніторингу реалізації медичної реформи 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.

Досліджено теоретичні засади дослідження системи охорони здоров'я та державного адміністрування медичних реформ. Розглянуто стратегічні аспекти реформування системи охорони здоров'я України. Проаналізовано особливості захисту прав пацієнтів в контексті медичної реформи в Україні. Здійснено аналіз реформ охорони здоров'я в Україні. Виявлено аспекти для імплементації досвіду Німеччини щодо реформування сфери охорони здоров'я. Розроблено методичні рекомендації щодо удосконалення нормативно-правового механізму медичного реформування в Україні.

Ключові слова: медична реформа, сфера охорони здоров'я, реформування, нормативно-правовий механізм, медицина, моніторинг, управління.

ANNOTATION

Denisyuk V.M. Regulatory and legal mechanisms for monitoring the implementation of the medical reform in Ukraine. – Qualifying scientific work as a manuscript.

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

The theoretical foundations of research into the health care system and the state administration of medical reforms have been studied. The strategic aspects of reforming the health care system of Ukraine are considered. The peculiarities of the protection of patients' rights in the context of the medical reform in Ukraine are analyzed. An analysis of health care reforms in Ukraine was carried out. Aspects for the implementation of Germany's experience in reforming the health care sector have been identified. Methodological recommendations for improving the regulatory and legal mechanism of medical reform in Ukraine have been developed.

Keywords: medical reform, the sphere of health care, reforming, regulatory and legal mechanism, medicine, monitoring, management.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ ТА ПРОБЛЕМАТИКА ЇЇ РЕФОРМУВАННЯ	8
1.1. Теоретичні засади дослідження системи охорони здоров'я та державного адміністрування медичних реформ	8
1.2. Соціологічна оцінка медичної галузі в Україні.....	16
Висновки до розділу 1	19
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ В УКРАЇНІ	21
2.1. Стратегічні аспекти реформування системи охорони здоров'я України.....	21
2.2. Особливості захисту прав пацієнтів в контексті медичної реформи в Україні	29
2.3. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні	35
Висновки до розділу 2	44
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО МЕХАНІЗМУ МОНІТОРИНГУ РЕАЛІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ	46
3.1. Імплементация досвіду Німеччини щодо реформування сфери охорони здоров'я	46
3.2. Методичні рекомендації щодо удосконалення нормативно-правового механізму медичного реформування в Україні	57
Висновки до розділу 3	64
ВИСНОВКИ.....	66
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	70

ВСТУП

Актуальність теми. Право на охорону здоров'я та медичну допомогу є найважливішим правом громадянина України. Тому прямим і найважливішим обов'язком держави є піклування про здоров'я людини та забезпечення його охорони відповідно до положень Загальної декларації прав людини, Європейської соціальної хартії, Міжнародного пакту про економічну, соціальну та культурну права.

Державна політика спрямована на якісну та ефективну реалізацію медичної реформи, яка на початку 2017 року розпочала новий етап, характерними рисами якого стали: подальший розвиток сімейної медицини, запровадження референтних цін на окремі лікарські засоби, за окремими видами захворювань, подальше підвищення якості медичних послуг – один із реальних шляхів виведення галузі з глибокої, масштабної кризи, оновлення не лише медичної, а й усієї соціально-гуманітарної сфери. Це пов'язано з тим, що показники здоров'я громадян є узагальненою характеристикою рівня та якості життя, показником соціального, культурного та економічного розвитку суспільства в цілому. Рівень національної безпеки нашої країни безпосередньо пов'язаний з реформою охорони здоров'я.

Саме тому на сучасному етапі розвитку України актуальним стає питання належного забезпечення державою реалізації медичної реформи на всіх її рівнях, а також державної політики регулювання ринку медичних послуг в Україні. надзвичайно терміново.

Основною причиною цього, з одного боку, є наявність недосконалих державних механізмів управління цією сферою, а з іншого – це явище зумовлене відсутністю ґрунтовних наукових досліджень, які б охоплювали весь спектр державної політики щодо впровадження медичної реформи в Україні.

Тому, враховуючи суспільно-політичне значення та економічну цінність як індивідуального, так і суспільного життя, охорона здоров'я громадян є однією з найважливіших функцій сучасної держави. Крім того, саме кількісні та якісні

показники тривалості життя та рівня здоров'я населення, а також низка інших показників соціальної політики відрізняють багаті та розвинені країни світу від бідних та слаборозвинених. одні.

Розглядаючи стан наукової розробки питання державної політики у сфері охорони здоров'я загалом та впровадження медичної реформи зокрема, варто зазначити, що дослідників у цій галузі в сучасних наукових колах небагато, але є чітко виражена тенденція підвищення інтересу до цієї проблематики таких науковців, як В. Лехан, І. Солоненко, Я. Редька, Л. Жаліло, С. Стеценко, Н. Рінгач, Т. Курило, В. Григорович та ін. Дослідження проблем у межах теми базується також на сучасних теоретико-методологічних розробках таких дослідників: Т. Курило, В. Григорович, О. Перетяка, В. Шевцов, Т. Педченко, Н. Авраменко та ін.

Нормативною основою роботи є Конституція України, закони та підзаконні акти, постанови КМУ, які є нормативно-правовими основами державної політики впровадження медичної реформи.

Мета роботи полягає в тому, щоб на основі положень чинного законодавства та існуючих наукових праць обґрунтувати сутність медичної реформи в Україні та розробити методичні рекомендації щодо удосконалення нормативно-правового механізму медичного реформування.

Відповідно до поставленої мети, визначено **наступні завдання:**

1. Дослідити теоретичні засади дослідження системи охорони здоров'я та державного адміністрування медичних реформ.
2. Розглянути стратегічні аспекти реформування системи охорони здоров'я України.
3. Проаналізувати особливості захисту прав пацієнтів в контексті медичної реформи в Україні.
4. Здійснити аналіз реформ охорони здоров'я в Україні.
5. Виявити аспекти для імплементації досвіду Німеччини щодо реформування сфери охорони здоров'я.

6. Розробити методичні рекомендації щодо удосконалення нормативно-правового механізму медичного реформування в Україні.

Об'єкт дослідження – виступає процес реалізації медичної реформи в Україні.

Предмет дослідження – нормативно-правові механізми моніторингу реалізації медичної реформи в Україні.

Методи дослідження. Методологічну основу дипломної роботи становить комплекс методів й прийомів наукового пізнання, вибір яких обґрунтовано специфікою теми, мети, завдань роботи, а також, об'єктом та предметом дипломного дослідження. Задля вирішення поставлених задач, було використано наступні загальнонаукові методи пізнання:

- Метод теоретичного аналізу і синтезу – для визначення сутності медичної реформи, сфери охорони здоров'я;
- Метод порівняння й зіставлення – для зіставлення вітчизняного та досвіду Німеччини у сфері реформування медичної галузі;
- Діалектичний метод – для співставлення різних думок науковців щодо основних аспектів проведення реформування сфери охорони здоров'я;
- Системно-структурний метод – для визначення особливостей функціонування галузі охорони здоров'я.
- Прогностичний метод дав змогу визначити перспективні шляхи удосконалення нормативно-правового механізму моніторингу реформування медичної галузі.

Структура магістерської роботи. робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи становить 79 сторінок, з них основного тексту 67 сторінок. Список використаних джерел нараховує 61 найменування.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ ТА ПРОБЛЕМАТИКА ЇЇ РЕФОРМУВАННЯ

1.1. Теоретичні засади дослідження системи охорони здоров'я та державного адміністрування медичних реформ

Аналіз сучасного етапу реалізації державної політики охорони здоров'я в Україні свідчить про наявність певних досягнень, набуття вітчизняного досвіду реформування. Водночас реальність свідчить про обмежену успішність реформи системи охорони здоров'я. Зокрема, про це свідчить її майже 20-річне відставання від аналогічних реформ у країнах СНД. Водночас слід зазначити, що у вітчизняному просторі реформа СОЗ перебуває в центрі уваги, постійно актуалізується політиками, державними діячами, науковцями, експертами, медичними працівниками, громадськими суб'єктами та іншими зацікавленими особами. Це має першочергове значення з точки зору Стратегії сталого розвитку нашої держави, а належне формування та реалізація ДПОЗ є однією з основних функцій і завдань держави щодо забезпечення належного збереження, функціонування та розвитку національного суспільства. Однак у резолюції круглого столу «Українська медична експертна спільнота. Три роки професійної експертизи та державних пропозицій» (11 березня 2021 р., Київ) зазначено, що за 30 років незалежності принципи, цілі, завдання та цінності державної політики у сфері охорони здоров'я не сформульована та законодавчо не закріплена. СОЗ дезорієнтована і перебуває в глибокій кризі [1].

Проблеми реформування привертають увагу широкого кола науковців і практиків, зокрема у сфері охорони здоров'я, державного управління, права, економіки, фінансів та ін. Останім часом різні аспекти проблемного поля реформування СОЗ розглядаються, зокрема Т.Ф. Бабій, А.Д. Барзилович, О.Є. Вашев, С.М. Вовк, Б.В.Галайчук, О.Л. Заградська, М.І. Заярський, І. Кринична, Л.В. Крячкова, В.А. Лепський, В.М. Лехан, К.А. Натутий, І.В. Найда, З.О. Надюк,

К.Г. Руських, Ю.І. Сенюк, Г.О.Слабкий, М.В. Співак, Т.М. Ткачова, М.В. Шевченка.

Найбільш узагальнений аналіз вітчизняної реформи СОЗ А.Д. Барзиловича [2], В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, М.І. Заярський [3], З.О. Надюк, Ю.І. Сенюк [4]. Вони структурують процес реформування на 4 та 5 етапів (періодів), які дещо відрізняються за часовими інтервалами. На думку Ю.І. Сенюк та З.О. Надюк, процес реформування СОЗ було розпочато пілотним проектом у 2010-2013 роках. Вони вважають, що на відміну від нинішнього 5-го етапу (з 2018 року по теперішній час), попередні етапи реформи (1991-2017 роки) проводилися безсистемно, і не вдалося інтегрувати організаційний механізм управління СОЗ. реформа. Наголошують, що зараз є спроби політиків змінити її напрямом. ПЕКЛЮ. Барзилович структурує законодавчу базу для кожного етапу та визначає основні напрями реформи в їх межах; виділяє 4 рівні його державного регулювання – конституційний, загальний, спеціальний і концептуальний; зазначає, що 2008-2014 роки є етапом радикальних нормативно-правових змін, які визначили вектор подальшого впровадження нових СОЗ в Україні; наголошує на системних прогалинах, зокрема щодо вдосконалення медичної допомоги (далі – МД), підвищення якості надання медичних послуг; зазначає, що з 2018 року утворення нових СОЗ стає прогнозованим, що відповідає європейським стандартам.

Протилежну думку висловлює В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, М.І. Заярський, Г.О.Слабкий, М.В. Шевченка [3; 5], які також характеризують реформу поетапно.

Вони виокремлюють низку проблем, пов'язаних із: застарілістю діючих ДПОЗ (визначених Указом Президента України 2000 р. [6]); поспіх, фрагментарність, відсутність системності та непослідовність реформ внаслідок кризи політичного консенсусу щодо стратегії реформ та її постійного перегляду; відсутність комплексності перетворень і чіткості політики, спрямованої на реалізацію прийнятих рішень; ігнорування науково обґрунтованих чи перевірених практикою підходів, форм і методів реформування; значний вплив на прийняття

рішень лобістськими групами; низькі темпи впровадження реформи, її непослідонвість і суперечливість дій.

Подібної думки дотримується І.П. Кринична [7; 8], де йдеться про проблеми державного управління реформуванням СОЗ в Україні: нормативно-правова фрагментарність і складність, дублювання, нечіткість фінансової та матеріальної звітності, відсутність фінансування; пропонує кардинально змінити стратегію медичної політики, механізми державного управління, розвиток загальнообов'язкового медичного страхування та його поєднання з бюджетним фінансуванням тощо.

КГ. Руських [9] посиляється на відсутність: офіційної Стратегії реформування СОЗ (є лише проект закону про ДПОЗ, використовуються однорічні плани заходів); чітке стратегічне бачення нових моделей ДПОЗ і СОЗ, розуміння в суспільстві та серед спеціалістів цілей і термінів їх побудови; мотивації спеціалістів, інтереси державних діячів, політиків, лікарів і пацієнтів; професійні реформатори в середовищі державної служби; чітко виражена зацікавленість суспільства в медичній реформі тощо М.В. Співак [10] також наголошує на відсутності стратегічних реформаторських політико-правових рішень: Концепцій, Державних програм, іноваційних стратегій.

Реформу СОЗ розглядають, зокрема, такі дослідники:

- Ю. Сенюка, З. Надюк [4], які, характеризуючи авторську періодизацію етапів розвитку вітчизняного СОЗ, його нормативно-правове забезпечення, вказують на відсутність системності у проведенні реформи, розпад організаційного механізму; стверджувати, що зараз ці недоліки усунули, але суспільство спротиву реформі посилилося;

– В. Лехан, Л. Крячкова, М. Заярський [5], які, характеризуючи медичну реформу в Україні за відповідними періодами (1991-2023 рр.), вказують на її значне запізнення (майже на 20 років) порівняно з іншими за Країни СНД, недостатня систематичність, спадкоємність, фрагментарність, що зумовлено насамперед політичним опором, відсутністю офіційної та узгодженої стратегії

реформування СОЗ, яка б враховувала ризики, нормативно-правові прогалини, розбіжності з конституційними принципами, відсутність реформаторів. ;

– Ткачова Т. [6], яка стверджує, що формування та впровадження МПД є найважливішою проблемою в Україні, тому пропонує: розробку стратегій, організаційних структур, ціноутворення та оцінку діяльності надавачів медичних послуг; об'єднати всіх учасників їх надання, застосовувати державно-приватне партнерство в СЗ;

– І. Крична [7], яка висвітлює основні проблеми державного управління реформуванням СОЗ в Україні, якими є нормативно-правова фрагментарність і складність, дублювання, нечіткість фінансової та матеріальної звітності, відсутність фінансування; пропонує докорінну зміну стратегії медичної політики, механізмів державного управління, розвитку загальнообов'язкового медичного страхування та його поєднання з бюджетним фінансуванням, розвитком первинної медичної допомоги, державних медичних гарантій, оплати праці лікарів тощо;

- І. Крична [8], яка, аналізуючи очікувані результати пілотного проекту реформи охорони здоров'я, стверджує про недосконалість державного управління охороною здоров'я, організації первинної медичної допомоги;

- його впровадження порушило розвиток інших видів; пропонує вирішити ці проблеми шляхом впровадження державно-приватного партнерства;

– К. Руських [9], яка вказує на недоліки розвитку ПМД через відсутність: офіційної Стратегії її реформування (існує лише її проект, використовуються однорічні плани заходів); чітке стратегічне бачення нової моделі ПМД, розуміння в суспільстві та середовищі спеціалістів цілей і термінів побудови ПМД; мотивації спеціалістів, інтереси державних діячів, політиків, лікарів і пацієнтів; професійні реформатори в середовищі державної служби; чітко виражена зацікавленість суспільства в медичній реформі тощо;

– М. Співак [10], який також наголошує на відсутності стратегічних політико-правових рішень щодо реформування СОЗ (Концепції, Державної програми, іноваційні стратегії, інструменти державно-приватного партнерства).

Згадані дослідники здебільшого акцентують увагу на недосконалості основного (чинного) МПА. На думку автора, методології реалізації політичного процесу притаманні принципово важливі недосконалості [11], якими є прогалини та суперечності в діючих засадах формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я (Розділ III, Статі 13 і 14 Закону України (далі - ЗУ) [12]). Сучасним засадам формування та реалізації МПД в Україні присвячено лише дві статі [12], тобто ці принципи є вкрай обмеженими. Ця політика повинна бути розкрита в окремому Законі України "Про засади державної політики у сфері охорони здоров'я".

Крім того, чинні правила застаріли (стандартизовані ще в 1992 році). Вони суперечать чинній Конституції України [13] (далі – Конституція 1996 р.), чинному механізму здійснення державної політики, який ґрунтується на відповідних нормативно-правових засадах [14 – 18]. Крім того, відсутній зв'язок між цими принципами та конституційними принципами через принципи внутрішньої та зовнішньої політики. Також нормативно-правові засади механізму управління політикою мають відповідати сучасним реаліям, зокрема в аспекті методології політичного процесу. Основними суб'єктами відповідальності за системне відновлення засад політичної діяльності Конституція визначила: Верховну Раду України (далі – ВРУ), ПУ, Кабінет Міністрів України (далі – КМУ), Рада Національного банку України. Конституція також визначила їхні повноваження та основні політичні суб'єкти – ВРУ та КМУ. На Верховну Раду покладено лише закріплення законом загальних (основних) засад державної політики та затвердження загальнодержавних програм (далі - Програма). КМУ шляхом програмування забезпечує реалізацію внутрішньої та зовнішньої політики держави.

Конституційні принципи конкретизуються принципами цих політик [14], які також підкреслюють методи програмування.

Основи законодавства про гігієну праці (статі 13, 14 ЗУ [12]) принципово суперечать чинним засадам механізму управління політикою, а саме зазначають, що:

– ВРУ формує МП шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад, визначення її мети, основних завдань, напрямів, принципів та пріоритетів; КМУ організовує розроблення та виконання державних цільових програм. Про державні програми взагалі не йдеться.

При цьому умови реформування СОЗ вказують на необхідність їх використання: тривалі перетворення в сфері медичної галузі;

- на міністерства та інші центральні органи виконавчої влади (в межах їх компетенції) покладається лише розроблення програм і прогнозів у сфері охорони праці. Суб'єкти їх реалізації не визначені. Зовсім не наголошується на компетенції та повноваженнях МОЗ щодо формування та реалізації МПР. Хоча в положенні про МОЗ перше завдання спрямоване на формування та реалізацію МОЗ [19]. Позитивним є те, що реалізація МПД передбачає ієрархію політик: державну, регіональну та місцеву, які є відповідними програмами. Але в Положенні про департаменти охорони здоров'я обласного та місцевого рівнів зазначено лише виконання програм.

Проведений аналіз показує, що наразі чинні принципи МРД є надто обмеженими. Принципові методологічні неузгодженості закладені вже на етапі формування МПД. У подальшому вони ускладнюватимуть реалізацію цієї політики і можуть навіть відмовитися від неї. Усунення цих проблем передбачає розробку МОЗ проекту закону про засади сучасної МПД.

Його дизайн повинен базуватися на розумінні того, що:

1) нова політика є суб'єктом управління, а її об'єктом – нові ПОП (тобто вони мають бути достатньо чітко взаємопов'язані, співвіднесені);

2) суб'єкт управління (новий МПД) та його об'єкт (новий ПОП) мають бути якісно новими. Тому їх необхідно розглядати з позицій теорії та практики соціальних інновацій у сфері державного управління та адміністрування (далі – ПУА);

3) МПД (суб'єкт управління) має бути орієнтований на об'єкт управління - масштабну і тривалу реалізацію комплексної інновації, якою є нова ПОП. Його

складність і труднощі реалізації полягають у тому, що він повинен зламати традиційні та встановити нові зв'язки в майбутній системі охорони здоров'я.

Аналіз творчості І.П. Кринична, В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, М.І. Заярський, К.Г. Руських, М.В. Співачка переконана, що головною перешкодою для реформування СОЗ є діючий ДПОЗ, який застарів, не відповідає сучасним вимогам і ніколи не оновлювався. Офіційної стратегії реалізації цієї політики немає, а існуючий механізм управління цією політикою є недосконалим. У цьому переконують і роботи А.Д.Барзиловича, Ю.І. Сенюка, З.О. Надюк, які узагальнено характеризують реформування СОЗ, виходячи з нормативно-правової бази. Останій визначає основними інструментами реформування: Концепцію, Загальнодержавну програму, Державну цільову програму та Міжгалузеву комплексну програму, Урядову програму, заходи, Національний план, дорожню карту, наказ, положення, положення, пілотний проект, а також інструменти, що забезпечують автономію, акредитацію, ліцензування, фінансові гарантії, субвенцію. Також застосовуються: нормативні документи, типові штати, обстеження, тарифи, модель медичного страхування, державний гарантований пакет, єдиний замовник медичних послуг, договірна модель фінансування, система e-Neals, договірні відносини тощо. Тобто важливі інструменти оперативного тактичного (вторинного) рівня застосовувалися для реалізації недосконалих ДПОЗ; стратегічні інструменти не застосовуються.

На думку автора, основна проблема полягає в суттєвій недосконалості державного механізму управління охороною здоров'я, визначеного Основами законодавства України про охорону здоров'я (далі – Основи законодавства) [11-13]. Ці основи покладають питання формування ДПОЗ виключно на ВРУ. Вочевидь, виходячи з того, що реформи СОЗ мають бути затверджені лише законом. Така норма принципово суперечить єдиному національному механізму формування та реалізації державної політики в Україні. Цей механізм визначається офіційними документами національного рівня: Конституційними засадами та засадами внутрішньої та зовнішньої політики держави. Ці принципи покладають на ВРУ лише законодавче закріплення державної політики та затвердження

загальнодержавних програм. Зазначений механізм формується шляхом подальшої конкретизації «національних» засад у нормативно-правових засадах Кабінету Міністрів України, Державних цільових програмах, Постанові КМУ, Порядку розроблення та реалізації Програм [14- 19]. Цей механізм повністю покладає на КМУ забезпечення реалізації внутрішньої та зовнішньої політики держави шляхом програмування. «Профільне» міністерство є головним суб'єктом розробки політико-правових законопроектів відповідно до своєї компетенції та завдань.

Крім того, Основами законодавства не визначено: компетенції та повноважень МОЗ України щодо формування та здійснення ДПОЗ, які загалом покладаються на міністерства, інші центральні органи виконавчої влади (далі – ОВВ)., в межах своєї компетенції) шляхом розробки програм і прогнозів у сфері гігієни праці. Але першочерговим завданням у Положенні про МОЗ, затверджене КМУ, є формування та реалізація цієї політики, яка покладена на це міністерство.

Іншим недоліком є те, що нинішній механізм управління державною політикою (зокрема щодо ДПОЗ) законодавчо базується лише на програмуванні. При цьому Програми розуміються і як політика, і водночас як інструмент її реалізації. Тому реалізувати актуальні пропозиції В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, М.І. Заярського, інших дослідників щодо невідкладного продовження реформування системи медичної допомоги на основі Державної політики, яка базується на: цілісній, збалансованій, узгодженій Стратегії реформування СОЗ; сучасні методи управління змінами та управління проектами тощо.

Позитивним аспектом Основ законодавства є те, що реалізація ДПОЗ передбачає ієрархію взаємопов'язаних програм на державному, регіональному та місцевому рівнях. При цьому розглядаються лише Державні цільові програми, які покликані вирішити проблеми в межах окремої галузі, регіону, території. Національні програми взагалі не згадуються, але вони є інструментом реалізації ДПОЗ в частині довгострокової та масштабної трансформації СОЗ по всій країні. Тому вони вводяться в дію правом України.

1.2. Соціологічна оцінка медичної галузі в Україні

В Україні провели соціологічне дослідження у формі опитування респондентів про те, як громадяни оцінюють ефективність медичної реформи та як вона впливає на здоров'я населення.

Аудиторія, яка становила дослідження: населення України віком від 18 років у всіх регіонах, крім тимчасово окупованих територій Криму та Донбасу. Вибірка репрезентативна за віком, статтю та типом поселення. Вибіркова сукупність в обох хвилях становить 2000 респондентів. Особиста формалізована співбесіда (face to face). Помилка репрезентативності дослідження з довірчою ймовірністю 0,95: не більше 2,2%. Терміни проведення: перша хвиля: 14-19 липня 2021 року, друга хвиля: 15-25 серпня 2022 року.

Були отримані такі результати:

- За даними опитування Соціологічної групи «Рейтинг», 36% респондентів консультуються з лікарем або медичним спеціалістом щодо стану свого здоров'я чи надають будь-які рекомендації щодо свого здоров'я рідше одного разу на рік, 15-18% – раз на рік чи півроку, 13 % - хоча б раз на 3 місяці і лише 8% користуються цією послугою щомісяця.

- 84% обрали сімейного лікаря та уклали з ним декларацію (за два роки їх кількість зросла з 63% до 84%), 16% – ще не обрали лікаря. Більшість тих, хто обрав свого терапевта, – це люди старшого віку, жінки та ті, хто частіше користується послугами лікарів. Ще не вибрали – 16%.

- 18% скоріше задоволені медичною реформою в Україні, 64% скоріше незадоволені, 13% нічого про неї не знають. Більшою мірою молодь задоволена реалізацією реформи, а ті, хто частіше відвідує сімейного лікаря, живуть краще.

- Майже 60% респондентів вважають, що влада має продовжити медичну реформу зі значними змінами, 25% виступають за її скасування, 6% – за продовження без змін. 62% вважають, що медична реформа в Україні має відбуватися шляхом поступових змін, 29% – швидких.

- Для успішного впровадження медичної реформи в Україні майже 40% респондентів потребують три роки і більше, 21% - рік, 9% - півроку. 20% вважають, що медична реформа ніколи не буде успішно реалізована. Молодь, ті, хто має родичів-медиків, і ті, хто в цілому задоволений медичною реформою, більш оптимістично оцінюють час для впровадження реформи.

- Майже 60% вважають, що медицина в Україні має бути частково плантою, частково безкоштовною, 33% – за повністю безкоштовну медицину, 5% – повністю плантою. Формат абсолютно безкоштовної медицини більше підтримують люди похилого віку, малозабезпечені та жителі сіл.

- Протягом останніх 12 місяців 19% респондентів дарували подарунки (алкоголь, цукерки, квитки на концерти тощо) або грошові внески чи пожертви на лікування, 30% не дарували таких подарунків. Половина респондентів не відвідували лікаря протягом останнього року.

- 27% підтримали б призначення на посаду міністра охорони здоров'я іноземця, 64% - проти. Таке призначення більше підтримають як молодші, так і заможніші. 62% вважають, що діяльність Уляни Супрун досить негативно вплинула на медичну сферу в Україні, 19% – скоріше позитивно оцінили її діяльність, майже 20% – не змогли оцінити. Більш позитивно ставлення до діяльності У.Супрун серед мешканців Заходу, молодших та заможніших респондентів.

- Близько 60% чули про такі ініціативи МОЗ, як оновлення електронної системи Ehealth, оновлення парку машин швидкої допомоги, запровадження системи інформування населення про вакцинацію та надання громадянам права добровільно приймати рішення про донорство органів після їх смерті. Про інші ініціативи (як-от відновлення безкоштовного тестування на гепатити, будівництво міжобласних лікарень, посилення епідеміологічного контролю, створення університетських клінік) поінформована лише третина населення. Ті, хто знають про ці ініціативи, дещо більше підтримують їх реалізацію. Загалом усі зазначені ініціативи підтримують більшість респондентів, а найбільшу підтримку

користується ідея оновлення автопарку та відновлення безкоштовного тестування на гепатити.

- Ставлення до щодених брифінгів МОЗ щодо ситуації з коронавірусом неоднозначне: 49% підтримують їх проведення, 43% – ні.

- Абсолютна більшість не підтримує ідею закриття лікарень, які обслуговують невелику кількість пацієнтів (86% - проти, лише 10% - за).

- Половина респондентів очікує нової хвилі епідемії коронавірусу восени та взимку цього року, близько 40% не очікують і 11% не змогли відповісти. 46% вважають, що влада повина знову запровадити жорсткі карантинні заходи під час можливої другої хвилі епідемії, але стільки ж (47%) так не вважають. Ті, хто очікує настання другої хвилі, швидше вважають запровадження карантинних заходів необхідним, однак третина з них – проти.

- 74% респондентів вважають роботу МОЗ важливою для себе та своїх сімей, 19% вважають її неважливою.

- Загалом довіра до центральних державних органів системи захисту дещо зросла, порівняно з попереднім місяцем. 30% довіряють МОЗ, 55% не довіряють. Національній службі здоров'я України довіряють 20%, не довіряють – 38%. Комітету ВРУ з питань охорони здоров'я, медичного забезпечення та медичного страхування довіряють 14%, не довіряють – 51%.

- 71% респондентів вважають, що міністр охорони здоров'я має бути досвідченим лікарем, 19% вважають, що він має бути досвідченим керівником. Лише 23% респондентів вважають, що міністр охорони здоров'я повинен створювати умови для безперешкодної роботи кредиторів та іноземного капіталу, тоді як 65% респондентів вважають, що він повинен жорстко регулювати їх діяльність. Лише 9% респондентів відзначають позитивний вплив частоти змін міністрів охорони здоров'я на медичну галузь в Україні. 70% помічають негативний вплив. 15% вважають, що це не впливає на медичну галузь.

- 43% респондентів часто стежать за новинами про коронавірус, ще 21% іноді стежать, а 18% рідко стежать за новинами про коронавірус. Зовсім не

цікавляться – 17%. Політичними подіями в Україні часто цікавляться 39% респондентів, інколи – 27%, рідко – 21%. Зовсім не цікавляться – 14%.

- Найчастіше інформацію про ситуацію з коронавірусом в Україні вони отримують з національного телебачення (60%) та інтернет-сайтів (51%). 26% отримують інформацію через Facebook, 17% від родичів, родичів, знайомих, YouTube – 14%, Telegram-канал та Viber-спільноту Коронавірус-інфо – 13%; радіо, преса, Instagram, офіційний сайт МОЗ – 8-12%.

Висновки до розділу 1

В Україні реформування системи охорони здоров'я здійснюється тривалий час як одне з першочергових завдань на шляху сталого розвитку національного суспільства. Це питання постійно актуалізується політиками, державними діячами, науковцями, експертами, медичними працівниками, громадськими суб'єктами та зацікавленими особами. Однак через значні проблеми Україна значно відстає від аналогічних перетворень в інших країнах СНД.

Її застарілість, низькі темпи реалізації науковці та практики пов'язують з проблемами реалізації Державної політики охорони здоров'я, що є наслідком: безсистемності, непослідовності, лобіювання у прийнятті рішень, відсутності належним чином розроблених стратегічних політико-правових рішень. , переважання оперативного-тактичних рішень; відмова від адекватних наукових підходів, форм і методів перетворень тощо. А головне, бракує: сучасної державної політики охорони здоров'я, чіткого стратегічного бачення її та нової моделі системи охорони здоров'я, стратегії мед. реформа; усвідомлені суспільством цілі та умови побудови цієї системи, соціальна мотивація та інтерес тощо.

Позитивними зрушеннями є те, що: за період (2010-2013 рр.) пілотного проекту застосовано доказові методи управління, кращий зарубіжний та вітчизняний досвід, унормовано бачення реформи на 2016-2020 рр.; розроблено

обґрунтовану Концепцію постійного вдосконалення національної системи охорони здоров'я України; у 2015-2019 роках були безуспішні спроби запровадити новий ДПОЗ шляхом стандартизації законопроекту «Про засади державної політики в галузі охорони здоров'я».

Перспективами вирішення зазначених проблем є уточнення окремих принципів законопроекту, зокрема, з урахуванням організації доказів. Виходячи з того, що нова система охорони здоров'я є соціальною інновацією, доцільно розглядати принцип «стратегічного бачення розвитку національної системи охорони здоров'я», що базується на теорії та практиці використання технології форсайту, публічного менеджменту, інновацій на основі інноваційно-стратегічного підходу, який поєднає методи стратегічного, програмного та проектного управління.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ В УКРАЇНІ

2.1. Стратегічні аспекти реформування системи охорони здоров'я України

З 2014 року в Україні відбувається активна трансформація системи охорони здоров'я та її перехід на нову модель за принципом «гроші ходять за пацієнтом». Реформування галузі передбачає перетворення всіх елементів системи: фінансового, організаційного, матеріально-технічного, нормативно-правового та трудового. Узагальнення досвіду реформування з початку незалежності дає змогу визначити ефективність прийнятих управлінських рішень, оцінити результативність та дієвість нормативно-правового забезпечення, стан реалізації проголошених на державному рівні реформ. Таким чином, аналіз досвіду реформування системи управління охороною здоров'я та їх динаміка є актуальним у контексті триваючих трансформаційних процесів у галузі.

Реформування системи охорони здоров'я визначається як діяльність, у процесі якої відбувається зміна концепції, стратегії та підходів до управління, розвитку системи охорони здоров'я, структури та діяльності основних інститутів системи. Реформування системи охорони здоров'я здійснюється на основі правового регулювання, наявних ресурсів, а також їх перерозподілу, зокрема матеріально-технічних ресурсів, фінансових ресурсів, зміни організаційних структур та кадрового забезпечення.

В Україні реформування галузі охорони здоров'я було започатковано у 2000 році із затвердженням Указом Президента України Концепції розвитку охорони здоров'я населення України [5]. У 2002 р. Кабінет Міністрів України затвердив Міжгалузеву комплексну програму «Здоров'я нації» на 2002–2011 рр. [16], що стало початком запровадження Інституту сімейних лікарів і сімейної медицини.

Наступним етапом удосконалення моделі розвитку державної політики у сфері охорони здоров'я стало підписання у 2005 р. Указу Президента України

«Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» [19], згідно з яким необхідна визначено напрямки підвищення якості медичного обслуговування населення, забезпечення безперебійного надання медичних послуг, підвищення рівня освіти та мотивації праці медичних працівників. Для реалізації цього нормативно-правового акту в Україні вжито таких заходів: розроблено Національний план дій («Дорожня карта реформування системи охорони здоров'я»), Державну програму профілактики та лікування серцево-судинних і цереброваскулярних захворювань на 2006-2010 рр. [2]; галузева програма «Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2006-2010 роки» [14]; розроблено та затверджено Положення про звільнення та оздоровлення працівників вугільних підприємств; регламентується організація заходів щодо покращення медичного обслуговування дітей, які постраждали внаслідок Чорнобильської та інших екологічних катастроф; врегульовано організаційні аспекти боротьби з ВІЛ/СНІДом та туберкульозом та запроваджено ряд інших важливих заходів [1].

Ці заходи стали основою реформування системи охорони здоров'я, що є складовою Програми реформ Президента України «Реформи заради людей». Запуск реформи розпочався з прийняттям Закону України «Про порядок реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» [20].

Сьогодні можна виділити чотири рівні регулювання системи охорони здоров'я України, які складають нормативну основу реформи.

1. Конституційне регулювання.
2. Загальне нормативне регулювання.
3. Спеціальне регулювання.
4. Понятійне регулювання.

В Україні реформується стара радянська модель охорони здоров'я, яка діяла за радянських часів, розрахована на функціонування в умовах планової економіки (так звана модель Семашка), формується нова модель охорони здоров'я. на основі досвіду Великої Британії, США та ін. У зв'язку з цим

оновлюється законодавча база та розробляється нормативно-правова база для функціонування нових інституцій.



Рис. 1.1. Напрями реформування галузі охорони здоров'я

Перші спроби реформування системи охорони здоров'я були зроблені з 1991 р. У період з 1999 по 2007 рр. були розроблені концепції розвитку охорони здоров'я та напрями необхідних змін. У цей час науковці запропонували низку стратегій та заходів реформування, зокрема реорганізацію комунальних лікарень у неприбуткові підприємства.

У період з 2008 по 2014 роки було зроблено певні кроки в напрямку запровадження системних реформ у сфері охорони здоров'я. Постановою Кабінету Міністрів України від 13 червня 2007 р. № 815 затверджено Національний план розвитку системи охорони здоров'я на 2008-2010 роки [17], оновлено Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Допомога» [9], розроблено Концепцію розвитку первинної медико-санітарної

допомоги (ПМСД) на засадах розвитку сімейної медицини [15]. Проте сутєвих реформ і радикальних змін, які б забезпечили збільшення тривалості життя, зниження смертності та рівня захворюваності в Україні не відбулося [6].

Основні етапи реформування системи охорони здоров'я України представлені в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1.

Основні етапи формування системи охорони здоров'я України

Етапи формування системи охорони здоров'я	Нормативно-правові акти	Основні напрями реформування
1991-1999 рр.	Конституція України; Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [9]; наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 липня 1998 р. № 226 «Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасові стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв якості лікування дітей» [7]	Визначення правових, організаційних, економічних та соціальних засад охорони здоров'я в Україні
2000-2007 рр.	Концепція розвитку охорони здоров'я населення України [5]; Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» [16]; Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» [19]; Національний план дій («Дорожня карта реформування системи охорони здоров'я»)	Початок упровадження інституту сімейного лікаря, боротьба з найбільш поширеними та серйозними захворюваннями, вдосконалення медичного обслуговування, спроби запровадження страхової медицини, впровадження стандартів лікування на основі доказової медицини, розвиток недержавного сектору медицини
2008-2014 рр.	Національний план розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 рр. [17]; оновлений Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [9]	Розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Стандартизація, ліцензування та акредитація медичних закладів
2015-2020 рр.	Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015-2020 роки [8]; Закон України «Про внесення змін до деяких	Перехід до контрактної моделі закупівлі медичних послуг. Запровадження нових форм фінансування медичних закладів

	законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» [12] (автономізація постачальників медичної допомоги) та інші	та оплати праці медичних працівників. Запровадження гарантованого державою пакета медичних послуг. Створення єдиного замовника медичних послуг. Автономізація постачальників медичної допомоги. Запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом». Запровадження соціального медичного страхування. Розбудова сучасної системи управління медичною інформацією
--	--	---

Найбільш показовими є трансформації, що відбулися з 2008 року. Тому розглянемо цей період більш детально.

За період 2008 — 2014 рр. реалізовано конкретні заходи та заходи в рамках розроблених основних державних документів, які дають вектор розвитку галузі охорони здоров'я. Структурна реорганізація системи передбачала поетапну трансформацію всіх рівнів і в першу чергу охопила первинний рівень (сімейні лікарі, педіатри, терапевти). Зміни передбачили чітке фінансове та функціональне розмежування первинної та вторинної ланки, формування мережі медичних закладів первинної ланки як амбулаторій загальної практики/сімейної медицини, їх оснащення відповідно до переліку оснащення. Після формування мережі амбулаторій сімейної медицини, а за наявності необхідних умов, одночасно створювалися центри первинної медико-санітарної допомоги. У цей період подібні центри активно створювалися і в інших регіонах України. Постановою Кабінету Міністрів України від 5 березня 2012 р. № 209 «Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я — учасників пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я» [3] запроваджено нові умови оплати праці для медичних працівників первинної ланки [1].

Водночас за цей період в цілому сутєвих змін та покращення якості надання медичних послуг та обслуговування населення не відбулося. Системні проблеми залишилися невирішеними.

З кінця 2014 року, з прийняттям Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015-2020 роки [8], запроваджено нові стратегічні підходи до підвищення якості медичних послуг та медичного обслуговування. Відбувається перехід до нової моделі охорони здоров'я та системи закупівель медичних послуг. Розпочався новий етап реформування системи охорони здоров'я, який передбачає системні зміни та трансформацію моделі охорони здоров'я України за всіма визначеними напрямками (рис. 1.1).

Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я України на 2015 — 2020 роки передбачає реалізацію ідеї перетворення державних і комунальних закладів охорони здоров'я, які є бюджетними установами, у неприбуткові підприємства [8] з метою подальшого запровадження нац. соціальне медичне страхування.

З прийняттям Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» [12] в державі розпочалася активна робота з автономізації закладів охорони здоров'я.

В умовах реалізації Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [13] змінюється система фінансування закладів охорони здоров'я, а відповідно і організація їх діяльності, що сутєво впливає на процес їх підготовки до автономії.

У 2016 р. розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р було прийнято Концепцію реформування фінансування охорони здоров'я [4], яка передбачає перехід на фінансування медицини на основі страхування. принципи шляхом сплати загальних податків до державного бюджету. Виплати за лікування пацієнта не прив'язані до розміру індивідуальних внесків. Концепція пропонує модель державного солідарного медичного страхування. Поступово скасовується фінансування кошторисів за статтями витрат і

запроваджується оплата за результатом — пролікованими випадками чи постійним населенням — для закладів, які реорганізуються у комунальні некомерційні підприємства, тобто автономні постачальники медичних послуг. Таким чином, запроваджується принцип «гроші ходять за пацієнтом», що передбачає заміну фінансування інфраструктури медичних закладів та інших надавачів послуг.

У 2018 році в Україні було розпочато низку медичних реформ, які мають бути завершені у 2020 році. Нова модель охорони здоров'я, що будується в Україні, стає все більш чіткою та реалістичною. Нова модель охорони здоров'я передбачає спрямування всіх сфер медицини на сучасний рівень якості обслуговування відповідно до усталених європейських підходів. Головна мета реформи — забезпечити громадянам України рівний доступ до якісних медичних послуг та переорієнтувати систему охорони здоров'я на пацієнта.

Основними змінами в трансформації галузі охорони здоров'я є:

- реалізація гарантованого державою пакета медичної допомоги;
- розвиток мережі кардіоцентрів;
- створення Єдиного національного замовника медичних послуг;
- впровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом»;
- автономізація надавачів медичної допомоги;
- створення договірної моделі фінансування охорони здоров'я;
- впровадження системи e-NeaM;
- прозорі та ефективні закупівлі ліків.

У березні 2018 року створено Національну службу здоров'я України, яка уклала 623 договори з комунальними, приватними медичними закладами та лікарями-ФОПами, які надають первинну медичну допомогу. Пацієнти мають право обирати лікаря незалежно від

форми власності, лікування фінансується НСЗУ. Станом на 1 квітня 2019 року партнерами Національної служби здоров'я України стали 1238 медичних закладів, які надають первинну медичну допомогу в Україні. З них 117 приватних клінік, 110 лікарів ФОП. У 2018 році та на початку 2019 року Національна служба

здоров'я України виплатила закладам за договорами понад 7 мільярдів гривень. Лікарі та медсестри отримали можливість гідної заробітної плати, пацієнти – гарантований державою пакет медичних послуг, обслуговування та догляду.

Реформування системи безпеки можна розглядати і з точки зору напрямів реформування. Тому в Україні приділяється значна увага перетворенням, спрямованим на підвищення якості медичної допомоги. З 1999 року всі заклади охорони здоров'я незалежно від форм власності підлягають обов'язковій акредитації кожні три роки, а з 2001 року відповідно до Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» [18] ліцензування почало здійснюватися. стати обов'язковою медичною практикою в закладах охорони здоров'я всіх типів.

У напрямку уніфікації соціальних послуг також затверджено низку законодавчих та нормативно-правових актів, які сприяють подальшому розвитку забезпечення гарантованого рівня якості мінімальних соціальних потреб в країні та вдосконаленню управління якістю надання соціальних послуг. медична допомога.

Тому в Україні реформування галузі охорони здоров'я здійснюється з урахуванням сучасних тенденцій розвитку медичної галузі та узгоджується з основними напрямками нової європейської політики у сфері охорони здоров'я «Здоров'я-2020» [11].

Аналіз досліджень теоретичних аспектів реформування системи охорони здоров'я в Україні за період незалежності показав, що до 2015 року в Україні діяла радянська модель охорони здоров'я, яка базувалася на кошторисному фінансуванні закладів охорони здоров'я та інфраструктура системи. З кінця 2014 року відбувся перехід на нову модель, яка передбачає впровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом», державне солідарне медичне страхування, договірну модель закупівлі медичних послуг, нові форми фінансування та автономність медичних послуг. Реформування системи охорони здоров'я в Україні відбувається шляхом регулювання чотирьох рівнів галузі: конституційного, загального, спеціального та національного, що в цілому визначає напрямок трансформації та вектор розвитку галузі. Послідовність змін на всіх рівнях стає важливою.

Реформування системи охорони здоров'я відбувається за такими основними напрямками: якість медичних послуг та якість медичної допомоги; стандартизація медичної допомоги, акредитація та ліцензування закладів охорони здоров'я; соціальне медичне страхування; децентралізація та автономізація медичних закладів; фінансування медичних установ; регулювання цін на лікарські засоби; профілактика, діагностика та лікування окремих видів захворювань.

2.2. Особливості захисту прав пацієнтів в контексті медичної реформи в Україні

Медицина є більш ніж соціально чутливою сферою суспільних відносин. Нею страждають практично всі: від дітей до людей похилого віку. Наслідок цього значно зростає роль і значення державної політики в цій сфері, значення правового забезпечення організації захисту громадян. Водночас маємо констатувати необхідність активізації наукових досліджень, метою яких має стати розробка теоретико-правових та галузевих моделей правового забезпечення окремих сфер медичної діяльності. Загалом ці зусилля мають бути спрямовані на належну підтримку медичної реформи, яка розпочалася в Україні кілька років тому.

Одним із важливих елементів законодавчого забезпечення медичної реформи стало прийняття Закону України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Перш за все, що нового ввіс згаданий нормативно-правовий акт у питання адміністративно-правового та фінансового забезпечення охорони здоров'я в цілому та первинної медичної допомоги зокрема? Таких нововведень багато, відзначимо основні з них:

1) програма державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій) - програма, яка визначає перелік та обсяг медичних послуг (у тому числі виробів медичного призначення) і лікарських

засобів, понва оплата яких гарантується пацієнтам державою. за рахунок коштів Державного бюджету України відповідно до тарифу на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку із захворюваннями, травмами, отруєннями та патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами;

2) надавачі медичних послуг - заклади охорони здоров'я всіх форм власності та фізичні особи - підприємці, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та уклали з голонвими керівниками договір про медичне обслуговування населення. бюджетних коштів;

3) відповідно до цього Закону держава гарантує понву оплату згідно з тарифом за рахунок коштів Державного бюджету України забезпечення громадян необхідними медичними послугами та лікарськими засобами, передбаченими програмою медичних гарантій [1, с. . 158-159].

Не можна забувати про конституційну норму, яка визначає нашу державу як соціальну, демократичну, правову. Розбудова в Україні демократичної, правової, соціально орієнтованої держави зумовлює необхідність пильнішої уваги до проблем забезпечення та реалізації прав, свобод і законних інтересів держави. Слід погодитися: новаторські позиції В.Б. Авер'янов сформулював свого часу щодо зміни парадигми діяльності держави – основою має бути людина та її інтереси, і, як наслідок цього бачення, формування людиноцентричної ідеології діяльності держави, згідно з якою держава повина, умовно кажучи, «обслуговувати» інтереси громадян, заслуговує на підтримку. У цьому випадку ми зможемо справді пишатися тим, як в Україні забезпечується реалізація ключових прав людини. Сьогодні, з впровадженням медичної реформи, ми маємо низку проблем, невирішеність яких зумовлює необхідність пошуку адекватних механізмів, у тому числі шляхом наукових досліджень. Наголошуємо на правильності пропозиції С. Г. Стеценка про те, що «загалом реформування галузі охорони здоров'я має започаткувати більш активний розвиток медичного права, нової юридичної особи, яка об'єктивно претендує на статус самостійної галузі права. усвідомлювати, що це об'єктивний процес, у якому медичне право може стати помічником реформаторів охорони здоров'я, їх теоретико-методологічним

і практичним іноваційним інструментарієм. На нашу думку, тоді ступінь легітимності реформ буде значно вищий» [3, с. . 60]. У цій частині важливо залучати до розробки проблем організації охорони здоров'я юристів, які спеціалізуються на питаннях правового регулювання медичної діяльності. Вони мають бути на початку шляху реформ. У цьому сенсі справді медична реформа і медичне право збагатять одне одного.

Виокремлено два важливі фрагменти правового забезпечення медичної реформи: 1) запровадження обов'язкового медичного страхування, яке активно обговорюється експертами; 2) початок, нормалізація та дотримання медичних стандартів. Щодо першого важливо відзначити наступне. Керуючись тим, що за узагальненими показниками приблизно 70% пацієнтів мають отримувати медичну допомогу на первиній ланці, зазначаємо, що питання плантості/неоплантості її надання є надзвичайно важливим та соціально чутливим під час реалізації медична реформа. У зв'язку з цим сьогодні українські юристи та спеціалісти охорони здоров'я дискутують щодо доцільності (неправомірності) запровадження в Україні обов'язкового медичного страхування. Задаючи загальний тон подальшим міркуванням, зазначимо, що альтернативи обов'язковому медичному страхуванню в Україні немає. Щоб покращити ситуацію у вітчизняній охороні здоров'я, необхідно знайти спосіб вирішення нагальних проблем.

Про що це? Зазначена проблема перш за все юридична і лише потім – фінансова, організаційна, психологічна. Йдеться про те, що обов'язкове медичне страхування може істотно змінити організацію охорони здоров'я в Україні та можливості реалізації прав пацієнтів. Для наукових досліджень перспективним напрямком є обов'язкове та добровільне медичне страхування, оскільки обов'язкове в Україні ще не запроваджено (а тому модель, яка врешті буде прийнята, багато в чому залежить від науковців), а добровільне, хоч і функціонує, але має багато невирішених проблем. Варто погодитися з думкою В.Ю. Стеценко, який зазначає, що обов'язковість є обов'язковою. Тобто, говорячи про обов'язкове медичне страхування, розуміючи, що перше слово в цьому терміні – визначальне, орієнтуюче, приходимо до висновку: держава має створити умови для того, щоб

кожен громадянин міг отримати страховий поліс. Обов'язковість значною мірою є обов'язком держави, іншого виходу у неї фактично немає, тому йдеться про переважно публічно-правовий характер регулювання цього виду страхування [4, с. 163].

Тепер про друге – медичні стандарти. В енциклопедичній літературі є такі визначення: стандартизація — це процес встановлення та застосування стандартів, тобто сукупність нормативно-технічних документів, що регламентують сукупність норм, правил і вимог до об'єкта стандартизації та затверджуються компетентним органом. авторитет.

На нашу думку, у загальнотеоретичному розумінні стандартизацію слід розуміти як процес створення, прийняття (затвердження) певних правил, норм, еталонів, стандартів, які, у свою чергу, надалі визначають послідовність реалізації певних процедур (процесів, дій) незалежно від їх суб'єктів здійснення. Особливу увагу ми приділяємо двом основним аспектам:

прийняття або затвердження стандартів. Залежно від об'єктів стандартизації та сфери їх використання вони можуть прийматися як колегіальним органом, так і затверджуватися одноособово;

Відповідність стандартам не залежить від суб'єктів, які виконують відповідні процедури, процеси чи дії. У даному випадку ми маємо всіх суб'єктів, які підпадають під керівний вплив органів (осіб), що прийняли (затвердили) стандарти.

Виходячи з цього визначення, варто запропонувати поняття «медичні стандарти», адже чітке розуміння визначення того чи іншого явища (суб'єкта тощо) стає більш чітким розумінням суті та мети.

Пропонуємо таке визначення: медичні стандарти – це правила надання медичних послуг, організації та управління охороною здоров'я, здійснення допоміжних заходів, спрямованих на надання медичної допомоги, метою яких є забезпечення прав, свобод і законних інтересів пацієнтів та об'єктивізація лікувально-діагностичного процесу.

Враховуючи загальнотеоретичне розуміння стандартизації та стандартів, актуальним видається аналіз медичних стандартів з позиції правових засад їх розробки та прийняття (затвердження).

Саме в умовах сучасного реформування медичної галузі питання медичних стандартів є дуже актуальним, оскільки їх запровадження дійсно має сприяти встановленню певного правового паритету між лікарями та пацієнтами. Слід погодитися з думкою М. Ковалевського, який стверджує, що «правова природа професійних стандартів медичної діяльності є досить складною, також важко визначити межі, в яких можна і необхідно застосовувати ці стандарти, коли суди розглядали справи про цивільно-правову відповідальність за заподіяння шкоди життю та здоров'ю хворого» [6, с. 24]. Тому, аналізуючи це питання, необхідно враховувати юридичну силу медичних стандартів та можливість їх використання в доказовій базі. Вирішення цього завдання дозволить значно спростити розгляд та об'єктивізувати вирішення «медичних справ», основу яких становлять проблемні питання надання медичної допомоги.

Ключове питання, яке потребує вирішення – хто саме має розробляти медичні стандарти. Аналіз існуючих точок зору науковців, чинного законодавства та практики зарубіжних країн дав змогу виділити найбільш типові варіанти. Відповідно до них суб'єктами розробки медичних стандартів можуть бути:

а) національні структури стандартизації, які розробляють стандарти, правила, еталони для більшості технологій, процесів, процедур, послуг тощо (в Україні цей орган називається Держспоживстандарт);

б) медичні структури системи центрального органу виконавчої влади, що здійснює державне регулювання у сфері охорони здоров'я (в Україні - це МОЗ України);

в) окремі лікувально-профілактичні заклади з метою розміщення їх на клінічних базах виключно цих закладів;

г) наукові організації, що фінансуються державою та є незалежними від центрального органу виконавчої влади, що здійснює державне регулювання у сфері охорони здоров'я (в Україні – це Національна академія медичних наук);

д) професійні медичні асоціації та інші професійні громадські організації.

Пропонуємо виділити такі вимоги до медичних стандартів:

Прозорість і відкритість розробки. Саме це досягається дотриманням порядку розробки медичних стандартів.

Обов'язкове використання їх. Ця вимога стимулюватиме керівників закладів охорони здоров'я та практикуючих лікарів свідомо ставитися до організації надання медичної допомоги та лікування відповідно до стандартів. Водночас вважаю за необхідне наголосити: стандарти визначають лише ключові, основні дії, процедури, технології. Всі деталі (якщо такий термін доречний у медичній практиці) не можна прописувати, і це не потрібно для лікування, скажімо, певного захворювання.

Базується на принципах доказової медицини. Можна об'єктивно довести, що застосування цих стандартів є кращим для конкретної ситуації (хвороби, пацієнта), ніж застосування інших, або взагалі їх відсутність.

Фінансова об'єктивність. Безумовно, результати лікування потенційно будуть кращими при використанні комп'ютерної томографії для діагностики та лікування найдорожчих препаратів, показаних при цих захворюваннях. Але з точки зору адміністративно-правового забезпечення державного регулювання у сфері охорони здоров'я варто прогнозувати, що ще довго кожна українська района чи сільська лікарня не матиме комп'ютерного томографа, а держава – мати можливість безкоштовно забезпечити всіх дорогими та ефективними ліками. Саме тут діє принцип соціальної справедливості: з точки зору державної політики краще забезпечити всім громадянам мінімум доступних і ефективних медичних послуг, ніж надати максимум окремим громадянам.

Ясність і ясність. Лікар, діагностуючи ту чи іншу патологію, повинен розуміти, що і як йому потрібно робити в тій чи іншій ситуації відповідно до вимог медичного стандарту.

Певна свобода дій медичного працівника. Без нього також не можна. Але в разі певного відхилення від медичного стандарту лікар повинен буде аргументовано пояснити, чому саме він провів ті чи інші заходи. Оскільки одне і

те ж захворювання може по-різному протікати у різних пацієнтів, ця вимога є актуальною.

Відповідність рівню лікувально-профілактичного закладу та його оснащення.

На закінчення зазначимо наступне. Існує низка невирішених теоретико-методологічних та практичних медико-правових питань. Серед них – питання державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій). Простий побіжний аналіз цієї норми свідчить про певну невідповідність таких гарантій задекларованим Конституцією України гарантіям безоплатної медичної допомоги. Тобто ми бачимо, що держава не повністю гарантує оплату надання медичної допомоги пацієнтам у державних та комунальних лікувально-профілактичних закладах. Тільки в рамках програми державних гарантій медичного обслуговування населення. Але давайте запитаємо себе: чи справді медичне обслуговування безкоштовне? І як вона взагалі може бути такою? Адже на надання медичної допомоги завжди витрачаються певні ресурси (фінансові, організаційні, кадрові, комунальні тощо). Тому, на думку автора, така ситуація «глухого замовчування» зазначеної проблеми потребує зміни. І цьому має сприяти активна науково-експертна дискусія.

2.3. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні

Розвиток системи охорони здоров'я в Україні після здобуття державою незалежності можна поділити на чотири періоди: 1) 1991-2000 рр., 2) 2000-2010 рр.; 3) 2010-2013 роки. 4) з 2014 року по теперішній час.

Характеристика першого періоду. У перше десятиліття після проголошення незалежності реформ у системі безпеки практично не було. Основні зусилля Уряду України та Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) як центрального органу виконавчої влади у сфері охорони здоров'я були спрямовані на недопущення

колапсу сформованої системи охорони здоров'я та збереження мінімального рівня соціальних гарантій забезпечення населення медичною допомогою.

Другий період – визначення основних напрямків та механізмів реформування СОЗ. На зламі століть вітчизняні та міжнародні експерти за підтримки міжнародних організацій працювали над визначенням основних напрямків та затвердженням основних механізмів реформування СОЗ. У 2001 році за підтримки фонду «Відродження» було обґрунтовано провідні напрями розвитку охорони здоров'я України [36] з подальшим їх доопрацюванням та розробкою відповідних рекомендацій Уряду під егідою Світового банку та Світового банку. Європейська комісія у 2004-2005 рр. [16]. Конкретизації розвитку окремих видів та інструментів медичної допомоги, розробці та впровадженню нових механізмів фінансування було присвячено низку міжнародних проектів за підтримки Європейської Комісії: «Профілактичні та первинні заходи охорони здоров'я України, Київ та ряд регіонів» (2002-2004 рр.), «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні» (2003-2006 рр.), «Підтримка розвитку системи медичних стандартів в Україні» (2004-2006 рр.),

«Сприяння реформуванню вторинної медичної допомоги в Україні» (2007-2009).

Матеріали цих досліджень були широко використані при прийнятті нормативних актів, спрямованих на реформування СОЗ в Україні. Першим таким документом стала Концепція розвитку охорони здоров'я населення України (затверджена Указом Президента України від 07.12.2000 р. № 1313/2000), яка діє й досі, хоча більшість її положень вже застаріли. Ідеї щодо подальшого розвитку перетворень СОЗ прозвучали в ряді постанов уряду.

Проте, на відміну від більшості інших постсоціалістичних країн [38], масштабні реформи у сфері охорони здоров'я в Україні не були здійснені до 2010 р. Водночас були проведені часткові реформи в окремих галузях охорони здоров'я. Вони були переважно локальними і мали фрагментарний характер. Найбільш значущими з них були: пошук додаткових джерел фінансування охорони здоров'я (запровадження добровільного медичного страхування, створення

лікарняних кас – громадських неурядових об'єднань громадян для добровільної солідарності населення у додатковому фінансуванні охорони здоров'я).), впровадження нових методів фінансування на рівні первинної медичної допомоги (експеримент у м. Комсомольську Полтавської області щодо укладання договорів між міською адміністрацією та підготовленими сімейними лікарями про надання первинної медичної допомоги населенню з подушовою оплатою за їх послуг) [13], автономія постачальників медичних послуг (експеримент – в рамках проекту ЄС «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні» у 2-х районах Харківської та Житомирської областей щодо зміни економічного статусу бюджетних установ на некомерційні державні/комунальні підприємства закладами охорони здоров'я [10, 35], структурно-функціональні перетворення в системі медичної допомоги, у тому числі реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, розвиток стаціонарно-заміних форм мед. допомоги, регіоналізації охорони материнства, а також комплексу підходів, спрямованих на підвищення якості медичної допомоги (стандартизація медичної допомоги, ліцензування та акредитація закладів охорони здоров'я тощо).

Третій період – впровадження масштабної реформи СОЗ у пілонтних регіонах. У політичних та експертних колах побутує теза про те, що за весь період незалежності реформи СОЗ в Україні не проводилися взагалі або проводилися неефективно [14]. Проте у 2010 році в рамках Президентської програми економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [32] було розпочато масштабні перетворення в українській охороні здоров'я. Змістовне наповнення реформ ґрунтувалося на ретельно проаналізованих та узагальнених вітчизняними та зарубіжними експертами з урахуванням національної специфіки доказових управлінських даних, кращому досвіду країн із найуспішнішими системами охорони здоров'я, матеріалах ЄС та Європейської Комісії. проектів у сфері охорони здоров'я, які реалізовувалися в Україні в період 2003-2009 рр. [8, 16].

Виходячи з того, що в Україні був відсутній досвід проведення масштабних багатопланових перетворень у сфері охорони здоров'я, з метою відпрацювання форм і механізмів реформування та мінімізації його можливих негативних наслідків, попереднє затвердження осн. компонентів відповідно до прийнятого спеціального закону [29] здійснювався на дослідних майданчиках – пілонтних ділянках. Пілонтими були обрані 4 регіони: аграрний (Вінницька область), два промислові (Дніпропетровська, Донецька області) та столиця (Київ). Кількість людей, які проживали на території пілонтних регіонів, становила 26,7% населення України, що дозволило забезпечити репрезентативність отриманих результатів. У 2011-2012 роках урядом та МОЗ було розроблено нормативну базу для перетворень, яка коригувалась за даними моніторингу з урахуванням думки місцевої влади, медичної спільноти та населення.

У процесі реалізації пілонтних проектів було доведено доцільність та ефективність [9]:

- розмежування первинної та вторинної медичної допомоги, пріоритетний розвиток ПМД на базі загальної практики – сімейної медицини, створення центрів первинної медичної допомоги з розвиненою мережею амбулаторій у містах та сільській місцевості;

- об'єднання (об'єднання) фінансових ресурсів для надання вторинної та екстреної допомоги на регіональному рівні;

- запровадження системи направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) відповідно до тяжкості та складності захворювання та створення лікарень інтенсивного лікування як провідних закладів госпітальних округів;

- здійснення (за умов методичного вдосконалення) оплати за обсяг і якість роботи;

- запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування хворих на гіпертонічну хворобу з використанням порівняльних (референсних) цін та реімбурсації.

Широке запровадження інших елементів реформи, зокрема підходів до структурно-функціональних перетворень у сфері вторинної та третинної медичної

допомоги, автономізації закладів охорони здоров'я, договірних відносин, способів оплати медичних послуг у закладах різних рівнів надання медичної допомоги вимагали їх попередньої ретельної апробації в пілотному режимі, підготовки фахівців та допоміжних органів усіх рівнів.

Четвертий (сучасний) період – комплексне реформування системи охорони здоров'я – розпочався після пенвої паузи, яка була зумовлена необхідністю розробки новою владою підходів до реформування галузі. Вже перші кроки були спрямовані на зменшення впливу адміністративних методів і підвищення гнучкості управління. Так, у 2015 році вперше в історії країни було запроваджено цільове фінансування охорони здоров'я з державного бюджету у формі медичної субвенції [22], уряд дозволив фінансувати заклади охорони здоров'я одночасно з державного та місцевих бюджетів та/або одночасно з різних бюджетів [4], скасовано наказ МОЗ України, згідно з яким штат закладів охорони здоров'я формувався залежно від ресурсної забезпеченості (розміру ліжкового фонду). та ін.) [21].

Бачення реформи, розраховане на 2016-2020 рр., було сформовано та затверджено урядом у формі Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я [30], яка фактично продовжила зі значними корективами курс реформ. попереднього періоду з акцентом на фінансово-економічну складову. Ключова ідея реформи – остаточний перехід від моделі фінансування інфраструктури Семашка до фінансування за результатами. Серед основних змін, які передбачає реформа: запровадження гарантованого державою пакета медичної допомоги; об'єднання бюджетних коштів для фінансування державних гарантій на загальнодержавному рівні зі створенням центрального органу виконавчої влади – Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як єдиного замовника медичних послуг; перехід від утримання мережі медичних закладів до стратегічних закупівель медичних послуг на договірних засадах; автономізація постачальників медичних послуг із набуттям більшістю з них статусу некомерційних медичних підприємств та запровадження електронної системи охорони здоров'я (e-Healsi).

Також удосконалено систему державного регулювання цін на ліки та розширено спектр захворювань за рахунок серцево-судинних захворювань, бронхіальної астми, цукрового діабету 2 типу, на які поширюється механізм реімбурсації – повне або часткове відшкодування вартості ліків [2].]

У 2017 році було прийнято пакет законодавчих та нормативно-правових актів, які мають забезпечити реалізацію реформи, зокрема: закон про «автономізацію закладів охорони здоров'я» [18] та методичні рекомендації щодо перетворення закладів охорони здоров'я з бюджету. установ у комунальні некомерційні підприємства [12]; Закону «Про державні фінансові гарантії» [23], яким визначено фінансові зобов'язання надання пацієнтам необхідних медичних послуг (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України, паралельно внесено необхідні зміни до Бюджетний кодекс [3], прийнято створення Національної служби здоров'я України = НСЗУ [31], визначено вимоги до надавачів медичних послуг та порядок укладання договорів на медичне обслуговування [5, 24, 26], затверджено методику розрахунку вартості медичних послуг [11]. Враховуючи існуючі проблеми з доступністю медичної допомоги для сільського населення, прийнято спеціальний закон [28], який передбачає розвиток мережі охорони здоров'я, транспортної інфраструктури в сільській місцевості, широке впровадження телекомунікаційної інфраструктури.

Крім того, планується продовжити реформування стаціонарної сфери без радикальних ідеологічних змін попереднього періоду, але з певними поправками, для чого уряд затвердив оновлений Порядок формування госпітальних округів [27], перелік і склад лікарень. районів у кожному регіоні країни [25], Міністерство охорони здоров'я прийняло положення про госпітальний округ [17], розробило рамкові вимоги до багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування, в яких, зокрема, вимоги до людських ресурсів, інфраструктури та обладнання, транспорту та обумовлюються комунікації, вимоги до навантаження тощо [33].

Старт реформи було заплановано на 1 січня 2018 року і охоплює 3-річний період – 2018-2020 роки.

Попередній аналіз змісту та процесів реалізації запланованих масштабних перетворень системи охорони здоров'я України дозволяє оцінити їх як курс на формування нової сучасної ефектинвої моделі охорони здоров'я.

Водночас слід зазначити низку недоліків, наявність яких може спотворити очікувані результати.

Таким чином, досягнення ефектинвого балансу між державними гарантіями щодо безоплатної медичної допомоги та спроможністю держави покривати витрати на їх надання є наріжним каменем реформ у будь-якій країні і, насамперед, в Україні [39, 40]. Тому законодавче визначення реального, а не декларативного обсягу державних гарантій безоплатної медичної допомоги є надзвичайно актуальним завданням, на вирішення якого спрямоване прийняття відповідного закону [23], згідно з яким «держава гарантує безоплатну медичну допомогу». понва оплата за тарифом за рахунок коштів Державного бюджету України, забезпечення громадян необхідними медичними послугами та лікарськими засобами, які передбачені програмою медичних гарантій.. ..» Проте легітимність закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування...» не є беззаперечним, оскільки порушує щонайменше три статі Конституції України [6]: ст. 49, яка проголошує, що в Україні «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування... У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно». 22, яка містить норму «При прийнятті нових законів або внесенні змін до чинних законів не допускається звуження змісту та обсягу існуючих прав і свобод», та частиною другою ст. 64, яка передбачає, що конституційні права не можуть бути обмежені інакше, як «в умовах війни чи надзвичайного стану».

Безпосередньо сама програма державних гарантій, визначена Законом, не підкріплена чіткою методологією її формування та наповнення. Він охоплює всі види медичної допомоги, у тому числі їх медичне забезпечення, без пріоритентості медичних послуг за соціально-медичними ознаками, не передбачає співоплату медичних послуг пацієнтами, що пов'язано з побоюваннями порушення Конституції при тлумаченні Конституційного Суду 2002 р. [34], тому вона набуває

критично декларативної форми [1]. Крім того, нова структура НСЗУ перебирає значну частину повноважень щодо формування політики у сфері охорони здоров'я. Адже на нього покладено функції розробника програми державних гарантій і тарифів, та замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, а забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я функції які не обмежуються обслуговуванням фінансово-господарської діяльності у сфері охорони здоров'я (ст. 7 Закону) [23].

Слід також зазначити, що у підзаконних актах щодо запровадження договірних відносин акцентується увага на процесі укладання договорів, а не на забезпеченні підвищення ефективності надання медичної допомоги [5]. Також в документах уряду та МОЗ України імпліцитно проявляється тенденція переходу на надання ПМД фізичними особами-підприємцями, що (особливо, якщо йдеться про солов практики) є архаїчною та неефективною формою надання послуг. [37]. Крім того, є сумніви щодо спроможності НСЗУ працювати з такою кількістю постачальників ПМД в умовах договірних відносин.

Слід зазначити, що передача визначення штантового розпису на розсуд керівника ЛПЗ [21] в рамках автономізації медичних закладів [18] не підкріплена методичними рекомендаціями щодо порядку формування штантового розпису в умовах, що змінилися. Це суттєво ускладнює роботу керівників, оскільки вони звикли до нормативного підходу (жорсткої вказівки «зверху»), і може провокувати конфлікти між керівним персоналом і працівниками.

Зміни у підходах до стандартизації, затверджені у 2016 р. наказом МОЗ [20], які скасовують поняття «уніфікованих клінічних протоколів» і дозволяють лікарю обирати клінічний протокол з електронних ресурсів різних країн, зазначених у порядку та використаня так званих «нових клінічних протоколів», створюють загрози безперервності та інтегрованості надання медичної допомоги населенню України. Пенві загрози створює також новий порядок акредитації, який законодавчо (стаття 16 Основ законодавства про охорону здоров'я [15]) переводить її з 30 січня 2018 року з державного та обов'язкового порядку для постачальників медичних послуг на добровільний. Такий підхід характерний для

більшості європейських країн, але в Україні він не підкріплений мотиваційними механізмами, серед яких укладення фінансових контрактів лише з акредитованими установами.

Загалом спостерігається пенва поспішність, фрагментарність і непослідонвість реформ. Наприклад, скасування низки бухгалтерських документів МОЗ України [19] до впровадження системи електронного документообігу може призвести до втрати керованості процесами надання медичної допомоги, насамперед на первиній ланці.

Наянвість цих та інших прогалин, швидше за все, пов'язана з відсутністю прийнятої на основі консенсусу стейкхолдерів (зацікавлених сторін) стратегії реформування, що провокує недовостантність системності реформування, а також обмеженим застосуванням проектного підходу в практиці перетворень. системи охорони здоров'я.

Справжні реформи системи охорони здоров'я в Україні почалися дуже пізно порівняно з іншими пострадянськими країнами – майже через два десятиліття після проголошення незалежності.

Започатковані реформи характеризуються недовостантністю та наступністю та мають фрагментарний характер, що значною мірою пов'язано з політичним контекстом; відсутність затвердженої стратегії реформування, що враховує існуючі та потенційні ризики при здійсненні перетворень; наянвість сутєвих прогалин у нормативно-правовому забезпеченні реформ, насамперед, недовостантність їх відповідності конституційним нормам, а також відсутність підготовлених спеціалістів у сфері управління змінами в охороні здоров'я.

Для успішного здійснення трансформацій системи медичної допомоги в Україні необхідно терміново сформулювати політику, яка ґрунтуватиметься на цілісній, виваженій, консенсусній стратегії реформування охорони здоров'я; розвиток адекватного нормативно-правового забезпечення, збалансованого з конституційними нормами; застосування сучасних управлінських підходів: управління змінами та проектний підхід; постійний моніторинг та оцінка для оперативного реагування на виклики та ризики, що виникають у процесі

реформування, а також ретельне навчання керівників та працівників фінансово-економічних підрозділів органів та установ охорони здоров'я для роботи в нових фінансово-економічних умовах.

Висновки до розділу 2

Аналіз досліджень теоретичних аспектів реформування системи охорони здоров'я в Україні за період незалежності показав, що до 2015 року в Україні діяла радянська модель охорони здоров'я, яка базувалася на кошторисному фінансуванні закладів охорони здоров'я та інфраструктура системи. З кінця 2014 року відбувся перехід на нову модель, яка передбачає впровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом», державне солідарне медичне страхування, договірну модель закупівлі медичних послуг, нові форми фінансування та автономність медичних послуг. Реформування системи охорони здоров'я в Україні відбувається шляхом регулювання чотирьох рівнів галузі: конституційного, загального, спеціального та національного, що в цілому визначає напрямок трансформації та вектор розвитку галузі. Послідовність змін на всіх рівнях стає важливою. Реформування системи охорони здоров'я відбувається за такими основними напрямками: якість медичних послуг та якість медичної допомоги; стандартизація медичної допомоги, акредитація та ліцензування закладів охорони здоров'я; соціальне медичне страхування; децентралізація та автономізація медичних закладів; фінансування медичних установ; регулювання цін на лікарські засоби; профілактика, діагностика та лікування окремих видів захворювань.

Започатковані реформи характеризуються недостатньою системністю та наступністю та мають фрагментарний характер, що значною мірою пов'язано з політичним контекстом; відсутність затвердженої стратегії реформування, що враховує існуючі та потенційні ризики при здійсненні перетворень; наявність сутєвих прогалин у нормативно-правовому забезпеченні реформ, насамперед, недостатня їх відповідність конституційним нормам, а також відсутність підготовлених спеціалістів у сфері управління змінами в охороні здоров'я.

Для успішної реалізації трансформацій системи медичної допомоги в Україні вкрай необхідно сформулювати політику, яка ґрунтуватиметься на цілісній, виваженій, консенсусній стратегії реформування охорони здоров'я; розвиток адекватного нормативно-правового забезпечення, збалансованого з конституційними нормами; застосування сучасних управлінських підходів: управління змінами та проєктний підхід; постійний моніторинг та оцінка для оперативного реагування на виклики та ризики, що виникають у процесі реформування, а також ретельне навчання керівників та працівників фінансово-економічних підрозділів органів та установ охорони здоров'я для роботи в нових фінансово-економічних умовах.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО МЕХАНІЗМУ МОНІТОРИНГУ РЕАЛІЗАЦІ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

3.1. Імплементация досвіду Німеччини щодо реформування сфери охорони здоров'я

Конституція України гарантує кожному право на охорону здоров'я. Тобто кожен громадянин України, а також іноземець чи особа без громадянства, які на законах підставах перебувають на території України, мають право на охорону здоров'я [1]. Охорона здоров'я забезпечується систематичною діяльністю державних та інших організацій, діяльність яких регулюється Конституцією та законами України.

Відповідно до положень Конституції України кожен громадянин України має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та страхування. Держава зобов'язана створити належні умови для надання медичної допомоги та послуг усім своїм громадянам. Ці положення Конституції підкріплені рішеннями Конституційного Суду України [2]. Нині Україна перебуває на європейському шляху розвитку, тому українське законодавство гармонізується з європейськими стандартами у сфері охорони здоров'я, а саме у сфері надання якісної медичної допомоги та послуг. У цьому контексті варто зазначити, що одним із найважливіших документів є Європейська хартія прав пацієнтів, яка була прийнята в Римі в листопаді 2002 р. [3]. Цей документ зробив вагомий внесок у розвиток законодавства та реформування системи охорони здоров'я країн Європейського Союзу [4].

Сьогодні система охорони здоров'я виконує свої функції насамперед завдяки фінансуванню та державному регулюванню. Основою державного регулювання є нормативно-правова база, яка визначає правовий статус органів, установ і посадових осіб у сфері охорони здоров'я [5].

Побудова ефективної системи охорони здоров'я, здатної забезпечити населення якісною та доступною медичною допомогою та послугами, є одним із ключових завдань соціальної політики держави. Донедавна система охорони здоров'я України фінансувалася за бюджетною моделлю, яка, безумовно, є високоефективною за наявності достатнього фінансового забезпечення її функціонування. Слід зазначити, що найефективнішим методом фінансування медичної галузі є метод оплати за надані медичні послуги, який зараз фактично впроваджується в умовах медичної реформи, особливо на рівні первинної медицини. Наразі в Україні поступово запроваджується добровільне медичне страхування, яке розширить доступ матеріально забезпечених громадян до якісної медичної допомоги та зменшить тиск на державний бюджет. Крім того, найближчим часом необхідно створити відповідну законодавчу базу, яка зможе розширити автономію медичних закладів у сфері надання планових медичних послуг.

Вважається, що німецька система охорони здоров'я забезпечує громадянам доступ до кваліфікованої та високоякісної медичної допомоги та послуг за ціною, яка вважається соціально прийнятною. Основою німецької системи охорони здоров'я є обов'язкове медичне страхування (Krankenversicherung (GKV)). Разом із пенсійним страхуванням, страхуванням на випадок безробіття, страхуванням від нещасних випадків та довгостроковим доглядом воно утворює німецьку систему соціального забезпечення. Завданням обов'язкового медичного страхування є збереження здоров'я застрахованої особи, відновлення або зміцнення її здоров'я. GKV в основному є обов'язковим страхуванням для всіх осіб у Німеччині, які класифікуються як не звільнені від страхування та які не мають іншого права на покриття у випадку хвороби [6].

Близько 87% населення Німеччини, тобто близько 70 мільйонів людей, застраховані в системі обов'язкового медичного страхування (GKV). оформити обов'язкове медичне страхування. Ті самі громадяни, чия власна заробітна плата перевищує річний ліміт заробітної плати (die Jahresarbeitsentgeltgrenze) протягом року, мають право оформити приватне медичне страхування за схемою заміною

медичного страхування (in einer substitutiven Krankenversicherung). У німецькому законодавстві про соціальне забезпечення максимальна сума розрахунку цього ліміту є зміною сумою та регулярно коригується щороку. Федеральний уряд встановлює річний ліміт заробітної плати в законодавчих актах. Нвески на обов'язкове медичне страхування розраховуються відповідно до доходу учасника. Дохід, що перевищує встановлений ліміт для нарахування обов'язкових страхових внесків (Beitragsbemessungsgrenze), не враховується.

Відповідно до «принципу солідарності» обов'язкового медичного страхування німецької системи охорони здоров'я, усі застраховані особи спільно несуть особистий ризик витрат, пов'язаних із захворюванням. Таким чином, забезпечені громадяни допомагають менш забезпеченим отримати належну медичну допомогу.

Усі особи, які мають обов'язкове медичне страхування, мають однакове право на медичне обслуговування (die medizinische Versorgung) і допомогу по безробіттю (die Lohnfortzahlung) під час хвороби, незалежно від того, наскільки високий їхній дохід і, відповідно, скільки вони щомісяця платять за страхування.

Сума внеску залежить від доходу і спочатку є однаковою для всіх обов'язкових медичних страхувань і становить 14,6% від валового доходу, але лише до пенного рівня заробітної плати, так званого ліміту внесків. З 14,6% роботодавець і страхувальник платять по 7,3%. Крім того, кожна медична страхова компанія може стягувати додаткові внески зі своїх застрахованих осіб, якщо членських внесків та інших коштів недостатньо для покриття витрат.

Близько 11% людей, які проживають у Німеччині, є членами приватного медичного страхування (PKV). Щоб мати можливість оформити приватне страхування, необхідно виконати певні вимоги. Наприклад, власна валова зарплата особи повина перевищувати пенний ліміт протягом року. Самозайняті особи також можуть оформити приватне медичне страхування.

Розмір страхових внесків у приватному медичному страхуванні залежить не від доходу, а від віку, стану здоров'я та бажаних переваг. Усі приватні медичні страхові компанії пропонують єдиний базовий тариф, за яким ви можете бути

застраховані на пенних умовах. Подальша зміна базового тарифу можлива за пенних умов. Розмір базового тарифу не може бути вищим за максимальний розмір обов'язкового медичного страхування [7]. За таких умов пенною мірою створюються прецеденти дискримінації людей похилого віку та тих, хто має хронічні захворювання, оскільки приватні страхові компанії часто встановлюють завищені страхові внески для цих людей.

При цьому держава визначає рамкові умови надання медичної допомоги. Проте подальша організація та фінансування окремих медичних послуг є завданням так званого самоврядування в системі охорони здоров'я. Його проводять спільно представники лікарів і стоматологів, психотерапевтів, лікарень, медичних страхових компаній і застрахованих осіб. Вищим органом самоврядування в рамках обов'язкового медичного страхування є Об'єднаний федеральний комітет.

Обов'язкове медичне страхування зобов'язане застрахувати громадян і гарантувати отримання ними медичних послуг. Для цього вони укладають договори з великою кількістю установ і організацій, у тому числі з асоціаціями лікарів і стоматологів з обов'язковим медичним страхуванням, а також з асоціаціями лікарень і фармацевтів. Асоціація всіх державних медичних страхових компаній на федеральному рівні називається "GKV-Spitzenverband", вона виконує законодавчо визначені завдання та представляє інтереси різних медичних страхових компаній. Приватне медичне страхування пропонує своїм клієнтам повне, часткове або додаткове страхування.

Існує також асоціація лікарів і стоматологів обов'язкового медичного страхування, тобто всі лікарі і психотерапевти, які надають послуги обов'язкового медичного страхування, об'єднані в федеральних землях в Асоціацію лікарів обов'язкового медичного страхування (Kassenärztlichen Vereinigungen "KV"), стоматологи - в Асоціацію лікарів обов'язкового медичного страхування (KV). Асоціація стоматологів з обов'язкового медичного страхування (Zahnärzte in Kassenärztlichen Vereinigungen "KZV").

На рівні федеральних земель усі лікарі, стоматологи, психотерапевти та фармацевти є обов'язковими членами відповідної регіональної палати. До

завдань палат входить контроль за виконанням професійних обов'язків та дотриманням рентгенівських та радіаційних норм. Вони несуть відповідальність за професійне визнання, експертизу, а також за оцінку та арбітраж звинувачень у недбалості. Регіональні палати утворюють відповідні федеральні палати на федеральному рівні [8].

Відповідальними асоціаціями на федеральному рівні є Федеральна асоціація лікарів обов'язкового медичного страхування (Kassenärztliche Bundesvereinigung "KBV") і Федеральна асоціація стоматологів обов'язкового медичного страхування (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung "KZBV"). Вільний вибір лікаря та стоматолога, фрілансерська робота та самоуправління в асоціаціях є сильними сторонами німецької системи охорони здоров'я. Захист довірчих відносин між пацієнтами та їхніми стоматологами та лікарями є першочерговим завданням цих асоціацій.

В Україні існує низка асоціацій, які мають певною мірою схожу структуру та завдання. Прикладами таких об'єднань є Українська асоціація психологів (УАП), до основних завдань якої входить об'єднання фахівців, зацікавлених у розвитку медичної (клінічної) психології та системи психічного здоров'я, створення інформаційного центру з медичної психології та ін. . Також варто згадати такі асоціації, як: серцево-судинні хірурги України, бариатрична хірургія, ніжна медицина та освіта, медичні сестри, неврологи, педіатри та багато інших.

Система охорони здоров'я у Федеративній Республіці Німеччина фінансується переважно за рахунок внесків застрахованих громадян і роботодавців. Варто додати, що існують також дотації з податкових надходжень. Для порівняння, системи громадського здоров'я, такі як у Великобританії чи Швеції, використовують податкові надходження. У системах вільного ринку, таких як США, багато громадян змушені оплачувати медичні витрати та втрачений заробіток через хворобу або брати приватне страхування.

У розпорядженні Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» зазначається, що міжнародний досвід, рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я, а також

дослідження щодо Специфіка використовуваної сьогодні моделі системи охорони здоров'я України вказує на те, що єдиним способом забезпечення якісного медичного захисту без фінансового стресу для громадян є перехід на фінансування медицини за страховим принципом. Такий підхід дає змогу розподілити ризики захворювання та витрати на лікування між великою кількістю застрахованих осіб, шляхом попереднього збору поштових внесків від великої кількості людей та спрямування зібраних коштів на виплати за страховим випадком у разі хвороби чи іншого розладу здоров'я [9].

Становлення страхової медицини в Україні відбувається поступово. Так, у грудні 2017 року створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ) – центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Іншими словами, НСЗУ є національним страховиком, який укладає договори із закладами охорони здоров'я та закуповує у них медичні послуги [10]. Сьогодні первина медична допомога функціонує в рамках Програми медичних гарантій.

Наступним кроком стала адаптація закладів охорони здоров'я до нових моделей підпорядкування, функціонування та фінансування. Реорганізація закладів охорони здоров'я з державних установ на державні підприємства та з комунальних установ на комунальні некомерційні підприємства дала можливість розвинути конкуренцію на ринку медичних послуг. Впроваджена система дозволяє пацієнту самостійно обирати заклад охорони здоров'я для отримання медичної допомоги та послуг, а отже створює здорову конкуренцію між суб'єктами охорони здоров'я.

У перспективі перспективним напрямком має стати розробка та прийняття Закону «Про загальнообов'язкове державне медичне страхування». При цьому суб'єктами такої організаційно-правової форми соціального забезпечення мають бути: застраховані особи, страхувальники, страховальники, заклади охорони здоров'я, Фонд загальнообов'язкового соціального медичного страхування, уповноважений орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері загальнообов'язкового соціального медичного страхування, об'єднання

страхувальників, об'єднання застрахованих осіб, об'єднання закладів охорони здоров'я.

При цьому держанвий страховик має надавати мінімальний набір медичних послуг з урахуванням пріоритетності, а приватні страхові компанії можуть надавати додаткові програми страхування більш широкого спектру медичних послуг для окремих категорій осіб.

Підсумовуючи, варто зазначити, що врахування всіх вищезазначених аспектів дозволить створити конкурентний ринок закладів охорони здоров'я, що в свою чергу призведе до необхідності перебудови системи контролю якості послуг. Це, безперечно, позитивно вплине на медичну систему в державі. Підходячи до побудови національної системи медичного страхування, важливо забезпечити мінімальний рівень страхування (невідкладної допомоги) населення за рахунок держави та залишити можливість розширеного страхування через приватні структури.

Запропоновано для впровадження в Україні модель держанвого солідарного медичного страхування, яка враховує найкращі сучасні практики та досвід трансформації систем охорони здоров'я у світі, зокрема, у Німеччині.

Основним джерелом фінансування оновленої системи охорони здоров'я залишаються кошти Держанвого бюджету України, отримані від загальнодержанвих податків [9]. Виплати за лікування фізичної особи не прив'язані до розміру її індивідуальних внесків, що чудово порівняно з Німеччиною.

В Україні основна частина фінансових ресурсів Національної служби здоров'я України наразі спрямовується на реалізацію Програми держанвих гарантій медичного обслуговування населення, яка діє з 1 квітня 2020 року. витратити на централізовану закупівлю ліків, на навчання медичного персоналу, на охорону здоров'я та боротьбу з епідеміями, а також на вакцинацію від COVID-19 та екстрену медичну допомогу.

На федеральному рівні Федеральне міністерство охорони здоров'я Німеччини (BMG) формує політику охорони здоров'я. Серед іншого, він готує

закони та розробляє адміністративні регламенти щодо діяльності самоврядування у сфері охорони здоров'я. Ряд установ і органів влади, що займаються загальними питаннями охорони здоров'я, також підпорядковані BMG. Серед них, наприклад, Федеральний інститут ліків і медичних приладів (BfArM) і Інститут Пауля Ерліха (PEI). BfArM відповідає, зокрема, за схвалення лікарських засобів. До завдань PEI входить, наприклад, схвалення вакцин, що є досить важливим завданням у сучасних умовах.

У рамках обов'язкового медичного страхування Федеральний об'єднаний комітет (G-BA) є вищим керівним органом спільного самоврядування в галузі охорони здоров'я. До нього увійшли представники лікарів, стоматологів і психотерапевтів, страхових компаній, лікарень і пацієнтів. Як центральний орган самоврядування на федеральному рівні G-BA вирішує, серед іншого, які медичні послуги оплачуються фондами обов'язкового медичного страхування та в якій формі вони надаються.

Крім того, G-BA відповідає за заходи щодо забезпечення якості поставок. У своїй роботі G-BA підтримується Інститутом якості та ефективності охорони здоров'я (IQWiG). Інститут досліджує переваги та ризики, які виникають під час лікування та обстеження пацієнтів. Експерти оцінюють інформацію, отриману в результаті відповідних досліджень, і використовують результати в майбутньому для реформування системи охорони здоров'я.

Слід зазначити, що в Україні діє «Український фармацевтичний інститут якості» (ДП «УФІА»), який має таку саму діяльність, як і німецький «Інститут якості та ефективності охорони здоров'я», оскільки цей інститут проводить роботу з гармонізації своєї діяльності та вимог до нормативної документації відповідно до міжнародних стандартів, орієнтуючись саме на країни Європейського Союзу, в тому числі Німеччину.

В Україні, порівняно з Німеччиною, МОЗ є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику та завдання у сфері охорони здоров'я, а також захист населення від інфекційних захворювань, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально

небезпечним захворюванням, профілактики та профілактики неінфекційних захворювань, забезпечує формування та реалізацію державної політики в багатьох сферах, таких як розвиток медичних послуг, впровадження електронної охорони здоров'я, системи охорони здоров'я, забезпечення державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, розвиток кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, вищої медичної, фармацевтичної освіти і науки та ін. МОЗ у своїй діяльності керується Конституцією та законами України, Указами Президента України і постановами Верховної Ради України, прийнятими відповідно до Конституції та законів України, актами Кабінету Міністрів України та цим Положенням. України, та іншими актами законодавства [11].

Головним завданням німецької служби охорони здоров'я (ÖGD) є захист населення від небезпеки для здоров'я. Місцеві органи охорони здоров'я, зокрема, дбають про гігієну в комунальних закладах, дбають про запобігання поширенню інфекцій та загальне зміцнення здоров'я нації. Вони також надають консультації та допомогу громадянам із психосоціальними проблемами.

У Німеччині існує багато так званих немедичних професій охорони здоров'я (nicht ärztliche Heilberufe) [12]. Це, наприклад, фізіотерапевти, логопеди, медсестри та акушерки. Оскільки вони пропонують медичне страхування, їхні асоціації також укладають контракти з Національною асоціацією фондів обов'язкового медичного страхування та медичними страховими компаніями.

Також у Німеччині багато людей об'єдналися, щоб створити групи самодопомоги та організації пацієнтів, які консультують та підтримують інших пацієнтів. Цей досвід досить цікавий і може бути використаний при реформуванні системи охорони здоров'я в Україні, тому що велика кількість пацієнтів може поділитися власним досвідом і таким чином допомогти іншим пацієнтам.

Слід також зазначити, що Федеральне міністерство охорони здоров'я визнало та за останні роки створило основу для багатьох переваг цифровізації в галузі охорони здоров'я Німеччини. Тут варто згадати запровадження електронної історії пацієнта (ePA), запровадження електронного рецепта (e-prescription),

створення нового доступу до цифрових медичних програм (DiGA або «Prescription Application»), просування телемедицини. та створення дослідницького дата-центру.

Крім того, у 2019 році було створено «Центр іновачій у сфері охорони здоров'я» як джерело іновачійних ідей, а також майданчик для діалогу між державою та споживачами цифрових технологій. Крім того, Федеральне міністерство охорони здоров'я спільно з Майбутнім регіоном цифрової охорони здоров'я (Zukunftsregion Digitale Gesundheit) запустили ініціативу, яка має на меті випробувати новітні цифрові рішення на практиці та отримати знання про їх використання в системі охорони здоров'я до кінця 2022 року. Німеччини в тестовому регіоні Берлін-Бранденбург. Лікарі загальної практики та спеціалізовані медичні заклади Берліна та Бранденбурга, а також фізіотерапевти можуть брати участь у цьому тесті.

На офіційному сайті Федерального міністерства охорони здоров'я Німеччини в статі, присвяченій перспективам цифровізації охорони здоров'я, зазначено, що «Цифровізація німецької системи охорони здоров'я буде успішною, якщо будуть поставлені правильні цілі та знайдені рішення». Для успішного узгодження та формування цього проекту BMG ініціювала Форум іновачій Digital Health 2025, щоб створити простір для структурованого обміну ідеями. Експерти з усіх сфер системи охорони здоров'я були залучені до розробки спільного бачення успішної цифрової системи охорони здоров'я в Німеччині. Постачальники медичних послуг, страхові компанії, представники пацієнтів, представники наукових і промислових компаній, а також державні установи – усі зробили свій внесок. Подбали про залучення практичних експертів, які мають великий досвід роботи в проектах з цифровізації [13].

Тут для порівняння варто зазначити, що МОЗ України продовжує процес відмови від паперових звітів та документів у сфері охорони здоров'я, щоб зменшити корупційні ризики та полегшити процес лікування пацієнтів і лікарів. Саме через це останні кілька років ознаменувалися стрімкою інтеграцією цифрових комп'ютерних технологій у сферу охорони здоров'я. В Україні, як і в

Німеччині, є електронна карта пацієнта, є і електронний рецепт, хоча в сьогоденнішніх реаліях це нововведення працює ще не скрізь.

В основі розпочатої реформи лежить необхідність широкого використання інформаційних технологій. Її важливим інструментом стала розробка сучасної електронної системи охорони здоров'я, яка дає змогу поступово підвищувати ефективність та прозорість діяльності суб'єктів у сфері охорони здоров'я та мінімізувати корупційну складову.

На базі електронної системи охорони здоров'я розроблено зручні онлайн-сервіси для пацієнтів та інших учасників правовідносин у сфері охорони здоров'я, за допомогою яких можна обрати лікаря та укласти з ним декларацію, виписати та отримати електронний рецепт на ліки, записатися на прийом до лікаря, укласти договір з Національною службою здоров'я України, здійснюється процедура звінтості за надані медичні послуги. Проте проблема полягає в тому, що досі не вирішено питання правового регулювання медичних відносин щодо згоди на медичне втручання.

У 2020 році було видано розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я», в якому зазначено, що електронну охорону здоров'я в Україні, тобто eNeals, слід розуміти як екосистему гармонійної та взаємоприйнятної інформаційні відносини всіх учасників медичного середовища держави, які базуються на економічно ефективному та безпечному використанні інформаційно-комунікаційних технологій, спрямованих на підтримку системи охорони здоров'я, у тому числі медичних послуг, профілактичної допомоги, медичної літератури, медична освіта, знання та дослідження [14]. Створена електронна система eNeals складається з Центральної бази даних (ЦБД), яка забезпечує можливість створення, перегляду, обміну інформацією та документами між реєстрами, державними електронними інформаційними ресурсами, електронними медичними інформаційними системами, а також МІС, тобто електроним медична інформаційна система, що забезпечує можливість автоматизації роботи суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, створення, перегляду, обміну інформацією в електронному

вигляді, зокрема з центральною базою даних [15]. І, звісно, варто зазначити, що наразі реформи, пов'язані з цифровізацією, відбуваються досить швидко. Це, в свою чергу, прискорює євроінтеграційні процеси в Україні у сфері охорони здоров'я. Перехід на електронну систему охорони здоров'я має позитивні наслідки, оскільки спрощує спілкування лікаря або медичного закладу з пацієнтом. Але залишається проблема з його фінансуванням, адже не всі лікарні мають достатньо коштів для здійснення переходу на цю систему.

3.2. Методичні рекомендації щодо удосконалення нормативно-правового механізму медичного реформування в Україні

Недосконалість державного механізму управління ДПОЗ спостерігається з 2010 року, коли законом України були запроваджені принципи внутрішньої та зовнішньої політики держави. Змін до Основ законодавства чинного ДПОЗ не внесено. Тоді як законодавство України покладає відновлення цих принципів на Верховну Раду України, Президента України та Службу державної охорони (КМУ, міністерства, центральні та місцеві СБУ) шляхом їх тісної взаємодії та координації зусиль (ст. 12 Законом України [15]).

Перспективи вирішення зазначених проблем висвітлені К.А. Натутій, В.М. Лехан, І.В. Найда, який запропонував прогресивний і своєчасний проект Концепції постійного вдосконалення національної системи охорони здоров'я України [20]. По суті, ця Концепція є: глобальною ініціативою, основним ціннісним орієнтиром для розвитку ДПОЗ. Цінність і обґрунтованість цієї концепції було обґрунтовано доведено за допомогою дельфійської процедури. Дослідники визначили мету Концепції, основні цілі (завдання), принципи організації нової НСОЗ, а також розробили стратегію її розвитку. Автори пропонують використовувати цю Концепцію як довгостроковий цінний орієнтир для розробки офіційно стандартизованої ДПОЗ та реформування НСЗУ. Погоджуючись із

змістом запропонованих 10 стратегічних принципів, доцільно уточнити деякі з них та вважати їх першочерговими, а саме:

- «принцип іноваційності», згідно з яким новий НСОЗ слід розуміти як комплексну соціальну іновацію, реалізація якої призведе до довготривалих радикальних перетворень традиційного СОЗ в масштабах України у разі використання комплекс сучасних методів управління;

- «принцип розвитку та інтеграції системного комплексу», згідно з яким розуміти комплексні нові НСОЗ на етапах формування та впровадження ДПОЗ. На першому етапі НСОЗ має комплексно поєднати свою основну іноваційну ідею та другорядні ідеї, які забезпечать цілісне та належне функціонування цієї системи. На другому етапі також постане питання комплексності, оскільки обов'язково відбудеться адаптація (перевинахід, адаптація) нового НСОЗ до традиційних умов. А складність нового НСОЗ обов'язково призведе до поетапного впровадження його основних частин;

- «принцип доказовості та безпеки», згідно з яким слід розуміти необхідність використання сучасного комплексу наукових методів, практичних експериментів, які доведуть доцільність обраного образу нового НСОЗ та методів його реалізації.

Були спроби (у 2015-2019 рр.) легітимізувати новий ДПОЗ (законопроект «Про засади державної політики у сфері охорони здоров'я» [21]). Ці спроби виявилися неспішними: законопроект включили до порядку денного 10-ї сесії Верховної Ради, але потім відкликали. Другим пріоритетним напрямком у проекті нового ДПОЗ передбачено створення ефективної моделі НСОЗ. Першочерговим заходом є радикальна за своєю суттю організаційна реструктуризація національних та регіональних СОЗ. У цьому законопроекті розкрито структуру НСЗУ, але не достатньо розкрито особливості загального образу внутрішньої структури, зокрема системи медичного обслуговування. Останій у законопроекті розглядається як сукупність медичних закладів та фізичних осіб тощо. Перевага в законопроекті надається вимогам до цієї послуги, що, безперечно, є вагомим. Проте чіткої відповіді на питання, що ми хочемо

отримати в результаті докоріної перебудови нинішніх СОЗ, немає? Можна сказати, що це лише деталь. Проте вітчизняний досвід показує, що ДПОЗ дійсно довгостроковий, але не незмінний. Його принципи повинні систематично оновлюватися, що визначається принципами внутрішньої та зовнішньої політики держави. Поряд із іміджем СОЗ майбутнього важливим є бачення процесу реформування, оскільки впровадження цієї системи зумовлює глибокі трансформації СОЗ.

Під час розробки зазначеного законопроекту використовувалася загальноприйнята методологія. Його аналіз показує, що за змістом він є новим розумінням ДПОЗ в Україні та суттєво відрізняється від поточної політики у сфері гігієни праці. Проте головним критерієм має бути розгляд нового ДПОЗ як ідеології реформи СОЗ та основного керівництва для органів державної влади, насамперед ОВВ, шляхом усунення його декларативності. У цьому контексті уточнимо окремі позиції ДПОЗ, а саме щодо розуміння:

- «об'єкт ДПОЗ» в аспекті не лише функціонування НСОЗ, у тому числі її регіональних складових, а й її розвитку (реформування), що відповідатиме реалізації принципу «сталого розвитку цієї системи»;

- принцип «об'єктивності», в якому доцільно більш детально розкрити зміст грамотного доказового керівництва в аспекті належного розроблення ДПОЗ. Такий тип менеджменту є сучасним трендом політики публічних доказів, який утверджується в Україні. Отже, у переліку термінів розділу I «Загальні положення» необхідно розкрити розуміння терміну «менеджмент доказів».

Також запропонований перелік принципів доцільно доповнити принципом «стратегічного бачення розвитку НСЗУ» на довгострокову перспективу складових цієї системи щодо охорони здоров'я населення та надання медичної допомоги; наукове, фінансове, кадрове та інформаційне забезпечення; регулювання доступу до лікарських засобів, вакцин, медичних виробів і технологій; державна інформаційна політика. Реалізація цього принципу тісно пов'язана з реалізацією пріоритетних напрямів ДПОЗ та заходів щодо їх реалізації, до яких законопроект відносить: створення ефективної моделі НСОЗ; визначення пріоритетів його

розвитку, у тому числі регіональних складових; забезпечення спільного справедливого механізму розподілу тягаря витрат на послуги NHS. Ціність принципу «стратегічного бачення розвитку НСОЗ» полягає в тому, що правильно сформоване стратегічне бачення цієї системи дасть відповідь на запитання: що саме ми хочемо отримати? Також уточнює пріоритети ДПОЗ, стратегічні цілі, напрями та процеси розвитку НСОЗ на відповідний період. Цей принцип є одним із тих, що підкреслює використання інструментів управління доказами, технології форсайту як способу формування образу майбутнього. Розумне використання цих інструментів збагатить зміст нового ДПОЗ, позбавить його декларативності, і він справді стане конкретною ідеологією та керівництвом до дії, насамперед для ОВВ.

На сьогоднішній день правове регулювання системи охорони здоров'я здійснюється Конституцією України, Основами законодавства України про охорону здоров'я, Законами України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про захист населення від інфекційних захворювань», «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», «Про психіатричну допомогу», «Про лікарські засоби» та інші законодавчі акти, прийняті відповідно до з ними.

Так, стаття 49 Конституції України гарантує кожному право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Держава створює умови для ефектної та доступної медичної допомоги всім громадянам. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безкоштовно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена.

Кожна людина має природне, невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава несуть відповідальність перед нинішніми та майбутніми поколіннями за рівень здоров'я та збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, освіти, побуту та відпочинок населення, вирішення

екологічних проблем, поліпшення медичного обслуговування та впровадження здорового способу життя.

Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають правові, організаційні, економічні та соціальні основи охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини в цій галузі з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності та тривала активна життєдіяльність громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження та зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості.

Водночас єдиної програми реформування системи охорони здоров'я досі немає.

7 грудня 2000 р. Указом Президента України затверджено Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України, яка спрямована на реалізацію положень Конституції та законів України щодо забезпечення доступною кваліфікованою медичною допомогою кожного громадянина України, впровадження нових ефективних механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я, створення умов для формування здорового способу життя.

На жаль, вона так і не була реалізована, а заклики до реформ так і залишилися закликами.

Не знайшли свого логічного завершення й питання, поставлені Основами законодавства України про охорону здоров'я.

Незважаючи на значну кількість нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я, сьогодні у цій сфері існує чимало колізій та проблем.

Так, статтю 49 Конституції України, як уже зазначалося, медична допомога надається безоплатно в державних і комунальних закладах охорони здоров'я.

Відповідно до Рішення Конституційного Суду України за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положень частини третьої статі 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, медичної допомоги надається безоплатно» (справа про безоплатність медичної допомоги) від 29 травня 2002 р. № 10-рп/2002

встановлено, що положення частини третьої статі 49 Конституції України "у державній і комунальній охороні здоров'я закладах, медична допомога надається безоплатно» розуміти, що в державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного чи наступного розрахунку за надання такої допомоги. .

Широкого розголосу набуває проблема запровадження медичного страхування.

Так, зазначеним Рішенням Конституційного Суду України визначено, що частина перша статі 49 Конституції України закріплює право кожного на медичне страхування, тобто не обов'язкове, а добровільне медичне страхування громадян. Що стосується державного медичного страхування, то його запровадження не суперечитиме конституційному положенню «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» лише у тому випадку, якщо планіками обов'язкових страхових платежів (нвесків) будуть організації, установи, підприємства, інші суб'єкти підприємницької діяльності, державні кошти тощо. Стягнення таких платежів (нвесків) з громадян у системі державного медичного страхування не відповідатиме зазначеному конституційному положенню, оскільки буде однією з форм оплати за надання їм допомоги в державних і комунальних закладах охорони здоров'я.

При цьому поняття медичної допомоги, умови запровадження медичного страхування, у тому числі державного, формування та використання добровільних медичних фондів, а також порядок надання медичних послуг, що виходять за межі медичного обслуговування, на плантій основі. бази в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та перелік таких послуг має бути визначено законом.

Окремі закони про порядок надання медичних послуг другорядного значення («парамедичних»), а також про запровадження медичного страхування ще не прийняті.

Крім того, Основами законодавства України про охорону здоров'я передбачено, що кожен пацієнт має право вільно обирати лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги.

Право на вільний вибір лікаря є обов'язковою умовою запровадження інституту сімейного лікаря.

Водночас сьогодні існує система так званого «прикріплення» лікаря до пацієнта за територіальною ознакою, яка не влаштовує пацієнтів.

На первиній ланці медичну допомогу отримують лише люди похилого віку та діти. Працезданте населення користується спеціалізованою та високоспеціалізованою медичною допомогою.

Ця тенденція є несприятливою, оскільки у високорозвинутих країнах потреба у первиній медичній допомозі, що надається сімейними лікарями, є найбільшою, у спеціалізованій – меншою, а у високоспеціалізованій – ще меншою.

При цьому навіть на первинному рівні більшість захворювань можна вилікувати без втручання фахівців вузького профілю.

Отже, зважаючи на вищезазначене, існуюча система охорони здоров'я не задовольняє більшість проблем населення України.

Реформування галузі охорони здоров'я має відбуватися насамперед шляхом вдосконалення існуючої нормативно-правової бази. Основи законодавства України про охорону здоров'я потребують перегляду з урахуванням нових тенденцій розвитку суспільства. Необхідно визначити законодавчий перелік планних послуг (так звані «медичні послуги другорядного значення», «парамедичні послуги»), умови запровадження медичного страхування тощо.

Крім того, потребує вирішення питання функціонування Інституту сімейної медицини.

І насамперед має бути розроблена та прийнята єдина довгострокова Державна програма реформування галузі охорони здоров'я, яка передбачатиме:

- створення правових, економічних та управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування;
- забезпечення гарантованого рівня надання безоплатної кваліфікованої медичної допомоги в обсязі, визначеному законодавством;

- формування контрольованого ринку плантих медичних послуг, сприяння діяльності закладів охорони здоров'я всіх форм власності, створення умов для задоволення потреб населення в медичних послугах;

- запровадження системи соціально-економічного стимулювання здорового способу життя, обмеження реклами алкоголю, тютюну та інших шкідливих для здоров'я речовин тощо.

Прийняття зазначених нормативних актів забезпечить системність та послідовність у сфері охорони здоров'я, сприятиме зміцненню загального стану здоров'я населення.

Висновки до розділу 3

З точки зору євроінтеграційних процесів важливість приведення норм українського законодавства до міжнародного законодавства, а саме до європейського, є вкрай важливою, оскільки навіть на прикладі Німеччини воно містить досить чіткий понятійний апарат і більш ефективно регулює сферу охорони здоров'я та надання медичних послуг.

Розвиток страхової медицини в Україні відбувається в процесі адаптації закладів охорони здоров'я до нових моделей підпорядкування, функціонування та фінансування відповідно до чинних норм і стандартів Європейського Союзу. Ця система дозволяє пацієнту самостійно обирати заклад охорони здоров'я для отримання медичної допомоги та послуг, що, у свою чергу, стимулює суб'єкти охорони здоров'я до більш ефективного їх надання.

Важливим етапом медичної реформи в Україні є розробка та прийняття Закону «Про загальнообов'язкове державне медичне страхування», який визначить правові та економічні засади, а також організаційні та фінансові механізми фінансування системи охорони здоров'я в цілому та реалізації обов'язкового медичного страхування в Україні.

Заслуговує на увагу досвід Німеччини щодо особливостей нарахування нвесків на медичне страхування. Те, що розмір нвеску на обов'язкове медичне страхування залежить від доходу, є цілком виправданим. Але той факт, що в приватному медичному страхуванні залежить від віку, стану здоров'я та бажаних переваг, за таких умов пенвою мірою створюються прецеденти дискримінації людей похилого віку та тих, хто має хронічні захворювання, оскільки для цих людей приватні страхові компанії часто встановлено завищені розміри страхових нвесків.

В Україні, як і в Німеччині, запроваджено електронну систему охорони здоров'я, яка зараз розвивається та вдосконалюється, адаптуючись до реалій сьогодення. Завдяки появі цієї системи в Україні полегшується та прискорюється комунікація між пацієнтом і лікарем, що має лише позитивні наслідки для системи охорони здоров'я.

Врахування всіх вищезазначених аспектів дозволить створити конкурентний ринок закладів охорони здоров'я, що, безперечно, призведе до необхідності перебудови системи контролю якості послуг. Це, безперечно, позитивно вплине на медичну систему в державі. Підходячи до побудови національної системи медичного страхування, важливо забезпечити мінімальний рівень страхування (невідкладної допомоги) населення за рахунок держави та залишити можливість розширеного страхування через приватні структури.

ВИСНОВКИ

Відповідно до поставленої мети обґрунтування сунтості медичної реформи в Україні та розробки методичних рекомендацій щодо вдосконалення нормативно-правового механізму медичної реформи зроблено наступні висновки дослідження:

1. Досліджено теоретичні основи дослідження системи охорони здоров'я та державного управління медичними реформами.

В Україні реформування системи охорони здоров'я здійснюється тривалий час як одне з першочергових завдань на шляху сталого розвитку національного суспільства. Це питання постійно актуалізується політиками, державними діячами, науковцями, експертами, медичними працівниками, громадськими суб'єктами та зацікавленими особами. Однак через значні проблеми Україна значно відстає від аналогічних перетворень в інших країнах СНД.

Її застарілість, низькі темпи реалізації науковці та практики пов'язують з проблемами реалізації Державної політики охорони здоров'я, що є наслідком: безсистемності, непослідовності, лобіювання у прийнятті рішень, відсутності належним чином розроблених стратегічних політико-правових рішень. , переважання оперативних-тактичних рішень; відмова від адекватних наукових підходів, форм і методів перетворень тощо. А головне, бракує: сучасної державної політики охорони здоров'я, чіткого стратегічного бачення її та нової моделі системи охорони здоров'я, стратегії мед. реформа; усвідомлені суспільством цілі та умови побудови цієї системи, соціальна мотивація та інтерес тощо.

2. Розглянуто стратегічні аспекти реформування системи охорони здоров'я України.

Аналіз досліджень теоретичних аспектів реформування системи охорони здоров'я в Україні за період незалежності показав, що до 2015 року в Україні діяла радянська модель охорони здоров'я, яка базувалася на кошторисному фінансуванні закладів охорони здоров'я та інфраструктура системи. З кінця 2014 року відбувся перехід на нову модель, яка передбачає впровадження принципу

«гроші ходять за пацієнтом», державне солідарне медичне страхування, договірну модель закупівлі медичних послуг, нові форми фінансування та автономність медичних послуг. Реформування системи охорони здоров'я в Україні відбувається шляхом регулювання чотирьох рівнів галузі: конституційного, загального, спеціального та національного, що в цілому визначає напрямок трансформації та вектор розвитку галузі. Послідовність змін на всіх рівнях стає важливою. Реформування системи охорони здоров'я відбувається за такими основними напрямками: якість медичних послуг та якість медичної допомоги; стандартизація медичної допомоги, акредитація та ліцензування закладів охорони здоров'я; соціальне медичне страхування; децентралізація та автономізація медичних закладів; фінансування медичних установ; регулювання цін на лікарські засоби; профілактика, діагностика та лікування окремих видів захворювань.

3. Проаналізовано особливості захисту прав пацієнтів у контексті медичної реформи в Україні.

В умовах сучасного реформування медичної галузі питання медичних стандартів є дуже актуальним, оскільки їх запровадження справді має сприяти встановленню пенного правового паритету між лікарями та пацієнтами. Аналіз існуючих точок зору науковців, чинного законодавства та практики зарубіжних країн дав змогу виділити найбільш типові варіанти. Відповідно до них суб'єктами розробки медичних стандартів можуть бути: національні структури стандартизації, які розробляють стандарти, правила, еталони для більшості технологій, процесів, процедур, послуг тощо (в Україні цей орган називається Держспоживстандарт); медичні структури системи центрального органу виконавчої влади, що здійснює державне регулювання у сфері охорони здоров'я (в Україні – це МОЗ України); окремі лікувально-профілактичні заклади з метою їх реалізації на клінічних базах виключно цих закладів; наукові організації, що фінансуються державою та є незалежними від центрального органу виконавчої влади, що здійснює державне регулювання у сфері охорони здоров'я (в Україні – це Національна академія медичних наук); професійні медичні асоціації та інші професійні громадські організації.

4. Проведено аналіз реформ охорони здоров'я в Україні.

Започатковані реформи характеризуються недостатньою системністю та наступністю та мають фрагментарний характер, що значною мірою пов'язано з політичним контекстом; відсутність затвердженої стратегії реформування, що враховує існуючі та потенційні ризики при здійсненні перетворень; наявність сутєвих прогалин у нормативно-правовому забезпеченні реформ, насамперед, недостатня їх відповідність конституційним нормам, а також відсутність підготовлених спеціалістів у сфері управління змінами в охороні здоров'я.

Для успішної реалізації трансформацій системи медичної допомоги в Україні вкрай необхідно сформулювати політику, яка ґрунтуватиметься на цілісній, виваженій, консенсусній стратегії реформування охорони здоров'я; розвиток адекватного нормативно-правового забезпечення, збалансованого з конституційними нормами; застосування сучасних управлінських підходів: управління змінами та проєктний підхід; постійний моніторинг та оцінка для оперативного реагування на виклики та ризики, що виникають у процесі реформування, а також ретельне навчання керівників та працівників фінансово-економічних підрозділів органів та установ охорони здоров'я для роботи в нових фінансово-економічних умовах.

5. Визначено аспекти впровадження досвіду Німеччини щодо реформування галузі охорони здоров'я.

Заслуговує на увагу досвід Німеччини щодо особливостей нарахування внесків на медичне страхування. Те, що розмір внеску на обов'язкове медичне страхування залежить від доходу, є цілком виправданим. Але той факт, що в приватному медичному страхуванні залежить від віку, стану здоров'я та бажаних переваг, за таких умов певною мірою створюються прецеденти дискримінації людей похилого віку та тих, хто має хронічні захворювання, оскільки для цих людей приватні страхові компанії часто встановлено завищені розміри страхових внесків. В Україні, як і в Німеччині, запроваджено електронну систему охорони здоров'я, яка зараз розвивається та вдосконалюється, адаптуючись до реалій сьогодення. Завдяки появі цієї системи в Україні полегшується та прискорюється

комунікація між пацієнтом і лікарем, що має лише позитивні наслідки для системи охорони здоров'я. Врахування всіх вищезазначених аспектів дозволить створити конкурентний ринок закладів охорони здоров'я, що, безперечно, призведе до необхідності перебудови системи контролю якості послуг. Це, безперечно, позитивно вплине на медичну систему в державі. Підходячи до побудови національної системи медичного страхування, важливо забезпечити мінімальний рівень страхування (невідкладної допомоги) населення за рахунок держави та залишити можливість розширеного страхування через приватні структури.

6. Розроблено методичні рекомендації щодо вдосконалення нормативно-правового механізму медичної реформи в Україні.

Реформування галузі охорони здоров'я має відбуватися насамперед шляхом вдосконалення існуючої нормативно-правової бази. Основи законодавства України про охорону здоров'я потребують перегляду з урахуванням нових тенденцій розвитку суспільства. Необхідно визначити законодавчий перелік планних послуг (так звані «медичні послуги другорядного значення», «парамедичні послуги»), умови запровадження медичного страхування тощо.

І насамперед має бути розроблена та прийнята єдина довгострокова Державна програма реформування галузі охорони здоров'я, яка передбачатиме: створення правових, економічних та управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян України на здоров'я; догляд, медична допомога та медичне страхування; забезпечення гарантованого рівня надання безоплатної кваліфікованої медичної допомоги в обсязі, визначеному законодавством; формування керованого ринку планних медичних послуг, сприяння діяльності закладів охорони здоров'я всіх форм власності, створення умов для задоволення потреб населення в медичних послугах; запровадження системи соціально-економічного стимулювання здорового способу життя, обмеження реклами алкоголю, тютюну та інших шкідливих для здоров'я речовин тощо.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авер'янов В. Б. Нова доктрина українського адміністративного права: концептуальні позиції // Право України. 2006. № 5. С. 11-17
2. Бакуменко В.Д., Попов С.А., Вошко І.В. Медична політика держави як об'єкт публічного управління та адміністрування. Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. праць. Харків : Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2021. № 1 (59).
3. Барзилович А.Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. Інвестиції: практика та досвід. № 2/2020. URL: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=7011&i=20>.
4. Болюх М. А., Заросило А. П. Аналіз фінансово-господарської діяльності бюджетних установ: навч. посіб. К: КНЕУ, 2008. 344 с.
5. Вороненко Ю.В., Гойда Н.Г. Реформування охорони здоров'я: успіхи та перешкоди. Сучасні медичні технології. 2013. № 2. С. 24-26.
6. Вошко І.В. Сучасні засади державної медичної політики: стратегічний підхід. Право та державне управління. 2020. № 2.
7. Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006 — 2010 рр.: постанова Кабінету Міністрів України від 31.05.2006 № 761. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/761-2006-%D0%BF>
8. Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 05.03.2012 р. № 209. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/209-2012-%D0%BF>
9. Електронна система охорони здоров'я в Україні eHealth. URL: <https://ehealth.gov.ua>.
10. Європейська хартія прав пацієнтів від 15.11.2002 р. URL: https://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf.

11. Конституція України від 28.06.1996 року. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1996, № 30, ст. 141. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>.
12. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України; Концепція від 30.11.2016 № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80>
13. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України : Указ Президента України від 7 грудня 2000 року № 1313/2000. URL: https://ips.ligazakon.net/document/U1313_00?an=12.
14. Кринична І. Державне регулювання реформування галузі охорони здоров'я в Україні: аналіз очікуваних результатів реалізації реформ. Державне управління та місцеве самоврядування. 2015. Вип. 2. С. 137-147. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/dums_2015_2_16.
15. Кринична І.П. Обґрунтування необхідності проведення реформування системи охорони здоров'я в Україні: історичний аспект. Аспекти публічного управління. 2015. № 3. С. 19-26. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/aplup_2015_3_5.
16. Лехан В. М., Гінзбург В. Г., Борвінко Е. В. Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони здоров'я в Україні. Медицина сьогодні і завтра. 2013. № 4. С. 99-105.
17. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. Україна. Здоров'я нації. 2015. №3 (спецвипуск). С. 67-86. <http://www.shph.ilev.ua/dataloga^Vidavnictvo/Ukraina.Zdoro^a%20nacji/2015-3-si.pdf>.
18. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. Україна. Здоров'я нації. 2018. № 4 (52). С. 5-11.

19. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Україна. Здоров'я нації. № 1(13) 2010. С. 5-23.

20. Малагардіс А., Рудий В. Автономізація, закупівля медичних послуг та глобальний бюджет у лікарнях. Проект Європейського Союзу «Фінансування та управління в сфері охорони здоров'я в Україні». Посібник №7. Київ, 2007. 61 с.

21. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Оновлена версія. Схвалено робочою групою з питань реформування сфери охорони здоров'я України від 14 лютого 2018 р. 84 с. URL: [БІР://тог^о^и^ир1оаВ8/0/3555-tofoh_gesotepbayosh_aipoti_gayop_2018_ua_final_web.pdf](http://tofoh.gov.ua/wp-content/uploads/2018/02/3555-tofoh_gesotepbayosh_aipoti_gayop_2018_ua_final_web.pdf).

22. Надута Г. Н., Надутый К. А., Жаліло Л. І. Порівняння економічної ефективності двох організаційних моделей первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Підвищення ефективності державного управління охороною здоров'я на регіональному рівні та на рівні місцевого самоврядування на основі принципів громадянського суспільства : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (6-7 листопада 2003 р., м. Комсомольськ, Полтавська область). Кременчук: Вид-во «Християнська зоря», 2004. С. 61-66.

23. Надутый К.А., Лехан В.М., Найда І.В. Обґрунтування концепції безперервного вдосконалення національної системи охорони здоров'я України. Український медичний часопис. № 1(2) (129)-І/ІІ. 2019. URL: <https://www.umj.com.ua/article/138238/obgruntuvannya-kontseptsiiy-bezperernogo-vdoskonalennya-natsionalnoyi-sistemi-ohoroni-zdorov-ya-ukrayini>.

24. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.07.1998 р. № 226 "Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та

Тимчасові стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв якості лікування дітей". URL: https://ips.ligazakon.net/document/moz209?ed=1998_07_27

25. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. Стратегічна дорадча група з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні. 2015. 41 с. URL: [http://healthsag.org.ua/8IraIf\\$iya](http://healthsag.org.ua/8IraIf$iya).

26. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 — 2020 роки. URL: <https://moz.gov.ua/strategija>

27. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

28. Пашков В.М. Правове забезпечення реформування сфери охорони здоров'я. Український медичний часопис. Актуальні питання медичної практики. 2017. № 2. С. 1-6. URL: <https://www.umj.com.ua/article/107586/pravove-zabezpechennya-reformuvannya-sferi-ohoroni-zdorov-ya>

29. Петрова С.В. Державна політика України у сфері охорони здоров'я в контексті реформи медичного обслуговування. Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування. 2014. № 2. С. 34-45.

30. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 06.04.2017 № 2002-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19>

31. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>

32. Про державні цільові програми : Закон України від 18.03.2004 року № 1621-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1621-15#Text>.

33. Про засади внутрішньої і зовнішньої політики : Закон України від 01.08.2010 № 2411-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2411-17#Text>.

34. Про затвердження галузевої програми "Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2006 — 2010 роки": наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31.07.2006 № 529/49. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/ru/v0529282-06/print>

35. Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року: Закон України від 22.01.2010 № 1841-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1841-17>

36. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки: постанова Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 р. № 14. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/14-2002-%D0%BF>

37. Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року: постанова Кабінету Міністрів України від 13.06.2007 № 815. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/815-2007-%D0%BF>

38. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267. Верховна Рада України. URL: <https://moz.gov.ua/polozhennja-pro-ministriv>.

39. Про затвердження Порядку розроблення та виконання державних цільових програм : Постанова Кабінету Міністрів України від 31.01.2007 р. № 106. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/106-2007-%D0%BF#Text>.

40. Про затвердження Регламенту Кабінету Міністрів України : Постанова Кабінету Міністрів України від 18.08.2007 р. № 950. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/950-2007-%D0%BF#Text>.

41. Про Кабінет Міністрів України : Закон України від 07.10.2010 року № 2591-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2591-17#Text>.

42. Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України від 02.03.2015 № 222-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19>

43. Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення: Указ Президента України від 06.12.2005 № 1694/2005. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1694/2005>

44. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві: Закон України від 07.07.2011 № 3612-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3612-17>

45. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. Верховна Рада України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npras/249626689>.

46. Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2020 р. № 1671-р. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-p#Text>.

47. Про утворення Національної служби здоров'я України: постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-p#Text>.

48. Роль експертів у створенні дієвої системи охорони здоров'я важко переоцінити! Круглий стіл з нагоди третьої річниці створення Платформи «Українська медична експертна спільнота (УМЕС)» 11.03.2021 р. URL: <https://www.umj.com.ua/article/204777/rol-ekspertiv-u-stvorenni-diyevoyi-sistemi-ohoroni-zdorov-ya-vazhko-pereotsiniti>.

49. Руських К. Реформи первинної медичної допомоги в країнах Центральної та Східної Європи. Уроки для України. Проект «Популярна економіка: моніторинг реформ». № 8. 12.12.2012 року. Місячний звіт. URL: https://eba.com.ua/static/members_reviews/Case_Study_1_2013_ukr.pdf.

50. Сенюк Ю.І., Надюк З.О. Сучасна державна політика у сфері охорони здоров'я: аналіз реформування системи. Право та державне управління. 2020 р., № 2. URL: http://pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/2_2020/34.pdf.

51. Слабкий Г.О., Петриченко О.О., Лупей-Ткач С.І. Деякі аспекти формування та тенденції розвитку медико-організаційних технологій на сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я України. Україна. Здоров'я нації. 2013. № 1 (25). С. 79-84.

52. Співак М.В. Державна політика здоров'я збереження: світовий досвід і Україна : монографія. Київ : Ін-т держави і права ім. В.М. Корецького НАН України; Видавництво «Логос», 2016. 536 с.

53. Стеценко В. Ю. Обов'язкове медичне страхування: поєднання публічного і приватного права / В. Ю. Стеценко // Публічне право. – 2014. - № 3. – С. 162-168

54. Стеценко С. Г. Медична реформа в Україні: право, політика, мораль // Публічне право. – 2017. - № 4. – С. 57-61

55. Україна крізь призму Європейської хартії прав пацієнтів: результати виконання в Україні другого етапу європейських досліджень на відповідність стандартам ЄС з прав пацієнтів Європ. прогр. Міжнар. фонду Відродж. «Розвиток співпраці аналітичних центрів України та країн Західної Європи». Київ: Дизайн і поліграфія, 2012. 158 с.

56. Шатковський Я. М. Медична реформа та забезпечення доступності первинної медичної допомоги: адміністративно-правові засади // Публічне право. 2018. № 1. С. 158-164.

57. Bundeszentrale für politische Bildung (bpb). Dossier Gesundheitspolitik. Das Gesundheitswesen in Deutschland. Ein Überblick. 22.09.2017 Jahr. URL: <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/251612/gesundheitswesen-im-ueberblick>.

58. E-Health - Digitalisierung im Gesundheitswesen. Bundesministerium für Gesundheit. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/e-health-initiative.html>.

59. Krankenversicherung in Deutschland. Gesundheitsinformation.de. URL: <https://www.gesundheitsinformation.de/krankenversicherung-in-deutschland.html>.

60. Positionspapier. Weiterentwicklung primärqualifizierender Pflegestudiengänge in Deutschland. Arbeitsgemeinschaft christlicher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen in Deutschland e.V. (ADS), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). Berlin, 2015. URL: <https://www.hrk->

nexus.de/fileadmin/redaktion/2015_01ADS_DBfK_Position_zur>Weiterentwicklung
_primaerqualifizierender.pdf .

61. Sozialgesetzbuch (SGB) vom 20.12.1988. Fünftes Buch (V). Gesetzliche
Krankenversicherung. URL: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de>.