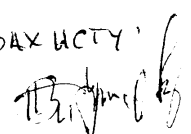


КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ
ТА ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ
КАФЕДРА РЕГІОНАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА
на тему:

«ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ СФЕРИ НАДАННЯ
МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ»

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

до захисту

/А.П. Рачинський/

Науковий керівник:
д.держ.упр., проф. Рачинський Анатолій Петрович

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
регіональної політики від «04» грудня 2023 р., протокол № 18.

Завідувач кафедри регіональної політики, доктор наук з державного
управління, професор
Колтун Вікторія Семенівна



(підпис)

АНОТАЦІЯ

Коляда Є. В. Державне регулювання сфери надання медичних послуг в Україні. – Кваліфікаційна магістерська робота на правах рукопису.

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

У магістерській роботі розкрито теоретичні засади державного регулювання сфери надання медичних послуг в Україні, проведено аналіз нормативно-правового забезпечення у сфері надання медичних послуг, а також узагальнено міжнародний досвід забезпечення населення медичними послугами, що може сприяти його адаптації в Україні.

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

Ключові слова: медичні послуги, державне регулювання, реформування охорони здоров'я, прогнозування потреб, e-Health.

ANNOTATION

Koliada Ye. Public Regulation of Healthcare Services in Ukraine. – Qualifying Master's Thesis as a Manuscript.

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

The master's thesis reveals the theoretical foundations of state regulation of the provision of healthcare services in Ukraine, analyses the regulatory framework in the medical services sphere, as well as summarizes international experience in providing medical services to the population, which can contribute to its adaptation in Ukraine.

The mechanisms for improving the state regulation of ensuring equal access to quality healthcare services for the population of Ukraine are identified. The author proposes scientific and practical recommendations to government authorities and local self-government authorities on the introduction of mechanisms for improving the state regulation of provision of quality healthcare services to the population under martial law and post-war reconstruction of Ukraine

Keywords: medical services, state regulation, healthcare reform, forecasting needs, e-Health, martial law.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	9
1.1. Становлення та розвиток медичної галузі в Україні та регулювання якості надання медичних послуг	9
1.2. Державне регулювання якості надання медичної допомоги населенню: теоретичний аспект	18
1.3. Регулювання якості й доступності медичних послуг населенню у зарубіжних країнах	25
Висновки до розділу 1	30
РОЗДІЛ 2 СУЧАСНИЙ СТАН ТА ОСОБЛИВОСТІ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ.....	32
2.1. Характеристика та особливості функціонування медичної сфери в державі.....	32
2.2. Сучасний стан та рівень якості надання медичної допомоги населенню	40
2.3. Основні проблеми медичної сфери України щодо якості й доступності медичної допомоги.....	47
Висновки до розділу 2	53
РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ТА ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ	54
3.1. Впровадження європейського досвіду державного регулювання якості надання медичної допомоги.....	54
3.2. Шляхи підвищення якості надання медичної допомоги в Україні в сучасних умовах	58
Висновки до розділу 3	67
ВИСНОВКИ.....	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	72
ДОДАТКИ.....	81

ВСТУП

Актуальність теми. В XXI столітті медицина досягла високих результатів, а стимульоване цими успіхами населення стало більш вимогливим. Ймовірно, з цієї причини в останні роки спостерігається підвищення інтересу до питань якості медичної допомоги (health care quality), що, в свою чергу, є результатом завищених вимог в суспільстві навколо медичної практики і збільшення професійної та економічної конкуренції. В таких умовах виникає потреба говорити про якість медичної допомоги, як про один з найважливіших показників ставлення держави до свого населення.

Загальне охоплення послугами охорони здоров'я – важлива мета в сфері сталого розвитку і передбачає забезпечення безпеки громадського здоров'я та загального доступу до основних послуг медичної допомоги без створення фінансових труднощів для громадян. Однак не можна обговорювати і планувати розвиток загального охоплення послугами охорони здоров'я у відриві від обговорення питань якості. Дуже важливо, щоб медична допомога була ефективною і безпечною та відповідала пріоритетам і потребам людей, яким вона надається. При цьому надання допомоги повинно бути своєчасним і справедливим для різних груп населення. Крім того, повинні бути забезпечені координація допомоги протягом всього процесу її надання та життєвого циклу і максимально ефективного використання ресурсів.

Доступ до допомоги без гарантії якості можна вважати порожньою обіцянкою загального охоплення послугами охорони здоров'я. Допомога низької якості не тільки шкідлива, а й витрачає дорогоцінні ресурси, які можна інвестувати в інші важливі напрямки соціально-економічного розвитку, щоб підвищувати рівень життя громадян. Мільйони гривень витрачаються на усунення наслідків низькоякісної медичної допомоги - гроші, на які можна фінансувати школи, соціальну сферу та інфраструктуру. Крім того, якщо люди отримують допомогу низької якості, вони втрачають віру в сучасну медицину.

Питання державного управління охороною здоров'я були предметом досліджень таких українських науковців, як А. Степаненко, В. Загородний, В. Москаленко, Л. Жаліло, М. Білинська, Н. Васюк, Р. Грицак, Р. Деркач, Я. Радиш, А. Рачинський та багато інших. Проблеми забезпечення якості медичної допомоги висвітлюються в працях як вітчизняних, так і зарубіжних фахівців: А. Donabedian, Н. Boosman, S. Ranji, В. Касянчук, В. Лехан, О. Бергілевич, О. Децик, О. Сміянової, Т. Степурко, Ю. Фломіна та ін. Разом з тим кількість праць, присвячених регулюванню якості медичних послуг поки обмежений.

Проте враховуючи обсяг теоретичних розробок, як закордонних так і вітчизняних фахівців у сфері якості надання медичних послуг, бракує рекомендацій підвищення якості надання медичної допомоги в Україні в сучасних умовах. Найбільша потреба прослідковується в дослідженні європейського досвіду державного регулювання якості надання медичних послуг. Зрештою недосконалість механізму оцінки, відсутність інформації, невідповідність даних, які подаються, та їх обсягу із тими, що необхідні, для з'ясування сучасного стану та рівня якості надання медичних послуг населенню і зумовило обрання теми дослідження.

Мета і завдання кваліфікаційної магістерської роботи. Метою кваліфікаційної магістерської роботи є теоретичне дослідження особливостей державного регулювання якості надання медичної допомоги населенню та обґрунтування практичних рекомендацій щодо удосконалення державного регулювання якості надання медичних послуг в Україні.

Для досягнення поставленої мети виокремлені такі *завдання*:

- проаналізувати основні підходи у дослідженнях становлення та розвитку медичної галузі в Україні та регулювання якості надання медичних послуг;
- дослідити теоретичні аспекти державного регулювання якості надання медичної допомоги населенню;

- проаналізувати особливості регулювання якості й доступності медичних послуг населенню у зарубіжних країнах; умови провадження європейського досвіду державного регулювання якості надання медичної допомоги;
- проаналізувати сучасний стан та рівень якості надання медичної допомоги населенню;
- виокремити основні проблеми медичної сфери України щодо якості й доступності медичної допомоги;
- ідентифікувати основні шляхи підвищення якості надання медичної допомоги в Україні сучасних умовах.

Об'єкт і предмет кваліфікаційної магістерської роботи. Об'єкт дослідження – суспільні відносини, які характеризують процеси державного регулювання сфери надання медичних послуг в Україні в сучасних умовах. Предмет дослідження – державне регулювання якості надання медичних послуг в Україні.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети в роботі застосовуються наступні методи дослідження: узагальнення (для визначення сутності поняття «якість надання медичних послуг» та співвідношення основних теоретичних понять досліджуваної проблеми), метод порівняння (для зіставлення кращих практик європейського досвіду державного регулювання якості надання медичних послуг), метод аналізу та синтезу, індукції, дедукції, системності, статистичні методи аналізу (для характеристики медичної сфери в державі, аналізу сучасного стану якості надання медичних послуг) та ін.

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

До найважливіших результатів досліджень, що містять наукову новизну, нами віднесено: системний аналіз сучасних механізмів удосконалення

державного регулювання, забезпечення населення якісними медичними послугами в умовах воєнного стану та повоєнної відбудови України; аналіз законодавчої та нормативно-правової бази, що регламентує прогнозування потреб населення в медичних послугах в Україні; деталізація напрямів удосконалення державного регулювання системи надання медичних послуг населенню України в сучасних умовах; обґрунтування теоретичних основ державного регулювання у сфері забезпечення доступу населення до якісних медичних послуг; детальний аналіз джерельної бази дослідження за темою магістерської роботи.

Практичне значення одержаних результатів. Значення отриманих результатів полягає в тому, що запропоновані основні рішення та заходи, спрямовані на підвищення якості медичних послуг в національній системі охорони здоров'я. Результати магістерської роботи можуть бути використані органами державної влади при розробці програм переходу до прецизійної медицини; при підготовці внутрішніх стандартів, уніфікованих з законодавчими нормами, правилами надання медичної допомоги при переході до високотехнологічного комплекс-менеджменту.

Апробація результатів дослідження. Основні результати кваліфікаційної магістерської роботи оприлюднено на Міжнародному круглому столі до Дня державної служби «Професіоналізація державної служби: вітчизняні виклики та європейські орієнтири» (Київ, 20 черв. 2023 р.) та Міжнародній науково-практичній конференції «Розвиток територіальних громад : правові, економічні та соціальні аспекти» (Миколаїв, 2-3 листопада 2023 р.).

Опубліковано:

1. Коляда Є. Зарубіжний досвід реформування державного управління охороною здоров'я в умовах пандемії covid-19 та можливості його впровадження в Україні. *Професіоналізація державної служби: вітчизняні виклики та європейські орієнтири* : матеріали Міжнар. круглого столу до Дня державної служби (Київ, 20 черв. 2023 р.) / за заг. ред. Л. Г. Комахи, Н. М. Корчак, Н. Б. Ларіної. Київ : ННІ ПУДС КНУ, 2023. С. 60-63.

2. Коляда Є. Реформування державного управління охороною здоров'я в зарубіжних країнах та можливості його впровадження в Україні. *Розвиток територіальних громад: правові, економічні та соціальні аспекти*: Матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф. (Миколаїв. 2-3 листопада 2023 р). Миколаїв: МНАУ, 2023. с. 164-166.

Структура та обсяг кваліфікаційної магістерської роботи. Робота складається з анотації, вступу, трьох розділів, шести параграфів, висновків, списку використаної літератури. Загальний обсяг кваліфікаційної магістерської роботи становить 91 сторінку, 4 таблиці, 21 рисунок, кількість використаних джерел –75 та 6 додатків на 10 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ
ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ1.1 Становлення та розвиток медичної галузі в Україні та регулювання
якості надання медичних послуг

Після 1991 року Україна пережила болісний процес реструктуризації економіки, який супроводжувався соціальною нестабільністю і різким зниженням рівня життя значної частини населення.

Особливо це торкнулося пенсіонерів, осіб з інвалідністю та інших соціально незахищених верств населення, що призвело до ще більшого погіршення стану здоров'я людей. Особливо різко це проявилось в 1995-1999 рр., проте в подальші роки ситуація дещо стабілізувалася і навіть поступово поліпшується (рис. 1.1).

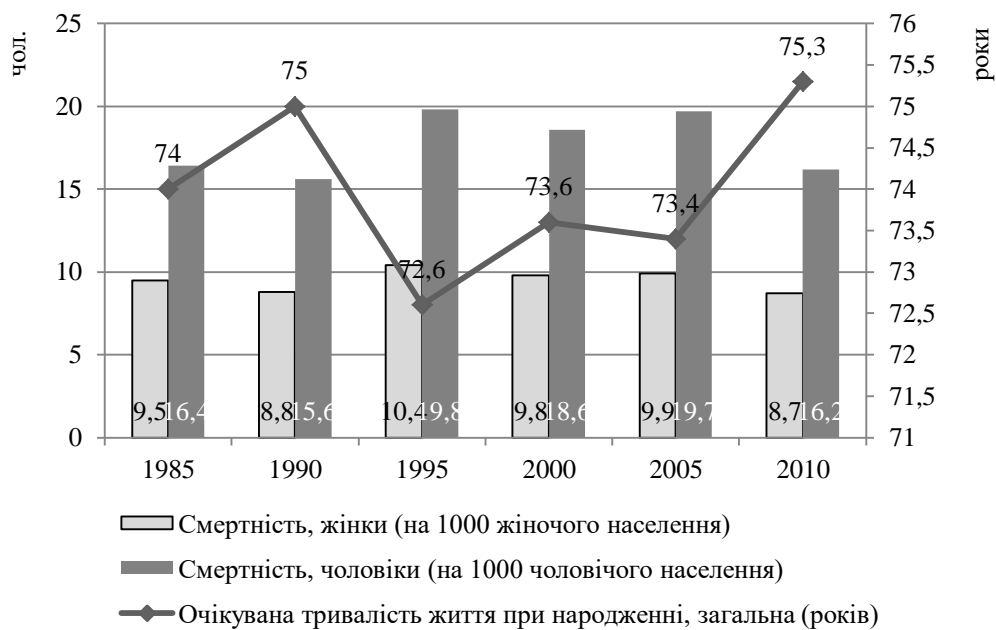


Рис. 1.1 Смертність і очікувана тривалість життя, 1985-2010 рр.

Джерело: складено автором на підставі даних Державної служби статистики України [47; 49]

Середня очікувана тривалість життя при народженні за період з 1990 по 1995 роки впала майже на 3 роки; потім цей показник трохи виріс, і лише в 2010 році досяг рівня, що спостерігався до здобуття країною незалежності [47].

Якщо в період до 2010 року основною причиною смертності населення були серцево-судинні захворювання (60%), онкологічні захворювання (12%) і смертність від зовнішніх причин, включаючи нещасні випадки та отруєння (9,7%) і цими трьома причинами обумовлено 81,8% всіх смертей в країні, то після 2012 року на ці три причини припадає вже 84% усіх смертей в Україні [Lekhan, с. 10]. ВІЛ / СНІД та туберкульоз швидко зростають як причини інвалідності та передчасної смертності в Україні. Показник очікуваної тривалості здорового життя (HALE) в Україні не розраховується на регулярній основі [47].

Потреби населення в медичній допомозі постійно росли, а система охорони здоров'я не була в змозі належним чином на це реагувати. Загальний спад в економіці позначився і на обсязі ресурсів, які виділялися на охорону здоров'я, в умовах, коли поточні витрати на утримання системи значно збільшилися.

За радянських часів витрати на матеріально-технічне постачання і придбання виробів медичного призначення, а також на оплату комунальних послуг (електрика, опалення тощо) встановлювалися державою, що дозволяло підтримувати широку і розгалужену мережу медичних закладів. Крім цього, поточні витрати лікарень були відносно незначними.

Вартість медикаментів також була порівняно низькою, оскільки закупівлі того обмеженого спектра ліків, які проводилися на території СРСР і інших соціалістичних країн, субсидувалися державою. З переходом до ринкової економіки різко зросли ціни на ліки і основні комунальні послуги, особливо на електроенергію та опалення, що ще більш погіршило й без того непросту економічну ситуацію в галузі. В таких умовах підтримка громіздкої і

неефективної державної СОЗ, з її незбалансованою структурою послуг, призвело до несправедливої СОЗ з низькою якістю медичних послуг.

У 1991 році Україна успадкувала від СРСР надзвичайно розгалужену і жорстко централізовану систему охорони здоров'я Семашко, яку після здобуття незалежності і подальшого економічного спаду країна виявилася не в змозі підтримувати. Пізніше на зміну жорсткій централізованій моделі прийняття рішень в галузі охорони здоров'я поступово прийшла система делегування повноважень місцевим адміністраціям і органам самоврядування. В результаті багато новаторських ініціатив в секторі охорони здоров'я почали виходити не з центру, а від органів регіонального і місцевого рівнів.

Децентралізація проявлялася у деконцентрації функціональних і управлінських повноважень на регіональному та субрегіональному рівнях.

Деконцентрація функціональних повноважень означала, що управління системою здійснювалося через Міністерство охорони здоров'я АР Крим і головних управлінь охороною здоров'я регіональних адміністрацій, які мали фінансову та управлінську незалежність, але у функціональному відношенні підпорядковувалися Міністерству охорони здоров'я. Тобто, обласні та місцеві управління охороною здоров'я відповідали за діяльність медичних установ на підвідомчих територіях і функціонально підпорядковувалися Міністерству охорони здоров'я (МОЗ), але в частині управління та фінансів звітували обласним і місцевим органам самоврядування.

Лише Державна санітарно-епідеміологічна служба та Державна інспекція з контролю якості лікарських засобів, кожна з яких мала власну мережу установ на різних рівнях управління, поки залишалися повністю централізованими структурами і вертикально підпорядковувалися Міністерству охорони здоров'я [41; 51].

Таким чином, незважаючи на те, що формально Міністерство охорони здоров'я очолювало діяльність по розробці політики охорони здоров'я в країні, практична реалізація цієї політики була пов'язана з певними труднощами.

Охорона здоров'я фінансується за рахунок бюджету і в країні населенню надається загальний доступ до безкоштовного медичного обслуговування в державних медичних установах. Державні медичні установи різних рівнів підпорядкованості безпосередньо фінансуються з бюджетів відповідних рівнів.

Разом з тим місцеві бюджети різних рівнів (обласних, міських, районних і сільських) формуються за рахунок трансфертів центрального бюджету, які розраховуються відповідно до спеціальної формули, затвердженої Кабінетом Міністрів України.

Система охорони здоров'я України повністю контролюється державою. Управління системою охорони здоров'я і координацією її діяльності займається Міністерство охорони здоров'я України.

Міністерство охорони здоров'я України координує діяльність основної СОЗ через мережу регіональних управлінь охорони здоров'я, які є структурними підрозділами місцевих адміністрацій, але у функціональному відношенні підпорядковуються Міністерству охорони здоров'я України.

На регіональному рівні Міністерство охорони здоров'я АР Крим, головні управління охорони здоров'я областей та міст Києва і Севастополя підпорядковані Міністерству охорони здоров'я України в частині реалізації на підвідомчих територіях загальнонаціональної політики і стратегії в галузі охорони здоров'я. Крім того, вони відповідають за діяльність регіональних установ охорони здоров'я, які головним чином надають спеціалізовану і високоспеціалізовану медичну допомогу населенню.

На місцевому рівні медичні установи первинної та вторинної ланок і лікарні перебувають у власності органів місцевого самоврядування відповідних рівнів - районних адміністрацій, міських, районних, сільських і селищних рад.

Більшу частину медичних послуг населенню надають в установах, що знаходяться у підпорядкуванні місцевих органів самоврядування (регіональних, районних, міських і селищних) і фінансуються за рахунок коштів бюджетів відповідного рівня в рамках системи бюджетних трансфертів.

Через недостатність державного фінансування охорони здоров'я, населення повинно оплачувати за свій рахунок придбання медикаментів при амбулаторному і стаціонарному лікуванні, а також змушене оплачувати в неофіційному порядку послуги медперсоналу.

Приватний сектор охорони здоров'я в Україні до 2010 року незначний, зокрема стаціонарні приватні установи склали 2,3% в 1991 році та менше 10% в 2010 році від загальної кількості (рис. 1.2).

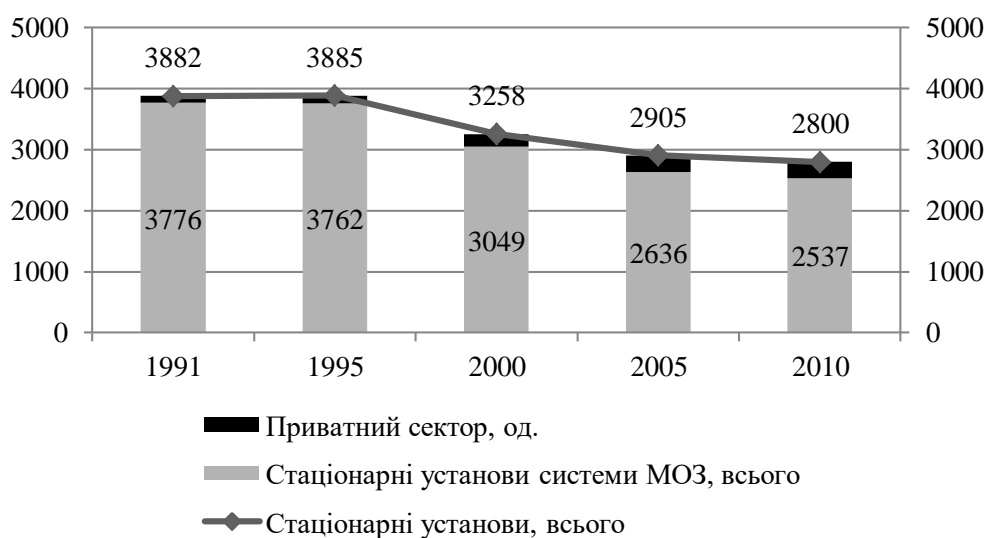


Рис. 1.2 Перетворення мережі стаціонарних установ, 1991-2008 рр.

Джерело: складено автором на підставі даних МОЗ України [47; 49].

Ненабагато вищий відсоток і приватних амбулаторних установ (в 2010 році – близько 13%). Переважно приватний сектор представлений аптеками, амбулаторними і лікувально-профілактичними установами і приватно практикуючими лікарями.

Приватні медичні установи фінансуються за рахунок прямих платежів пацієнтів за надані медичні послуги та придбання виробів медичного призначення. За винятком появи офіційного приватного сектора, базова організаційна структура української СОЗ з радянських часів практично не змінилася.

Як вже говорилося вище, регіональні адміністрації повинні забезпечувати відповідність прийнятих органами місцевого самоврядування рішень (і зокрема, в сфері охорони здоров'я) з чинним законодавством. Крім того, вони координують діяльність різних державних служб. У свою чергу, глави місцевих адміністрацій за погодженням з Міністерством охорони здоров'я призначають голів місцевих управлінь охороною здоров'я та їх заступників, які беруть участь в процесі прийняття рішень.

З прийняттям закону «Про місцеве самоврядування в Україні» (1997) значна частина бюджетних повноважень була делегована обласним і районним радам, які передали управлінські функції в галузі охорони здоров'я відповідним місцевим органам виконавчої влади. Приблизно такі ж взаємовідносини встановлені і в АР Крим між Радою міністрів, республіканським Міністерством охорони здоров'я та відповідними представницькими органами.

На муніципальному рівні ці обов'язки передані у відання рад та їх виконавчих органів, які згідно із Законом відповідають також за управління медичними установами на підвідомчих територіях і наділені деякими додатковими повноваженнями, включаючи забезпечення населення доступною та безкоштовною медичною допомогою, розвиток мережі медичних послуг, планування кадрових ресурсів тощо [5].

Підзвітність ОМС також розділена – МОЗ України вони підпорядковуються в частині дотримання норм і стандартів, а місцевим адміністраціям – у фінансуванні та управлінні.

До компетенцій органів місцевого самоврядування належить:

- реалізація національної політики охорони здоров'я на місцевому рівні;
- складання проектів місцевих бюджетів, пропозицій щодо фінансування охорони здоров'я та звітності перед місцевими радами про витрачання бюджетних коштів;
- фінансування державних закладів охорони здоров'я та управління їх діяльністю;

- об'єднання бюджетних та інших ресурсів з метою організації капітальних вкладень в розвиток закладів охорони здоров'я.

Місцеві органи наділені повноваженнями щодо організації власних служб охорони здоров'я; їх діяльність є предметом жорсткого регулювання з центру.

Однак децентралізація фінансування, в сукупності з ростом потреб населення в медичній допомозі, привела до поглиблення регіонального нерівності між економічно розвиненими і економічно слабкими регіонами. Економічно слабкі регіони потерпали від нестачі стійких джерел доходу, в результаті чого охорона здоров'я стала важким тягарем для місцевих бюджетів.

Деяким районам ставало все складніше утримувати свої медичні заклади. Проте, з прийняттям Бюджетного кодексу 2001 року (втратив чинність від 01.01.2011 року з прийняттям Бюджетного кодексу 2010 року [1]) були встановлені суворі правила, що передбачали введення з 2002 року системи міжбюджетних трансфертів. Обсяг трансфертів визначався на основі спеціальної формули, яка враховувала фінансові нормативи бюджетної забезпеченості, чисельність населення відповідної території та індекс відносної податкоспроможності місцевого бюджету. Цей механізм до певної міри дозволив забезпечити вирівнювання фінансової забезпеченості бюджетів регіонів і територій. Крім того, в Бюджетному кодексі було чітко визначено типи закладів охорони здоров'я, які можуть фінансуватися з бюджетів різних рівнів. При цьому державні установи охорони здоров'я повинні отримувати кошти тільки з бюджету одного рівня.

Найбільш помітні зміни відбулися в спеціалізованих медичних установах - психіатричних, туберкульозних, шкірно-венерологічних та інших спеціалізованих закладах. Законодавством передбачалося централізоване фінансування і управління спеціалізованими закладами охорони здоров'я на обласному рівні.

Рішення про концентрацію цих служб на обласному рівні викликало тривогу серед медичних працівників та організаторів охорони здоров'я, особливо в містах, де такі служби функціонували як незалежні організаційні

одиниці, оскільки такі зміни могли стати перешкодою для інтеграції міських служб охорони здоров'я. Передача цих установ органам обласного рівня створила також проблеми і для обласних бюджетів. У зв'язку з цим деякими міськими адміністраціями були прийняті рішення про формальне перетворення таких установ за допомогою перепрофілювання спеціалізованих установ в багатопрофільні. Так, наприклад, один із спеціалізованих психоневрологічних диспансерів в Дніпропетровській області було об'єднано з пульмонологічним відділення міської лікарні. Новостворена медична організація офіційно стала міською лікарнею.

Перехід до суворого правовому регулюванню державного фінансування медичних установ привів до деякого упорядкування використання бюджетних коштів, але створив проблеми в області інтеграції різних рівнів надання медичної допомоги.

Окремого розділу законодавства, який би регулював питання якості медичної допомоги, в радянській Україні не було. Проте, після здобуття незалежності була створена нормативна база та вжито певних заходів щодо підвищення якості медичного обслуговування населення. Зокрема, в рамках програми реформ Уряд і МОЗ України за ці роки зробили певні кроки щодо підвищення якості медичної допомоги. Основні зусилля в цій сфері були спрямовані на стандартизацію медичних послуг, ліцензування та акредитацію медичних установ.

В середині 1990-х рр. була створена система гарантій якості медичної допомоги: на додаток до вже наявної в системі Семашко атестації медичних працівників були введені ліцензування медичної діяльності (спочатку тільки в приватних структурах, а з 2001 року - у всіх медичних установах незалежно від форм власності) та акредитація закладів охорони здоров'я (з 1997 року). У 2002-2007 рр. були розроблені і затверджені клінічні протоколи по 66 різним видам медичних послуг, але якість цих протоколів залишало бажати кращого. Більшість з них було розроблено на базі узгодженого експертного висновку, без опори на дані доказової медицини. Ніяких клінічних досліджень якості цих

протоколів не було, пацієнти в цьому не брали участь і моніторингу ефективності їх застосування не проводилося.

Зазначені механізми носила скоріше формальний характер і практично не впливали на рівень безпеки та якості медичного обслуговування. У 2008 році за результатами перевірки дотримання умов ліцензування в приватних медичних установах було відкликано 48 ліцензій, тобто ліцензій позбулися 15% приватних постачальників, при цьому жодна з державних установ охорони здоров'я ліцензій позбавлена не була [49; 52].

З кінця 1990-х рр. в Україні стала швидко розвиватися система стандартизації в охороні здоров'я. Стандартизація медичної діяльності в Україні почалася в 1988 році з Наказу МОЗ України від 27 липня 1998 року № 226 «Про затвердження тимчасових галузевих уніфікованих стандартів ..», який втратив чинність лише в травні 2014 року.

Були розроблені тисячі клінічних протоколів з різних медичних спеціальностей. Однак рівень цих стандартів залишався низьким, а їх дотримання контролювалося лише епізодично - зазвичай це відбувалося в зв'язку зі скаргами пацієнтів на якість медичного обслуговування або з судовими позовами та іншими конфліктними ситуаціями. У медичних працівників була відсутня реальна зацікавленість у підвищенні якості своєї роботи, а клінічні стандарти найчастіше приймалися в зв'язку з низьким рівнем оплати праці персоналу і негнучкістю цієї системи.

Була введена система контролю якості лікарських засобів, що включала оцінку якості їх виробництва, регулювання допуску на ринок, моніторинг побічних реакцій і т.і.

В рамках системи моніторингу побічних реакцій, вести який було доручено Державному фармакологічному центру МОЗ України, аналізувалися епізодичні повідомлення про виникнення побічних реакцій на ліки і проводилися фармако-епідеміологічні дослідження. Кількість повідомлень про побічні реакції за період з 1996 по 1999 рік зросла в декілька десятків разів і це свідчило про те, що система працює. На підставі отриманих повідомлень

Державний фармакологічний центр заборонив, або обмежив використання низки фармакологічних груп і окремих препаратів.

У 2009 році МОЗ України ввело нову систему контролю якості та управління в охороні здоров'я і приступило до її втілення в життя. Однак стимулів до підвищення якості медичного обслуговування та задоволеності пацієнтів, як і раніше, було мало.

Таким чином, система охорони здоров'я завжди була і є складною багаторівневою структурою, в якій зони відповідальності розподілені між центральним урядом (МОЗ України і багато інших міністерств і відомств), регіональними адміністраціями та численними адміністративними органами міського, районного та селищного рівнів. Медичні стандарти та клінічні протоколи розроблені за більшістю хвороб і їх дотримання є обов'язковим.

В цілому, незалежно від численних заходів щодо підвищення якості, систему охорони здоров'я України навряд чи можна назвати орієнтованою на потреби населення і відповідальною за результати своїх дій перед споживачами своїх послуг. Пацієнти, як кінцеві споживачі, практично не беруть участь в управлінні системою охорони здоров'я.

1.2 Державне регулювання якості надання медичної допомоги населенню: теоретичний аспект

Сучасна охорона здоров'я - це виключно соціально значуща галузь економіки, ядром якої є безпосередньо лікування, тобто надання медичних послуг лікарем пацієнту, а також процес організації надання цих послуг за допомогою необхідних засобів. Важливою відмінністю від інших соціальних послуг (наприклад, освіти) є той факт, що медичні послуги безпосередньо впливають на добробут людини і дають негайний результат. Дана особливість підвищує необхідність участі держави як сторони, яка могла б забезпечити допомогу пацієнтам.

На ринку медичних послуг держава є ключовим і визначальним гравцем. Це справедливо і для комерційного сектора: як показує досвід розвинених країн, досягнення державою цілей в сфері охорони здоров'я можливо тільки у разі повного охоплення цільовими програмами всіх сегментів, і державного, і приватного. Держава визначає нормативно-правову базу галузі, серйозно впливає на ціноутворення, обсяг фінансових коштів в галузі. В Україні ж відсутні ефективні цільові програми в сфері медицини, які могли б стимулювати приватно-державне партнерство.

Для більшості комерційних клінік перешкодою для активної участі в пропонуваній державою ініціативах для компенсації послуг, що надаються, в тому числі в системі сімейної медицини, є низький рівень тарифів.

Дефіцит компетентних кадрів є ще одним фундаментальним обмежувачем. У разі сімейної медицини ситуація в Україні ускладнюється тим, що для реалізації реформи необхідна масштабна перекваліфікація існуючих лікарів. Важливо відзначити, що висококваліфіковані лікарі в Україні працевлаштовані в державному секторі, рідко втрачають роботу в результаті скорочень, а завдяки наявності альтернативних джерел заробітку в державних установах вони не мають стимулів для переходу в комерційний сектор.

Держава забезпечує пацієнтам отримання медичних послуг належної якості. Законом України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII «Про державне фінансове забезпечення медичного обслуговування населення» визначено основні принципи плану медичного забезпечення, одним із яких є збереження та відновлення здорового медичного обслуговування населення [4, Стаття 35].

Медичні послуги - надає консультаційні та діагностичні послуги та догляд за пацієнтами для запобігання або лікування захворювань, хвороб, травм чи інших фізичних чи психічних розладів. Ці послуги надають такі медичні працівники, як спеціалісти, лікарі загальної практики, у тому числі парамедики, медсестри та суміжні медичні працівники [Всесвітня організація охорони здоров'я]. Це визначення офіційно прийнято Всесвітньою організацією охорони

здоров'я (ВООЗ). Іншими словами, медичні послуги - це процес взаємодії лікарів і пацієнтів з метою досягнення кращих показників здоров'я.

Положення ДСТУ ISO 9000:2007 свідчать, що вимоги до характеристик якості можуть пропонувати різні зацікавлені особи [9]. У системі медицини та охорони здоров'я до нього в першу чергу входять пацієнти, а також медичний персонал, керівники галузей промисловості та лікувально-оздоровчих закладів усіх рівнів, медичні заклади, суспільство та національні постачальники ресурсів [18, 29]. Потреби різних зацікавлених сторін призвели до існування численних визначень поняття якості.

Термін «якість медичної допомоги» визначено в наказі МОЗ як: «...надання медичної допомоги та вжиття інших заходів щодо організації надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я відповідно до: Стандарти у сфері охорони здоров'я [8].

Дослідники вважають якість охорони здоров'я нечітким, багатограним і складним поняттям, що складається з різних компонентів. Група вчених [24] дала розширене визначення, стверджуючи, що під якістю медичної допомоги розуміють рівень сучасної професійної підготовки, який надають медичні послуги окремим особам і всьому населенню, що є останнім досягненням медицини. Тільки проводячи наукові дослідження, ми можемо отримати очікувані результати. Якість медичної допомоги – це задоволення потреб пацієнтів з урахуванням сучасних досягнень медичної науки та практики та ефективне використання наявних ресурсів [24, с. 14].

Під терміном «якість медичної допомоги» розуміють набір показників (характеристик) медичної допомоги, які свідчать про її здатність задовольняти всі потреби пацієнтів. При цьому слід враховувати стандарти, що відповідають рівню сучасної науки. Доступність медичних послуг – це реальна можливість громадян отримати необхідні медичні послуги незалежно від їх соціального статусу, рівня добробуту та місця проживання.

Іншими словами, якісна медична допомога визначається як своєчасна медична допомога, надана кваліфікованими медичними працівниками і

відповідає вимогам нормативно-правових актів, стандартів надання медичної допомоги (протоколів лікування хворих), умовам договору тощо.

Більшість українських науковців [16; 17; 20; 36], досліджуючи складові якості медичної допомоги, посилаються на праці Донабедіана А. (A. Donabedian, 1968) (рис. 1.3).



Рис. 1.3 Компоненти якості медичної допомоги.

Примітка: складено автором [за 43, с. 19].

Помилкою є об'єднання таких двох характеристик, як легітимність та справедливість в одну і прирівнювання однієї з них або обох до визначення «законна». Почнемо з того, що А. Донабедян вважає окремо ознаки «законного» і «справедливого». Говорячи про законність, він наголошує на тому, що легальна медична допомога є соціально прийнятною. Крім того, суспільство розглядає питання доступу до медичної допомоги інакше, ніж окремі люди, враховуючи можливі переваги чи шкоду для інших. Іноді люди, які не отримують прямої медичної допомоги, отримують користь. Приклади

включають вакцинацію, генетичне консультування, планування сім'ї та ізоляцію людей, які становлять ризик для інших. Незалежно від того, наскільки люди цінують надану їм допомогу, суспільство може цінувати її набагато менше. Наприклад, суспільство може захотіти зменшити витрати на медичне обслуговування людей похилого віку та збільшити витрати на медичне обслуговування дітей. Крім того, суспільство дивиться на витрати на охорону здоров'я інакше, ніж окремі люди. Суспільство може вважати прийнятне медичне обслуговування менш дорогим для деяких його членів, ніж рівень медичного обслуговування, необхідний для інших. Це стосується систем охорони здоров'я, які надають медичні послуги безоплатно всім, тобто у випадку соціального фінансування [42, 43].

Тому, оцінюючи легітимність медичної допомоги, варто вивчити думку тих членів суспільства (іноді великих платників податків), які не отримують медичної допомоги або рідко звертаються за допомогою.

Щодо визначення «легальний», то законним є дотримання законів, постанов, наказів та інших нормативних документів при здійсненні медичної діяльності чи наданні медичних послуг. Що стосується якості медичного обслуговування, то зміна розуміння від правового до правового відбувається натомість через однаковий загальний переклад латинських термінів «legitimus» і «legalis» як «легітимний, відповідно до закону, визначений законом».

Однак в англійській мові «Legal» означає дотримання закону (правил, положень, затверджених нормативно-правовими документами), тоді як «Legitimate» має ширше значення, тобто прийнятний.

Інша помилка пов'язана з розумінням характеристик «справедливої» медичної допомоги як рівного розподілу медичної допомоги з точки зору кількості та вартості між членами суспільства. Водночас «Справедливість є принципом, який визначає правильність і раціональність охорони здоров'я та розподілу його благ між членами суспільства. Основою соціальної політики є принцип справедливості. Більш того, хоча людина прагне зробити себе кращою, за винятком кількох абсолютно альтруїстичних.

Окрім окремих членів, суспільство має моральний обов'язок домовитися про справедливий розподіл медичної допомоги. Цю особливість медичної якості не можна ігнорувати, оскільки лише справедливий розподіл медичних послуг може досягти розумна згода між пацієнтами та суспільством. Компроміс (баланс між прийнятністю та легітимністю).

Деякі українські фахівці важливими компонентами оцінки якості медичної послуги вважають [14; 27]: виконання професійних функцій (технології лікувально-діагностичного процесу); використання ресурсів; задоволеність пацієнта медичним обслуговуванням; ризик для пацієнта в результаті медичного втручання. ВООЗ також найважливішим критерієм якості медичної допомоги вважає ступінь зниження ризику можливого виникнення хвороби, прогресування існуючого захворювання, розвитку ускладнень внаслідок захворювання, обстеження і лікування з урахуванням оптимальності використання доступних медичних ресурсів і технологій і задоволеності пацієнта наданою медичною допомогою (послугою).

Наслідком високої соціальної значимості медичних послуг є високий рівень вимог до їх якості. Організація і працівник, які надають медичні послуги, беруть на себе високі ризики, пов'язані з можливістю негативного результату процесу лікування. Міжнародні спеціалізовані організації, а також держави на національному рівні формують стандарти надання медичних послуг та вимоги до персоналу, медичних виробів і препаратів, а також регламентують супутні сфери, як, наприклад, медичне страхування. Прямим результатом активної стандартизації є високі бар'єри входу на ринок медичних послуг.

Впровадження міжнародних і національних стандартів надання медичних послуг та їх зближення є необхідними через властиву сферу медичних послуг специфіку та її відмінності від інших секторів ринку послуг. З одного боку, як і в будь-якому іншому секторі економіки, важливо максимально задовольнити інтереси цих постачальників послуг, а з іншого боку, доступність і якість медичної допомоги впливає на стан здоров'я населення.

Крім того, медичні послуги мають багато характеристик, які відрізняють їх від інших послуг, які пов'язані з їхньою метою та наданими атрибутами та параметрами. Оцінка якості медичної допомоги - визначення того, чи відповідає медична допомога встановленим стандартам, очікуванням і потребам окремих пацієнтів і груп населення [32, с. 14].

Оцінка якості медичної допомоги є досить складним процесом, оскільки багато різних факторів впливають на кінцеву якість послуг. Такі фактори, як лікарняне обладнання та медичне приладдя, можуть бути скориговані через процес глобалізації та впровадження міжнародних стандартів. У той же час фактори, пов'язані з особистою взаємодією лікарів і пацієнтів, важче піддаються коригуванню. У поєднанні з проблемою «інформаційної асиметрії» це призводить до того, що «сервісний» компонент медичних послуг є надзвичайно важливим для формування попиту на послуги. Навіть якщо пацієнти не можуть оцінити професіоналізм лікаря, зручне обслуговування, доброзичливе і коректне ставлення персоналу може зіграти ключову роль у виборі постачальника послуг.

Водночас надання медичних послуг часто пов'язане з делікатними питаннями здоров'я пацієнтів. Забезпечення якості на всіх етапах і рівнях надання медичних послуг є складним процесом, важливою складовою якого є контроль якості медичного обслуговування. Для забезпечення контролю якості медичного обслуговування лікувально-профілактичних закладів необхідно створити безперервну систему контролю якості медичного обслуговування та розробити «Положення про систему контролю якості медичних послуг (лікування)».

Тому на даному етапі розвитку наукових теорій поняття «якість» і «якість медичних послуг» мають різні трактування. Як узагальнення існуючих визначень можна зробити висновок, що «якість» означає певну здатність товару чи послуги задовольняти потреби споживача. Якість медичних послуг – це їх відповідність певним встановленим вимогам, серед яких: потреби пацієнтів, встановлені стандарти та системи регулювання.

Тому ми вважаємо, що вдосконалення СОЗ має бути спрямоване на її адаптацію до потреб сучасного населення та існуючих економічних можливостей. При цьому головною метою вдосконалення сфери охорони здоров'я є створення такої системи, функціонування якої буде сприяти забезпеченню медичними послугами високої якості і доступності кожного жителя незалежно від його соціального чи матеріального статусу.

1.3 Регулювання якості й доступності медичних послуг населенню у зарубіжних країнах

Система охорони здоров'я невіддільна від ринкових процесів і перед нею, як економічною діяльністю з обмеженими ресурсів [30], стоїть завдання забезпечення ефективності та справедливості в наданні та розподіленні медичних послуг. Крім того, як вірно вказала Резнікова Н.В. [35], зростання конкуренції на ринку медичних послуг призводить до появи нових постачальників таких послуг і пріоритетною стає зацікавленість господарюючих суб'єктів в отриманні прибутку, іноді на шкоду якості наданих медичних послуг. У той же час, кожна держава зацікавлена в загальному благополуччі населення, недопущенні виникнення важких масштабних інфекційних захворювань населення і забезпеченні якісних та доступних медичних послуг малозабезпеченим верствам суспільства.

Тому, в багатьох економічно розвинених країнах здійснюються заходи, спрямовані на обмеження конкуренції в такій важливій соціальній сфері, як охорона здоров'я. Наприклад, Американська медична асоціація об'єднує близько 50% приватних медичних організацій і лікарів, які надають медичні послуги в США. Асоціацією обмежується набір студентів до медичних університетів, контролюється потік лікарів-емігрантів, встановлюються додаткові бар'єри для виходу медичної компанії на ринок (атестації, умови ліцензування тощо) тим самим, здійснюється штучне стримування пропозицій

медичних послуг в країні. Формування та досвід функціонування тих чи інших моделей регулювання на ринку медичних послуг і системі охорони здоров'я кожної країни безпосередньо пов'язані зі ступенем розвитку та організаційним рівнем країни. Кожна країна має свій ресурсний потенціал, економічний розвиток, менталітет, культуру, що відрізняється від інших країн. Зокрема, існують різні розуміння іноземних медичних систем та ефективності медицини.

За загальноприйнятим тлумаченням, під ефективністю розуміється відношення результатів діяльності до витрат [11; 15]. У той же час, здоров'я людини важко вимірюється і оцінюється в фінансовому плані, оскільки це ціна людського життя, тому, в одних країнах платять за відсутність захворювання, в інших країнах - за тривалість лікування.

У зв'язку з цим актуально дослідження досвіду зарубіжних країн у сфері регулювання охорони здоров'я з метою визначення ступеня неринкового втручання в сферу охорони здоров'я, а також методів, які дозволять оптимізувати регулювання сфери охорони здоров'я на національному, регіональному та муніципальному рівнях.

Розглядаючи шведську систему охорони здоров'я, її можна вважати однією з найкращих завдяки високій ефективності та помірним витратам. Понад 90% охорони здоров'я в Швеції є державним і характеризується високим ступенем децентралізації, коли обов'язки щодо охорони здоров'я розподілені між державою, політичними установами та муніципальними органами влади.

Основним регулюючим органом є держава, яка контролює роботу місцевої влади, розробляє політику, стратегію та принципи в галузі охорони здоров'я та керує прийняттям законів. Зокрема, Закон про охорону здоров'я та медичну допомогу визначає обов'язки політичних органів і муніципалітетів і надає автономію місцевим органам управління.

Весь медичний персонал підлягає нагляду Комісії охорони здоров'я та соціального забезпечення Державної ради. До органів управління входять:

- Управління наркотиками - контроль якості та ефективності використання наркотиків,

- Національний інститут громадського здоров'я - для профілактичного контролю,
- Державна фармацевтична компанія відповідає за контроль за діяльністю аптек, які постачають ліки,
- Комісія соціального страхування Державної ради - сплачує страхові внески та компенсації,
- Асоціації міст і земель, які представляють інтереси регіонів на центральному рівні [63].

Хоча державне регулювання є найефективнішою формою регулювання, відсутність конкуренції призводить до високих капітальних витрат і низької ефективності. Водночас реформи внутрішнього ринку медичних послуг у Швеції спрямовані на скорочення витрат, запровадження нових планів щодо фінансування та організації медичних послуг. Розвиток приватної медичної допомоги та можливість вибору медичного закладу призвели до загострення конкуренції на ринку медичних послуг. Результатом є зрушення в політиці охорони здоров'я від конкуренції до співпраці між медичними організаціями та покупцями медичних послуг. З досвіду Швеції можна зробити висновок, що ринкові механізми не завжди призводять до зниження витрат, загрожують принципам рівності. У Великій Британії існує жорстко централізована національна (державна) система охорони здоров'я (НСЗ), яка регулюється державою. Важелі управління належать Уряду, яке встановлює правила поведінки для органів управління сферою охорони здоров'я, а також постачальників медичних послуг [49].

Департамент охорони здоров'я Уряду - центральний орган управління - здійснює законотворчу функцію, формулює і контролює впровадження законів і нормативних актів, що регулюють діяльність медичної галузі. Місцеві підрозділи приймають рішення щодо їх впровадження в практику на локальному рівні [49].

Урядом також формується механізм договірних відносин, встановлюється правило обов'язковості конкурсного розміщення замовлень.

Існує процедура перевірки обґрунтованості цін. Регулювання СОЗ Франції здійснює держава в особі парламенту, Уряду та Управління з питань охорони здоров'я та соціального розвитку, спільноти регіонального рівня [49]. На регіональному рівні для підвищення керованості були створені регіональні агентства з охорони здоров'я, відповідальні за забезпечення відповідності наданої медичної допомоги потребам населення шляхом поліпшення взаємодії між амбулаторною і стаціонарною ланками.

Регулювання СОЗ здійснюється в процесі взаємодії постачальників послуг (лікарні та медичні працівники), держави в особі Міністерства охорони здоров'я і системи обов'язкового медичного страхування (ОМС). Парламентом приймаються адміністративні постанови і закони. Зростання витрат на охорону здоров'я і збільшення дефіциту ОМС посилили роль держави в регулюванні охорони здоров'я [49].

Тарифи на національні медичні послуги затверджуються МОЗ. Якість медичної допомоги регулюється на національному рівні [49].

Незважаючи на певні проблеми, такі як зростання витрат, французька модель має переваги перед більшістю державних систем охорони здоров'я. Країні вдалося уникнути нормування медичних послуг, але довгострокове зростання витрат може призвести до нормування медичних послуг. Ефективність французької системи частково пов'язана з тим, що Франція характеризується високим рівнем участі пацієнтів в оплаті медичної допомоги, що запобігає надмірному та не завжди необхідному використанню медичних послуг. У Німеччині існує дві системи медичного страхування: соціальне страхування (в якому зобов'язані брати участь усі працівники та їхні сім'ї) та приватне медичне страхування. Асоціації страхових фондів і медичні асоціації регулюють систему медичного страхування, найважливішою з яких є Федеральна об'єднана комісія з медичного страхування. Країна в особі уряду регулює розмір внесків у систему приватного медичного страхування, щоб запобігти їх зростанню з віком [49].

Для Німеччини не характерне пряме регулювання цін виробника. Досвід Німеччини свідчить про те, що охорона здоров'я розвинених країн також є предметом конфлікту ринкової конкуренції і державного регулювання. Регулювання СОЗ здійснюється центральним урядом і регіональними органами. Цінові обмеження і фіксовані ставки гонорарів призводять до того, що лікарі, змушені працювати в умовах жорстких тарифів, і через відсутність фінансових стимулів не прагнуть надавати допомогу пацієнтам понад необхідний мінімум. У зв'язку з цим виникають питання якості їх послуг.

Система охорони здоров'я Швейцарії є найбільш ринковою, заснованою на принципі «керованої конкуренції», в якій надання медичних послуг і медичне страхування знаходиться в приватних руках, а галузь працює в рамках регульованих «штучних медичних установ». Єдиного державного бюджету на потреби охорони здоров'я немає, що дозволяє знизити до мінімуму черги на медичну допомогу, на противагу системам охорони здоров'я інших країн.

Недоліки системи пов'язані з розширенням сфери обов'язкового страхування і державним регулюванням. Слід зазначити, що в Швейцарії діє одна з найжорсткіших у Європі систем регулювання діяльності представників не лікарських медичних професій. Основними методами регулювання СОЗ є адміністративні та економічні. Адміністративні включають законодавчу базу і контроль за виконанням законів, заходи заборони і обмеження. Економічні методи будуються на специфіці оподаткування медичних організацій, державного фінансування.

Висновки до розділу 1

Отже, СОЗ завжди була і є складною багаторівневою структурою, в якій зони відповідальності розподілені між центральним урядом (МОЗ України і багато інших міністерств і відомств), регіональними адміністраціями та численними адміністративними органами міського, районного та селищного рівнів. Міністерство охорони здоров'я України координує діяльність основної

СОЗ через мережу регіональних управлінь охорони здоров'я, які є структурними підрозділами місцевих адміністрацій, але у функціональному відношенні підпорядковуються Міністерству охорони здоров'я України. Медичні стандарти та клінічні протоколи розроблені за більшістю хвороб, і їх дотримання є обов'язковим. В цілому, незалежно від численних заходів щодо підвищення якості, СОЗ України навряд чи можна назвати орієнтованою на потреби населення і відповідальною за результати своїх дій перед споживачами своїх послуг. Пацієнти, як кінцеві споживачі, не беруть участь в управлінні СОЗ України, яка повністю контролюється державою. Управлінням СОЗ і координацією її діяльності займається МОЗ України.

Для подальшого дослідження під терміном «якість медичної допомоги» автор роботи розуміє сукупність показників (характеристик) медичної допомоги, які показують її здатність задовольнити всі потреби пацієнтів. При цьому мають бути враховані стандарти, які відповідають сучасному рівню науки. Доступність медичної допомоги - реальна можливість отримати населенню необхідну медичну допомогу незалежно від соціального статусу, рівня добробуту і місця проживання.

За результатами дослідження можна зробити висновок, що основні напрямки зарубіжного регулювання СОЗ, спрямовані на забезпечення якості медичних послуг, що надаються населенню, можуть бути застосовні і для України, зокрема: забезпечення наукового розвитку, інноваційного розвитку, науково-технічний прогрес і медична допомога; створення системи стандартів якості послуг, створення ефективної системи контролю якості медичних послуг, вжиття заходів щодо підвищення мотивації медичного персоналу та ефективного використання їх праці, розробка ефективних планів навчання, проведення підвищення кваліфікації для медичного персоналу та визначення пріоритетності реалізації заходів щодо підтримки, заходи щодо здоров'я людей для мотивації громадян до збереження та зміцнення свого здоров'я.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН ТА ОСОБЛИВОСТІ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ
ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ

2.1 Характеристика та особливості функціонування медичної сфери в державі

З 2014 року частка державних витрат на охорону здоров'я падає. Зменшення частини державного фінансування є важливим, оскільки це сигналізує про необхідність визначення пріоритетів у бюджетах охорони здоров'я. Незважаючи на те, що у 2014-2019 роках здоров'я зрозуміло втратило пріоритет через тиск, згаданий вище (обслуговування боргу, субсидії та витрати на пенсії) і триваючі конфлікти, продовження щорічного падіння викликає певні питання щодо стійкості майбутніх реформ. Занепокоєння. Зокрема, витрати на охорону здоров'я становлять 3,2% ВВП, що значно менше за передбачені Законом № 2168 [4] 5% (рис. 2.1).

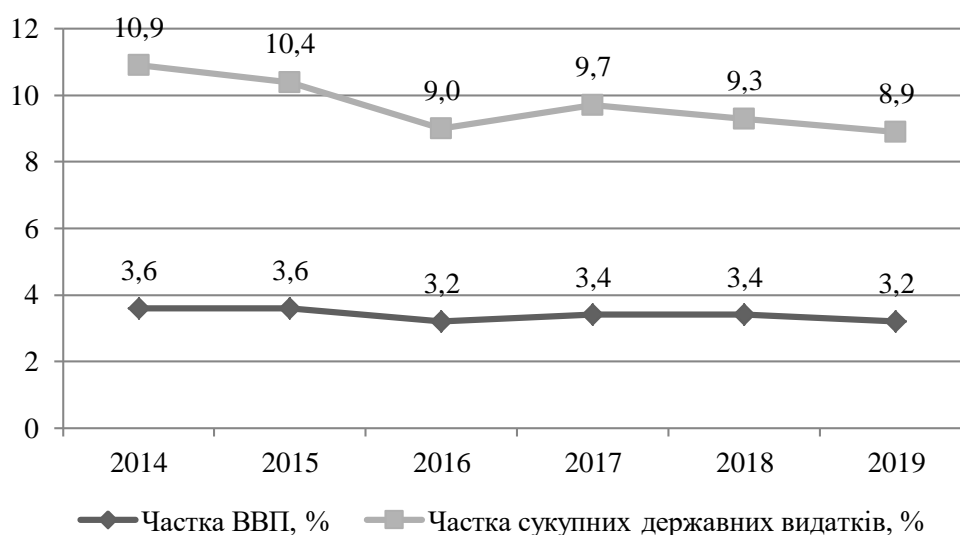


Рис . 2.1 Національні витрати на охорону здоров'я у відсотках від ВВП та загальних національних витрат з 2014 по 2019 роки.

Джерело: дані [50].

Забезпечення загальної сталості бюджетів охорони здоров'я буде ключовим фактором у подальшому впровадженні реформ РОР, щоб отримати економію ресурсів за рахунок підвищення ефективності та перетворити їх на покращення охоплення та надання послуг. У 2015 році український уряд розпочав реформи трансформації СОЗ, спрямовані на підвищення ефективності, модернізацію застарілих систем надання послуг та покращення доступу до якісної медичної допомоги.

Комплексна стратегія визначає пріоритетні реформи фінансування охорони здоров'я з метою прискорення трансформації послуг охорони здоров'я (індивідуальних та населення), використовуючи інформаційні технології як каталізатор.

Стратегія фінансування СОЗ була розроблена в концептуальному документі [7]. Створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ) – єдиного державного замовника медичних послуг.

З 2015 року держава розподіляє кошти на медицину та оздоровлення адміністративним одиницям за допомогою механізму субвенцій, які поділяються на загальні медичні субвенції та субсидії на реалізацію конкретних медичних проектів.

До створення Національної служби охорони здоров'я загальна програма Medicaid охоплювала профілактику захворювань, первинну медичну допомогу, амбулаторну та стаціонарну допомогу.

Розмір Medicaid розраховується як частка державного бюджету та розподіляється на душовій основі між різними адміністративними одиницями на основі чисельності населення та відмінностей у наданні послуг (вищі коефіцієнти в гірських районах).

Близько третини субвенцій перераховується до обласних бюджетів, решта розподіляється між громадами, регіонами чи муніципалітетами.

У 2018 році було 1288 адміністративних одиниць (таких як райони, муніципалітети, штати та громади), кожна з яких створила пул ресурсів, що фінансується з бюджету, але з децентралізованою адміністративною владою та

географічним перекриттям. Це призводить до дублювання послуг і неефективного використання ресурсів.

Змінити механізм фінансування закладів первинної медичної допомоги. Діє принцип «гроші ходять за пацієнтом».

Центральний уряд фінансує більшість послуг охорони здоров'я за рахунок медичних субсидій, які становили в середньому 77% державних витрат на охорону здоров'я в період з 2015 по 2019 рік. Решту забезпечують власні кошти органів місцевого самоврядування (рис. 2.2.)

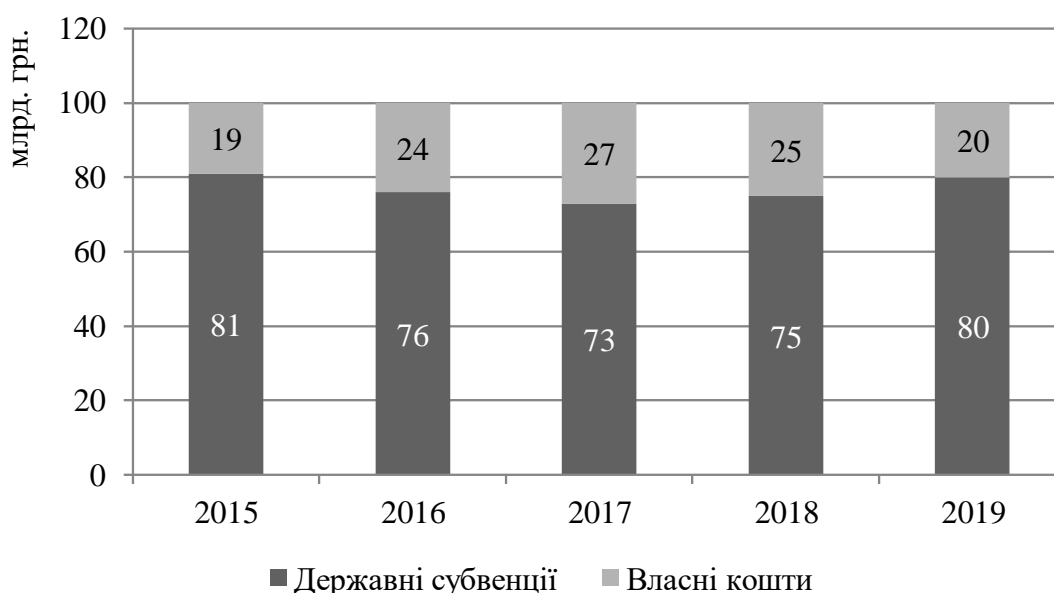


Рис.2.2 Державні видатки на охорону здоров'я, 2015-2019 рр., млрд. грн.

Джерело: складено автором за даними [48; 50].

Видатки державного бюджету на первинну медичну допомогу (ПМД) зросли: з 10,6% видатків на охорону здоров'я у 2017 році до 14,6% у 2019 році (рис. 2.3).

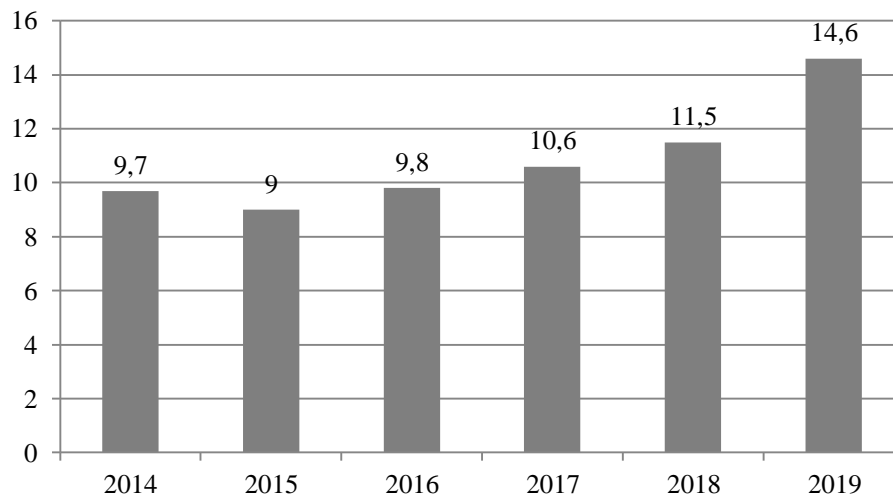


Рис. 2.3 Частка державних видатків на охорону здоров'я, яка виділена на ПМД.

Джерело: [38, с. 28].

Можливості збільшити фінансування медичних установ у держави невеликі. Фактичне фінансування відбувається за залишковим принципом, інфраструктура занепадає, кваліфікація лікарів знижується, а норми навантаження на терапевта (2500 пацієнтів на рік на лікаря) перевищують європейські в 2-3 рази. Незадовільна якість послуг, що надаються державними медичними установами, змушує українців звертатися за консультаціями і допомогою в комерційний сектор. Незважаючи на те, що обсяг українського ринку медичних послуг за результатами звітних років перевищує аналогічний показники попереднього року.

При цьому слід враховувати, що значна частина ринку знаходиться в тіні, ніде не враховуються багато послуг, що надаються кваліфікованими лікарями в державних лікарнях.

Якщо частка комерційного сегмента в Україні в 2013 році оцінювалася дослідницькими компаніями на рівні 10%, то в 2019 році цей показник збільшився до 40% [60]. Однак основна частина комерційного сегмента (не менше 50%) представлена стоматологічними клініками, в меншій мірі офтальмологічними та хірургічними клініками, гінекологічними кабінетами.

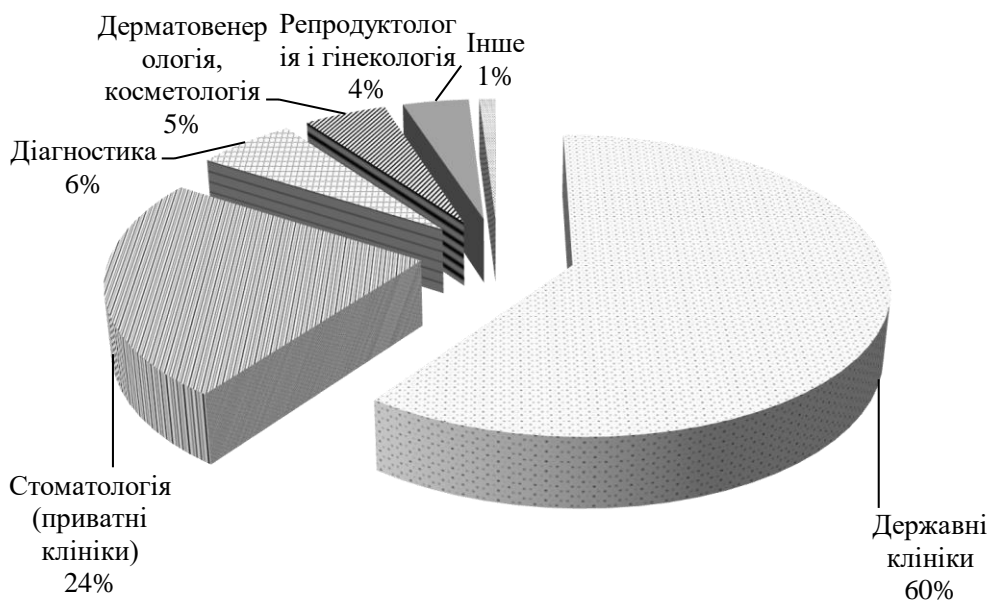


Рис. 2.4 Структура українського ринку медичних послуг, 2019.

Джерело: складено за даними [60].

Згідно з даними компанії ILF (брала участь в розробці та адвокації медичної реформи в Україні), всього по Україні в комерційному сегменті налічується близько 50 тис. приватних установ, серед яких виділяється близько 10 великих мережевих багатопрофільних клінік [61].

Більшість приватних медичних установ зосереджено в найбільш урбанізованих регіонах, в тому числі близько 40% ринку зосереджено в Києві. Приватним клінікам належить 50% ринку столиці, тоді як в населених пунктах чисельністю жителів до 100 тис. цей показник не перевищує 10% [61]. З урахуванням того, що серед міського населення до 15% платоспроможного населення ще не охоплено послугами приватної медицини, в регіони приватні клініки проникати в найближчі роки не планують.

Збільшення залишку видатків на користь ПМД є важливим пріоритетом для Департаменту. Пріоритезація послуг ПМД підтверджує зусилля уряду щодо підвищення якості послуг первинної медичної допомоги. При здійсненні реформ вторинної та третинної промисловості важливо зберегти ту ж тенденцію.

Станом на кінець 2019 року договори з НСЗУ уклали 1466 медичних закладів, що надають послуги первинної медичної допомоги, з них 168 приватних закладів та 248 індивідуальних амбулаторій (сімейних лікарів).

У 2017 році в Україні було прийнято Закон «Про державне фінансове забезпечення універсальних медичних послуг» [4], який регулював фінансування медицини та охорони здоров'я та сформулював низку відповідних підзаконних актів, заклавши міцну правову основу для фінансування медичної допомоги в Україні. Впровадження нових механізмів фінансування охорони здоров'я (Додаток А).

Так у 2018 році стартувала медична реформа. Очікується, що реформи будуть впроваджуватися поетапно. Перший етап реформи був зосереджений на первинній медичній допомозі (ПМСД), а другий етап – на вторинному та третинному рівнях. Друга черга буде реалізована у 2020 році.

У 2018 р. розпочалась кампанія із підписання декларації із сімейним лікарем. За перший рік близько 70 % населення підписали декларації з лікарем первинної медичної допомоги (терапевтом, педіатром або сімейним лікарем).

Сімейний лікар, займаючись наглядом і лікуванням пацієнтів протягом декількох років, знає все індивідуальні особливості їх здоров'я, дає рекомендації з лікування, а при необхідності направляє до потрібних лікарів-спеціалістів.

Суттєвою перевагою сімейного лікаря для пацієнта є комплексність процедур (надання послуг діагностики, лікування і профілактики в одному місці) і економія витрат за рахунок отримання послуг в одному місці.

У разі госпіталізації пацієнта сімейний лікар, як правило, координує весь процес лікування, включаючи діагностику, знаходження в стаціонарі і подальшу реабілітацію.

Кваліфікація «сімейний лікар» (що є різновидом кваліфікації «лікар загальної практики – сімейний лікар») дає лікарю право консультувати всіх членів сім'ї в будь-якій області медицини, залучаючи вузьких фахівців для консультацій і координації лікування тільки у виняткових випадках.

Результати соціологічного опитування свідчать, що станом на кінець 2019 року 87,1% респондентів зазначили, що заяву підписали всі члени сім'ї, і лише 6,0% респондентів заявили, що не підписали заяву члени сім'ї (рис. 2.5).

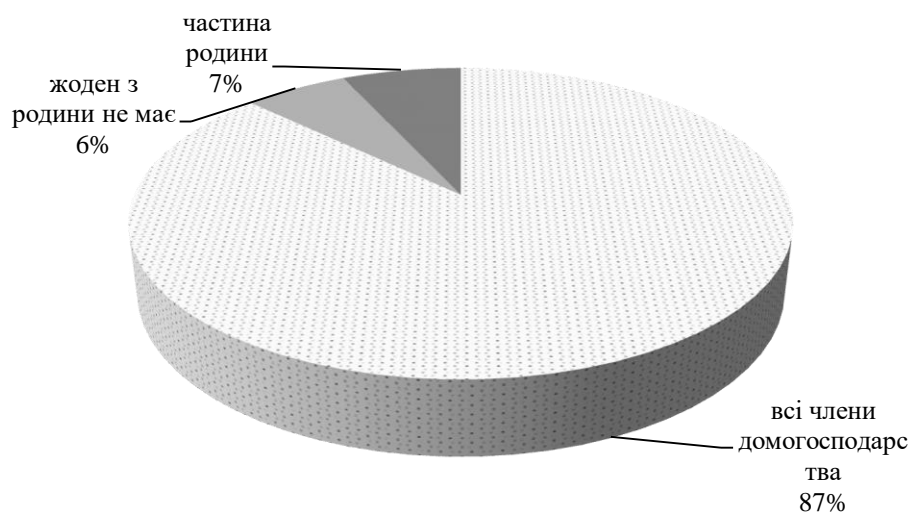


Рис. 2.5 Частка членів сім'ї, які підписали заяву у свого сімейного лікаря.
Джерело: На основі даних[21].

З 2019 року практики первинної медичної допомоги, укладені за контрактом з NHS, фінансуватимуться за новою моделлю – забезпечуючи фіксовану річну плату за обслуговування за кожного пацієнта, з яким укладаються лікарі цієї практики.

З 2019 року розпочнеться реформа моделі фінансування спеціалізованих медичних закладів, а з 2020 року – реформа вузькоспеціалізованих медичних закладів. До того часу буде реформована система первинної медичної допомоги та зібрана необхідна статистика для впровадження змін у вторинну та третинну медичну допомогу. На професійному та високоспеціалізованому медичному рівні держава напругу оплачуватиме медичним установам кожну медичну послугу відповідно до національних прозорих та єдиних стандартів тарифікації. У тариф включені всі витрати: медикаменти, ремонт обладнання та витрати на роботу лікаря.

З 2015 по 2020 рік в країні автоматизовано 97% закладів первинної медичної допомоги та 93% спеціалізованої, третинної та екстреної медичної

допомоги. При укладанні договору з НСЗУ про надання медичних послуг в рамках системи медичного страхування необхідна зміна організаційно-правової форми на комунальне некомерційне підприємство. Змінилися принципи закупівель ліків: з 2015 року державні закупівлі (національний рівень) здійснюються за участю профільних міжнародних організацій. Це призвело до економії майже 39% державних коштів.

Запуск системи «e-health». Тому системи електронної охорони здоров'я забезпечать передачу всієї медичної інформації в електронному вигляді. З 3% до 92% зріс рівень комп'ютеризації закладів первинної медичної допомоги, замовлених Національною службою здоров'я. Розпочався процес створення системи громадського здоров'я, що заклало основу для переходу в охороні здоров'я від політики лікування до політики, яка запобігає та зміцнює/підтримує здоров'я людини. Створення ефективної мережі регіональних центрів громадського здоров'я по всій Україні є одним із пріоритетних завдань ЦГЗ у 2019-2020 рр. Наразі створено 13 регіональних центрів громадського здоров'я.

Прийняття «Стратегії біобезпеки та біозахисту, заснованої на принципі «Єдине здоров'я» до 2025 року» знаменує собою початок побудови в моїй країні єдиної системи біобезпеки та біозахисту для захисту здоров'я людини та навколишнього середовища. Вплив небезпечних біологічних агентів, особливо таких, може призвести до надзвичайних ситуацій і загрожувати національній і міжнародній безпеці. Кабінет Міністрів України розробив та затвердив план заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги.

Уряд затвердив Національний план дій щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку. Розвиток Прийняття цього документу сприятиме становленню та розвитку системи громадського здоров'я, посиленню оздоровчо-освітньої роботи в початковій та середній школі, підвищенню обізнаності населення щодо факторів ризику неінфекційних захворювань та їх зменшенню; зменшенню неінфекційних захворювань (

серцево-судинні захворювання, рак, цукровий діабет, хронічні захворювання органів дихання тощо), що створює реальні передумови для покращення медико-демографічної ситуації в країні. Закладено підвалини для розвитку трансплантології в Україні, зокрема законодавчо врегульовано практику трансплантології: внесено зміни до деяких законодавчих актів, що регулюють трансплантацію анатомічних матеріалів людини. Зміни в медичній освіті вже почалися, зокрема введенням порогів вступу на медичну професію та прийняттям постанови Кабінету Міністрів України про Єдиний державний кваліфікаційний іспит лікаря.

Незважаючи на невизначеність статусу комерційних установ в нормативно-правовій сфері, реформа створює передумови для розвитку приватної практики в сфері сімейної медицини: кількість державних медичних установ буде скорочуватися, доступність профільних фахівців в більшості випадків ускладниться через необхідність проведення попередньої діагностики на первинному рівні. Провайдери послуг медичного страхування зацікавлені в збільшенні кількості працівників, що надають медичні послуги, кваліфіковану медичну допомогу та кваліфіковану діагностику.

2.2 Сучасний стан та рівень якості надання медичної допомоги населенню

Наскільки реформа може сприяти поліпшенню ситуації в сфері надання послуг на первинному рівні, буде відомо за підсумками її практичного впровадження. Однак, уже зараз, можна оцінити ймовірне ставлення до її результатів, користуючись даними щодо установок та очікувань населення, отриманих в результаті соціологічних опитувань.

Для ілюстрації кон'юнктури попиту на медичні послуги можна використовувати дані опитувань, проведених серед киян - жителів міста, на який припадає до 40% всього пропозиції послуг в Україні. У січні 2019 року, Київським інститутом соціології було проведено експертне опитування киян, в

результаті якого 82% зверталися у 2018 році до медичних установ не менше 1 разу [62]. Предметом звернення переважно були первинна загальна консультація та діагностичні процедури (рис. 2.6).

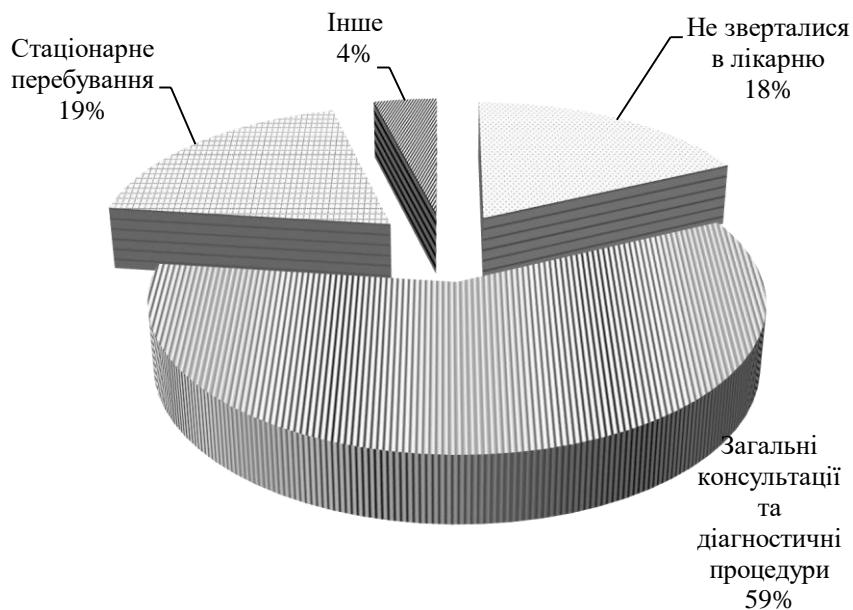


Рис. 2.6 Структура звернення до медичних установ жителів м. Києва в 2018 р.

Джерело: складено за даними [62].

Задоволеність населення медичними послугами вважається одним із найважливіших показників їх якості, оскільки задоволеність пацієнтів розглядається як комплексний показник оцінки діяльності окремих медичних закладів [16, с. 17], та стратегічні цілі політики охорони здоров'я. Поняття «задоволеність пацієнта» є багатовимірним і диференційованим і застосовується до різноманітних питань охорони здоров'я [46].

Визначення рівня задоволеності може слугувати важливим принципом управління на основі доказів для прийняття управлінських рішень щодо підвищення якості національної охорони здоров'я та політичних рішень щодо трансформації СОЗ [40, с.14]. 157].

Іншим важливим напрямком дослідження СОЗ є визначення очікувань населення щодо реформування та рівня підтримки ідей щодо реформування СОЗ. Ці результати важливі для прийняття політичних рішень, побудови

ефективних комунікаційних компаній для зацікавлених сторін і громадськості [41, 45] і розуміння процесу реалізації політики.

Згідно з результатами проведених соціальних досліджень, переважна більшість населення в цілому задоволена роллю різних компонентів СОЗ в Україні. Рівень задоволеності перевищив 50% для всіх позицій (Рис. 2.7).

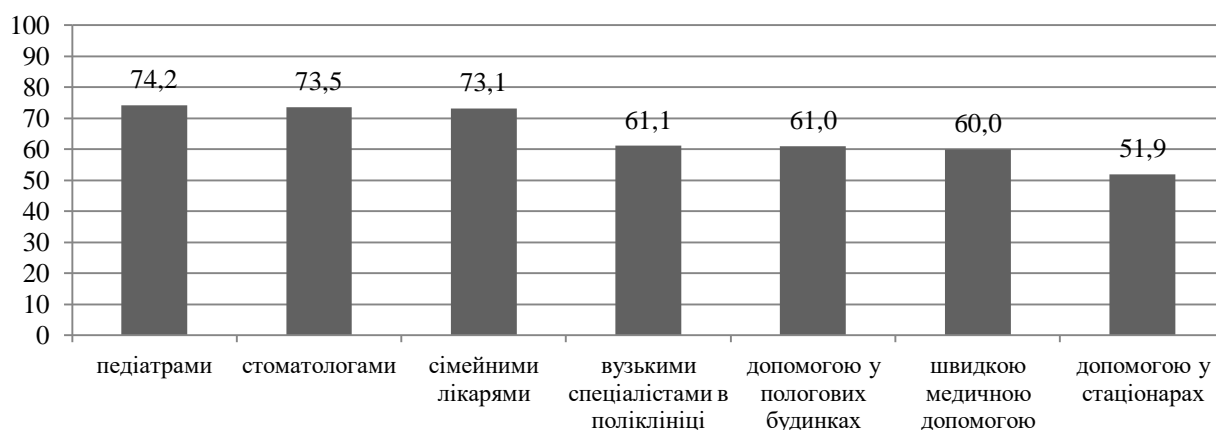


Рис. 2.7 Задоволеність всього населення медичним обслуговуванням у 2019 році (відповіді «відносно задоволений» та «повністю задоволений»), у відсотках до кількості респондентів.

Джерело: За даними [21; 60; 61].

Наприклад, 74,2% респондентів найбільше задоволені педіатром (відповіді «повністю задоволений» і «цілком задоволений»), дільничним терапевтом або сімейним лікарем – 73,1%, стоматологом – 73,5%. 51,9% не дуже задоволені допомогою лікарень, 61,1% не задоволені допомогою пологових будинків, 61,5% не задоволені допомогою спеціалістів поліклінік [21]. Порівняння рівнів задоволеності показує, що люди найменше задоволені лікарняними (лікарняними) медичними послугами.

Порівняння рівнів задоволеності представників різних соціально-демографічних груп виявило наступні відмінності (Додаток Б):

– Жінки трохи більше, ніж чоловіки, задоволені більшістю аспектів надання медичних послуг;

– За винятком екстрених служб, мешканці сільської місцевості трохи більше задоволені медичними послугами, ніж жителі міст.

– Молоді люди (віком 18-29 років) найбільше задоволені медичною допомогою, за винятком екстреної медичної допомоги та лікарняної допомоги (найбільше цими видами допомоги задоволені особи старше 60 років);

– Респонденти, які оцінили своє здоров'я як добре, були більш задоволені медичним обслуговуванням, ніж ті, хто оцінив своє здоров'я як погане (найбільша різниця була в оцінці медичної допомоги в пологових будинках) [21;60].

Порівнюючи ситуацію в різних регіонах (Додаток Б), маємо підстави зробити висновок, що у 2019 році жителі Волинської, Донецької та Тернопільської областей виявили найвищі значення за всіма компонентами задоволеності СОЗ (а найвищий рівень у Харківській області). задоволення). один із лідерів опитування 2018 року, отримавши досить низькі оцінки майже за всіма показниками СОЗ) [21; 60]. У деяких регіонах задоволеність різними компонентами СОЗ неоднозначна. Так, у Кіровоградській області досить високий рівень задоволеності населення висловлено медичною допомогою в пологовому будинку (72,7%) та роботою дільничного терапевта/сімейного лікаря (66,3%), але не нижчою є екстрена медична допомога (25,3%) та надали допомогу в лікарні (33,7%). В Одеській області люди цілком задоволені роботою дільничного терапевта/сімейного лікаря (78,3%) і менш задоволені стаціонарною допомогою (37,8%) [21; 60].

Регіональні відмінності між найвищою та найнижчою задоволеністю різними компонентами СОЗ у середньому становлять близько 50 процентних пунктів (v.p.):

- Найбільше задоволена обласним терапевтом/сімейним лікарем Волинська область (86,3%), найменш задоволена Запорізька область (57,3%) (Додаток Г Рисунок Д1);

- Найбільше педіатри задоволені Тернопільською областю (89,9%), а найменше – Харківською (39,9%) (Додаток Г Рисунок Д2) [21;60];

- Найвищий рівень задоволеності стоматологом у Сумській області (88,4%), а найнижчий у Харківській (49,6%);
- Найбільше задоволені стенозами поліклінік у Волинській області (84%), найменше – у Харківській (38,9%);
- Найбільш задоволені послугами екстреної медичної допомоги жителі Донецької області (79,9%) та найменш задоволені Кіровоградської області (25,3%);
- Найбільш задоволена лікарняною допомогою Волинська область (73,3%), а найменш задоволена Харківська область (23,2%) (Додаток D Рисунок D3) [21;60];
- Задоволеність медичними послугами найвища у Чернігівському обласному пологовому будинку (89,4%), а найнижча – у Харківській області (20,9%) (Додаток D, Рисунок D4) [21; 60].

Таким чином, незважаючи на те, що задоволеність людей медичними послугами в цілому висока, існують значні регіональні відмінності в оцінці кожного компонента СОЗ, а також існують значні відмінності в оцінці медичних послуг людьми з «дуже добрим» станом здоров'я. «Добре» та оцінені як «Дуже погано» (чим вище самооцінка здоров'я, тим вищий медичний рейтинг).

Загальне сприйняття змін у допомозі на всіх рівнях показано на рисунку 1. Додаток G, G1. Щодо змін, які спостерігалися за минулий рік у трьох аспектах медичної допомоги (якість, фінансова доступність і географічна або часова доступність) на трьох рівнях допомоги (сімейні/дільові лікарі, поліклініки та стаціонарні спеціалісти) (лікарні), результати опитування, 14,3 % респондентів вважають, що якість медичної допомоги сімейними лікарями, дільничними терапевтами чи педіатрами за останній рік покращилася. При цьому 69,7% респондентів вважають, що якість не змінилася, а 16,0% обрали відповідь, що якість погіршилася [21; 60; 62]. Що стосується змін фінансової доступності допомоги сімейних лікарів, дільничних терапевтів чи педіатрів, то 5,8% респондентів відзначили її покращення, 26,4% – погіршення. При цьому

80,8% респондентів також вважають, що географічна доступність цієї допомоги залишається незмінною. Загалом, респонденти сказали, що географічна або часова доступність різних видів медичних послуг також не покращилася за останній рік. Найгірша ситуація з доступністю медичної допомоги – це ситуація з найвищим «погіршеним» балом з усіх оцінених аспектів, і це справедливо для всіх розглянутих рівнів медичної допомоги.

Серед респондентів, які вважають, що у 2019 році якість медичних послуг сімейних лікарів, дільничних терапевтів чи педіатрів покращилася, 73,3% вважають, що ставлення лікарів до пацієнтів покращилося. Серед тих, хто вважав, що якість погіршилася, 55,7% сказали, що ефективність (результативність) лікування погіршилася (рисунк Z2 у додатку Z) [21; 60].

Так само респонденти відзначають покращення у ставленні до пацієнтів лікарями та медичним персоналом, оцінюючи зміни в якості обслуговування вузьких спеціалістів у поліклініках та лікарнях. На малюнку. 2.8 подано динаміку оцінки змін якості медичної допомоги, що надається сімейними лікарями або дільничними терапевтами чи педіатрами: у 2018 році частка позитивних відповідей становила 5,4%, у 2017 році – 7,4% [21].

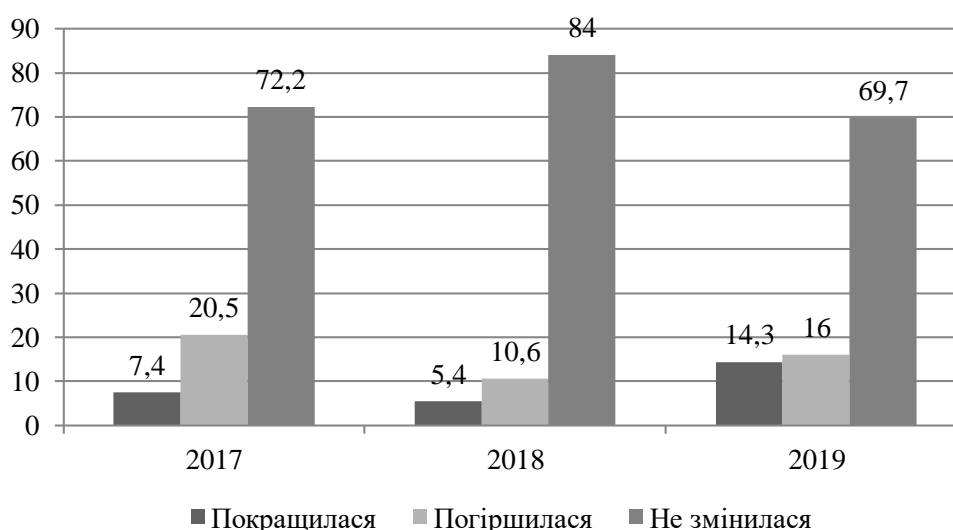


Рис. 2.8 Динаміка розподілу відповідей на запитання про якість медичної допомоги, яка надається в амбулаторії загальної практики.

Джерело: [21; 60].

Заслуговує на увагу оцінювання фінансової доступності медичної допомоги, яка надається сімейним лікарем або дільничним терапевтом чи педіатром: у 2017 році на погіршення фінансової доступності вказувала майже половина респондентів, у 2019 році – 26,4% (рис. 2.9).

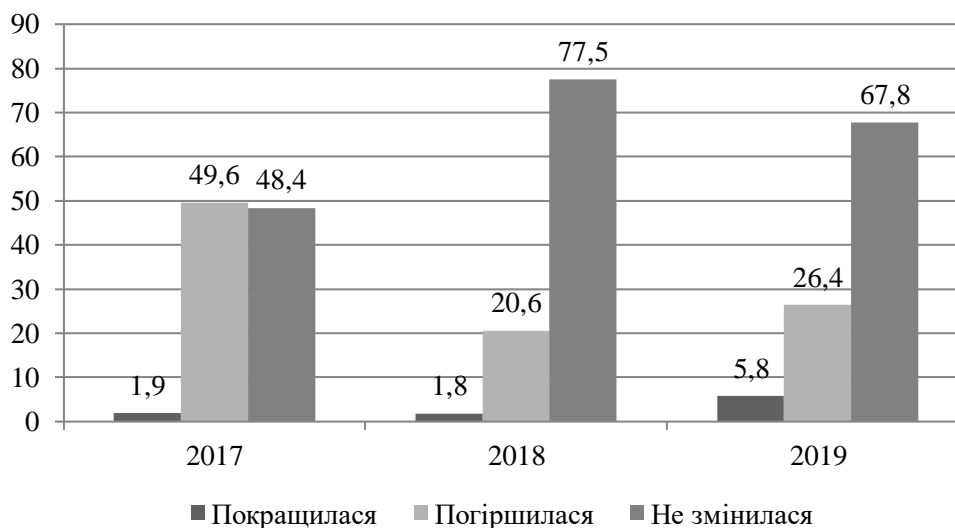


Рис. 2.9 Динаміка розподілу відповідей на запитання щодо фінансової доступності медичної допомоги.

Джерело: [21; 60].

Зростання конкуренції на ринку медичних послуг впливає на їх якість: заклади починають орієнтуватися на потреби пацієнта, адже лише за пацієнтом у заклад можуть прийти кошти. Зміна фінансування дозволила професіоналам отримувати гідні заробітні плати: подекуди заробітна плата лікарів первинної ланки зросла в чотири рази.

2.3 Основні проблеми медичної сфери України щодо якості й доступності медичної допомоги

В умовах глобальних, технічних та економічних викликів перед вітчизняною медичною виникли виклики, які зумовлені внутрішніми чинниками СОЗ України .

По-перше, особливістю нашої країни є низька залученість населення в охорону і збереження власного здоров'я, за рахунок фізичної активності, використання верифікованих джерел мережевої інформації, застосування персональних пристроїв моніторингу стану здоров'я і т.д.

Більшість громадян мало цікавляться зміцненням здоров'я та профілактикою захворювань.

По-друге, старіння населення є довгостроковим чинником розвитку патологічних ускладнень, хронічних захворювань і відповідно зростання попиту на медичні послуги.

Згідно з демографічними прогнозами, Україна, на відміну від більшості європейських держав, тільки входить в період прискореного зростання частки і чисельності літніх людей, і за період з 2011 по 2020 рік чисельність населення у віці старше працездатного збільшиться більше, ніж на півмільйона чоловік. А їх частка зростає з 21% до 24% (рис. 2.10).

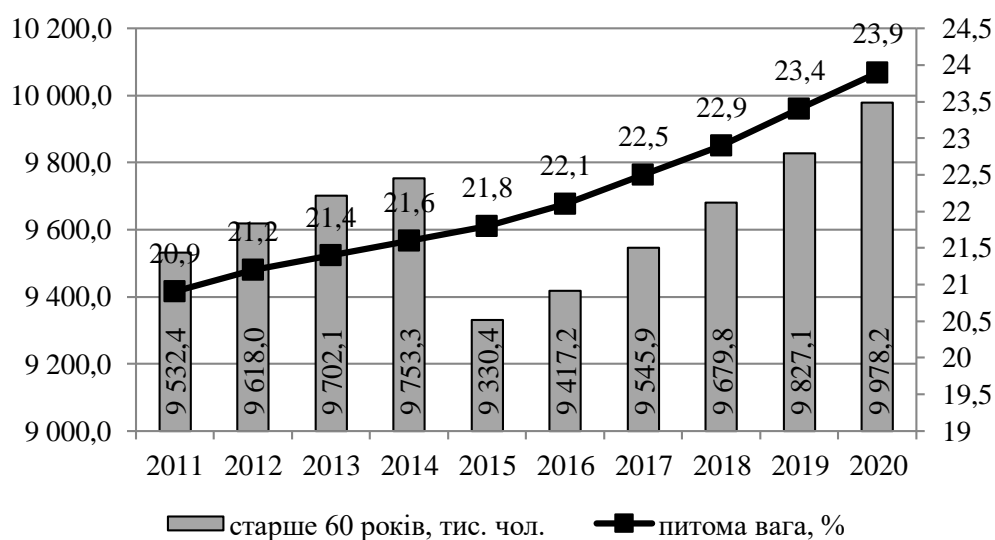


Рис. 2.10 Динаміка кількості населення старшого працездатного віку, тис. чол., %.

Джерело: розраховано і складено автором за даними [47; 48].

По-третє, основною перешкодою для адекватного реагування української медицини на виклики, що постають перед нею, є недостатня ресурсна забезпеченість і нереалізація великих резервів підвищення ефективності використання наявних матеріальних, трудових і фінансових ресурсів.

По-четверте, формальні правила надання та фінансування медичної допомоги значною мірою доповнюються неформальним ставленням та тіньовими фінансовими потоками.

У сфері охорони здоров'я залишаються незрозумілими правила розподілу ресурсів та забезпечення доступу до ресурсів для пацієнтів. Навколо неформальних практик склалася досить стійка структура інтересів, яка заважає позитивним змінам.

Немає надійних стимулів, які б спонукали більшість лікарів зацікавитися проведенням справжньої оцінки якості їхньої роботи, усуненням неофіційних практик та забезпеченням повної прозорості фінансово-економічних відносин усередині професії.

Організації охорони здоров'я та страхові компанії мають мало стимулів для підвищення ефективності використання ресурсів.

Форми поєднання державного і приватного фінансування охорони здоров'я слабо сприяють залученню в цю сферу додаткових ресурсів і ефективного використання.

Добровільне медичне страхування (ДМС) виявилось недоступним для більшості середнього класу (їм охоплено всього 6% населення).

Так за 2019 рік частка медичного страхування у загальній структурі страхових премій складала 10,8% (рис. 2.11).

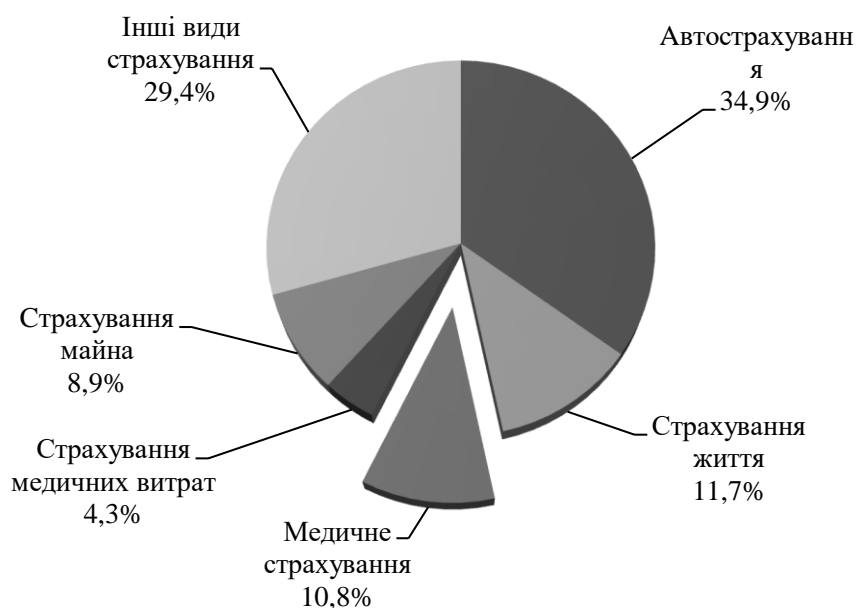


Рис. 2.11 Структура чистих страхових премій за видами страхування станом на 31.12.2019 року % .

Джерело: складено автором на підставі [33].

Політика, що проводиться по відношенню до благодійних організацій, обумовлює недостатнє застосування цього способу залучення коштів для надання дорогої медичної допомоги незаможним громадянам.

Через недофінансування охорони здоров'я можливості отримання якісної медичної допомоги істотно різняться для жителів різних областей і різних типів населених пунктів.

Отже, з 2017 року в Україні було дано старт реформі, спрямованій на поліпшення медичної допомоги на первинному рівні. Ключовим завданням реформи в Україні стала оптимізація витрат: замість утримання лікарняної інфраструктури, предметом фінансування повинні стати надані медичні послуги.

Розвиток медико-санітарної допомоги на основі сімейної медицини визначено як стратегічний напрямок і першочергове завдання. В результаті держава планувала збільшити фінансування охорони здоров'я до рівня 5% від ВВП.

З квітня 2018 року нова система фінансування, так звана система «гроші ходять за пацієнтом», впроваджується повсюдно.

Незважаючи на позитивні зміни, існує низка проблем української реформи охорони здоров'я (табл. 2.1).

Таблиця 2.1.

Умови та проблематика української реформи охорони здоров'я

Умови	Проблематика
<ul style="list-style-type: none"> • Кожна людина буде мати державний гарантований пакет - перелік послуг і медикаментів, які вона може отримати від свого сімейного лікаря, на основі підписаного з ним договору • Первинна, екстрена та паліативна допомога буде безкоштовною для населення, так як плату за ці послуги лікар буде отримувати від держави за середнім тарифом - 370 гривень на рік за одного зареєстрованого пацієнта • Детальний перелік гарантованих послуг і ліків буде визначатися Кабінетом Міністрів України щорічно, так само, як і тарифи на платні послуги 	<ul style="list-style-type: none"> • Законодавчо не визначені обсяги, види і форми гарантованих державою послуг, так само як і вартість медичного обслуговування, що не входить в цей пакет • Населення буде підписувати договори на обслуговування в рамках сімейної медицини переважно з дільничними терапевтами, які не мають необхідної кваліфікації • Встановлений законодавством тариф оцінюється експертами як дуже низький для ефективної роботи лікаря і непривабливий для залучення в цей сегмент комерційних підприємств • Прийнята медична реформа не визначає статус приватних медичних установ в системі охорони здоров'я країни; також законодавчо не була прийнята поправка, яка дозволяє співфінансування приватних медичних послуг за допомогою державних тарифів і прямої оплати від пацієнтів

Ринок приватних медичних послуг в найближчі роки збереже позитивну динаміку, чому сприяє як нормалізація ситуації в країні, так і велика потенційна ємність в більшості сегментів послуг. Очікується, що ринок приватних медичних послуг буде збільшуватися в середньому на 30% щорічно, причому половину приросту складе подорожчання послуг [60, 62].

Збережеться тенденція до укрупнення гравців і розширенню як спектра послуг, що надаються, так і географії філій: мережеві клініки будуть прагнути освоювати ринки всіх великих міст України.

Впровадження обов'язкового і розвиток добровільного медичного страхування в перспективі посилять тенденцію до скорочення частки сегмента

державної медицини, що сприятиме відкриттю приватних клінік у великих містах України з відносно високим рівнем доходів населення.

Виокремимо фактори зовнішнього середовища, що сприятимуть успішності бізнесу з надання послуг сімейного лікаря в Україні:

1. Зміни в державному секторі медицини, укрупнення установ і скорочення їх числа.

2. Збільшення фактичного середнього чека за отримані послуги в установах державного сектора.

3. Досягнення більшої визначеності з напрямком і змістом реформи, вдосконалення тарифної політики.

Здебільшого, успішність і перспективність надання послуг в сфері сімейної медицини найближчим часом буде залежати від того, наскільки держава послідовно втілюватиме реформу в життя, враховувати зворотний зв'язок від учасників ринку, а з боку уряду буде доопрацьована нормативно-правова база.

На правовому рівні багато чого залишається незрозумілим, що формує значні ризики для лікарської практики. Українське законодавство передбачає наявність диплома та сертифіката для ведення лікувальної практики, в той час як для ведення господарської діяльності необхідна наявність ліцензії.

Загальноєвропейські норми в цій сфері відрізняються: для ведення лікарської практики потрібна окрема, лікарська ліцензія, на додаток до диплому, для надання послуг - ліцензія іншого типу, господарська. Отримання таких ліцензій вимагає часу і накопичення досвіду, проте сама система прозора.

В Україні ж багато сімейні лікарі будуть уникати отримання ліцензії через непрозорі правил і слабкою прогнозованості ринку.

Висновки до розділу 2

Отже, аналіз показав, що особливістю української СОЗ є те, що державний і приватний сегменти медичних послуг виступають

альтернативними варіантами для пацієнта, тоді як в розвинених країнах вони функціонують як єдина система. У комерційному сегменті ринку кількість лікарів фізичних осіб-підприємців з приватною практикою, істотно перевищує кількість клінік (юридичних осіб). Дана статистика, з одного боку, демонструє спосіб легалізації фактичних доходів лікарями в державних клініках. З іншого боку, формат такої практики не дозволяє її віднести повною мірою до комерційної медицини, внаслідок непрозорого бюджетування і ціноутворення, однак саме ця діяльність є основною для виникнення на її основі комерційної практики.

Згідно з аналізом соціологічного опитування, проведеного Міжнародним інститутом соціології в Києві, найнижчою є задоволеність населення медичними послугами в лікарнях (лікарнях). Порівняння ситуації по регіонах показує, що у 2019 році жителі Волинської, Донецької та Тернопільської областей висловили найвищий рівень задоволеності всіма компонентами СОЗ. Щодо змін, які спостерігалися за останній рік у трьох аспектах медичної допомоги (якість, фінансова доступність та географічна або часова доступність) на трьох рівнях медичної допомоги (сімейні/дільничні лікарі, поліклініки та вузькі спеціалісти в стаціонарних відділеннях (лікарнях), було встановлено 14,3% респондентів вважають, що за минулий рік покращилася якість медичної допомоги сімейних лікарів, дільничних терапевтів чи педіатрів.

Опитування респондентів відображає найбільш проблемні фактори в українській охороні здоров'я з точки зору споживачів медичних послуг: черги на прийом до лікарів у поліклініках, поганий стан обладнання та недостатнє забезпечення ліками. Це повністю відображає ситуацію в державному секторі та може створити чіткі стимули для клінік переходити до надання послуг у приватному секторі.

Проте багато українців продовжують отримувати послуги в державних установах не тільки через звичаї та дешевизну, а й тому, що в державних клініках досі працює багато висококваліфікованих лікарів.

Проведений аналіз підтвердив, що якість медичних послуг – це їх відповідність певним встановленим вимогам, серед яких: відповідність змісту медичної діяльності, потребам пацієнтів, встановленим стандартам і системам регулювання. Тому вдосконалення СОЗ має бути зосереджено на адаптації їх до потреб сучасного населення та існуючих економічних можливостей. При цьому основною метою вдосконалення сфери охорони здоров'я в різних країнах є створення такої сталої системи, функціонування якої сприятиме тому, щоб кожен житель, незалежно від його соціального та матеріального рівня, мав якісні та доступні медичні послуги.

Водночас СОЗ невід'ємна від ринкових процесів, і перед нею стоїть завдання забезпечити ефективність і справедливість надання та розподілу медичних послуг як виду економічної діяльності з урахуванням обмежених ресурсів. Крім того, посилення конкуренції на ринку медичних послуг призвело до появи нових постачальників медичних послуг та комерційних структур, які надають перевагу прибутку, іноді на шкоду якості медичних послуг, що надаються.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ТА ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

3.1. Впровадження європейського досвіду державного регулювання якості надання медичної допомоги

Для більшості країн контроль ситуації в сфері охорони здоров'я входить в число основних державних пріоритетів, а найбільш розвинені країни світу щорічно збільшують витрати на охорону здоров'я.

За оцінками порталу arteka.ua, за останнє двадцятиріччя витрати на медицину зросли в Польщі та Норвегії в 4 рази, у Великобританії та Іспанії - в 3 рази, в Німеччині і в США - в 2,5. США є світовим лідером за часткою витрат у ВВП на охорону здоров'я [53].

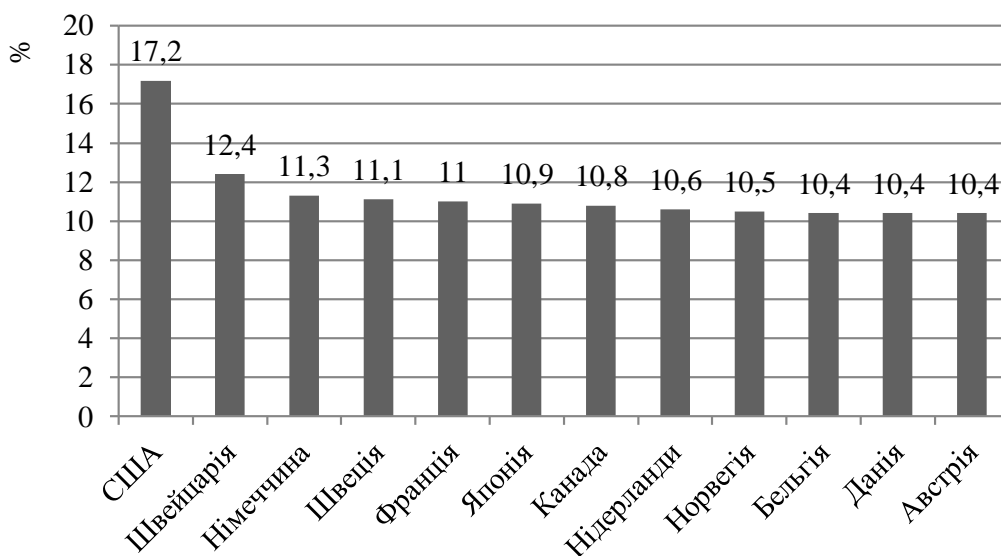


Рис. 3.1 Країни з найвищим співвідношенням витрат на охорону здоров'я до ВВП, 2019 р.

Джерело: дані [53].

За даними Conference Series (портал семінарів з медицини, фармацевтики, науки і техніки, технологій і бізнесу), обсяг глобального ринку охорони здоров'я в 2019 році склав майже 70 млрд. дол. США, з них три чверті (55 млрд. дол. США) припадає на амбулаторну допомогу [54].

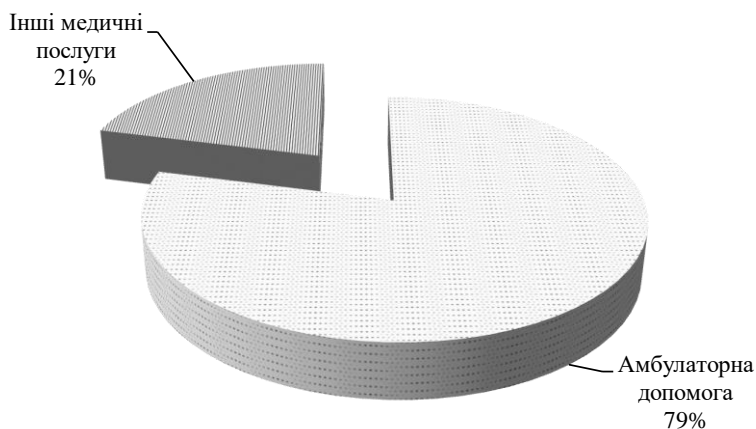


Рис. 3.2 Структура глобального ринку охорони здоров'я, 2019 р.
Джерело: складено на підставі даних [54].

При цьому первинна медико-санітарна допомога (сімейна медицина) складає в структурі 36%, вузькопрофільна медична допомога та амбулаторна хірургія, відповідно 15% та 13%, а швидка допомога та поліклінічна допомога менше 10% (рис. 3.3).

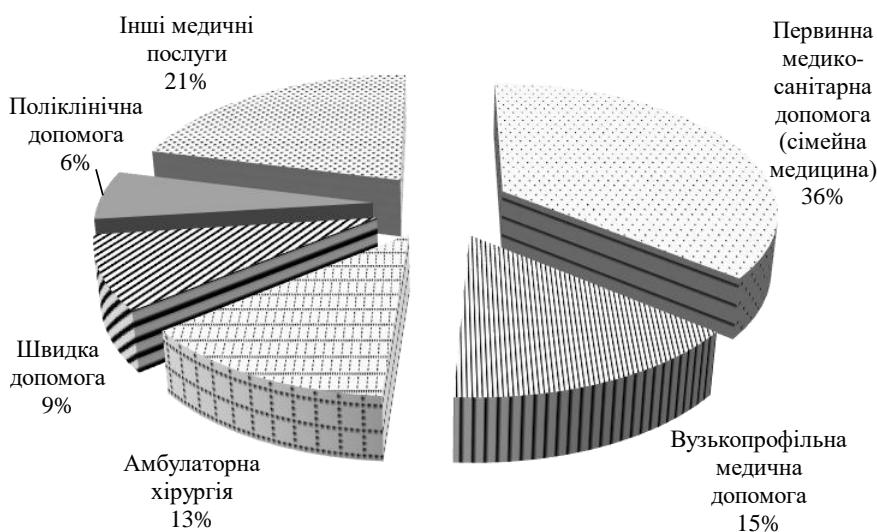


Рис. 3.3 Структура медичних послуг, 2019 р.
Джерело: складено на підставі даних [54].

Найбільш поширеним варіантом надання послуг амбулаторної допомоги є сімейна медицина.

Сімейна медицина була розроблена і впроваджена в більшості країн, перш за все, з метою підвищення якості медичних послуг.

На сьогодні сімейна медицина лежить в основі систем охорони здоров'я таких країн, як Німеччина, Франція, Канада, США. Багато в чому впровадження сімейної медицини стало однією з причин збільшення середньої тривалості життя - зокрема, в Європі з моменту впровадження сімейної медицини даний показник збільшився на 8-10 років [55].

Ініціатива впровадження практики сімейної медицини виходила від держав, і тому в більшості країн оплата послуг сімейного лікаря реалізовується за допомогою комбінованого фінансування з боку держави (через страхові поліси населення) і безпосередньо пацієнта (послуги, непокрите страховим полісом).

Співвідношення даних джерел може відрізнитися: в Канаді, наприклад, практично вся сфера амбулаторного лікування є для пацієнта безкоштовною, а самі послуги оплачуються з бюджетів провінцій. Для отримання послуг сімейного лікаря пацієнт повинен попередньо укласти з лікарем річний договір на обслуговування [56].

Кваліфікація «лікар загальної практики» є однією з найпоширеніших в розвинених країнах.

У більшості з них частка лікарів загальної практики становить від 30% до 60% від усієї кількості кваліфікованих лікарів; наприклад, у Франції їх частка становить 54%, в США - 39%, в Іспанії - 15% [58].

Навантаження на одного лікаря загальної практики знаходиться в межах 800-1000 осіб [58].

У розвинених країнах лікування пацієнтів завершується на рівні сімейного лікаря в 70-80% звернень (для порівняння, в Україні цей показник знаходиться на рівні 18-26%) (рис. 3.4).

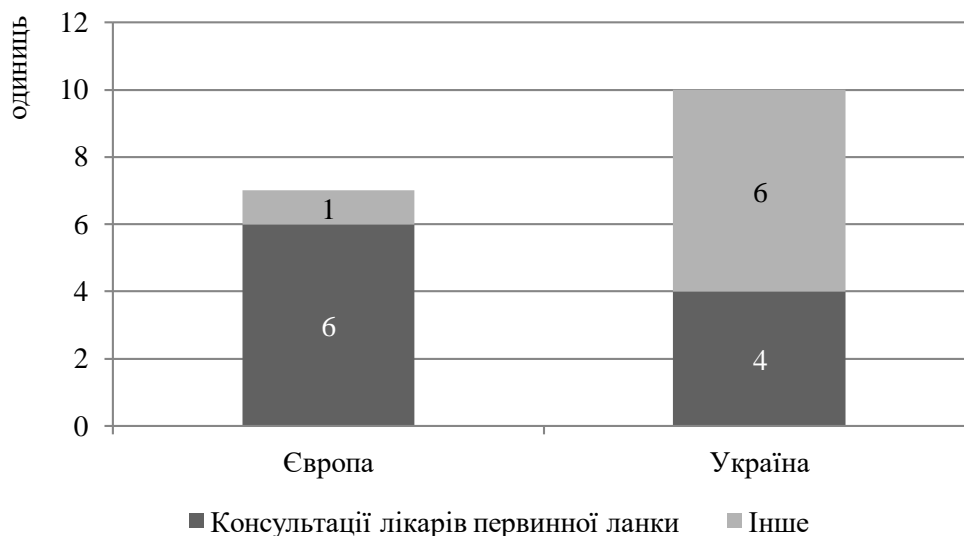


Рис. 3.4 Кількість амбулаторних консультацій на одну людину в рік, 2019р.

Джерело: складено на підставі даних [49, 53, 58].

При цьому існує певна конкуренція як між самими лікарями (послуги сімейної медицини надаються як державними, так і приватними установами), так і серед пацієнтів за можливість укласти договір з лікарем, який має хорошу репутацію. При оцінці ефективності конкретного сімейного лікаря головним параметром є число амбулаторних консультацій на рік на одну людину.

Кількість консультацій одного сімейного лікаря в тиждень варіюється від 82 (Франція) до 375 (Гонконг), а в годину амбулаторного прийому - від 2,4 (Швеція) до 6,6 (Гонконг). У більшості країн в середньому проводиться 140-150 консультацій на тиждень і 4 консультації в годину [59].

Зарплата лікаря є основною статтею витрат для підрозділу клініки, яка надає послуги сімейної медицини. Варіація середньої заробітної плати сімейного лікаря в залежності від країни оцінюється від 60 тис. дол. США до USD 160 тис. дол. США в рік [59].

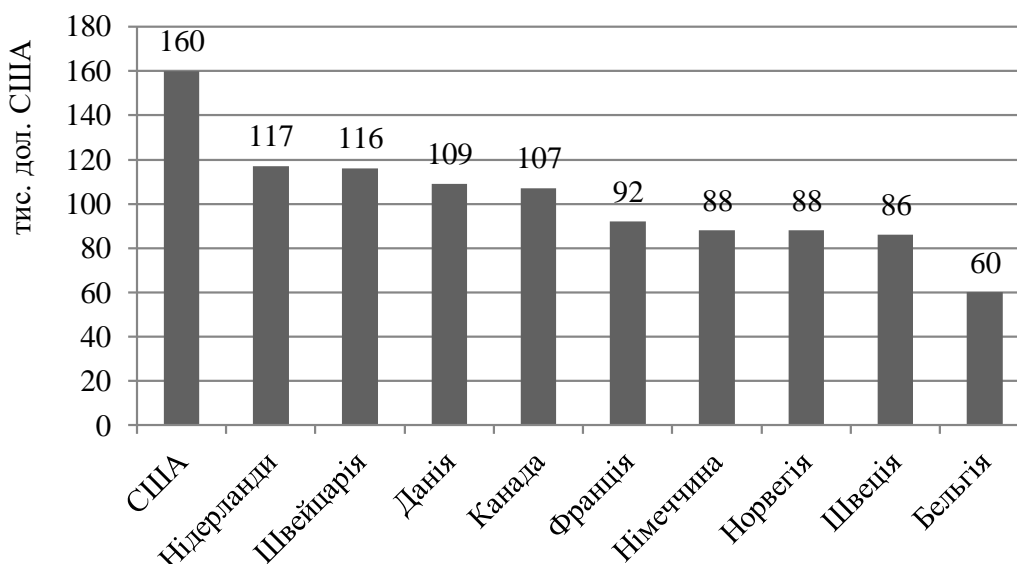


Рис. 3.5 Середня річна заробітна плата сімейного лікаря, 2019 р.

Джерело: складено на підставі [59].

Залежно від національних особливостей структури охорони здоров'я та системи оплати медичних послуг, існують різні моделі роботи лікарів загальної практики (табл. 3.1).

Таблиця 3.1.

Моделі роботи лікарів загальної практики

Параметр	Індивідуальна практика	Спарений варіант	Групова сімейна практика	Багатопрофільний центр здоров'я
Країни	Австрія, Бельгія, Данія, Канада		Великобританія, США	Туреччина, Ізраїль, Фінляндія
Територіальне розміщення	Невеликі населені пункти або окремі райони міст		Великі міста і невеликі населені пункти	Компактне охоплення не менше 10 тис. населення
Переваги	Невелика кількість пацієнтів дозволяє лікарю максимально добре знати своїх хворих	Поділ спеціалізації на педіатрію і терапію	Крім сімейної медицини кожен лікар має свою спеціалізацію	Наявність власної лабораторії, рентген-кабінету, умов для стаціонарного лікування

Джерело: сформовано за даними [59].

Отже, моделі роботи лікарів загальної практики:

- індивідуальна практика: послуги надаються одним лікарем, за підтримки середнього медичного персоналу;
- спарений варіант: працюють два сімейних лікарі;
- групова сімейна практика: працює група лікарів, кожен як юридична особа, за яким закріплена територіальна ділянка;
- багатопрофільний центр здоров'я: група організацій, які надають медичну допомогу населенню, яке має територіальну приписку до центру.

Для таких країн, як Австрія, Бельгія та Данія, більш типовою є індивідуальна практика, орієнтована на невелике охоплення потенційних клієнтів. У Великобританії і США моделі надання послуг більш ефективні при орієнтації на більший радіус дії клієнтів і передбачають надання послуг групою лікарів з територіальною і профільною спеціалізацією.

У Туреччині, Ізраїлі та Фінляндії надання послуг сімейної медицини консолідовано в рамках багатопрофільних центрів.

Кожна країна світу має свої особливості фінансування.

Зокрема, в Канаді держава покриває 16% витрат на охорону здоров'я, решта - за рахунок оплати страхових полісів.

В основі СОЗ США лежить медичне страхування. Страхівка надається роботодавцем або ж купується самостійно.

Система державного медичного страхування Франція реалізується через систему страхових фондів, прив'язаних до місця роботи. Основне джерело фінансування – податок на заробітну плату, який становить 18,8%.

Система охорони здоров'я Німеччини фінансується за рахунок податку на заробітну плату, який в середньому становить 15%. Залежно від рівня доходу, громадяни Німеччини отримують медичну страховку або в одній з державних «Лікарняних кас», або у приватних страхових фірм. Наявність медичної страховки обов'язкова.

Охорона здоров'я Польщі заснована на загальній системі медичного страхування. З заробітної плати відраховуються внески на обов'язкове медичне

страхування в розмірі близько 9% від особистого доходу. Альтернативою є приватні страхові компанії [59].

Практика сімейної медицини вкоренилася в більшості розвинених країн. При цьому вона переживає чергову хвилю трансформацій і адаптації до мінливих умов життя. У Великобританії система сімейної медицини зіткнулася з серйозною кризою: на тлі зростання навантаження з прийому пацієнтів у більшості лікарів знизилися доходи, в результаті чого почали звільнятися лікарі загальної практики. Дефіцит лікарів збільшується з року в рік і в Німеччині. Проте, Всесвітня організація охорони здоров'я (WHO) і Всесвітня організація сімейних лікарів (WONCA) продовжує заохочувати практику сімейної медицини шляхом інституційної підтримки і проектного фінансування академічних, освітніх, науково-дослідних організацій лікарів загальної практики - сімейних лікарів, а також їх взаємодіє з іншими світовими організаціями, що займаються питаннями охорони здоров'я і медичної допомоги.

На державному рівні виділяються додаткові кошти для вирішення проблем з дефіцитом кадрів: в Великобританії, зокрема, Національна Служба охорони здоров'я (NHS) виділяє агентствам по найму кошти для залучення лікарів в систему сімейної медицини. У Німеччині, крім фінансування програм навчання, держава компенсує клінікам і приватним кабінетам від 25% до 60% зарплати молодих лікарів, які проходять обов'язкове стажування.

3.2 Шляхи підвищення якості надання медичної допомоги в Україні в сучасних умовах

На підставі вище представлених даних ми можемо систематизувати основні причини, які обумовлюють зниження якості медичних послуг в системі української охорони здоров'я, а також сформулювати основні рішення накопичених в національній медицині проблем (рис. 3.6).



Рис. 3.6 Основні рішення, пов'язані з підвищенням якості медичних послуг в національній СОЗ.

Джерело: сформовано автором.

Можна виокремити сутність основних рішень, які зможуть забезпечити підвищення якості медичних послуг в українській СОЗ:

- по-перше, назріла необхідність реформування системи медичного страхування. Потрібно змінити підхід до медичного страхування, для чого потрібно спочатку перенести обов'язок по відрахуванню страхових виплат з роботодавців на самих працівників.

Далі слід розширити перелік ставок по медичному страхуванню з тим, щоб і роботодавці, і працівники могли оптимально використовувати можливості страхової медицини для скорочення соціальних ризиків і

підвищення трудової мотивації. Ще один важливий аспект - це розвиток сегмента добровільного медичного страхування. Тут можна використовувати інтегрований підхід: мінімальна ставка по обов'язковому страхуванню і індивідуальний вибір плану добровільного страхування;

- по-друге, для вирішення кадрових проблем слід змінити специфіку управління персоналом в сфері охорони здоров'я. Для цього необхідно перейти до високотехнологічного комплаєнс-менеджменту, який передбачає використання телемедичних технологій не тільки для віддалених консультацій пацієнтів, але і для навчання/розвитку персоналу, а також для проведення лікарських консиліумів.

При цьому в кожному лікувально-профілактичному закладі створюється перелік внутрішніх стандартів, уніфікованих з законодавчими нормами, правилами надання медичної допомоги. На основі зазначених стандартів будується весь лікувальний процес в закладі охорони здоров'я, в тому числі організація зворотного зв'язку з населенням, а також взаємодія з органами влади (по суті комплаєнс-менеджмент в лікувально-профілактичних установах - це своєрідна форма підвищення ефективності діяльності ділових та підприємницьких структур, тобто соціально відповідальна прецизійна медицина);

- по-третє, потрібно поміняти всю концепцію управління діяльністю лікувально-профілактичних установ і перейти від традиційного реактивного управління процесами до проактивного управління на основі інтегрованого планування, яке передбачає забезпечення балансу цілей у фінансовій, матеріально-технічній, кадровій та маркетинговій компонентах управління.

Такий підхід може бути реалізований тільки за умови фінансово-економічної самостійності лікувально-профілактичних установ, саме тому необхідна децентралізована і диверсифікована система медичного страхування населення.

Деталізація окремих рішень та заходів, які зможуть забезпечити підвищення якості медичних послуг в охороні здоров'я, представлена нижче на рис. 3.7.



Рис. 3.7 Основні рішення та заходи, спрямовані на підвищення якості медичних послуг в національній СОЗ.

Джерело: складено автором.

Таким чином, ми виділяємо рішення макро- і мікрорівня, які забезпечать підвищення якості медичних послуг. При цьому вважаємо за необхідне підкреслити наступне:

1) та частина рішень і заходів, яка відноситься до макрорівня, в першу чергу повинна припускати скорочення прямого державного фінансування СОЗ та розвиток різних форм державно-приватного партнерства, в тому числі приватної фінансової ініціативи;

2) завдання держави полягає в тому, щоб створити у населення стійку мотивацію до здорового способу життя і стимули до зниження соціальних

ризиків за рахунок самострахування і кострахування (тобто спільні плани медичного страхування між працівником і роботодавцем);

3) та частина рішень і заходів, яка відноситься до мікрорівня, повинна бути орієнтована на забезпечення переходу до нової парадигми управління, в якій лікувально-профілактичні установи (незалежно від форми власності та джерел фінансування) будуть прагнути до добросовісної конкуренції на ринку медичних послуг;

4) завдання управлінської ланки сучасних лікувально-профілактичних установ полягає в тому, щоб активно розвивати багатосторонню взаємодію (з державою, підприємництвом/бізнесом, громадськими і науковими організаціями) для формування платформи прецизійної медицини в кожній клініці або стаціонарі.

Результати дослідження закордонного досвіду регулювання СОЗ, в тому числі, спрямованого на забезпечення якості наданих медичних послуг населенню, дають можливість визначити основні напрямки забезпечення якості медичних послуг і для України. Серед них:

1. Забезпечення проведення наукових розробок, розвитку інновацій, науково-технічного процесу та створення системи відповідних стандартів якості медичних послуг.

Нові технології надають можливості для інноваційних продуктів - нових або поліпшених видів послуг. В цілому, інноваційний розвиток СОЗ забезпечує єдність науки і практики, міжнародні взаємовідносини із зарубіжними країнами і науковими центрами, розвиток державно-приватного партнерства. Інновації створюють нові або змінені способи надання медичної послуги, в тому числі, гарантуючи або покращуючи її якість.

Підтверджується це також тим, що в громадському секторі економіки основною метою застосування інновацій є поліпшення добробуту суспільства. На відміну від нього, інновації в приватному секторі спрямовані на отримання фінансового прибутку.

Тому, управління охороною здоров'я в багатьох зарубіжних країнах направлене на ефективну взаємодію цих двох секторів. Зокрема, дорогі інноваційні проекти, наприклад, біотехнології, в принципі неможливі без державної підтримки [13, 26, 34], а тому, в більшості зарубіжних країн фінансування науково-дослідної роботи здійснюється державою.

Успішним прикладом державного фінансування медичної науки є Швеція, яка визнана світовим лідером в деяких областях медичної науки, займає перші місця за кількістю наукових публікацій і кількості отриманих патентів.

Зокрема, понад 3,6% ВВП Швеції йде на фінансування наукових розробок та інновацій. Фінансування здійснюється шляхом видачі грантів вищим навчальним закладам за допомогою дослідних рад та галузевих наукових інститутів.

2. Створення ефективної державної системи контролю дотримання стандартів якості медичних послуг, що надаються населенню.

Наприклад, в США застосовується деталізована номенклатура медичних послуг відповідно до Current Procedura l Terminology, яка, зокрема, застосовується при оплаті медичних послуг страховими організаціями.

Незважаючи на те, що робота такої системи потребує значних витрат часу і ресурсів медичної організації, в результаті, вона дозволяє здійснювати контроль за якістю надаваних медичних послуг пацієнту.

3. Вжити заходів щодо підвищення мотивації медичного персоналу та ефективного використання його праці, розробити ефективні плани навчання та підвищення кваліфікації медичного персоналу.

Наприклад, успішний досвід Південної Кореї в розробці та експлуатації СОЗ в основному базується на великому акценті країни на таких питаннях, як освіта, професійний розвиток та участь у наукових дослідженнях медичного персоналу.

4. Здійснювати заходи, спрямовані на підтримку здоров'я людей, мотивацію громадян до збереження та зміцнення свого здоров'я.

У загальноновизнаних ефективних системах охорони здоров'я Німеччини та Ізраїлю важлива роль належить профілактичній медицині. Іншими словами, держави, як пріоритетний напрямок поліпшення здоров'я і збільшення тривалості життя населення, бачать саме забезпечення профілактики захворювань, підвищення соціальної відповідальності населення як за своє здоров'я, так і здоров'я суспільства в цілому.

Показовим у цьому відношенні є і досвід Сінгапуру. Система індивідуальних медичних рахунків стимулює саму людину бути відповідальним за своє здоров'я, тим самим не допускаючи погіршення якості медичних послуг і підвищення їх вартості.

Крім того, в Сінгапурі активно просувається здоровий спосіб життя, наприклад, шляхом проведення тестів на виконання фізичних нормативів, проведення освітніх програм зі здорового харчування і заняття спортом.

Розвиток сфери «здорового способу життя», а також вивчення закономірностей впливу чинників навколишнього середовища, виробничої і соціальної сфери на здоров'я населення і доведення цих відомостей до населення, включені в основні заходи щодо забезпечення ефективної діяльності СОЗ в Південній Кореї.

В цілому, бюджетні витрати на обслуговування медичної сфери перевищують віддачу від економічно активного вилікуваного населення, проте повністю відмовитися від бюджетного фінансування СОЗ не можуть більшість країн.

Незважаючи на те, що досвід функціонування певних регуляторних моделей на ринку медичних послуг кожної країни безпосередньо пов'язаний зі ступенем розвитку країни, загальний напрямок державного регулювання системи медицини та охорони здоров'я такий: зменшити витрати на медичну допомогу та забезпечити високу якість, кваліфікована, адекватна та доступна медична допомога.

Подальший розвиток сімейної медицини буде обумовлений наступними глобальними тенденціями:

- зростання глобальних витрат на СОЗ, значна частина з яких буде спрямована на підтримку і стимулювання розвитку практики сімейної медицини;
- витіснення індивідуальних практик сімейної медицини груповими в результаті оптимізації витрат і / або концентрації капіталу для оснащення необхідним устаткуванням;
- впровадження інноваційних технологій і ІТ-технологій на рівні первинної медичної допомоги;
- зміни в спеціалізації: зростання попиту на профілактику захворювань, зокрема серцево-судинної системи, онкології, потребує підвищення компетенції лікарів загальної практики з навичок діагностики і надання консультацій за цими захворюваннями.

Висновки до розділу 3

За результатами дослідження можемо зробити висновок, що державне управління СОЗ в умовах розвинених ринкових відносин можливе, але за умови дотримання учасниками своїх обов'язків з надання населенню доступної і якісної медичної допомоги. В іншому випадку, настає протиріччя соціальних пріоритетів суспільства з економічною діяльністю ринку медичних послуг. Досвід зарубіжних країн щодо врегулювання діяльності СОЗ, забезпечення якісної і доступної медичної допомоги підтверджують можливість і результативність поєднання економічної та соціальної сфери в медичних послугах.

В рамках даної роботи розглянуті і досліджені ключові питання, пов'язані з якістю медичних послуг в українській системі охорони здоров'я, а також роллю в держави в цій сфері.

Заявлена відносно недавно реформа медицини повинна супроводжуватися і реформою системи медичного страхування, оскільки остання в сучасному вигляді створює бар'єри для нормальної конкуренції у сфері надання медичних послуг, а це, в свою чергу, негативно впливає на якість медичної допомоги населенню. Крім цього, централізація медичного страхування не розвиває відповідальність населення за своє здоров'я.

Ключовими завданнями є, з одного боку, забезпечення мотивації людей до соціальних ризиків та заходи щодо зниження соціальних ризиків, з іншого боку, досягнення науково-практичної платформи та модернізація діяльності лікувально-профілактичних закладів.

Забезпечити їх перехід на нову парадигму управління: від пасивного управління окремими процесами до інтегрованого планування та формування платформи надання кожному медичному закладу послуг на основі високотехнологічного менеджменту, соціально відповідальної прецизійної медицини.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній кваліфікаційної магістерській роботи сформовано ряд теоретичних, методичних і практичних положень щодо теоретичного обґрунтування та розробки практичних рекомендацій щодо удосконалення державного регулювання якості надання медичних послуг в Україні. Основні результати дослідження знайшли відображення у висновках і пропозиціях в контексті визначених у роботі мети і завдань.

1) Проаналізовано основні підходи у дослідженнях становлення та розвитку медичної галузі в Україні та регулювання якості надання медичних послуг. З'ясовано, під час розгляду теоретичних питань державного регулювання якості надання медичної допомоги населенню, система охорони здоров'я завжди була і є складною багаторівневою структурою, в якій зони відповідальності розподілені між центральним урядом (МОЗ України і багато інших міністерств і відомств), регіональними адміністраціями та численними адміністративними органами міського, районного та селищного рівнів. Пацієнти, як кінцеві споживачі, практично беруть участь в управлінні СОЗ, яка повністю контролюється державою.

Під терміном «якість медичної допомоги» запропоновано вважати сукупність показників (характеристик) медичної допомоги, які показують її здатність задовольнити всі потреби пацієнтів. При цьому мають бути враховані стандарти, які відповідають сучасному рівню науки.

2) Досліджено теоретичні аспекти державного регулювання якості надання медичної допомоги населенню. Доведено, що на даному етапі розвитку наукових теорій поняття «якість» і «якість медичних послуг» мають різні трактування. Як узагальнення існуючих визначень можна зробити висновок, що «якість» означає певну здатність товару чи послуги задовольняти потреби споживача.

Якість медичних послуг – це їх відповідність певним встановленим вимогам, серед яких: потреби пацієнтів, встановлені стандарти та системи регулювання. Тому ми вважаємо, що вдосконалення СОЗ має бути спрямоване на її адаптацію до потреб сучасного населення та існуючих економічних можливостей. При цьому головною метою вдосконалення сфери охорони здоров'я є створення такої системи, функціонування якої буде сприяти забезпеченню медичними послугами високої якості і доступності кожного жителя незалежно від його соціального чи матеріального статусу.

3) Проаналізовано особливості регулювання якості й доступності медичних послуг населенню у зарубіжних країнах. Дослідження державного регулювання якості й доступності медичних послуг населенню у зарубіжних країнах показало, що основними напрямками регулювання СОЗ в зарубіжних країнах, в тому числі, спрямованого на забезпечення якості наданих медичних послуг населенню є:

- забезпечення впровадження наукових розробок, інноваційних розробок, науково-технологічних процесів та створення відповідних систем стандартів якості медичних послуг;
- створення ефективної системи контролю якості медичних послуг;
- вжиття заходів для підвищення ентузіазму медичного персоналу та ефективного використання їх праці;
- впровадження ефективних планів навчання, підвищення кваліфікації медичного персоналу та пріоритетність реалізації заходів, спрямованих на підтримку здоров'я населення та мотивацію громадян до збереження та зміцнення свого здоров'я.

4) Проаналізовано сучасний стан та рівень якості надання медичної допомоги населенню показав, що державний і приватний сегменти медичних послуг в Україні виступають альтернативними варіантами для пацієнта. Результати аналізу якості послуг сучасної медицини показали, що населення найменше всього вдоволене медичною допомогою у лікарнях (стаціонарах). Найвищий рівень задоволення всіма складовими СОЗ висловили мешканці

Волинської, Донецької та Тернопільської областей. Щодо змін в медичній допомозі, які спостерігали впродовж останнього року (якість, фінансова доступність та територіальна доступність), то лише 14,3% респондентів вважають, що якість медичної допомоги, яка надається сімейним лікарем або дільничним терапевтом чи педіатром, поліпшилась.

5) Виокремлені основні проблеми сфери охорони здоров'я щодо забезпечення якості й доступності медичної допомоги та найбільш проблемні фактори української СОЗ з точки зору споживачів медичних послуг: черги на прийом до лікаря в поліклініках, незадовільний стан обладнання та недоступність ліків. Це в повній мірі відображає ситуацію в державному секторі і може бути очевидним стимулом для переходу на обслуговування в приватний сегмент клінік. Проте, багато українців продовжують обслуговуватися в державних установах не тільки в силу звички і дешевизни, а й тому, що до цих пір багато висококваліфікованих лікарів працевлаштовані в державних клініках.

б) При формуванні рекомендацій щодо підвищення якості медичної допомоги в Україні в сучасних умовах виходить з того, що якість медичних послуг – це їх відповідність певним встановленим вимогам, серед яких: відповідність змісту медичної діяльності потребам пацієнтів встановленим стандартам і системам регулювання. Таким чином, покращення якості обслуговування в першу чергу залежить від того, як покращити всю СОЗ.

При цьому, система охорони здоров'я невіддільна від ринкових процесів, і перед нею, як економічною діяльністю з урахуванням обмеженості ресурсів, стоїть завдання забезпечення ефективності і справедливості в наданні та розподіленні медичних послуг. Крім того, зростання конкуренції на ринку медичних послуг призводить до появи нових постачальників таких послуг і пріоритетною зацікавленістю господарюючих суб'єктів в отриманні прибутку, іноді на шкоду якості наданих медичних послуг.

На підставі проведеного дослідження систематизовані основні причини, які обумовлюють зниження якості медичних послуг в системі української

охорони здоров'я, а також сформульовані основні рішення накопичених в національній медицині проблем. Деталізація окремих рішень та заходів, які можуть забезпечити підвищення якості медичних послуг в охороні здоров'я проведена на макрорівні (впровадження спеціальних державних і регіональних програм переходу до прецизійної медицині) і мікрорівні (реалізація програм оптимізації управління діяльністю лікувально-профілактичних установ).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бюджетний кодекс України: Закон України від 8.07.2010 № 2456-VI, поточна редакція від 14.10.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#Text>.
2. Про Державний бюджет України на 2020 рік: Закон України від 14.11.2019 № 294-IX, поточна редакція від 04.10.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/294-20#top>.
3. Про Державний бюджет України на 2021 рік: Проект Закону України № 4000 від 14.09.2020. URL: https://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=69938.
4. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.07.2017 р. № 2168-VIII, поточна редакція від 03.07.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.
5. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21.05.1997 № 280, поточна редакція від 23.07.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text>.
6. Про затвердження Порядку державної реєстрації (перереєстрації) лікарських засобів і розмірів збору за їх державну реєстрацію (перереєстрацію): Постанова кабінету міністрів України від 26.05.2005 р. № 376-2005-п, поточна редакція від 18.04.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/376-2005-%D0%BF#Text>.
7. Про схвалення Концепції реформи фінансування СОЗ: Розпорядження Кабінету міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text/>
8. Про порядок контролю якості медичної допомоги: Наказ МОЗ від 28.09.2012 № 752. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text>

9. ДСТУ ISO 9000:2007. Системи управління якістю. Основні положення та словник термінів. URL: https://dbn.at.ua/_ld/11/1128_432_iso9000-1-.pdf.
10. ISO 9001:2015. URL: <https://intercert.com.ua/news/news-of-standartization/449-versii-standartov-iso-9000-2015-iso-9001-2015-iso-14001-2015>.
11. Ахламов А.Г., Кусик Н.Л. Економіка та фінансування охорони здоров'я: навч.-метод. посіб. / Укладачі: А. Г. Ахламов, Н. Л. Кусик. - Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2011. - 134 с.
12. Банчук М. В. Якість медичної допомоги як об'єкт адміністративно-правового регулювання / М. В. Банчук // Публічне право. - 2017. - № 2. - С. 85-88. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pp_2017_2_13.
13. Біотехнологія XXI століття: матеріали XIV Всеукраїнської науковопрактичної конференції (Київ, 20 травня 2020) [Текст] / Міністерство освіти і науки України, КПП ім. Ігоря Сікорського, Національна академія наук України, Інститут клітинної біології та генетичної інженерії - Київ: КПП ім. Ігоря Сікорського, вид-во «Політехніка», 2020. - 186 с.
14. Бондарева Л. В. Аналіз державного забезпечення доступності медичної допомоги населенню Херсонської області / Л. В. Бондарева // Актуальні проблеми державного управління, педагогіки та психології : зб. наук. пр. Херсонського національного технічного університету. - Вип. 1 (8). - Херсон, 2013. - С. 22-28.
15. Говорушко Т.А., Климаш Н.І. Управління ефективністю діяльності підприємств на основі вартісноорієнтованого підходу : монографія / Т.А. Говорушко, Н.І. Климаш. - К. : Логос, 2013. - 204 с.
16. Горачук В. В. Медико-соціальне обґрунтування моделі системи управління якістю медичної допомоги : автореф. дис. д. мед. н. : спец. 14.02.03 «Соціальна медицина»/ Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Київ, 2015. 46 с.

17. Горачук В.В. Медико-соціальне обґрунтування моделі системи управління якістю медичної допомоги. - Дисертація д-ра мед. наук: 14.02.03, Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика. - Київ, 2015. - 440 с.

18. Грузева Т.С. Соціальний градієнт у доступності послуг охорони здоров'я / Т.С. Грузева // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. - 2011. - № 1 (13). - С. 104-105.

19. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : кол. моногр. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтеєвої ; за заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. - К. : НАДУ, 2013. - 424 с.

20. Дячук Д.Д. Сучасні підходи щодо управління якістю медичної допомоги: переваги сертифікації за стандартом ISO 9001:2009 (огляд літератури) // Д.Д. Дячук, О.Л. Зюков, І.М. Гідзинська, Г.З. Мороз, В.М. Безпрозванна, Т.С. Ласиця / Клінічна та профілактична медицина, № 3/2017 - С. 130-137.

21. Індекс здоров'я. Україна – 2019: Результати загальнонаціонального дослідження. Київ, 2020. - 103 с.

22. Касянчук В.В. Впровадження системи управління якістю у лікувальнопрофілактичних організаціях ISO 9001:2015 : навчальний посібник / В. В. Касянчук, О. М. Бергілевич, О. І. Сміянова ; за ред. проф. В. А. Сміянова. - Суми : Сумський державний університет, 2019. - 246 с.

23. Квартальний звіт Національної служби здоров'я України про виконання договорів про медичне обслуговування населення та договорів про реімбурсацію за 4-й квартал 2019 року. URL: <https://nszu.gov.ua/novini/chetvertij-kvartal-2019-rokuu-cifrah-danih-ta-infografici-156>.

24. Контроль якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я. Методичні рекомендації. / Рогач І.М., Слабкий Г.О., Качала Л.О., Погоріляк Р.Ю., Качур О.Ю., Картавцев Р.Л. - Ужгород, 2014. - 48 с.

25. Кривенко В. І. Якість життя як ефективний об'єктивний критерій діагностики та лікування у сучасній медицині / В. І. Кривенко, Т. Ю. Гріненко,

I. С. Качан // Запорожский медицинский журнал. - 2011. - т. 13, № 6. - С. 91-96. .
URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zmzh_2011_13_6_27.

26. Кутько І.І., Матюшенко І.Ю. Перспективи розвитку біомедицини на основі NBIC-технологій в країнах світу і Україні // Новини медицини і фармації. - 2016. - № 3 (556). - С. 16-19.

27. Лехан В. М. Методичні основи визначення необхідних ресурсів для досягнення цілей модернізації охорони здоров'я / В. М. Лехан, К. О. Надутий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. - 2013. - № 2 (26). - С. 67-71.

28. Медико-соціальні засади публічного врядування у сфері охорони здоров'я : монографія / [гол. авт. ; за заг. ред. М. М. Білинської. Н. О. Васюк. О. Д. Фірсової]. - Київ : НАДУ, 2018. - 416 с.

29. Москаленко В.Ф. Удосконалення якості медичної допомоги як передумова реалізації права на здоров'я та його охорону / В. Ф. Москаленко, Л. І. Галієнко, Т. С. Грузева // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. Спеціальний випуск : матеріали V з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організації охорони здоров'я, 11-12 жовтня, 2012 року. - С. 75-77.

30. Москаленко В.Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті . URL: <http://amnu.gov.ua/aktualni-problemy-zdorov-ya-ta-ohorony-zdorov-ya-u-iii-tysyacholitti/>

31. Надання якісних послуг охорони здоров'я: обов'язкова умова загального охоплення послугами охорони здоров'я на світовому рівні [Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage]. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я, Організація економічного співробітництва та розвитку і Міжнародний банк реконструкції та розвитку / Світовий банк; 2019. URL: <https://publichealthupdate.com/delivering-quality-health-services-a-global-imperative-for-universal-health-coverage/>

32. Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я (Методичні рекомендації) (63.14/84.14) / Ю. В. Вороненко, Н.

Г. Гойда, О. З. Децик А. Б. Зіменковський Б. П. Криштопа та ін. - Київ, 2014 - 31 с.

33. Підсумки діяльності страхових компаній за 2019 рік . URL: http://ufu.org.ua/files/stat/SK_info2019.pdf.

34. Про вжиття невідкладних заходів для поліпшення стану організації медичного забезпечення населення та учасників антитерористичної операції : Рішення Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я № 04-26/4-38 від 4 вересня 2014 р. // Діловодство ВМД МО України. Спр. 3. Т. 4. С. 297-298.

35. Про військово-медичну доктрину України : Постанова Верховної Ради України № 827-VIII від 25 листопада 2015 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/827-19#Text> (дата звернення 24.10.23р.).

36. 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>. (дата звернення 24.08.23р.).

37. Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України : Постанова Кабінету Міністрів України № 910 від 31 жовтня 2018 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/910-2018-%D0%BF#Text>. (дата звернення 27.08.23р.).

38. Про затвердження Настанови з медичного забезпечення Збройних Сил України на особливий період : Наказ Генерального штабу Збройних Сил України № 60 від 11 лютого 2019р. URL: <https://www.mil.gov.ua/ministry/normativno-pravova-baza/nakazi-ministra-oboroni-ukraini/nakazi-ministerstva-oboroni-ukraini-za-2019-rik.html>. (дата звернення 27.08.23р.).

39. Про затвердження Програми надання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги : Постанова Кабінету Міністрів України від 11.07.2002 року. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/955-2002-%D0%BF#Text> . (дата звернення 27.08.23р).

40. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 4 листопада 2014 року «Про невідкладні заходи із забезпечення державної безпеки : Указ Президента України № 880/2014 від 14 листопада 2014 р. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/8802014-18010>. (дата звернення 22.08.23р).
41. Про стратегічний оборонний бюлетень України :Указ Президента України № 240/2016 від 6 червня 2016 р. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/2402016-20137>. (дата звернення 27.10.23р).
42. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листоп. 2016 р. № 1013-р. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-p> (дата звернення 27.10.23р).
43. Про утворення Координаційного центру з питань організації діяльності медичних служб сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я :-Постанова Кабінету Міністрів України № 412 від 11 травня 2017 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/412-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення 27.10.23р).
44. Рачинський Анатолій. Державна політика у сфері освіти і науки у забезпеченні розвитку людського капіталу в Україні. *Професіоналізація державної служби: вітчизняні виклики та європейські орієнтири : матеріали Міжнар. круглого столу до Дня державної служби (Київ, 20 черв. 2023 р.)* / за заг. ред. Л. Г. Комахи, Н. М. Корчак, Н. Б. Ларіної. Київ : ННІ ПУДС КНУ, 2023. С. 144-147.
45. Резнікова Н.В. Моделі конкуренції на ринку послуг в сфері охорони здоров'я: проблема використання потенціалу медичної галузі та її регулювання в умовах глобалізації / Н.В. Резнікова О.А. Іващенко, О.І. Войтович // Ефективна економіка. - 2018. - № 1. . URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=6277>.

46. Степурко Т.Г. Задоволеність доступністю та якістю медичної допомоги в Україні, Польщі та Угорщині / Т. Г. Степурко // Наукові записки НаУКМА. Соціологічні науки. - 2016. - Т. 187. - С. 82-89. . URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/NaUKMA_s_2016_187_13.
47. Сучасні аспекти військової медицини: збірник наукових праць Національного військово-медичного клінічного центру "ГВКГ" МО України / Нац. військ.-мед. клініч. центр «ГВКГ» МО України; ред. рада: А. П. Казмірчук (голова) [та ін.]. - Київ : Коломіцин В.Ю., 2021. Вип. 23. 330 с.
48. Технологія управління закладом охорони здоров'я. [Текст]: дайджест / Укладач: Г.Я. Єржак. - Дніпропетровськ: ДОНМБ, 2016.- с.23.
49. Україна: огляд реформи фінансування СОЗ 2016–2019: Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. . URL: http://www.euro.who.int/__data.
50. Центри передового досвіду первинної медичної допомоги. Посібник / Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2020. - 154 с.
51. Шкробанець І. Д., Бідучак А. С., Кардаш Е. В. Вивчення громадської думки пацієнтів щодо доступності, задоволеності надання медичних послуг та реформування охорони здоров'я // Клінічна та експериментальна патологія. 2013. Т. XII, № 4 (46). С. 155=157.
52. Яковчук А. В. Вирішення проблем ВІЛ/СНІДу на державному рівні з урахуванням міжнародного досвіду / А. В. Яковчук // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. 2016. № 2. - С. 75-81.
53. Cavanagh S., Chadwick K. (2005). Health needs assessment: a practical guide. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), London, UK. - 105 р. URL: https://ihub.scot/media/1841/health_needs_assessment_a_practical_guide.pdf.
54. Donabedian, A. The seven pillars of quality / A. Donabedian // Arch Pathol Lab Med - Vol. 114, November 1990. - pp. 115-118. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2241519/>
55. Donabedian A. Promoting quality through evaluation the process of the patient care / A. Donabedian // Medical care. - 1968. - № 6. - P. 181-201.

56. Lekhan VN, Rudiya VM, Shevchenko MV, Nitzan Kaluski D, Richardson E. Ukraine: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2015; 17(2): 1-153.
57. McGregor J. A., Camfield L., & Woodcock A. (2009). Needs, Wants and Goals: Wellbeing, Quality of Life and Public Policy. *Applied Research in Quality of Life*, 4(2), 135-154.
58. Singh J. The Patient Satisfaction Concept: a Review and Reconceptualization. *Advances in Consumer Research*, 16: 176–179. . URL: <http://acrwebsite.org/volumes/6900/volumes/v16/NA-16>
59. Офіційний web-сайт Державної служби статистики України . URL: <http://www.ukrstat.gov.ua>.
60. Офіційний web-сайт Казначейської служби України . URL: <https://www.treasury.gov.ua/>
61. Офіційний web-сайт Міністерства охорони здоров'я України . URL: <https://moz.gov.ua/>
62. Офіційний web-сайт Міністерства фінансів України . URL: <https://www.mof.gov.ua/uk>
63. Офіційний web-сайт Державного експертного центру МОЗ України. URL: <https://www.dec.gov.ua/mtd/home/>
64. Офіційний web-сайт Українського інституту стратегічних досліджень . URL: <https://niss.gov.ua/>
65. Офіційний web-сайт Електронного видання Аптека. UA . URL: <https://www.apteka.ua/article/11023>.
66. Офіційний web-сайт Conference Series (портал семінарів з медицини, фармацевтики, науки і техніки, технологій і бізнесу) . URL: <https://www.conferenceseries.com/>
67. Офіційний web-сайт Євростат - статистичної служби Європейського союзу. URL: <https://ec.europa.eu/>
68. Офіційний web-сайт Health Canada – Міністерство охорони здоров'я Канади . URL: www.canada.ca/en/health-canada.html.

69. Офіційний web-сайт World Health Organization, WHO, Health systems . URL: http://www.who.int/topics/health_systems/en/
70. Офіційний web-сайт World Health Organization, WHO, Європейське регіональне бюро. URL: <https://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence>
71. Офіційний web-сайт World Organization of Family Doctors - Всесвітня організація сімейних лікарів. URL: <https://www.globalfamilydoctor.com/>
72. Офіційний web-сайт Агентства медичного маркетингу . URL: <https://amm.net.ua/>
73. Офіційний web-сайт Компанії ILF. URL: <https://www.ilf-ua.com/ru/sfery/meditsina-i-farmatsiia/>
74. Офіційний web-сайт КМІС - Київський міжнародний інститут соціології . URL: <https://www.kiis.com.ua/>
75. Офіційний web-сайт Міністерства охорони здоров'я і соціальних справ Швеції . URL: <https://www.government.se/>

ДОДАТКИ

Додаток А

Основні законодавчі та нормативно-правові акти регулювання механізмів фінансування охорони здоров'я

№ документа	Назва документа	Дата та рівень затвердження
1013-р	Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформи системи фінансування охорони здоров'я»	Кабінет Міністрів України 30 листопада 2016
180	Постанова Кабінету Міністрів України «Про внесення змін та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України» (Урядова програма реімбурсації «Доступні ліки»)	Кабінет Міністрів України 16 березня 2017
2168-VIII	Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»	Верховна Рада України 19 жовтня 2017
2206-VIII	Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості»	Верховна Рада України 14 листопада 2017
1101-2017-п	Постанова Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби здоров'я України»	Кабінет Міністрів України 27 грудня 2017
2246-VIII	Закон України «Про Державний бюджет України на 2018 рік»	Верховна Рада України 7 грудня 2017
503	Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу»	Міністерство охорони здоров'я України 19 березня 2018
504	Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»	Міністерство охорони здоров'я України 19 березня 2018
407	Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік»	Кабінет Міністрів України 25 квітня 2018
2696-VIII	Закон України «Про Державний бюджет України на 2019 рік»	Верховна Рада України 28 лютого 2019
294-IX	Закон України «Про Державний бюджет України на 2020 рік»	Верховна Рада України 14 листопада 2019

Додаток Б

Розподіл опитаних, котрі задоволені медичною допомогою (відповіді «скоріше задоволені» та «цілком задоволені»), за деякими соціально-демографічними характеристиками, %

	Дільничними терапевтами / сімейними лікарями	Педіатрами	Стоматологами	Вузькими спеціалістами в поліклініці	Швидкою медичною допомогою	Медичною допомогою у стаціонарі	Медичною допомогою у пологових будинках
1	2	3	4	5	6	7	8
Україна	73,1	74,1	73,5	61,1	60,8	51,9	61,0
СТАТЬ							
чоловіки	71,8	71,3	72,8	60,9	59,5	50,8	57,6
жінки	74,1	76,1	74,1	61,2	61,7	52,7	63,0
ВІКОВА ГРУПА							
18–29 років	76,0	79,1	79,6	68,5	59,9	51,5	65,8
30–44 роки	71,8	75,8	73,6	59,8	59,8	49,2	61,6
45–59 років	72,3	70,7	73,2	58,0	57,9	52,3	58,1
60 років і старші	73,3	67,1	68,4	60,8	64,4	54,3	53,3
ТИП МІСЦЕВОСТІ							
міська	72,2	73,1	72,5	59,3	62,0	50,3	59,7
сільська	75,1	76,3	75,8	64,8	58,3	54,9	63,6
РІВЕНЬ ОСВІТИ							
початкова або неповна загальна середня	74,9	77,7	73,5	68,7	71,8	64,5	71,3
повна загальна середня	74,7	76,4	71,5	63,5	61,9	55,0	60,7
професійно-технічна (ПТУ, ліцей)	73,3	74,4	67,7	58,9	55,3	48,4	61,2
неповна вища / середня спеціальна (технікум, коледж, молодший спеціаліст)	74,3	75,0	75,6	61,8	65,0	54,3	60,6

Продовження дод. Б

1	2	3	4	5	6	7	8
базова вища (бакалавр)	67,0	69,4	70,9	54,0	52,8	43,4	52,7
повна вища (спеціаліст, магістр)	71,6	72,8	76,9	60,8	60,0	49,9	63,0
науковий ступінь (кандидат наук, доктор наук)	78,0	73,1	83,2	93,0	20,0	71,5	89,7
<i>ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА НА ОСОБУ</i>							
до 1000 грн	74,2	77,2	74,8	66,2	63,4	57,3	66,6
1001–1500 грн	73,4	75,3	73,5	61,0	56,7	50,8	60,5
1501–2000 грн	71,8	72,0	68,6	61,7	62,7	47,5	56,8
2001–2500 грн	71,6	68,7	69,1	58,9	57,0	47,8	53,8
понад 2500 грн	75,0	74,0	75,2	59,5	64,7	53,5	62,7
<i>САМООЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я</i>							
дуже погане	62,2	52,2	45,3	54,4	60,5	48,9	26,0
погане	68,8	63,0	59,7	57,2	59,4	49,1	49,7
посереднє – не добре, але й не погане	69,7	66,6	69,0	55,4	59,8	49,7	48,3
добре	76,2	78,4	77,8	64,9	60,9	52,6	66,8
дуже добре	81,9	86,3	85,5	77,8	67,6	65,4	77,1

Додаток В

Розподіл опитаних, котрі задоволені медичною допомогою (відповіді «скоріше задоволені» та «цілком задоволені»), за регіонами, %

	Дільничними терапевтами / сімейними лікарями	Педіатрами	Стоматологами	Вузькими спеціалістами в поліклініці	Швидкою медичною допомогою	Допомогою в стаціонарі	Допомогою у пологових будинках
Україна	73,1	74,1	73,5	61,1	60,8	51,9	61,0
Вінницька	76,8	70,1	72,9	67,3	62,9	55,5	56,5
Волинська	86,3	87,5	86,8	84,0	73,3	73,3	78,9
Дніпропетр.	62,9	72,7	57,1	49,2	70,8	53,7	55,6
Донецька	78,2	86,7	85,3	67,0	79,9	69,0	87,0
Житомирська	84,6	89,2	76,6	64,6	71,6	48,5	74,7
Закарпатська	74,1	79,1	68,2	50,2	45,9	30,9	46,2
Запорізька	57,3	61,9	63,1	39,1	52,9	38,5	42,3
Івано- Франківська	80,5	83,2	81,3	56,9	64,6	52,4	65,2
Київська	74,7	83,3	79,4	74,8	67,9	62,7	80,3
Кіровоградська	66,3	60,2	61,7	59,9	25,3	33,7	72,7
Луганська	80,2	70,1	67,8	57,5	66,8	58,6	67,3
Львівська	73,6	73,2	81,3	70,1	46,5	59,2	69,0
Миколаївська	60,4	72,0	64,7	66,0	60,9	43,5	59,6
Одеська	78,3	76,0	73,5	57,1	50,7	37,8	44,4
Полтавська	64,5	65,1	74,4	52,1	61,7	55,3	62,1
Рівненська	79,9	78,8	83,4	71,3	60	67,1	78,9
Сумська	81,8	85,4	88,4	67,6	66,6	51,8	63,1
Тернопільська	83,9	89,9	88,5	77,4	72,4	57,9	72,9
Харківська	60,4	39,9	49,6	38,9	30,6	23,2	20,9
Херсонська	84,9	87,6	76,3	77,4	74,3	54,2	65,6
Хмельницька	79,5	82,2	87,6	79,1	69,8	69,2	84,6
Черкаська	71,5	77,6	71,8	70,3	68,4	68,2	68,1
Чернівецька	79,3	80,3	81,6	73,2	70,4	61,3	68,4
Чернігівська	75,2	87,1	84,3	73,0	64,4	57,7	89,4
м. Київ	65,3	60,0	72,7	48,6	54,6	37,2	46,0

Додаток Д

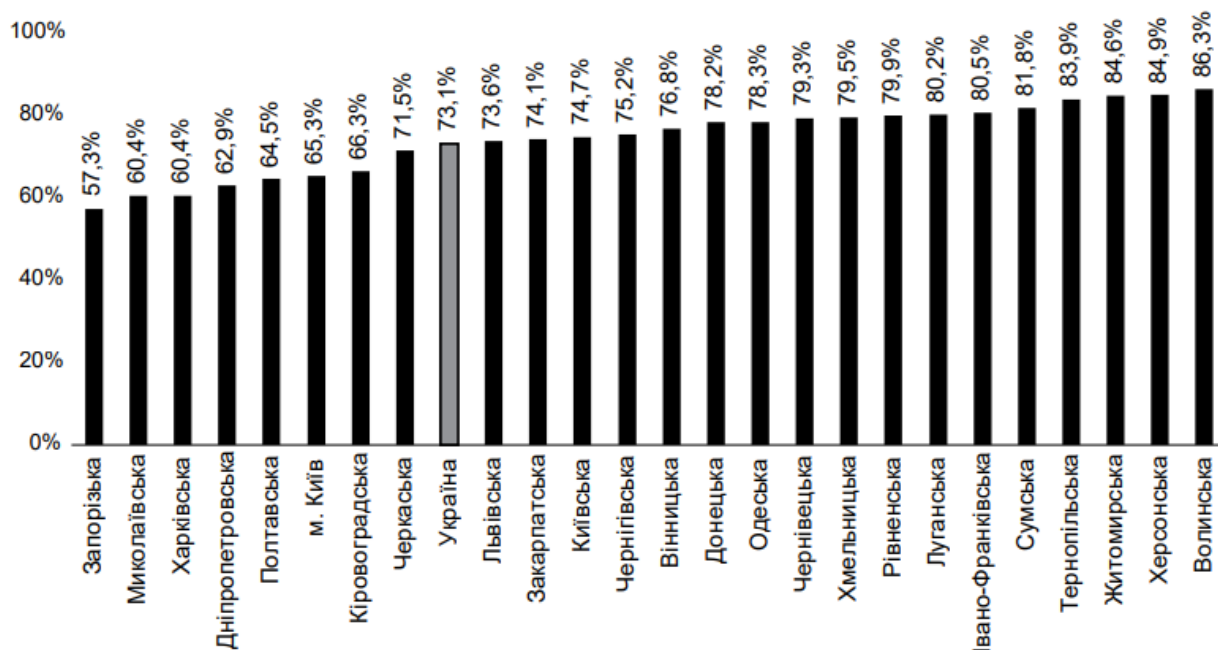


Рис. Д1. Задоволеність населення медичною допомогою, яку надають дільничні терапевти / сімейні лікарі: розподіл за областями (відповіді «скоріше задоволені» та «цілком задоволені»).

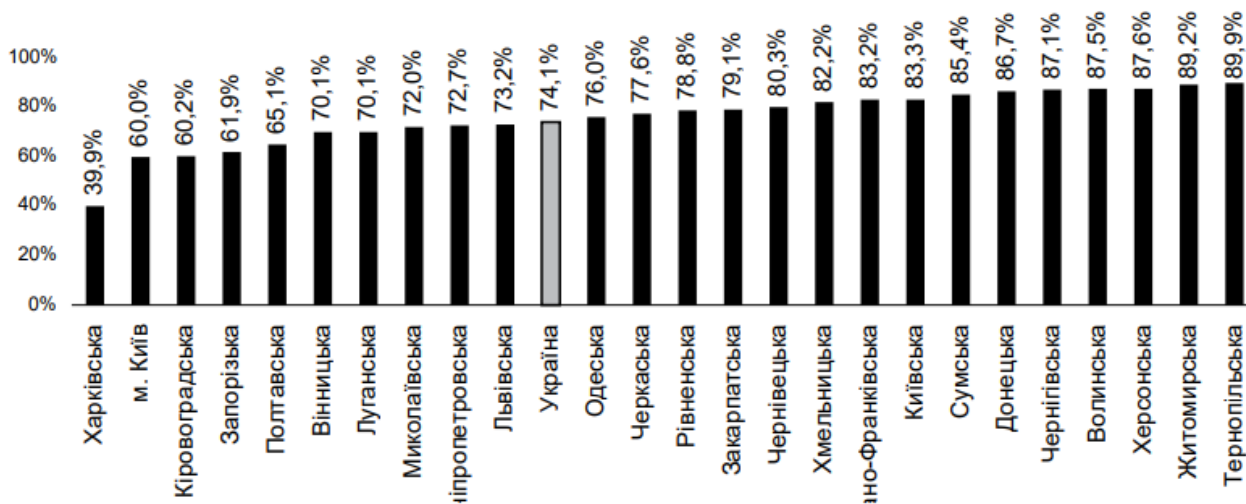


Рис. Д2. Задоволеність населення медичною допомогою, яку надають педіатри: розподіл за областями (відповіді «скоріше задоволені» та «цілком задоволені»).

Продовження Додатку Д

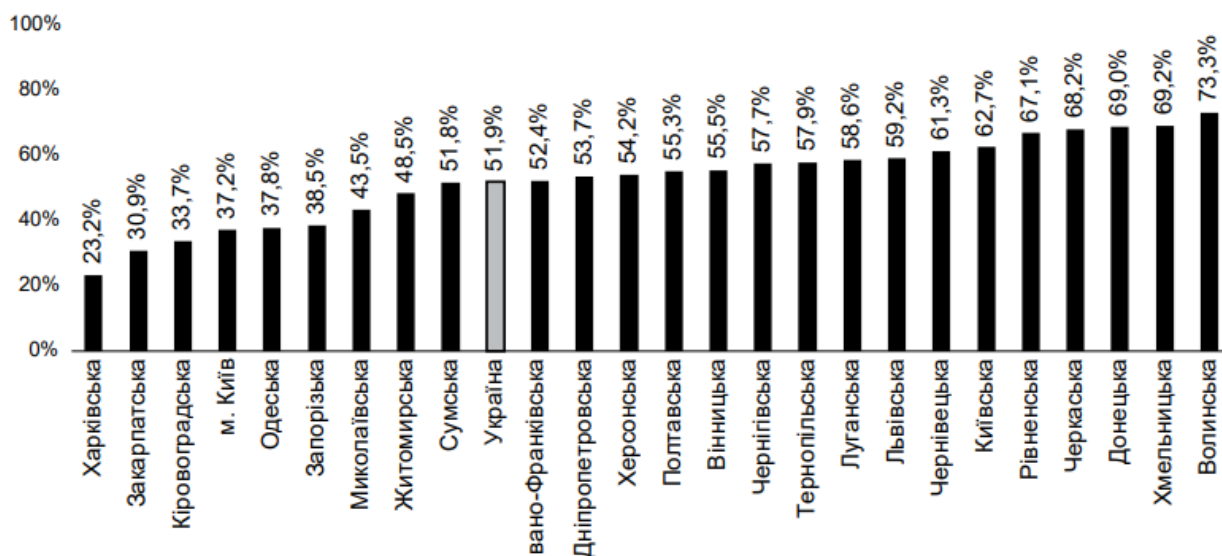


Рис. Д3. Задоволеність населення медичною допомогою у стаціонарі: розподіл за областями (відповіді «скоріше задоволені» та «цілком задоволені»).

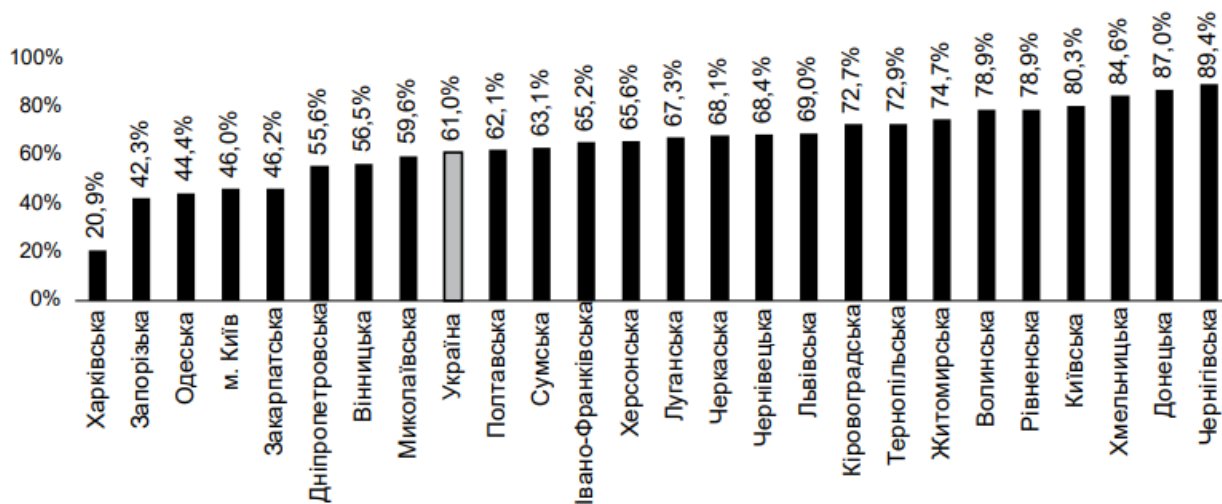


Рис. Д4. Задоволеність населення медичною допомогою у пологових будинках: розподіл за областями (відповіді «скоріше задоволені» та «цілком задоволені»).

Додаток Ж

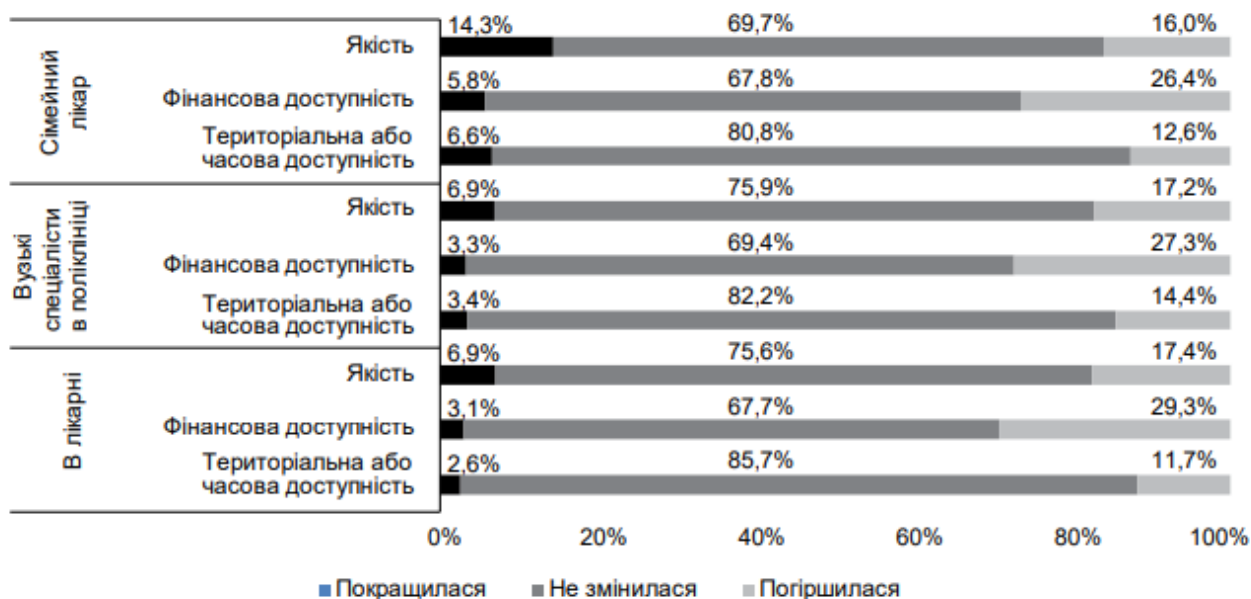


Рис. Ж1. Оцінка зміни якості та доступності різних рівнів медичної допомоги .

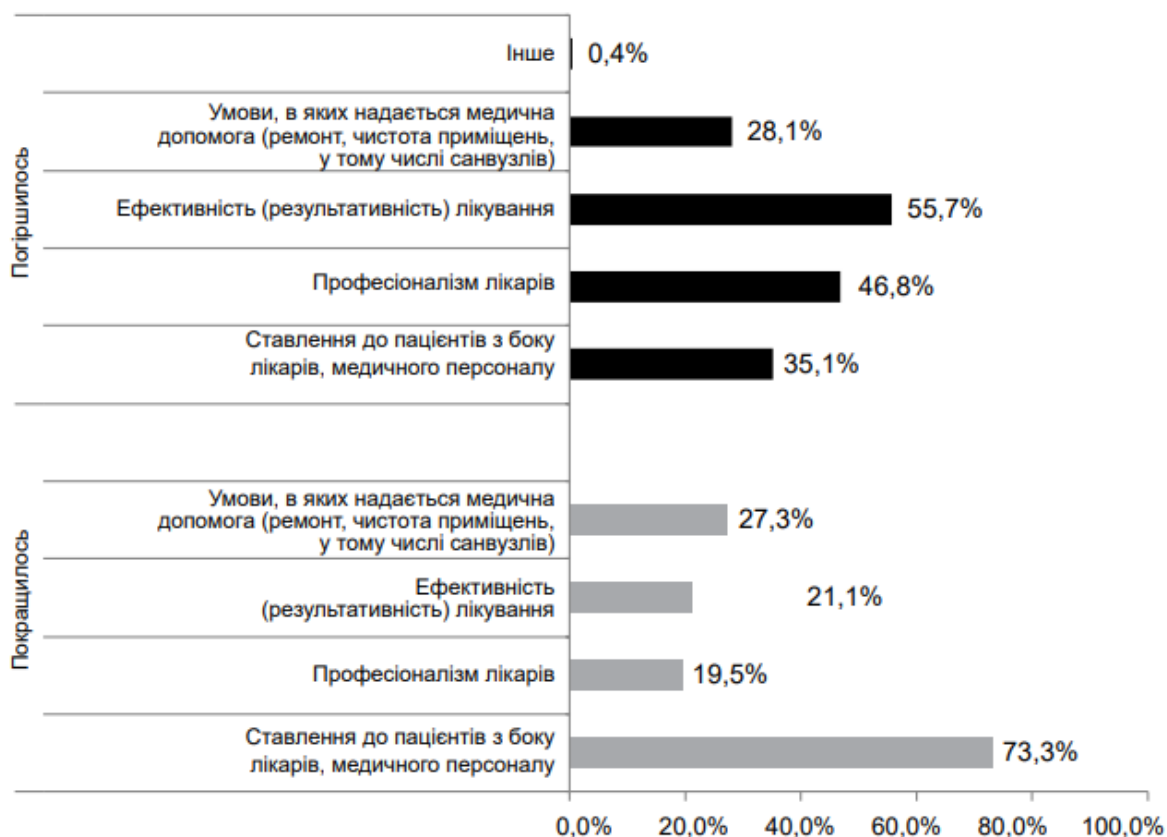


Рис. Ж2. Розподіл відповідей на запитання «Що саме поліпшилося / погіршилося в якості медичної допомоги», у %.

Додаток 3

Участь у міжнародних науково-практичних конференціях



Продовж. Додатку 3



КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА



НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ
ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ

КАФЕДРА ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ



ПРОФЕСІОНАЛІЗАЦІЯ ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ: ВІТЧИЗНЯНІ ВИКЛИКИ ТА ЄВРОПЕЙСЬКІ ОРІЄНТИРИ

Матеріали міжнародного круглого столу
до Дня державної служби

За загальною редакцією
Л. Г. Комахи, Н. М. Корчак, Н. Б. Ларіної

КИЇВ

20 червня 2023 року

Продовж. Додатку 3

ЗМІСТ

ВСТУПНІ СЛОВА	5
НАТАЛІЯ АХТИРСЬКА. АНТИКОРУПЦІЙНА ПОЛІТИКА УКРАЇНИ ЩОДО БОРОТЬБИ З КОРУПЦІЄЮ В ОРГАНАХ ДЕРЖАВНОЇ ВДАДИ У СВІТЛІ ОЦІНКИ GRECO-2023	12
НАТАЛІЯ БАЛАСИНОВИЧ. ПОЛІТИКО-ПРАВОВІ Й ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ В СИСТЕМІ ОРГАНІВ ДЕРЖАВНОЇ ВЛАДИ УКРАЇНИ	15
ЮРІЙ БАЮН, ВОЛОДИМИР ВАЙДА. АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ВИЗНАЧЕННЯ ПОТРЕБ НАСЕЛЕННЯ У МЕДИЧНИХ ПОСЛУГАХ В УКРАЇНІ	17
ТЕТЯНА БЕВЗ, ТЕТЯНА ВАСІЛЕВСЬКА. ІНСТИТУЦІЙНЕ УТВЕРДЖЕННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ТА ГРОМАДЯНСЬКОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ В СУЧАСНІЙ УКРАЇНІ: РОЛЬ ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ	20
ВАСИЛЕ БОГІАН. LEGAL REGULATIONS OF THE SERVICE REPORT OF THE PUBLIC OFFICIAL	23
НАТАЛІЯ БОЙКО, ТЕТЯНА ПАЛАМАРЧУК, ВОЛОДИМИР ОЛШЕВЕЦЬ, ЧЕРТЮК ОЛЬГА. РОЛЬ ПРОФЕСІОНАЛІЗАЦІЇ У ПРОФЕСІЙНО-КАР'ЄРНОМУ ЗРОСТАННІ ПУБЛІЧНИХ СЛУЖБОВЦІВ	27
ВАСИЛЬ ГОНЧАРУК. ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ВЗАЄМОДІЇ ВЛАДИ І ГРОМАДИ: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ДЛЯ УКРАЇНИ	30
ОЛЬГА ГОРУЛЬКО. ТЕХНОЛОГІЯ РОЗРОБЛЕННЯ МАТРИЦІ ТЕСТУ З ГЕНДЕРНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ	34
АНДРІЙ ГОРЯЧЕВ. ОСОБЛИВОСТІ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ЗДІЙСНЕННЯМ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В КРАЇНАХ ЄС	36
ЗОРЯНА ДАВІДЧУК. РОЗВИТОК КОМАНДНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ НА ДЕРЖАВНІЙ СЛУЖБІ: ВИКЛИКИ ТА ЗАГРОЗИ	40
ЛІДІЯ ДАНИЛЕНКО. МОРАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ПУБЛІЧНИХ СЛУЖБОВЦІВ – ПОТЕНЦІАЛ ЕФЕКТИВНОГО ВІДНОВЛЕННЯ УКРАЇНИ	43
ІРИНА ДИННИК, ІРИНА КОЛОДКІНА. СЛУЖБА В ОРГАНАХ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ: ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ТА ПРОПОЗИЦІЇ ДЛЯ УКРАЇНИ	45
ГАЛІНА ЗАВОРІТНЯ. ПРОФЕСІОНАЛІЗАЦІЯ ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ В КОНТЕКСТІ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ ІНТЕГРАЦІЇ	47
ANGELA ZELENSKI. PREVENTIVE MANAGEMENT OF ORGANIZATIONAL DYSFUNCTION TO ACHIEVE PERFORMANCE IN PUBLIC ADMINISTRATION	51
ОРЕСТ ІВАНЦІВ. ФУНКЦІОНУВАННЯ ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ У ПОВОЄННИЙ ЧАС: БАЗОВІ ВИКЛИКИ	53
ОКСАНА КОГУТ. ЄВРОПЕЙСЬКА ІНТЕГРАЦІЯ УКРАЇНИ: ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДЛЯ ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ	55
NATALYA KOLISNICHENKO. PROFESSIONAL CAREER DEVELOPMENT OF PUBLIC SERVANTS: PRINCIPLES, STAGES AND FACTORS OF SUCCESS	57
ЄВГЕН КОЛЯДА. ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД РЕФОРМУВАННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19 ТА МОЖЛИВОСТІ ЙОГО ВПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ	60
ВОЛОДИМИР КОМАШКО, СЕРГІЙ КРАВЧЕНКО. РЕГУЛЮВАННЯ ЕТИЧНОЇ ПОВЕДІНКИ ПУБЛІЧНИХ СЛУЖБОВЦІВ У АСПЕКТІ ОДЕРЖАННЯ НИМИ ПОДАРУНКІВ: ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ	64
ПАВЛО КОНОНЕНКО. ОСОБЛИВОСТІ ВИБОРЧОГО ПРОЦЕСУ: ДОТРИМАННЯ ГАРАНТІЙ ЗАКОННОСТІ ВИБОРЧИХ ДІЙ	67
VOLODYMYR KOROLENKO. PROSPECTS OF THE MODERNIZATION OF THE CIVIL SERVICE AS A BASIC DEVELOPMENT OF HUMAN POTENTIAL	70
НАТАЛІЯ КОРЧАК. НАДАННЯ ДОСТУПУ ДО ПУБЛІЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ: УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОЦЕДУРИ СПРАВЛЯННЯ ПЛАТИ	73
НАТАЛІЯ КРАЩЕНКО. ПЛИННІСТЬ КАДРІВ НА ДЕРЖАВНІЙ СЛУЖБІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	75
НАТАЛІЯ КУЗНЄЦОВА. ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ПЕРСОНАЛУ ДЛЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ	78
ВАСИЛЬ КУЙБИДА, ІГОР ШПЕКТОРЕНКО. РОТАЦІЯ ПЕРСОНАЛУ: РЕСУРСИ ІНСТИТУЦІЙНОГО КАНАЛУ ПРОФЕСІОНАЛІЗАЦІЇ КАДРІВ ТА ІНСТРУМЕНТА (ПРОЦЕДУРИ) УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ ПУБЛІЧНОЇ СЛУЖБИ	81
ТЕТЯНА КУМЕДА. НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ЛІДЕРСТВА У СФЕРІ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ	84
СТАНІСЛАВ ЛАРІН, ОЛЬГА СИСОЄВА, ДМИТРО ЦИМБАЛ. ВПЛИВ ПРОФЕСІОНАЛІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНИХ СЛУЖБОВЦІВ НА ЗАХИСТ НАЦІОНАЛЬНИХ ЦІННОСТЕЙ В УКРАЇНІ	87
НАТАЛІЯ ЛАРІНА, СВІТЛАНА ХАДЖИРАЄВА, ОЛЕКСАНДР КОВТОНЮК, ІГОР БОЙКО. ІНСТИТУЦІЙНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ МЕДІАЦІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ В УКРАЇНІ	91
ВІКТОРІЯ ЛІМАР. СОЦІАЛЬНІ МЕРЕЖІ (МЕСЕНДЖЕРИ) ЯК ІНСТРУМЕНТ ДЕСТАБІЛІЗАЦІЇ МОРАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ В УМОВАХ ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ	95
ТАМАРА ЛОЗИНСЬКА. КАДРОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОРГАНІВ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ ЯК ПОТЕНЦІАЛ РОЗВИТКУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ	98