

Міністерство освіти і науки
України Національний університет водного господарства та
природокористування
Кафедра державного управління, документознавства та інформаційної
діяльності

**Пояснювальна записка до кваліфікаційної магістерської роботи
на тему:**

Роль і місце Національної служби здоров'я України при реалізації
державної політики у галузі охорони здоров'я України

Виконав студент 2 курсу
Сиротюк Олег Володимирович
Групи ПУА МСз-21м
Спеціальності 281 публічне управління
та адміністрування
Керівник Шинкарук А.Л.

Рівне – 2021

Ім'я користувача:
Олег Володимирович Сиротюк

ID перевірки:
1009661916

Дата перевірки:
13.12.2021 12:53:27 EET

Тип перевірки:
Doc vs Library

Дата звіту:
13.12.2021 12:55:43 EET

ID користувача:
6466

Назва документа: Syrotiuk_master_diploma.docx

Кількість сторінок: 113 Кількість слів: 22507 Кількість символів: 170982 Розмір файлу: 2.41 MB ID файлу: 1009661701

36.5% Схожість

Найбільша схожість: 5.52% з джерелом з Бібліотеки (ID файлу: 1005982088)

Пошук збігів з Інтернетом не проводився

36.5% Джерела з Бібліотеки

986

Сторінка 115

2.3% Цитат

Цитати

17

Сторінка 116

Вилучення списку бібліографічних посилань вимкнене

0% Вилучень

Немає вилучених джерел

Модифікації

Виявлено модифікації тексту. Детальна інформація доступна в онлайн-звіті.

Замінені символи

6

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ І.	11
І. ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	11
1.1. Якісні індикатори функціонування системи охорони здоров'я в Україні	11
1.2. Загальна система галузі охорони здоров'я України	13
1.3. Фінансування системи охорони здоров'я	21
Висновки до розділу 1	23
РОЗДІЛ 2. РОЛЬ І МІСЦЕ НАЦІОНАЛЬНОЇ СЛУЖБИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	28
2.1. Юридична база діяльності НСЗУ	28
2.2. Показники діяльності НСЗУ на сучасному етапі	43
2.4. Експертна та громадська думка щодо НСЗУ	64
Висновки до розділу 2	69
РОЗДІЛ 3. СЦЕНАРІЇ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ НСЗУ	73
3.1. Сценарій 1. Політика Національної служби здоров'я України під час кризової ситуації з COVID-19	73
3.2. Сценарій 2: Впровадження Національною службою здоров'я України нової технології в сфері охорони здоров'я – телемедичної мережі	80
ВИСНОВКИ	90
Список використаних джерел	99
Додатки	108

ВСТУП

Стаття 49 Конституції України (Основного Закону України), норми якої є нормами прямої дії, встановлює, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування.

У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності. [1]

Нова політична ситуація сама по собі є наочною демонстрацією змін, що відбуваються в Україні. Громадяни не хочуть користуватися послугами системи охорони здоров'я, яка не задовольняє їхніх справедливих потреб та прагнень щодо наявних медичних послуг.

Консервація нинішньої системи управління, фінансування, кадрового забезпечення системи призведе лише до погіршення здоров'я населення, загострення проблеми неефективного використання фінансових ресурсів, зростання нерівності у доступі до медичної допомоги для окремих верств, подальшого невдоволення людей медичним обслуговуванням та державною політикою в цілому.

На державному рівні розпочата поверхнева модернізація первинної та екстреної медичної допомоги, яка не супроводжується змінами в інших сферах системи, матиме такі ж самі наслідки. Єдиний прийнятний спосіб задля вирішення ситуації – це ґрунтовний, але контрольований «капітальний ремонт» та перехід до нової моделі системи охорони здоров'я.

Незалежно від віку, місця проживання чи соціального статусу, люди усвідомлюють, що мають право на значно краще медичне обслуговування. Вони вкрай незадоволені надмірною бюрократизацією та корупцією у медичній системі, яка заважає своєчасному задоволенню особистих і суспільних потреб,

не враховує основні ризики для здоров'я та не використовує всі можливі ресурси для сталого фінансування галузі.

Громадяни хочуть, щоб система відповідала їхнім очікуванням і вимогам. Міжнародний досвід переконливо свідчить, що ефективна система, яка здатна використовувати наявні ресурси соціально відповідальним чином, може забезпечити ефективне медичне обслуговування на засадах солідарності, справедливості та громадської співучасті, захистити населення від катастрофічних наслідків захворювань, гарантувати прозорість і відповідальність за вжиті або невжиті заходи, оперативніше реагувати на потреби та очікування населення. Для цього потрібно забезпечити тісніший зв'язок здоров'я населення із розвитком національної економіки та підвищенням добробуту громадян.

Під час реформування та модернізації системи охорони здоров'я України, повинні бути окреслені цілі та завдання, виконання яких допоможе реалізувати соціальні цінності та прагнення в дусі традицій сучасної і демократичної Європи.

Право людини на здоров'я повинно базуватися на економічному та соціальному розвитку і політичній стабільності. Україна потребує ефективного функціонування юридичних, фінансових, економічних, структурних, управлінських, організаційних, інформаційних і комунікаційних інститутів із метою досягнення найкращих результатів для здоров'я (його рівня та рівності в ньому), фінансової захищеності при отриманні медичної допомоги, оперативного задоволення вимог та очікувань громадян і загальної ефективності галузі.

Система охорони здоров'я повинна орієнтуватися на такі базові принципи:

- гарантування пакету послуг, що доступний кожному громадянину. Цей принцип повинен бути застосований незалежно від статі, віку, сексуальної орієнтації, релігійних чи політичних переконань, сімейного або цивільного стану. Він повинен бути застосований до всіх і кожного, та базуватися на повазі до прав людини. Водночас, держава повинна приділяти особливу

увагу вразливим соціальним групам, оскільки показники здоров'я у них суттєво відстають від показників решти населення.

- дотримання національних стандартів якості та професіоналізму, спрямований на надання якісної медичної допомоги, яка повинна бути безпечною, ефективною і спрямованою на задоволення потреб пацієнта, підтримку, освіту та розвиток персоналу, удосконалення управління галуззю.
- взаємоповага пацієнтів та медичних працівників повинні бути принципом номер один у роботі з пацієнтами, їх безпека, досвід під час перебування в системі та результати для здоров'я будуть покращуватися, коли медичні працівники відчуватимуть свою цінність, матимуть відповідні повноваження та підтримку, а пацієнти будуть відчувати себе партнером, а не об'єктом лікування.
- співпраця різних секторів економіки, служб, організацій в інтересах пацієнтів, громад та населення (міжсекторальна взаємодія) з метою підвищення рівня здоров'я та добробуту.
- співвідношення ціна-якість та найбільш ефективне, справедливе та стійке використання обмежених ресурсів. Державні кошти на охорону здоров'я мають бути спрямовані винятково на благо громадян. Держава повинна прагнути до того, аби кожна витрачена платником податків гривня приносила якомога більше результату для здоров'я людей.
- підзвітність громадам і пацієнтам для прозорості перед громадськістю, персоналом та пацієнтами. Із цією метою уряд повинен гарантувати постійну можливість доступу до інформації та основних показників здоров'я, а органи центральної та місцевої влади систематично звітувати перед громадою або її представниками (радами) за результати діяльності в сфері охорони здоров'я.

Зазначені принципи формують основні соціальні цінності оновленої системи охорони здоров'я:

1. Спільна робота на благо пацієнтів. В системі охорони здоров'я споживачі послуг завжди повинні бути на першому місці. Усі складові системи повинні діяти та співпрацювати в інтересах пацієнтів, завжди ставити їх інтереси вище за інтереси закладу, навіть якщо це вимагає визнання допущених помилок.
2. Повага та гідність. Система повинна бути спрямована на зміцнення духу відвертості та чесності, коли медичні працівники відкрито спілкуються з пацієнтами, родичами чи опікунами.
3. Співчуття тісно пов'язане з повагою та гідністю. Система охорони здоров'я повинна не лише забезпечувати медичну допомогу, але й полегшувати біль, страждання, допомагати людині відчувати свою цінність і значимість її особистої проблеми.
4. Покращення якості життя за допомогою професіоналізму, інновацій та передового досвіду в наданні медичних послуг.
5. Ніхто не повинен зазнавати дискримінації, право на здоров'я не може обмежуватися, до всіх слід ставитися з однаковою повагою.

Якраз для реалізації вказаних положень було створено Національну службу здоров'я України (далі – НСЗУ) – центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій.

До впровадження в Україні загальнообов'язкового медичного страхування, НСЗУ є національним страховиком, який укладає договори із закладами охорони здоров'я та закуповує у них послуги з медичного обслуговування населення. НСЗУ контролює дотримання умов договорів та робить прямі виплати закладам за надані послуги.

Медична реформа в Україні впроваджувалася з 2016 року під керівництвом тодішнього в.о. міністра охорони здоров'я Уляни Супрун.

На основі нової Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. Верховною Радою України 19 жовтня 2017 року було прийнято Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування

населення» від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII, який набрав чинності 30 січня 2018 року.[2] Даним Законом України було встановлено, що за один із ключових елементів реформи фінансування системи охорони здоров'я відповідає новий орган — Національна служба здоров'я України.

Національна служба здоров'я України утворена та Положення про неї затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року №1101.[3]

Національна служба здоров'я виконує функції єдиного Національного замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій. Кошти, якими вона оперує від імені держави для оплати медичних послуг (більше 100 млрд гривень щороку), зберігаються на казначейських рахунках.

Служба не є власником закладів охорони здоров'я та не здійснює управління ними (принцип розмежування функцій замовника і постачальника медичних послуг).

Згідно із Законом «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», її основними функціями є:

- реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій;
- проведення моніторингу, аналізу і прогнозування потреб населення України у медичних послугах та лікарських засобах;
- виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;
- розроблення проекту програми медичних гарантій, внесення пропозицій щодо тарифів;
- укладення, зміна та припинення договорів про медичне обслуговування населення та договорів про реімбурсацію;
- перевірка дотримання надавачами медичних послуг вимог, встановлених порядком використання коштів програми медичних гарантій і договорами про медичне обслуговування населення;

- забезпечення функціонування eHealth — електронної системи охорони здоров'я.

Діяльність НСЗУ спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я України. Вона здійснює свої повноваження безпосередньо та через утворені територіальні органи.

НСЗУ очолює Голова, який призначається на посаду та звільняється з посади Кабінетом Міністрів України за пропозицією Комісії з питань вищого корпусу державної служби.

НСЗУ є юридичною особою публічного права.

Передбачено утворення Ради громадського контролю з метою забезпечення прозорості та громадського контролю за діяльністю Служби.

Актуальність теми даної дипломної роботи полягає у тому, що система охорони здоров'я - це один із базових суспільних інститутів, вона необхідна для забезпечення та підтримання на належному рівні здоров'я громадян, це одна із стратегічних галузей будь-якої країни, без якої неможливе нормальне та повноцінне існування будь-якої політико-територіальної організації суспільства у формі держави.

Об'єкт дослідження цієї дипломної роботи буде дослідження державної політики в системі охорони здоров'я України на прикладі Національної служби здоров'я України.

Предметом дипломної за темою “Роль і місце Національної служби здоров'я України при реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я України” буде основна поточна робота, яку проводить НСЗУ, напрямки її вдосконалення та можливі сценарії, прогнози даної діяльності у майбутньому та визначення практичних рекомендацій для ефективного подальшого функціонування даної державної установи.

Метою роботи, яка складається з аналітичної та практичної частини, є визначення ролі та місця Національної служби здоров'я України у галузі охорони здоров'я України.

Висвітлення недоліків існуючої системи охорони здоров'я України, яких в теорії не повинно бути, але на практиці під час втілення сучасної медичної реформи виникає безліч не вирішених питань та проблем.

Аналіз передбачає:

- аналіз, використання та огляд нормативно-правових документів
- вивчення та аналіз існуючих практик
- проведення експертних опитувань
- сценарне моделювання

Завданнями даної дипломної роботи є проаналізувати основні індикатори системи охорони здоров'я України:

- Якісні індикатори функціонування системи охорони здоров'я в Україні
- Загальну систему галузі охорони здоров'я України
- Фінансування системи охорони здоров'я
- Юридичну базу діяльності Національної служби здоров'я України
- Показники діяльності Національної служби здоров'я України на сучасному етапі
- Міжнародний досвід і приклади функціонування
- Експертну та громадську думку щодо Національної служби здоров'я України

Змоделювати можливі сценарії публічної політики Національної служби здоров'я України з використанням гарвардської моделі сценаріїв публічної політики.

РОЗДІЛ І.

І. ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

1.1. Якісні індикатори функціонування системи охорони здоров'я в Україні

Сучасний статус української системи охорони здоров'я наділений такими основними характеристиками:

- Наша країна суттєво відстає від своїх європейських сусідів за такими показниками, як тривалість життя та смертність. Основними передумовами високого рівня смертності є такі фактори ризику як паління, зайва вага, брак фізичного навантаження та надмірне вживання алкоголю, поряд із невирішеними проблемами стосовно поширення інфекційних захворювань і високого рівня травматизму.
- В Україні витрачається значна частину ВВП на послуги охорони здоров'я, але рівень ВВП на душу населення в Україні є нижчим, ніж у більшості європейських країн. Водночас, багатьом країнам вдається досягати досить хороших показників тривалості життя та смертності, маючи аналогічні по фінансуванню витрати на охорону здоров'я.
- Охорона здоров'я України є громіздкою і застарілою та базується на радянській моделі Семашко з чітко регламентованими процедурами управління та фінансування.

Вищевказану ситуацію обумовлюють глибинні недоліки, накопичені в українській системі охорони здоров'я через відсутність модернізації, невикористання сучасних світових тенденцій, ігнорування потреб населення та високого рівня корупції.

Пропонована Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 роки (далі – Стратегія), втілення якої продовжується і в 2021 році та буде продовжено у 2022 році, є складовою Національного плану дій з реформування, котрий був проголошений Указом Президента України від 12 січня 2015 року №5/2015 «Про Стратегію сталого

розвитку «Україна – 2020» та урядом України (програма діяльності Кабінету Міністрів України, схвалена постановою Верховної ради України від 11 грудня 2014 року № 26-VIII).

Вказана Стратегія є рамковим документом, який формує контекст, бачення, принципи, пріоритетні задачі і основні подальші кроки реформування системи охорони здоров'я України.

Дана Стратегія формує підґрунтя для розробки політики та прийняття рішень у сфері охорони здоров'я, в тому числі, включаючи рішення щодо розміру фінансування та бюджетних ресурсів у медичній сфері.

Мета реформування полягає у визначенні ключових проблем системи охорони здоров'я, потенційних напрямів і шляхів їх розв'язання для формування нової державної політики у галузі, включаючи глибинні нормативні трансформації та впровадження нових фінансових механізмів, із метою забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я.

Стратегії підготовлено як загальний недеталізований план, спрямований на досягнення мети Стратегії, який реалізовуватиметься органами влади із залученням представників громадянського суспільства.

Даний документ пропонує чіткі та обґрунтовані пояснення щодо діяльності, яка повинна бути пріоритетною у цій царині.

Відповідно до вищенаведеного, Стратегія формує основу для оцінки та перегляду наявних програм, регуляторних механізмів та розробки нових законопроектів та планів, наприклад, стратегічного плану розвитку людських ресурсів, генерального плану лікарень, стратегічного плану розвитку паліативної допомоги, плану розвитку первинної ланки охорони здоров'я тощо.

Система охорони здоров'я України після реформування буде базуватися на трьох засадничих принципах, котрі, на мою думку, є фундаментальними і такими, що мають застосовуватися в усіх секторах охорони здоров'я, а також повинні бути відображені на кожному наступному етапі реформи

Це наступні принципи:

- **Орієнтованості на людей**, який означає, що система охорони здоров'я насамперед має дослухатися до потреб людей (пацієнтів, працівників). Розвиток медичної системи може бути досягнуте лише шляхом формування довіри, діалогу та взаємоповаги між цими учасниками, а ефективність роботи залежатиме від якості даних стосунків.
- **Орієнтованості на результат**, який означає, що результативність допомоги і профілактичних програм, фінансова захищеність пацієнтів, ефективність використання коштів, врахування побажань пацієнтів повинні обумовлювати прийняття рішень на всіх рівнях. Саме з цієї причини формування бази даних з інформацією про якість надання медичних послуг, якої зараз бракує в Україні, має бути пріоритетом.
- **Орієнтованості на втілення**, яка означає, що відмінна ідея – значить під собою лише половину шляху.

Потрібно також провести підготовчу роботу, втілити ідею у життя та здійснити ретельний моніторинг, котрий чітко відображає відповідальних осіб, часові межі та механізми підзвітності.

Новітні моделі фінансування послуг в системі охорони здоров'я України повинні бути ефективними, зменшувати можливі фінансові ризики, пов'язані з погіршенням здоров'я громадян та відкривати доступ до відповідних медичних послуг.

1.2. Загальна система галузі охорони здоров'я України

Основні складові побудови системи охорони здоров'я встановлено у статті 4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Затверджена у Законі модель системи охорони здоров'я ґрунтується на принципах англійської зразку, яка поступово втілюється у законотворчу та медичну практики, проявляється у формах сімейної, спеціалізованої та приватної

медицини, медичному страхуванні, багатоджерельному фінансуванні, а також підвищених соціальних стандартах.

Управління галуззю охорони здоров'я України здійснюють Міністерство охорони здоров'я України (Рис. 1.1) та інші центральні органи виконавчої влади (Рис. 1.2-1.3), яким підпорядковані відповідні заклади охорони здоров'я, а також місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування, Академія медичних наук України. Окрім органів держави виконавчої, які безпосередньо пов'язані із галуззю охорони здоров'я, медична система функціонує також завдяки контрольно-управлінським функціям інших державних інститутів влади:

1. Президент України - через діяльність Адміністрації Президента України, Раду національної безпеки і оборони України.
2. Верховна Рада України - через Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини.
3. Кабінет Міністрів України - через діяльність профільних міністерств та інших центральних органів виконавчої влади, Генеральну прокуратуру України та її органи на місцях, органи судової системи України.

Суб'єктами, наділеними консультативно-дорадчими повноваженнями у сфері охорони здоров'я, є наступні:

1. Громадська гуманітарна рада при Президентові України;
2. Дорадча рада при Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я;
3. Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу при Кабінеті Міністрів України;
4. Національна координаційна рада боротьби з наркоманією при Кабінеті Міністрів України;
5. Міжвідомча координаційна рада при МОЗ України з питань міжгалузевої взаємодії закладів охорони здоров'я;

6. Громадська рада при МОЗ України (постійно діючий центральний громадський колегіальний консультативно-дорадчий і наглядово-експертний орган);

7. Громадська рада при МОЗ України з питань співпраці з Всеукраїнською Радою Церков і релігійних організацій (постійно діючий дорадчо-консультативний орган);

8. Рада молодих вчених при МОЗ України (постійно діючий дорадчий орган);

9. Колегія МОЗ України (постійний консультативно-дорадчий орган);

10. Вчена медична рада МОЗ України (постійно діючий консультативний орган, що розглядає питання розвитку медичної науки в Україні);

11. Координаційна рада з управління якістю медичної допомоги МОЗ України (постійно діючий консультативно-дорадчий орган);

12. Координаційна рада з управління якістю медичної допомоги МОЗ АРК управлінь (головних управлінь) охорони здоров'я областей, Київської і Севастопольської міських державних адміністрацій;

13. Координаційна рада з управління якістю медичної допомоги управлінь (відділів) охорони здоров'я міських, районних органів місцевого самоврядування;

14. Клініко-експертні комісії МОЗ України (постійно діючий орган, що виконує координаційну, консультативну та дорадчу функції з питань організації роботи, клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги);

15. Клініко-експертні комісії МОЗ АРК, управлінь охорони здоров'я, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій (постійно діючий орган для колегіального розгляду клініко-експертних питань діагностики, лікування та реабілітації, скарг громадян та інших осіб, яким надавалась на відповідній адміністративній території України медична допомога, питань якості медичної допомоги, а також звернень підприємств, організацій, установ, фондів соціального страхування, судових органів, прокуратури з цих питань за дорученням керівника органу охорону здоров'я);

16. Клініко-експертні комісії управлінь (відділів) охорони здоров'я міських, районних органів місцевого самоврядування;

17. Медична рада закладу охорони здоров'я (постійно діючий консультативно-дорадчий орган);

18. Рада для здійснення координації заходів, пов'язаних із забезпеченням консультацій з громадськістю з питань формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

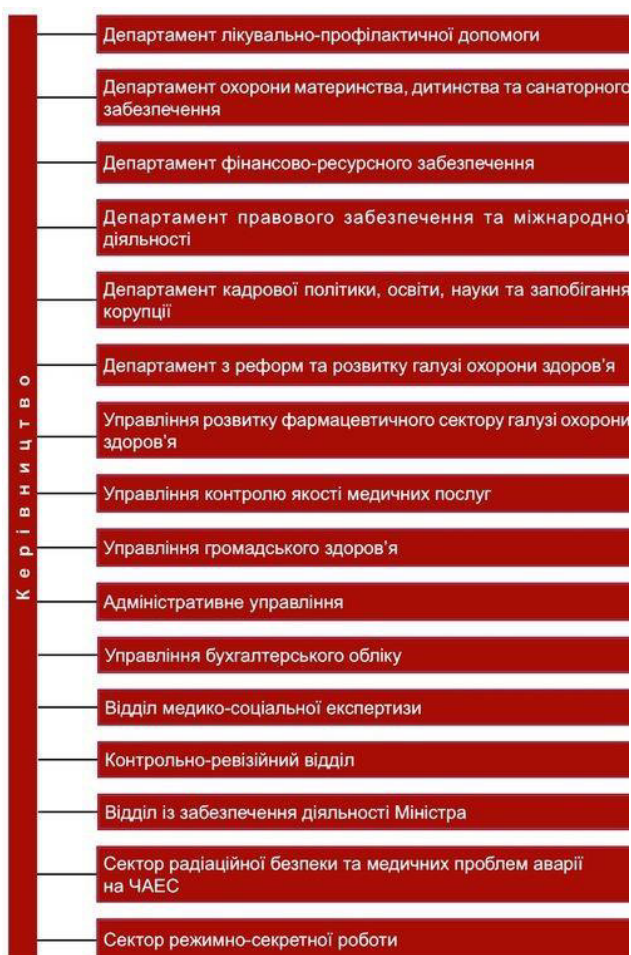


Рис. 1.1. Структура Міністерства охорони здоров'я України

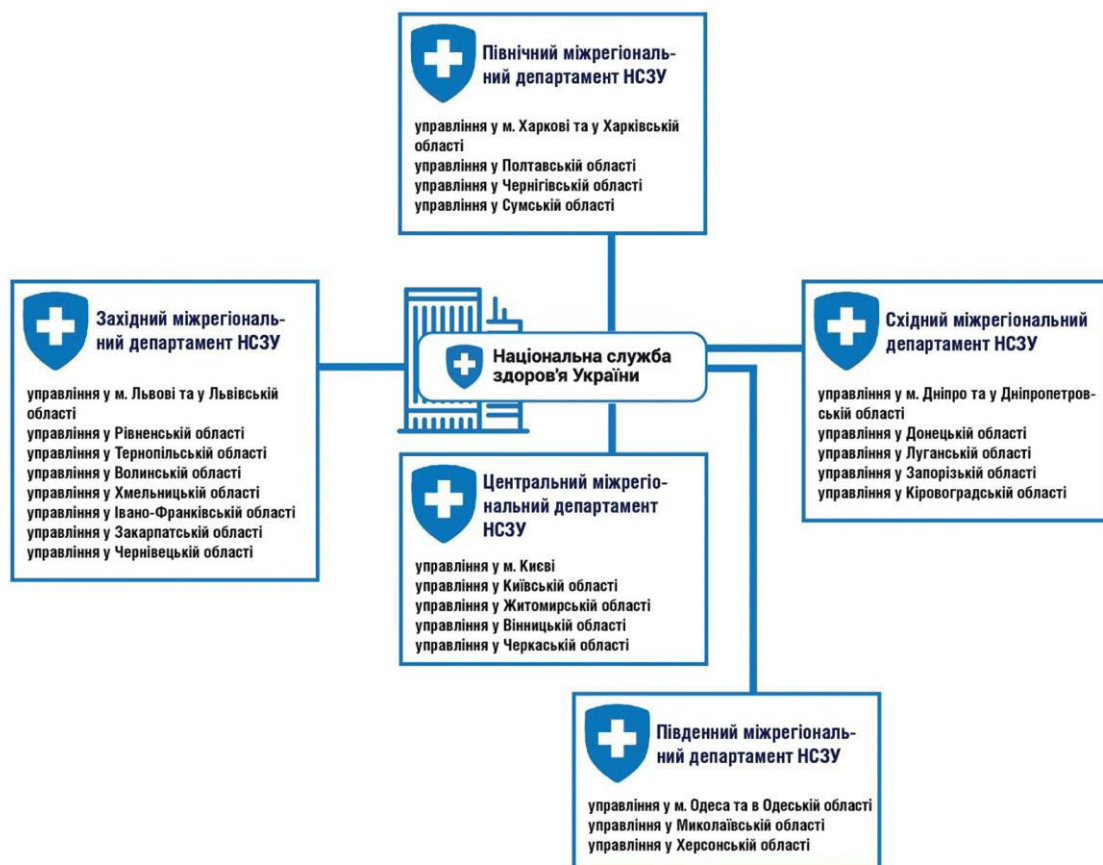


Рис. 1.2. Структура Національної служби здоров'я України

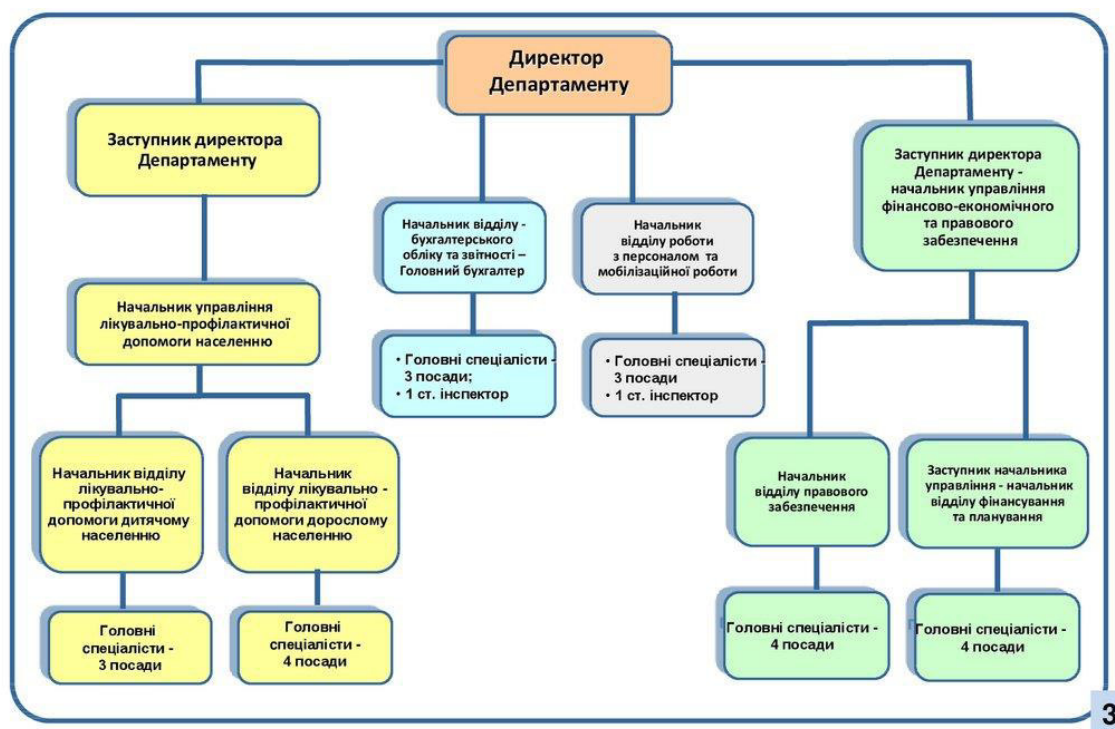


Рис. 1.3. Типова структура Департаменту охорони здоров'я

Найближчим часом планується відкрити регіональні підрозділи без права юридичної особи, щоб підсилити роботу НСЗУ в регіонах, приблизна структура яких наведена у табл. 1.1.

Таблиця 1.1

Регіональні підрозділи НСЗУ

Місто	Назва	Територія діяльності
Київ	Центральний міжрегіональний департамент	Київська Житомирська Вінницька Черкаська м. Київ
Одеса	Південний міжрегіональний департамент	Одеська Херсонська Миколаївська АР Крим
Дніпро	Східний міжрегіональний департамент	Дніпропетровська Донецька Луганська Запорізька Кіровоградська
Харків	Північний міжрегіональний департамент	Харківська Чернігівська Сумська Полтавська

Львів	Західний міжрегіональний департамент	Львівська Рівненська Тернопільська Волинська Хмельницька Івано-Франківська Закарпатська Чернівецька
-------	--	--

Систему охорони здоров'я (за моделлю Семашко) Україна успадкувала від СРСР, як і більшість галузей економіки та соціальної політики. У вказаній моделі вся система була державною власністю та орієнтувалася на утримання лікарень із фрагментованим управлінням та надання медичної допомоги, зосередженої на лікуванні гострих випадків при мінімальній профілактиці.

Система охорони здоров'я Україна в СРСР не була орієнтована на задоволення потреб населення і виявилася нездатною реагувати на сучасні виклики, спричинені неінфекційними захворюваннями.

Вказана система була сформована у тоталітарній державі, у якій права і здоров'я громадян не були в реальності пріоритетним напрямом.

За часів СРСР також існував міф про безкоштовність медицини. В той же час включно до 2018 року вказані конституційні права громадян України у сфері охорони здоров'я не були забезпечені дієвими інструментами реалізації.

Станом на 2016 рік системи охорони здоров'я в Україні мала такі характеристики:

- відчутне відставання від європейських країн в плані показників тривалості життя та смертності: у 2017 році різниця середньої тривалості життя в Україні та країнах Європейського союзу складала майже десять років;

- суттєво низький рівень ВВП на душу населення, який не дозволяв забезпечити необхідний рівень видатків на сферу охорони здоров'я та залишав пацієнтів без життєво необхідних медичних послуг та лікарських засобів;

- застарілу та неефективну існуючу системи охорони здоров'я в Україні з жорсткими централізованими процедурами управління та фінансування, що призводила до високого рівня корупції у всіх сферах системи охорони здоров'я, включно із закупівлями, освітою, атестацією та працевлаштуванням лікарів, наданням медичної допомоги за відсутності прозорого гарантованого державою пакету медичних послуг.

Ключовим чинником вищевказаної ситуації був низький економічний розвиток Україні. Крім того, необхідно враховувати те, що з 2014 року триває війна з Росією, що суттєво гальмує економічний розвиток країни і несе загрозу безпеці громадян. Іншою важливою причиною незадовільних показників також є фундаментальні недоліки, накопичені в системі охорони здоров'я.

Але, незважаючи на велику кількість успадкованих від СРСР медичних закладів, Україна не змогла забезпечити та здійснити ефективні дії включно до початку реформи 2018 року, які б впливали на загальні детермінанти здоров'я української нації.

Вказане фіаско існуючої системи охорони здоров'я в Україні було також зумовлене архаїчним станом медичних закладів. У державному та комунальному управлінні на той час перебувало близько тисяч лікарень та більше 500 тисяч лікарняних ліжок, що набагато більше у перерахунку на душу населення з країнами ЄС.

Але 75% вищезазначених лікарняних ліжок мали надзвичайно низький потенціал для надання медичних послуг, оскільки були розташованими в невеликих закладах – міських та районних лікарнях, спеціалізованих лікарнях, диспансерах та сільських лікарнях. Через відсутність інвестицій та інші обмеження дуже мала кількість закладів були здатні забезпечити закупівлю сучасного комплексного медичного обслуговування.

І тому, до початку процесу трансформації сфери охорони здоров'я України, розподіл основних медичних ресурсів здійснювався центральними органами влади відповідно до застарілих галузевих норм та стандартів і

переважно на основі даних медстатистики щодо штатного розпису та кількості лікарняних ліжок.

Відповідні кошториси закладів охорони здоров'я розписувалися відповідно до жорсткої економічної класифікації, що в свою чергу не дозволяло переносити кошти з однієї статті бюджету до іншої, чи перерозподіляти відповідні фінансові ресурси на різні види діяльності з надання медичних послуг.

Кошти закладів охорони здоров'я практично повністю витрачалися відповідно до наперед затвердженого кошторису без права самостійного внесення будь-яких змін, а ті кошти, які були не витрачені на кінець року знову поверталися до державного бюджету, що робило управління медичними закладами як не гнучким так і малопродуктивним.

1.3. Фінансування системи охорони здоров'я

Витрати бюджету на охорону здоров'я охоплювали в середньому 51% від загального обсягу (близько 4% ВВП). Приватні витрати на охорону здоров'я в Україні у співвідношенні з державними, були одними з найвищих в ЄС та країнах Східної Європи.

Переважна більшість цих витрат – 95% – були виплачені домогосподарствами, а лише 5% припадали на страхові виплати, донорську та міжнародну допомогу. Бюджетні витрати переважно складалися із видатків закладів охорони здоров'я на виплату заробітної плати та оплату комунальних послуг (близько 75%). За таких обставин залишається дуже мало фінансових можливостей для фактичного надання послуг, тобто, лікування хворих, закупівлі медикаментів та витратних матеріалів, оновлення технологічних фондів тощо.

Більшість витрат домогосподарств на охорону здоров'я, що складали від 3% ВВП (близько 43 млрд грн) у 2012 до майже 4% ВВП (близько 95 млрд грн) у 2016 роках, були виплачені безпосередньо надавачам послуг. Такий рівень приватних видатків часто призводить до катастрофічних наслідків для бюджетів домогосподарств. Відповідно більшість пацієнтів не можуть собі дозволити

сучасну дороговартісну медичну допомогу. Вони вимушені затягувати із початком або відкладати продовження лікування, що веде до високої смертності, інвалідизації зниження якості життя українців із хронічними станами.

В свою чергу веде до низького запиту на таку допомогу та унеможливорює розвиток системи охорони здоров'я Протягом 2012-2017 років загальні видатки на охорону здоров'я в Україні в середньому становили 7,7% ВВП на рік (приблизно 4,1% за рахунок державного бюджету та приблизно 3,6% за рахунок приватного сектору, переважно видатків домогосподарств), що насправді не сильно відрізняється від загальносвітового та європейського тренду.

У Європейському регіоні загальні видатки на охорону здоров'я складають 8,9%, а у світі в цілому – 8,6%. Проте через низький рівень ВВП, цей показник у витратах на душу населення складає лише близько \$200, що значно нижче, ніж \$3 340 в середньому по ЄС, що також включає в себе Польщу - \$809, Болгарію - \$612 і Румунію - \$476.

Бюджет охорони здоров'я у порівнянні із іншими соціальними галузями, є найнижчим. Видатки Міністерства соціальної політики України у два з половиною рази перевищують видатки Міністерства охорони здоров'я України.

Дві третини цих видатків складає пенсійне забезпечення. Видатки Міністерства освіти і науки України також перевищують видатки Міністерства охорони здоров'я України.

Тут варто окремо зауважити, що підготовка фахівців у сфері охорони здоров'я є сферою відповідальності Міністерства охорони здоров'я України та відповідно фінансується з його бюджету, тоді як інших спеціальностей - з бюджету Міністерства освіти і науки України.

Таблиця 1.2.

**Бюджет охорони здоров'я України у порівнянні із іншими соціальними
галузями**

		2015 (млрд грн)	2016 (млрд грн)	2017 (млрд грн)	2018 (млрд грн)	2019 (млрд грн)
МОЗ		55,58	54,01	70,23	80,91	91,69
МОН		66,29	62,39	76,06	85,82	101,85
Мінсоц		105,78	151,95	145,22	162,86	234,40
Пенсійни й фонд	94,81	143, 01	133, 69	149, 97	166,51	

Висновки до розділу 1

У серпні 2014 Міністерством охорони здоров'я України було ініційовано розробку Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні. За допомогою нових стратегічних підходів до підвищення якості та доступності допомоги та зменшення фінансових ризиків для людей потрібно було надати нового поштовху реформі галузі.

Процес написання цієї Стратегії збігся із важкими та одночасно обнадійливими подіями для країни. Україна щойно пройшла через трагічні й славетні події «Революції гідності» та взялася до нової «революції», ціллю якої стала побудова міцних державних інститутів та процвітання суспільства. Багато фахівців, визнаних на міжнародному рівні, відгукнулися на прохання уряду України створити групу для розробки стратегії реформи в охороні здоров'я.

Виклики, перед якими опинилася охорона здоров'я, сильно змінилися з часів набуття Україною незалежності. Як і в багатьох інших країнах, здоров'я українців перебуває під впливом таких потужних факторів як старіння населення, швидка урбанізація та глобальне поширення нездорового способу життя.

Є надія, що викладені в Стратегії ідеї перетворяться на низку практичних дій – від урядових ініціатив та законопроектів до проектів у громадському секторі.

Також є всі передумови для того, що і професійні організації об'єднуються навколо цих ідей. Вони повинні докласти всіх зусиль аби розробити план подальших дій в кожному секторі галузі охорони здоров'я. Цей документ повинен містити необхідні інструменти та дороговкази, які допоможуть уряду приймати правильні рішення і перетворити вимоги людей на практичні дії, засновані на провідному світовому досвіді.

Стратегія побудована на переконанні, що реформа охорони здоров'я – це потужний інструмент зменшення нерівності в суспільстві, підвищення соціальної згуртованості та стабільності.

Втілюючи будь-яку реформу, важливо не забувати про постійне прагнення досягти максимальної ефективності та результативності наявних фінансових ресурсів – через запровадження розумної політики та прийняття мудрих рішень. Стратегія дозволяє більш точно визначати проблеми, а також пропонує найкращі з перевірених рішень.

У документа є дві головні мети: в першу чергу, стимулювати правильні реформи, але водночас продемонструвати тим, хто приймає рішення, що здоров'я та його охорона – потужний інструмент в політиці.

Стратегія прояснює обрій для реформи, надає їй структури та демонструє потенціал різних заходів, спрямованих на ефективний розвиток послуг охорони здоров'я.

Децентралізація та ініціативи знизу повинні стати новою реальністю в галузі. Міністерство в жодному разі не повинно одноосібно піклуватися про всі проблемні сфери.

Кожна фахова та громадська організація повинна усвідомити відповідальність за майбутнє в тій сфері, якою вона цікавиться або де вона має досвід. Адже цю реформу ми зможемо втілити лише спільними зусиллями.

Для вирішення зазначених проблем в Україні запроваджується модель державного солідарного медичного страхування, яка враховує кращі сучасні практики та досвід трансформації систем охорони здоров'я у світі, зокрема у Центральній та Східній Європі.

Основним джерелом фінансування оновленої системи охорони здоров'я є кошти Державного бюджету України, отримані із загальнодержавних податків. Виплати для лікування окремої людини не прив'язані до розміру її індивідуальних внесків. Бюджетні кошти на фінансування медицини розподіляються через новий, сучасний механізм стратегічних закупівель медичних послуг.

Відбувається перехід від фінансування постатейних кошторисів бюджетних закладів охорони здоров'я до оплати результату (тобто згідно фактично пролікованих випадків, наданих послуг або кількості підписаних декларацій із сімейним лікарем) закладам, які перетворюються на автономних неприбуткових постачальників цих послуг (державні та комунальні некомерційні підприємства), а також аптекам як постачальникам призначених лікарями лікарських засобів.

Таким чином, запроваджується принцип “гроші ходять за пацієнтом”. Для ефективного переходу на нову систему фінансування було створено платформу для збору та обміну медичною та фінансовою інформацією в електронному вигляді - систему електронної охорони здоров'я (eHealth). Така електронна система дозволить реалізувати принцип “гроші ходять за пацієнтом”, а також аналізувати ситуацію зі станом здоров'я населення, щоб оперативно розробляти

оптимальний план закупівлі медичних послуг і найбільш ефективно витратити кошти.

Консервація нинішньої системи управління, фінансування, кадрового забезпечення системи призведе лише до погіршення здоров'я населення, загострення проблеми неефективного використання фінансових ресурсів, зростання нерівності у доступі до медичної допомоги для окремих верств, подальшого невдоволення людей медичним обслуговуванням та державною політикою в цілому.

На державному рівні розпочата лише поверхнева модернізація первинної та екстреної медичної допомоги, яка не супроводжується змінами в інших сферах системи, матиме такі ж самі наслідки. Єдиний прийнятний спосіб задля вирішення ситуації – це ґрунтовний, але контрольований «капітальний ремонт» та перехід до нової моделі системи охорони здоров'я.

Незалежно від віку, місця проживання чи соціального статусу, люди усвідомлюють, що мають право на значно краще медичне обслуговування.

Вони вкрай незадоволені надмірною бюрократизацією та корупцією у медичній системі, яка заважає своєчасному задоволенню особистих і суспільних потреб, не враховує основні ризики для здоров'я та не використовує всі можливі ресурси для сталого фінансування галузі.

Громадяни хочуть, щоб система відповідала їхнім очікуванням і вимогам.

Міжнародний досвід переконливо свідчить, що ефективна система, яка здатна використовувати наявні ресурси соціально відповідальним чином, може забезпечити ефективне медичне обслуговування на засадах солідарності, справедливості та громадської співучасті, захистити населення від катастрофічних наслідків захворювань, гарантувати прозорість і відповідальність за вжиті або невжиті заходи, оперативніше реагувати на потреби та очікування населення.

Для цього потрібно забезпечити тісніший зв'язок здоров'я населення із розвитком національної економіки та підвищенням добробуту громадян.

Модернізація існуючої системи фінансування медичної галузі є радикальним кроком, тому передбачені нею зміни мають здійснюватися поступово. Поступовість є особливо важливою для забезпечення належного соціального захисту та перепідготовки працівників системи охорони здоров'я в умовах її докорінної реорганізації, а також для розбудови інформаційних систем, ефективної консолідації ресурсів для інвестицій у розвиток перспективних закладів охорони здоров'я в новоутворених госпітальних округах, закріплення нових функцій громад та місцевого самоврядування в системі медичного страхування, забезпечення ефективної соціальної комунікації і роз'яснення суті, механізмів та очікуваних результатів трансформації широким верствам населення.

Новостворені госпітальні округи — це функціональні об'єднання закладів охорони здоров'я, розміщених на відповідній території, що забезпечують надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги населенню цієї території.

Метою їх створення є гарантування пацієнтам своєчасності доступу до спеціалізованої медичної допомоги та забезпечення максимально можливої якості медичної допомоги за умови раціонального та ощадливого використання бюджетних коштів.

РОЗДІЛ 2.

РОЛЬ І МІСЦЕ НАЦІОНАЛЬНОЇ СЛУЖБИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

2.1. Юридична база діяльності НСЗУ

28 грудня 2017 року Президент України підписав Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та Закон «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», [7] що дали старт медичній реформі, а Кабмін ухвалив базові документи, які дозволять розпочати системні зміни, зокрема — Положення про Національну службу здоров'я України, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101.[3]

Ці документи є ключовими для впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я та функціонування НСЗУ як спеціального органу виконавчої влади у галузі охорони здоров'я України.

1. Національна служба здоров'я України є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. НСЗУ це національний страховик, який укладає договори із закладами охорони здоров'я та закуповує у них послуги з медичного обслуговування населення.

2. НСЗУ у своїй діяльності керується Конституцією та законами України, указами Президента України і постановами Верховної Ради України, прийнятими відповідно до Конституції та законів України, актами Кабінету Міністрів України, іншими актами законодавства.

3. Основними завданнями НСЗУ є:

1) реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій);

2) виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;

3) внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

4. НСЗУ відповідно до покладених на неї завдань:

1) узагальнює практику застосування законодавства з питань, що належать до її компетенції, розробляє пропозиції щодо вдосконалення законодавчих актів, актів Президента України, Кабінету Міністрів України, нормативно-правових актів міністерств та в установленому порядку вносить їх на розгляд Міністра охорони здоров'я;

2) проводить аналіз і прогнозування потреб населення України у медичних послугах та лікарських засобах з метою розроблення проекту програми медичних гарантій, здійснення стратегічних закупівель медичних послуг та реімбурсації лікарських засобів за програмою медичних гарантій;

3) розробляє проект програми медичних гарантій та проекти специфікацій і умов закупівлі медичних послуг за програмою медичних гарантій, вносить пропозиції щодо тарифів і коригувальних коефіцієнтів:

3-1) визначає референтні заклади охорони здоров'я та аналізує витрати таких закладів на медичне обслуговування у встановленому законодавством порядку;

3-2) надає пропозиції та консультації щодо формування, структури, функціонування та підвищення ефективності мережі закладів охорони здоров'я державної та комунальної форми власності, структури та функціонування госпітальних округів;

3-3) аналізує звіти про доходи і витрати надавачів медичних послуг з метою проведення розрахунку тарифів і коригувальних коефіцієнтів та здійснення інших повноважень, передбачених законодавством;

4) укладає, змінює та припиняє договори про медичне обслуговування населення та договори про реімбурсацію;^[3]

5) здійснює заходи, що забезпечують цільове та ефективне використання коштів за програмою медичних гарантій, у тому числі заходи з перевірки

дотримання надавачами медичних послуг вимог, установлених порядком використання коштів програми медичних гарантій і договорами про медичне обслуговування населення, та моніторинг виконання договорів про реімбурсацію аптечними закладами;

6) отримує та обробляє необхідні для здійснення своїх повноважень персональні дані та іншу інформацію про пацієнтів (у тому числі інформацію про стан здоров'я, діагноз, відомості, одержані під час медичного обстеження пацієнтів), надавачів медичних послуг, суб'єктів господарювання, які провадять господарську діяльність на підставі ліцензії на провадження господарської діяльності з роздрібною торгівлі лікарськими засобами та уклали договір про реімбурсацію (далі - аптечні заклади), незалежно від форми власності та підпорядкування з дотриманням вимог Закону України "Про захист персональних даних";[8]

7) забезпечує функціонування електронної системи охорони здоров'я (далі - система), визначає напрями її розвитку, проводить верифікацію даних у системі, затверджує технічні вимоги до електронних медичних інформаційних систем;

8) забезпечує ведення реєстрів, що входять до складу електронної системи охорони здоров'я, інших державних електронних баз та реєстрів, інших інформаційних систем у сфері, що належить до її компетенції;

9) здійснює оплату згідно з тарифом за надані пацієнтам медичні послуги (включаючи медичні вироби) та лікарські засоби за договорами про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій;

10) здійснює відшкодування вартості лікарських засобів за договорами про реімбурсацію за програмою медичних гарантій;

11) надає особі інформацію про неї, що міститься в електронній системі охорони здоров'я, та відомості про осіб, які подавали запити щодо зазначеної інформації відповідно до законодавства;[3]

12) опубліковує на своєму офіційному веб-сайті дані, накопичені в електронній системі охорони здоров'я, за умови знеособлення персональних

даних відповідно до вимог Закону України “Про захист персональних даних” в обсязі та в порядку, встановлених Кабінетом Міністрів України;

13) аналізує звітність надавачів медичних послуг щодо переліку та обсягу наданих медичних послуг за договорами про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій:

13-1) аналізує звітність аптечних закладів про відпущені лікарські засоби та їх вартість, яка підлягає реімбурсації;

14) інформує уповноважені державні органи про виявлені порушення умов договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій і договорів про реімбурсацію та звертається до суду у випадках, передбачених законом;

15) розглядає звернення та скарги з питань, що належать до її компетенції, виявляє та вживає заходів для усунення причин, що призводять до подання скарг;

16) інформує Раду громадського контролю щодо запропонованого складу програми медичних гарантій, тарифів та коригувальних коефіцієнтів, розмірів реімбурсації лікарських засобів, отримує та забезпечує доведення позиції Ради громадського контролю з цього приводу до відома МОЗ;

17) забезпечує інформування населення про програму медичних гарантій, організовує роз'яснювальну роботу, пов'язану з практикою застосування законодавства з питань, що належать до компетенції НСЗУ;

18) забезпечує створення можливості для реалізації пацієнтами їх права на вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, шляхом надання роз'яснень стосовно надавачів медичних послуг, пов'язаних з наданням первинної медичної допомоги, та інформації про лікарів, що працюють у таких надавачів медичних послуг;

19) складає і подає фінансову, бюджетну звітності про отримання та використання бюджетних коштів у встановленому законодавством порядку;^[3]

20) публікує щорічний звіт про результати діяльності, який включає результати аналізу та середньостроковий прогноз потреб населення у медичному обслуговуванні та лікарських засобах за програмою медичних гарантій,

результати аналізу виконання надавачами медичних послуг договорів про медичне обслуговування населення, аналізу виконання аптечними закладами договорів про реімбурсацію, та оприлюднює інші відомості, що можуть сприяти підвищенню якості медичного обслуговування за програмою медичних гарантій, розпорядником або володільцем яких вона є, з дотриманням вимог законодавства про захист персональних даних та інформації з обмеженим доступом;

21) забезпечує доступ до публічної інформації, розпорядником якої є НСЗУ;

22) проводить фінансовий аналіз та довгострокове планування сталого фінансування програми медичних гарантій;

23) узагальнює інформацію та розробляє стратегічні напрями розвитку медичного обслуговування населення з метою досягнення універсального охоплення населення України необхідними медичними послугами та лікарськими засобами за програмою медичних гарантій;

24) розробляє проекти державних цільових програм з питань, що належать до її компетенції, бере участь у забезпеченні виконання таких програм:

24-1) здійснює управління знаннями у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення;

24-2) сприяє розвитку наукових досліджень у сфері реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, забезпечує впровадження наукових підходів;

24-3) здійснює моніторинг та оцінювання виконання програми медичних гарантій;

24-4) збирає та обробляє аналітичні дані на підставі інформації, яка міститься в електронній системі охорони здоров'я;^[3]

24-5) оприлюднює відомості, що можуть сприяти підвищенню якості медичного обслуговування за програмою медичних гарантій, розпорядником або володільцем яких вона є, з дотриманням вимог законодавства про захист персональних даних та щодо інформації з обмеженим доступом;

25) здійснює інші повноваження, визначені законом.

5. НСЗУ з метою організації своєї діяльності:

1) забезпечує в межах повноважень, передбачених законом, здійснення заходів щодо запобігання корупції і контроль за їх здійсненням в апараті НСЗУ, її територіальних органах, на підприємствах, в установах та організаціях, що належать до сфери її управління;

2) забезпечує організацію внутрішнього контролю та внутрішнього аудиту;

3) забезпечує ефективне і цільове використання бюджетних коштів;

4) організовує планово-фінансову роботу в апараті НСЗУ, здійснює контроль за використанням фінансових і матеріальних ресурсів, забезпечує організацію та вдосконалення бухгалтерського обліку в установленому законодавством порядку;

5) забезпечує в межах повноважень, передбачених законом, реалізацію державної політики щодо державної таємниці, її збереження в апараті НСЗУ;

6) забезпечує в межах повноважень, передбачених законом, захист інформації з обмеженим доступом, а також технічний захист інформації, здійснення контролю за її збереженням в апараті НСЗУ;

7) забезпечує в межах повноважень, передбачених законом, виконання завдань з мобілізаційної підготовки та мобілізаційної готовності держави;

8) забезпечує в межах повноважень, передбачених законом, виконання завдань у сфері цивільного захисту, охорони праці, пожежної та техногенної безпеки, здійснення заходів щодо захисту населення і територій під час надзвичайних ситуацій, контроль за їх виконанням в апараті НСЗУ;^[3]

9) забезпечує в межах повноважень, передбачених законом, залучення громадян до участі в управлінні державними справами, ефективну взаємодію з інститутами громадянського суспільства, здійснення громадського контролю за діяльністю НСЗУ, врахування громадської думки під час реалізації державної політики у сфері, що належить до компетенції НСЗУ;

10) здійснює в установленому порядку добір кадрів до апарату НСЗУ та на керівні посади в її територіальні органи, на підприємства, в установи та організації, що належать до сфери її управління, організовує роботу з підготовки,

перепідготовки, спеціалізації та підвищення кваліфікації працівників НСЗУ та її територіальних органів;

11) одержує від закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичних осіб - підприємців, що провадять господарську діяльність з медичної практики, які уклали договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій або звертаються до НСЗУ з метою укладення такого договору, документи та інформацію з питань, що належать до компетенції НЗСУ;

12) організовує ведення діловодства та архівне зберігання документів відповідно до встановлених правил;

13) координує та контролює діяльність територіальних органів НСЗУ.

6. НСЗУ для виконання покладених на неї завдань має право:

1) залучати в установленому порядку до виконання окремих робіт, участі у вивченні окремих питань вчених і фахівців, працівників центральних і місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, професійних спілок медичних та фармацевтичних працівників, підприємств, установ та організацій (за погодженням з їх керівниками);

2) одержувати безоплатно від центральних і місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ, організацій незалежно від форми власності та їх посадових осіб необхідні для виконання покладених на неї завдань інформацію, документи і матеріали, зокрема від органів статистики - статистичні дані;

3) скликати наради, утворювати комісії та робочі групи, проводити наукові конференції, семінари з питань, що належать до її компетенції;[3]

4) користуватися відповідними інформаційними базами даних державних органів, державною системою урядового зв'язку та іншими технічними засобами в установленому законодавством порядку;

5) взаємодіяти в межах повноважень з науковими, науково-дослідними установами, закладами освіти, закладами охорони здоров'я, іншими підприємствами, установами та організаціями у сфері реалізації освітніх та

навчальних проектів, проведення досліджень, стажування, виробничої практики та обміну досвідом з питань, що належать до компетенції НСЗУ.

7. НСЗУ у процесі виконання покладених на неї завдань взаємодіє в установленому порядку з іншими державними органами, допоміжними органами і службами, утвореними Президентом України, тимчасовими консультативними, дорадчими та іншими допоміжними органами, які утворені Кабінетом Міністрів України та органами місцевого самоврядування, об'єднаннями громадян, громадськими спілками, профспілками та організаціями роботодавців, відповідними органами іноземних держав і міжнародних організацій, а також з підприємствами, установами та організаціями.

8. НСЗУ здійснює свої повноваження безпосередньо та через утворені в установленому порядку територіальні органи.

9. НСЗУ в межах повноважень, передбачених законом, на основі і на виконання Конституції та законів України, актів Президента України і постанов Верховної Ради України, прийнятих відповідно до Конституції та законів України, актів Кабінету Міністрів України і наказів МОЗ видає накази організаційно-розпорядчого характеру, організовує та контролює їх виконання.

10. НСЗУ очолює Голова, який призначається на посаду та звільняється з посади Кабінетом Міністрів України за пропозицією Комісії з питань вищого корпусу державної служби.[3]

11. Голова НСЗУ:

1) очолює НСЗУ, здійснює керівництво її діяльністю, представляє НСЗУ у відносинах з іншими органами, підприємствами, установами та організаціями в Україні та за її межами;

2) у межах компетенції організовує та контролює виконання в апараті НСЗУ та її територіальних органах Конституції та законів України, актів Президента України та Кабінету Міністрів України, наказів міністерств, що належать до сфери діяльності НСЗУ;

3) вносить на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозиції щодо формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій

медичного обслуговування населення, зокрема розроблені НСЗУ проекти законів, актів Президента України, Кабінету Міністрів України, наказів МОЗ, а також визначає позицію щодо проектів, розробниками яких є інші міністерства;

4) подає Міністру охорони здоров'я для затвердження плани роботи НСЗУ;

5) затверджує за погодженням з Міністром охорони здоров'я структуру апарату НСЗУ;

6) забезпечує виконання НСЗУ наказів та доручень Міністра охорони здоров'я з питань, що належать до компетенції НСЗУ;

7) забезпечує взаємодію НСЗУ із структурним підрозділом МОЗ, визначеним Міністром охорони здоров'я відповідальним за взаємодію з НСЗУ;

8) забезпечує дотримання встановленого Міністром охорони здоров'я порядку обміну інформацією між МОЗ і НСЗУ та вчасність її подання;

9) звітує перед Міністром охорони здоров'я про виконання планів роботи НСЗУ та покладених на неї завдань, про усунення порушень та недоліків, виявлених під час проведення перевірок діяльності НСЗУ, її територіальних органів, а також про притягнення до відповідальності посадових осіб, винних у допущених порушеннях;

10) розподіляє обов'язки між своїми заступниками;

11) затверджує положення про самостійні структурні підрозділи апарату НСЗУ;[3]

12) призначає на посаду та звільняє з посади у порядку, передбаченому законодавством про державну службу, державних службовців апарату НСЗУ (якщо інше не передбачено законом);

13) приймає на роботу та звільняє з роботи в порядку, передбаченому законодавством про працю, працівників НСЗУ;

14) вносить Міністру охорони здоров'я пропозиції щодо утворення в межах граничної чисельності державних службовців та працівників НСЗУ і коштів, передбачених на її утримання, а також щодо ліквідації, реорганізації Кабінетом Міністрів України територіальних органів НСЗУ, які є юридичними особами публічного права;

15) утворює у межах граничної чисельності державних службовців та працівників НСЗУ і коштів, передбачених на її утримання, ліквідує, реорганізовує за погодженням з Кабінетом Міністрів України та Міністром охорони здоров'я територіальні органи НСЗУ як структурні підрозділи апарату НСЗУ;

16) призначає на посаду за погодженням з Міністром охорони здоров'я та головами відповідних місцевих держадміністрацій, звільняє з посади керівників територіальних органів НСЗУ;

17) призначає на посаду за погодженням з Міністром охорони здоров'я, звільняє з посади заступників керівників територіальних органів НСЗУ;

18) утворює, ліквідує, реорганізовує підприємства, установи, організації, затверджує їх положення (статути), в установленому порядку призначає на посаду та звільняє з посади їх керівників, здійснює в межах своїх повноважень інші функції з управління об'єктами державної власності, що належать до сфери його управління;

19) скасовує повністю чи в окремії частині акти територіальних органів НСЗУ;

20) забезпечує реалізацію державної політики щодо державної таємниці, контроль за її збереженням в апараті НСЗУ;^[3]

21) забезпечує організацію підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації державних службовців і працівників НСЗУ;

22) вирішує в установленому порядку питання щодо заохочення та притягнення до дисциплінарної відповідальності державних службовців та працівників апарату НСЗУ, керівників її територіальних органів, присвоює їм ранги державних службовців;

23) вносить в установленому порядку подання щодо представлення державних службовців та працівників апарату НСЗУ, її територіальних органів до відзначення державними нагородами України;

24) залучає державних службовців та працівників територіальних органів НСЗУ, а за домовленістю з керівниками - державних службовців та працівників

міністерств, інших центральних органів виконавчої влади, місцевих органів виконавчої влади, органів влади Автономної Республіки Крим, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ і організацій до розгляду питань, що належать до компетенції НСЗУ;

25) утворює комісії, робочі та експертні групи;

26) скликає та проводить наради з питань, що належать до компетенції НСЗУ;

27) підписує накази НСЗУ;

28) у межах повноважень дає доручення, обов'язкові до виконання державними службовцями і працівниками апарату НСЗУ та її територіальних органів;

29) за погодженням з Мінфіном затверджує штатний розпис та кошторис апарату НСЗУ;

30) приймає в установленому порядку рішення про розподіл бюджетних коштів, розпорядником яких є НСЗУ;

31) здійснює інші повноваження, визначені законом.[3]

12. Голова НСЗУ має заступників, які призначаються на посаду Кабінетом Міністрів України на підставі пропозицій Комісії з питань вищого корпусу державної служби за результатами конкурсу відповідно до законодавства про державну службу.

Заступники Голови НСЗУ звільняються з посади Кабінетом Міністрів України на підставі пропозицій Комісії з питань вищого корпусу державної служби відповідно до законодавства про державну службу.

13. Для підготовки рекомендацій щодо виконання завдань у НСЗУ може утворюватись колегія як консультативно-дорадчий орган.

Рішення колегії можуть бути реалізовані шляхом видання відповідного наказу НСЗУ.

Для розгляду наукових рекомендацій та проведення фахових консультацій з основних питань діяльності в НСЗУ можуть утворюватися інші постійні або тимчасові консультативні, дорадчі та інші допоміжні органи.

Рішення про утворення чи ліквідацію колегії, інших постійних або тимчасових консультативних, дорадчих та інших допоміжних органів, їх кількісний та персональний склад, положення про них затверджуються Головою НСЗУ.

14. Гранична чисельність державних службовців та працівників НСЗУ затверджується Кабінетом Міністрів України.

Структура апарату НСЗУ затверджується її Головою за погодженням з Міністром охорони здоров'я.

Штатний розпис та кошторис апарату НСЗУ затверджуються її Головою за погодженням з Мінфіном.

15. НСЗУ є юридичною особою публічного права, має печатку із зображенням Державного Герба України та своїм найменуванням, власні бланки, рахунки в органах Казначейства.

Як видно із вищенаведеного, однією із функцій НСЗУ згідно Положення є закупівлі медичних послуг у закладів охорони здоров'я.

На мою думку, основними недоліками пакетів надання медичних послуг, які розроблені НСЗУ, є надзвичайна складність дотримання та практичного виконання затверджених до них вимог.[3]

У 2020 році на виконання Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” запрацювала у повному обсязі Програма медичних гарантій. Національна служба здоров'я України закуповує з 2020 року медичні послуги у закладах охорони здоров'я усіх рівнів (далі – ЗОЗ), які є надавачами медичних послуг, надання медичної допомоги, організаційно-правової форми (крім бюджетної установи) та форми власності і оплачує їх за договором.

Процедура закупівель медичних послуг передбачає дотримання надавачами умов надання послуг та специфікацій на конкретні послуги/групи послуг.

Вимоги до надання послуг згруповані в пакети медичних послуг. Пакет медичних послуг – новий термін в сфері охорони здоров'я в Україні. Пакет

медичних послуг складається, власне, з медичних послуг, до яких застосовується єдиний опис щодо специфікації послуг і до надання яких встановлюються єдині умови надання таких послуг. Також, всі послуги, що включені до пакету, будуть оплачені з використанням єдиного типу тарифу. Власне тариф може відрізнятися для різних послуг в пакеті, але підхід до оплати (наприклад, за глобальним бюджетом), не буде відрізнятися. Вимоги до медичних послуг, які будуть надаватися за Програмою медичних гарантій, розроблені для закладів (надавачів медичних послуг), які бажають укласти договір з НСЗУ. Формувалися вимоги на основі галузевих стандартів, уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги, примірних табелів матеріально-технічного оснащення, інших чинних нормативно-правових актів та міжнародних рекомендацій, які регулюють сферу надання медичних послуг. Необхідне обладнання для надання медичних послуг може бути у власності закладу або інша юридична особа може надавати необхідне обладнання на умовах договору.

Обов'язковими умовами для укладення договорів з НСЗУ залишаються:

- автономізації закладу (перетворення в комунальне некомерційне/казенне підприємство);
- комп'ютеризації закладу (встановлення комп'ютерів або інших технічних засобів, наприклад планшетів, смартфонів, тощо);
- підключення закладу до ЦБД ЕСОЗ через обраний МІС (ЕСОЗ – електронна система охорони здоров'я - двокомпонентна система, в якій користувач через МІС – медичну інформаційну систему взаємодіє з ЦБД – центральною базою даних);
- наявності у закладу діючої ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики;
- підписання договору з Національною службою здоров'я України.

Вимоги до медичних послуг сформовані таким чином, що теоретично будь-який заклад, незалежно від його назви, рівня надання медичної допомоги та спеціалізації, який відповідає вимогам до надання послуг в межах Програми

медичних гарантій, може укласти договір з НСЗУ на надання відповідної послуги/групи послуг.

Враховуючи вищевикладене, вищевказана система закупівлі медичних послуг, які згруповані у відповідні пакети медичних послуг, є креативною і дієвою, але на практиці складається дещо інша ситуація.

Так, наприклад, Національною службою здоров'я України у кінці 2020 року було зупинено фінансову виплату 93 закладам охорони здоров'я за окремими пакетами медичних послуг. Про це офіційно розповів в.о. голови НСЗУ Андрій Віленський.

З його слів, ці 93 медичні заклади не виконали відкладених вимог за договорами про надання медичних послуг.

Умови стосувалися дозакупівлі необхідного обладнання та комплектації штату, а також відсутності ліцензії на використання наркотичних засобів.

"На початку року понад 500 закладів охорони здоров'я в Україні уклали договір з НСЗУ із зобов'язанням виконати відкладені вимоги. Власники та керівники медичних закладів, які отримували кошти від НСЗУ на відкладених умовах, мали 6 місяців для дообладнання своїх лікарень і забезпечення необхідними фахівцями, - пояснив Віленський. - 30 вересня 2020 року сплив термін виконання закладами відкладених вимог за договором з НСЗУ. Невиконання вимог є підставою для відмови НСЗУ від договору".

Віленський також розповів, що решта закладів виконали відкладені умови:

"Петрівська ЦРЛ у Кіровоградській області "переманила" до свого закладу трьох анестезіологів з Жовтих Вод, забезпечивши їх земельними ділянками та підвищеною заробітною платою, - наводить приклади Віленський. - П'ятихатська ЦРЛ направила на курси свого акушера-гінеколога, він перекваліфікується в анестезіолога. Мирноградська центральна міська лікарня виконала аж 13 вимог. Вони закупили та отримали благодійну допомогу - медичне обладнання, у значно більшій кількості, ніж вимагалось".

Найбільше медичних закладів - 93 - не виконали вимоги (або виконали невчасно) за пакетом послуг "Стаціонарна допомога дорослим та дітям без

проведення хірургічних операцій”. За пакетом “Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям” - 33 медзаклади. За пакетом “Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах” - 12 медзакладів. За пакетом “Психіатрична допомога дорослим та дітям” - 6 медзакладів. За пакетом “Лікування пацієнтів методом екстракорпорального гемодіалізу в амбулаторних умовах” - 2 медзаклади.

Головні причини невідповідності вимогам НСЗУ - відсутність медичного обладнання (зокрема апаратів штучної вентиляції легень, моніторів пацієнта, портативних дефібриляторів, апаратів ультразвукової діагностики та інших), нестача необхідної кількості медичних фахівців, зокрема лікарів-анестезіологів, для надання цілодобової медичної допомоги, а також відсутність ліцензії щодо обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

Без виконання цих вимог заклади охорони здоров'я не можуть забезпечити стаціонарну допомогу пацієнту цілодобово, а також провести необхідну діагностику, здійснити знеболення чи вчасно надати допомогу при погіршенні стану пацієнта.

Найбільша кількість таких закладів була на той період у Дніпропетровській області - 14, у Закарпатській - 8 та в Одеській, Івано-Франківській і Донецькій - по 7 закладів.

Екс очільниця НСЗУ Оксана Мовчан додала: "Ми були змушені продавати реформу кожному новому міністру охорони здоров'я заново".

За жовтень і листопад 2020 року було 39 медичних закладів, що несвоєчасно виконали відкладені вимоги умов закупівлі медичних послуг.

Причому 7 із них - за двома чи більше пакетами послуг.

Таких закладів було найбільше у Закарпатській області - 9, в Одеській - 4, у Рівненській, Черкаській, Львівській і місті Києві - по 3 заклади. Ці медичні заклади отримали менше коштів за надані медичні послуги.

"Національна служба здоров'я працює в інтересах пацієнта і оплачує послуги лише в тих закладах, де є потрібне обладнання та фахівці і де пацієнту можуть надати безпечну медичну послугу, - говорить Віленський. - Щойно

медичний заклад виконає всі вимоги, Національна служба здоров'я України відразу ж відновить фінансування - від дати виконання вимог" [68].

Тобто, на мою думку, додаткова закупівля необхідного обладнання та комплектації штату відповідними фахівцями – це вимога НСЗУ, яку важко втілити, ще й в короткі строки, тому що це залежить від місцевого бюджету конкретної області та кадрового медичного потенціалу певного регіону.

2.2. Показники діяльності НСЗУ на сучасному етапі

Візія та місія Національної служби здоров'я України відображена у відповідних річних звітах, які служба офіційно оприлюднює на своєму офіційному сайті НСЗУ [69]

Зокрема, це стосується діяльності НСЗУ як оператора Програми медичних гарантій.

Національна служба здоров'я впроваджує в Україні принцип універсального охоплення медичними послугами Інструментом його досягнення є Програма медичних гарантій.

Це — перелік та обсяг медичних послуг і ліків, які держава гарантує населенню та оплачує з коштів державного бюджету за єдиними тарифами.

Це — прозорі правила доступу до медичних послуг, які відомі пацієнтам, дають їм фінансову точку опори під час лікування і тим самим запобігають катастрофічним витратам на медичну допомогу з власних кишень.

В Україні Програма медичних гарантій у повному обсязі впроваджується з квітня 2020 року.

Програму медичних гарантій розробляли з опорою на потреби пацієнтів у медичних послугах та результативність методів лікування, а також з урахуванням принципу реалістичності. Визначено пріоритетні послуги: лікування гострого мозкового інсульту та гострого інфаркту міокарда, медична допомога при пологах та у складних неонатальних випадках, а також інструментальні обстеження для ранньої діагностики онкології. До пріоритетних

послуг застосували особливий підхід: підвищені вимоги до закладу, відповідним чином підвищені тариф та оплату за фактично надану послугу.

Для більшості видів медичної допомоги НСЗУ платить не за окрему послугу, а за комплекс послуг. Щоб їх структурувати, НСЗУ запропонувала поняття пакетів медичних послуг. У кожному пакеті визначено, що саме фінансується, які є вимоги до надання послуг і як їх оплачують. У 2020 році Програма медичних гарантій включала 32 пакети.

Крім того, у річних звітах, починаючи з часу оголошення пандемії на коронавірусну хворобу, відображена реакція служби на ситуацію з COVID-19.

Реагуючи на поточну ситуацію з пандемією, НСЗУ оперативно розширила Програму медичних гарантій на додаткові чотири пакети. Це пакети послуг, пов'язані з наданням допомоги пацієнтам з COVID-19 та підозрою на нього (Додаток В).

Окрім двох названих розділів «Програма медичних гарантій» та «COVID-19», звіти НСЗУ також містять розділи: «Укладені договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій», «Доступні ліки» та «Електронні медичні записи».

Звіт за другий квартал 2021 року має нову структуру та дизайн і складається з чотирьох розділів: «Програма медичних гарантій»; «COVID-19»; «Доступні ліки» та «Електронні медичні записи» [70]

Так, зі звіта можна дізнатись, що у II кварталі 2021 року (Рис. 2.4-2.15):

- понад 31 млн українців обрали свого лікаря, а це - 75,7% від наявного населення

Також у II кварталі 2021 року:

- 4 968 169 811 грн виплачено НСЗУ закладам ПМД;

- 10 306 аптек та аптечних пунктів беруть участь в урядовій програмі реімбурсації “Доступні ліки”;

- 1 091 748 пацієнтів отримали “Доступні ліки” за е-рецептом;

- 15 086 698 152 грн виплачено НСЗУ спеціалізованим закладам. А щодо пріоритетних послуг, то за 127 381 випадків обстежень з ранньої діагностики

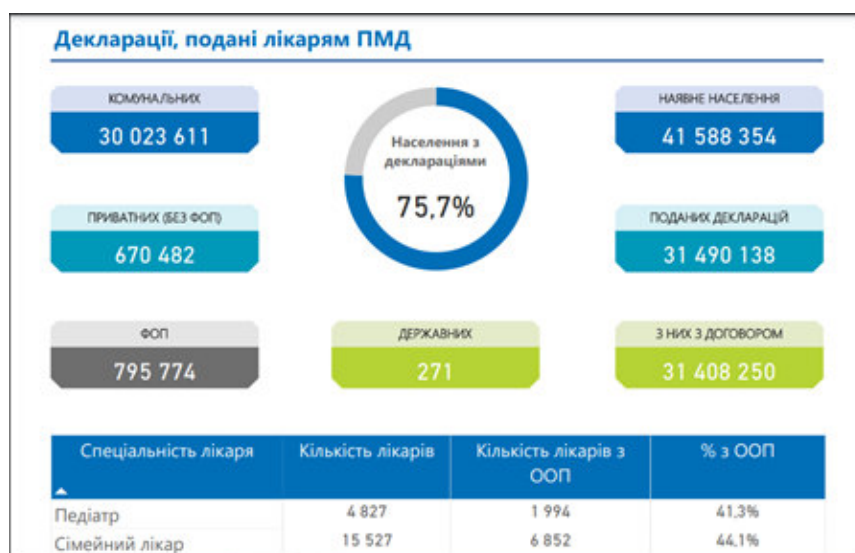


Рис. 2.2. Декларації, подані лікарям ПМД



Рис. 2.3. Розподіл декларацій

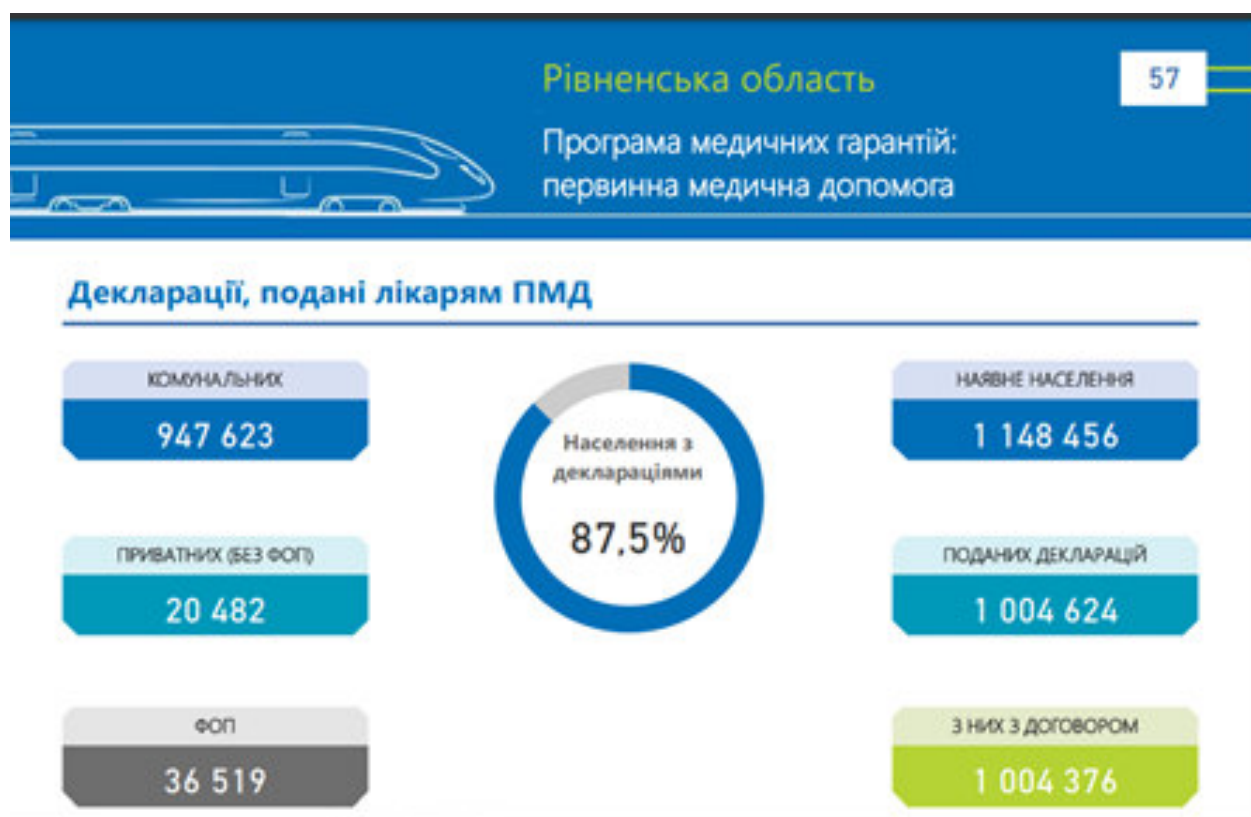


Рис. 2.4. Декларації подані лікарям по Рівненській області

Проліковано випадків



Сума оплат за надані послуги



Примітка!
Дані наведено за місцем реєстрації юридичної особи

 **Національна служба
здоров'я України**

Рис.2.5. Сума оплат за надані послуги



Рис. 2.6. Оплати за видом допомоги

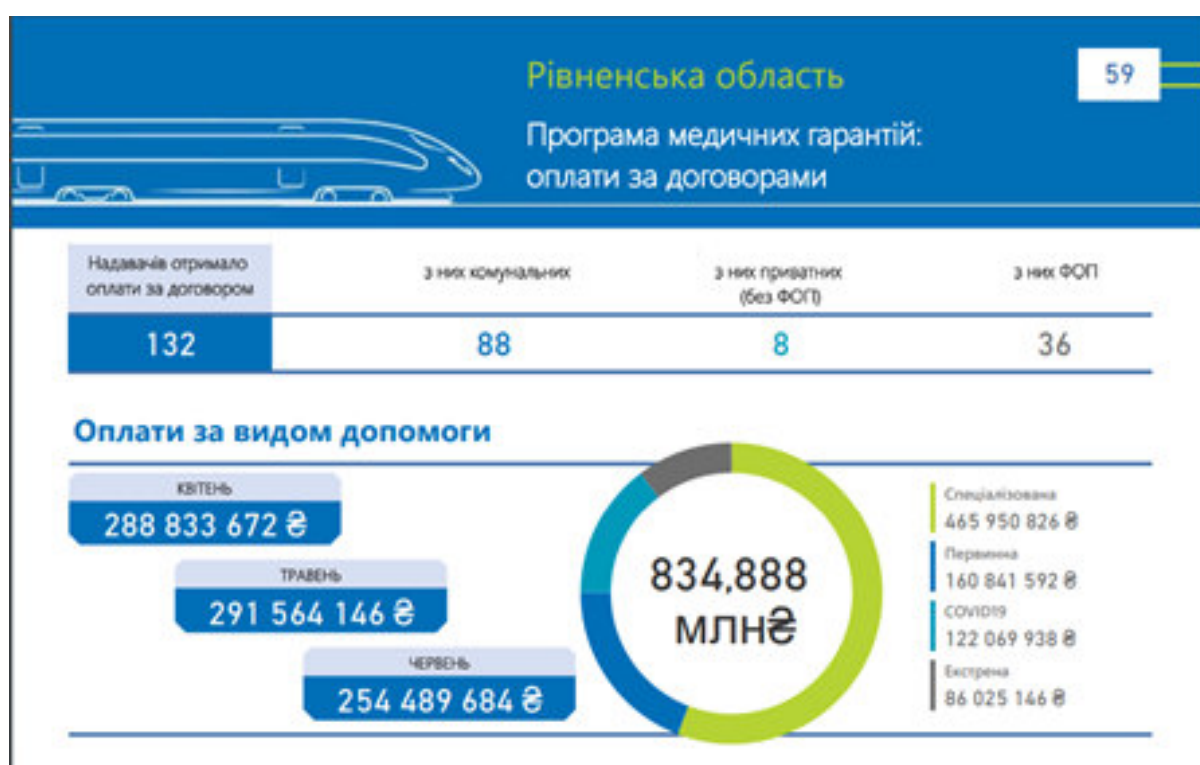


Рис. 2.7. Оплати за видом допомоги по Рівненській області



Рис. 2.8. Оплати по COVID-19



Рис. 2.9. Кількість оплачуваних вакцинацій



Рис. 2.10. Суми оплат за проведену вакцинацію



Рис. 2.11. Кількість оплачуваних вакцинацій по Рівненській області

Рис. 2.12. Графік створення електронних медичних записів

2.3. Міжнародний досвід і приклади функціонування

Охорона здоров'я Великобританії - тип системи охорони здоров'я, що поступово втілюється як у законотворчу, так і в медичну практики України, і який проявляється у формах сімейної і приватної медицини, страхуванні, багатоджерельному фінансуванні, високих соціальних стандартах [82].

У зв'язку з цим, українська медицина має нагадувати британську, адже саме британська модель лежить в основі реформи охорони здоров'я нашої країни.

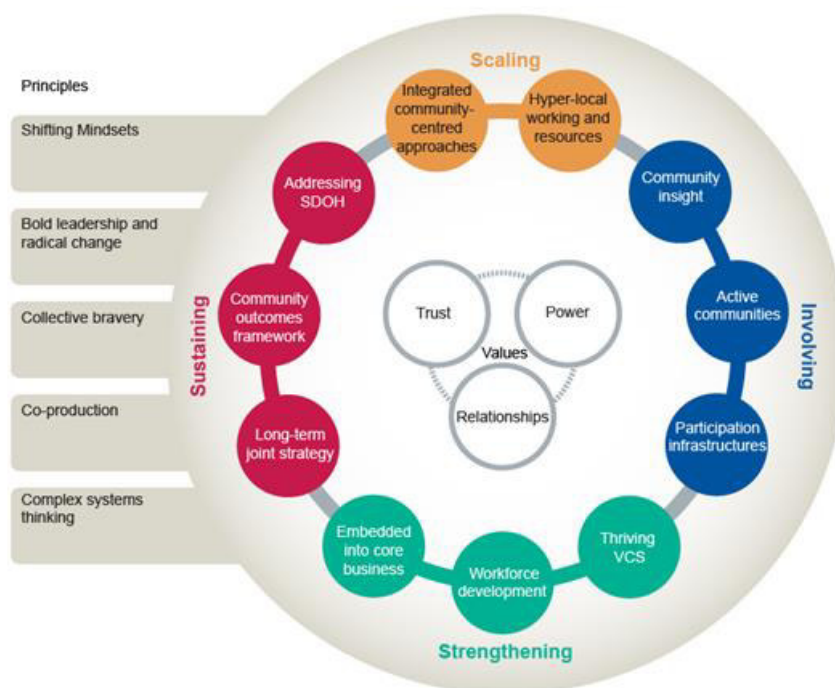


Рис. 2.13. Основні принципи медичної системи Великобританії

Національна служба охорони здоров'я Англії знаходиться на 18 сходинці із 190 у світовому рейтингу систем охорони здоров'я. На першому місці — Франція, на сьомому — Іспанія, на 37 — США, а Швейцарія на 20.

Об'єднане Королівство не має єдиної системи охорони здоров'я. Є Національна служба охорони здоров'я Англії (National Health Service, NHS), а є служба здоров'я Уельсу, Шотландії і Північної Ірландії. NHS Англії є однією із найефективніших і найпотужніших систем охорони здоров'я у світі.

І це перша відмінність між медичними системами України та Великої Британії.

На даний момент Національна служба здоров'я України є прямим аналогом Національної служби охорони здоров'я Англії із подібними функціями та повноваженнями.

Близько 90% людей повністю підтримують принципи та діяльність Національної служби охорони здоров'я Англії. Служба має довіру суспільства як жодна інша інституція в країні.

Понад 60% готові платити більше власних податків для фінансування Національної служби охорони здоров'я.

Національна служба охорони здоров'я Англії обслуговує понад 54 мільйони пацієнтів. Упродовж кожних 36 годин її послугами користується 1 мільйон осіб.

В Національній службі охорони здоров'я Англії працює понад 1,2 мільйона працівників. В усьому Об'єднаному Королівстві приходитьсь 2,8 лікаря на 1000 людей, а це є відносно мало.

Спектр послуг, що покриває Національна служба охорони здоров'я Англії — дуже широкий. Це первинна і спеціалізована допомога, вакцинація, пологи, скринінги стану здоров'я, лікування хронічних хвороб, госпіталізація, оплата ліків (хоча і не завжди повна і лише тих, що мають доведену ефективність), невідкладна допомога, трансплантація, паліативна допомога (не завжди в повному обсязі), візити патронажної медсестри. Стоматологічні послуги покриваються частково.

Серед медичних працівників 150 тисяч становлять лікарі вторинної допомоги, 40 тисяч сімейних лікарів, 314 тисяч медичних сестер і братів, 18 тисяч працівників невідкладної допомоги та понад 111 тисяч медичних соціальних працівників та стоматологів.

Тимчасові посади і лікарі, які ведуть приватну практику, не враховані у вищевказаних даних. Менеджмент становить 3% співробітників, це досить нормально у порівнянні з тими самими США. Але, особливим є той момент, що

медичні працівники, крім лікувальної справи, виконують менеджерську роботу. Так, само як в Україні, наприклад, заступники директорів комунальних некомерційних підприємств (закладів охорони здоров'я) крім медичної, здійснюють і менеджерську діяльність.

Лікарі первинної ланки також як в українській новітній реформованій системі приймають значну частку роботи на себе.

Але у Великобританії, сімейні лікарі здебільшого працюють у практиках — об'єднаннях кількох лікарів та інших медичних працівників. На одного сімейного лікаря припадає близько 1500 тисяч пацієнтів, а на практику — 7500.

В Україні на сімейного лікаря припадає приблизно 1500 тисяч пацієнтів.

Раніше дохід лікаря вираховувався в залежності від віку і статі його пацієнтів, смертності чи ефективності призначеного лікування, в тому числі економічній. Наразі дохід звели до кількості пацієнтів, для яких лікар заповнив електронну медичну картку, аналогічно як в Україні.

Усі медичні практики лікарів приватні. Національна служба охорони здоров'я Англії Великої Британії відповідно до укладених угод перераховує їм кошти — 99-150 фунтів стерлінгів за одного пацієнта на рік. Тому лікарі первинної ланки дуже зацікавлені мати додаткову спеціалізацію, адже це може бути одним із вирішальних факторів у процесі залучення пацієнтів.

За гроші, які отримують від Національної служби охорони здоров'я Англії, приватні практики забезпечують гарантований обсяг медичної допомоги та виплачують заробітну плату медикам.

Сімейні лікарі працюють 5 днів на тиждень, проте медичну допомогу громадяни країни можуть отримати і у вечірній час та вихідні — для цього КУТ укладають контракти з медичними практиками, які готові працювати в позаробочий час.

У Великій Британії багато піклування та лікування надається у громаді. Це — так звана community care, що піклується про людей “від колиски до могили”. Вона охоплює шкільних медсестер, логопедів, терапевтів, патронат стану

здоров'я пацієнтів із діабетом та іншими хронічними чи психічними хворобами, людей літнього віку та паліативну допомогу.

Цікавою є практика профілактичних оглядів (NHS Health Check). Люди у віці 40-74 роки, навіть без жодних скарг, отримують листа від свого лікаря із запрошенням пройти регулярну перевірку здоров'я. Вона включає оцінку ризику діабету 2 типу, інсульту, хвороб серця, сечокам'яної хвороби та деменції для осіб, старших за 65 років. Лікар дає рекомендації щодо зміни способу життя чи призначає обстеження.

Якщо людині треба пройти медичний огляд для працевлаштування, чи позапланову вакцинацію перед мандрівкою, то це оплачується нею самими додатково. Попри універсальне покриття медичних послуг, витрати домогосподарств на здоров'я становлять понад 14% — люди платять за деякі ліки та догляд за родичами. Не доплачують за ліки діти та люди, старші за 60 років, вагітні жінки та матері дітей до року, онкохворі, люди з певними хронічними станами та малозабезпечені.

Понад 10% людей мають додаткову приватну страховку — вона покриває більший перелік стоматологічних послуг, а чекати на прийом лікаря менше. В Англії майже 90% ринку страхової медицини належить чотирьом страховим.

Системою задоволено 53% англійців. Людям подобається, що вона безкоштовна і багато покриває, але не до смаку, що слід чекати, що лікарі звільняються, а кошти, на їхню думку, витрачаються неефективно.

Також, окрім фінансування з Національної служби охорони здоров'я Англії існують програми, виконання котрих забезпечує Служба громадського здоров'я.

На відміну від України в англійській системі охорони здоров'я окрім Національна служба охорони здоров'я Англії було ще створено Clinical Commissioning Group — Клінічні уповноважені групи (далі – КУГ), які відповідають за закупівлю медичних послуг у різних лікувальних закладах.

КУГ купують медичні послуги для жителів певного регіону, виходячи з потреби і кількості наявних коштів.

Для прикладу, структура витрат КУГ Східного Сассексу є такою: 10% — на первинку, 9% — на психічне здоров'я, 60% — на вторинку і 21% — на інші послуги, необхідні пацієнтам. Рішення щодо розподілу фінансів приймає правління КУГ, але інколи Department of Health and Social Care (Міністерство охорони здоров'я та соціальної політики) надає рекомендації щодо пріоритетних напрямків.

Важливу роль у функціонуванні медичної галузі Великої Британії відіграє Генеральна медична рада, яка має відділення по всій країні. До її складу не входять медичні працівники, вона не залежить ні від держави, ні від медичної спільноти. Проте саме ця організація атестує медичні заклади й практики, вносить у реєстр лікарів та видає їм ліцензію на практику.

Наявність лікарів у цьому реєстрі є обов'язковою, а щорічний членський внесок становить 390 фунтів стерлінгів.

Генеральна медична рада дбає в тому числі й про стандарти поведінки лікаря, дотримання ним морально-етичного кодексу. До цієї організації можуть подавати скарги і пацієнти, і роботодавці, і лікарі. І якщо є підстави, то ліцензію фахівця забирають на 5 років.

Щодо захисту прав пацієнтів, необхідно відмітити, що в Англії їх скарги розглядають і громадські організації, й адміністрації лікарень, і керівники практик первинної медичної допомоги. Для прикладу, частка скарг від усіх звернень у Генеральну медичну раду — 5-6%. Основна ж частина звернень пацієнтів стосується роз'яснень того, де і коли можна отримати певний вид меддопомоги, — таких фіксують від 300 до 600 щомісяця.

Крім того, прийнята урядом концепція зобов'язує середній медичний персонал не мовчати, коли меддопомогу надають з порушенням протоколів. Прискіпливо розглядають усі летальні випадки в стаціонарах, якість надання допомоги пацієнтам із деменцією, паліативним хворим тощо.

Стандартом вирішення обґрунтованої скарги є усне, а протягом 10 днів — письмове вибачення перед пацієнтом.

Пацієнт — у центрі уваги кожного закладу, його спокій і комфорт є основними вимогами Національної служби охорони здоров'я Англії Великої Британії, тож спільне прийняття рішення щодо лікування — запорука довіри до лікаря і практики, яку обрав пацієнт.

Фінансується система охорони здоров'я наступним чином.

Велика Британія витрачає 9,8% ВВП на здоров'я. Швеція, Франція і Німеччина витрачають майже 11% ВВП. Охорона здоров'я складає третину витрат на громадські потреби в Англії.

98% грошей в бюджеті Національної служби охорони здоров'я йдуть із загального оподаткування, і лише 1,2% сплачують пацієнти. Спрямування частини податків прямо до служби з 2013 року закріплено законодавчо.

60% бюджету йде на зарплати, 20% — на оплату ліків, і решта розподіляється між інвестиціями в обладнання та навчання кадрів.

Між ланками Національної служби охорони здоров'я гроші розподілялися так:

- первинна допомога (12 млрд фунтів)
- спеціалізована амбулаторна допомога (15 млрд фунтів)
- лікарні та екстрена допомога — 77 млрд.

Ці види допомоги організовані через лікарняні мережі — Clinical commissioning groups. Вони займаються екстреною допомогою, лікарнями, піклуються про психічне здоров'я, розподіляють пацієнтів між лікарями вторинної ланки і віднедавна — первинної, та надають послуги з догляду у громаді.

Водночас в Англії намагаються стримувати зростання витрат на здоров'я:

Прописують здебільшого генерики та лише ліки з доведеною ефективністю

Зменшують адміністративні видатки (власне, управління покладають на лікарів, чим створюють їм навантаження)

Регулювати ціни на ліки шляхом переговорів із фармкомпаніями

Скорочують тривалість перебування пацієнтів у стаціонарах.

Цікаво, що хірургія одного дня, тобто оперування і виписки день-у-день, це ефективна з точки зору піклування про пацієнта та про кошти інновація. Таку практику свого часу запровадили з ініціативи медичного персоналу, коли ті помітили, що пацієнти після операцій краще відновлюються вдома, а не в лікарнях.

Загалом же галузь охорони здоров'я — другий за обсягом споживач коштів бюджету країни (на першому місці — виплати пенсій та допомоги безробітним і багатодітним).

Велика Британія взяла на себе страхування медичних практик, і це суттєво підтримало їх фінансово.

Наразі англійська переживає не найкращі часи — хитка політична ситуація у зв'язку з виходом країни з ЄС та перспективою згортання деяких програм дуже хвилює громадян. Проте медична допомога (як первинна, так і спеціалізована) для пацієнтів залишається практично безоплатною.

Так, як Україна обрала саме британську модель для трансформації своєї системи. То необхідно навести основні основоположні принципи даного реформування:

Україна як і Велика Британія прагне забезпечити безкоштовний доступ до медицини всіх її громадян. При цьому якість послуг має бути високою, а витрати з державного бюджету на охорону здоров'я — мінімальними.

В Україні впроваджується аналогічний англійській системі охорони здоров'я принцип “універсального базового покриття”, незалежно від статків. Людям не потрібно кудись йти та отримувати страховку.

В Україні створено Національну службу здоров'я — аналог NHS. Вона виконує функцію замовника медичних послуг — кожна лікарня, що працює в системі отримує фінансування за чіткими тарифами. Інших посередників немає.

Основне джерело фінансування — загальні податки. Люди платять скільки можуть, послуги отримують всі однаково.

Якщо хтось бажає додаткові послуги — можна скористатися добровільним медичним страхуванням. Ринок швидко розвивається, адже всі заклади починають працювати за принципом "гроші за послугу".

В Україні посилюється значення первинної медичної допомоги і конкуренція за пацієнта.

Окремо необхідно зазначити за роботу так званого середнього медичного персоналу в Англії.

На відміну від України в британській системі охорони здоров'я висококваліфіковані медсестри приймають пацієнтів разом із лікарями, а не самотійно.

Потрібно віддати належне, що в англосаксонській медичній сфері настільки раціонально й ефективно використовують кошти і робочий час, що на первинному рівні пацієнт окремо спілкується з лікарем і окремо — з медсестрою, у кожного з них — свій кабінет. Це значно економить час лікаря.

В обов'язки середнього медперсоналу входить прийом хронічних хворих, проведення різноманітних маніпуляцій і процедур, виконання діагностичних досліджень (швидкі тести, дихальні проби, електрокардіограма тощо).

Кабінет медсестри оснащений діагностичними приладами, комп'ютером, холодильником, де зберігаються вакцини та медикаменти. Вона самотійно робить профілактичні щеплення. До речі, тут також достатньо огляду середнього медперсоналу — лікаря залучати не потрібно. Крім того, медичні сестри проводять освітню роботу з пацієнтами — для цього їх забезпечено відповідними методичними матеріалами й рекомендаціями. Середній медичний персонал може продовжити освіту в університеті, що дає право очолювати лікарні, а також допомагати сімейним лікарям вдосконалювати навички догляду за ранами, надання паліативної допомоги тощо.

Що ж стосується недоліків, то фахівці у галузі охорони здоров'я зазначають, що державні стандарти оплати послуг лікарень є заниженими і насправді не покривають реальні витрати.

Тому часто відповідні органи відмовляються від оплати лікарням лише за надані послуги і натомість надають їм фіксовану суму, незалежно від того, які послуги надано й в якій кількості [71, 72, 73].

Коротко основні спільні риси і відмінності систем охорони здоров'я Великої Британії та України викладені у відповідній таблиці (Додаток А).

Найближчою до України країною Європейського Союзу є Республіка Польща, тому на її системі охорони здоров'я також доцільно зупинитися.

Відповідно до статті 68 Конституції Польщі кожен громадянин має право на повноцінне необхідне медичне обслуговування – від профілактики до лікування – та реабілітаційні заходи. Всі громадяни країни повинні бути зареєстровані в страховому фонді та прикріплені до обраних ними самостійно лікувальних установ і сімейних лікарів.

Для того, щоб отримати медичну допомогу в Польщі безкоштовно, необхідно бути застрахованим в Національному фонді охорони здоров'я (пол. Narodowy Fundusz Zdrowia).

У 2003 році в Польщі було проведено реформу, що передбачала повну державну централізацію фондів обов'язкового страхування населення. Для цього було створено контролюючий орган – Національний фонд охорони здоров'я (NFZ), що підпорядковується Міністерству охорони здоров'я Польщі (аналогічно як Національної служби здоров'я України підпорядкована Міністерству охорони здоров'я України). До складу Національного фонду охорони здоров'я Польщі входять 17 підрозділів.

Кожне з 16 воєводств Польщі має своє відділення NFZ, а ще одне виділене спеціально для Міністерства оборони Польщі.

На відміну від Національної служби здоров'я України, яка виконує функції єдиного національного замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій за державні кошти, якими вона оперує від імені держави для оплати медичних послуг, засоби, які Національний фонд охорони здоров'я Польщі виділяє на фінансування медичних послуг беруться з внесків на медичне страхування.

Громадянам Польщі надається рівний доступ до державної системи охорони здоров'я. Уряд Республіки Польща зобов'язаний надавати безкоштовну медичну допомогу дітям молодшого віку, вагітним жінкам, інвалідам та людям похилого віку.[2]

Як вже було зазначено, основним джерелом фінансування системи охорони здоров'я Польщі є медичне страхування в Національному фонді охорони здоров'я.

Громадяни Польщі зобов'язані сплатити страховий внесок (перерозподілений податок), який вираховується з доходів фізичних осіб та становить 9% (з податку відраховується 7,75%, застрахований 1,25% - безпосередньо до Національного фонду здоров'я Польщі).

Національний бюджет Польщі покриває близько 5% усіх витрат на медичні послуги. З 2007 року аварійно-рятувальні служби фінансуються загалом з державного бюджету.

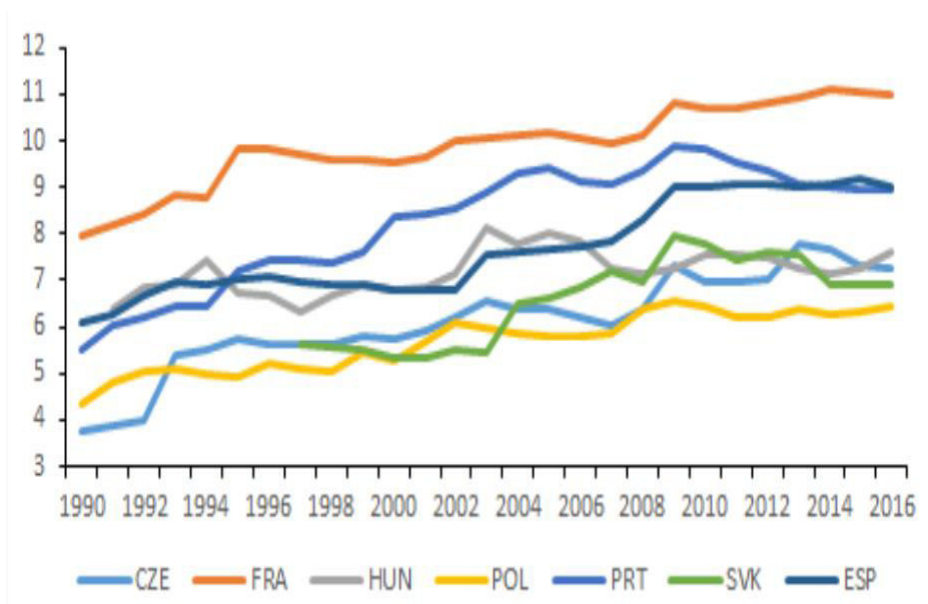


Рис. 2.17. Графік створення електронних медичних записів у Польщі

Загальні витрати на охорону здоров'я в Польщі покриваються в 70% медичним страхуванням у Національний фонд охорони здоров'я Польщі, де інші

30% надходять від представників сфери приватної медичної допомоги, що є доволі характерним для цієї країни.

Так, в Польщі досить популярним є використання приватних медичних послуг. Частка приватизованих закладів охорони здоров'я з кожним роком зростає, приватні медичні клініки вже надають доступний спектр послуг після укладення з ними індивідуального договору.

Пацієнти, які не застраховані, повинні сплачувати повну вартість медичних послуг.

Згідно із останніми статистичними дослідженнями експертів в охороні здоров'я з 84% пацієнтів, які брали участь в опитуванні, 40% заявили про використання як приватних, так і державних медичних послуг, 37% пацієнтів використовують лише громадські медичні послуги, а лише 7% використовують виключно приватні медичні послуги.

77% усіх респондентів, які заявили про використання приватної медичної допомоги, зазначили, що користуються саме приватними послугами через тривале очікування громадських медичних послуг.

Отже можна зробити певні висновки щодо системи охорони здоров'я Польщі. Так формулювання «безкоштовне медичне обслуговування» є умовним і спірним, тому що є обов'язкові відрахування із заробітної плати громадян (середня ставка – 4246,21 злотих) становлять 48%.

Ці витрати діляться навпіл між роботодавцем і громадянином. Сума складається зі збору в пенсійний фонд, витрат на медичне обслуговування та компенсацію лікарняних листів.

Відповідно до вищевикладеного, порівнюючи системи охорони здоров'я Польщі та України можна зробити наступні висновки.

Враховуючи наявний сучасний економічний стан в Україні, загальнообов'язкові відрахування із громадян в розмірі 48% із середньомісячної мінімальної заробітної плати, яка станом на грудень 2021 року становить 6,5 тисяч гривень, є наразі нереальними і передчасними.

Згідно проведеного у 2016 році Європейським банком реконструкції та розвитку опитуванням населення в Польщі та Україні, можна побачити реальну задоволеність пацієнтів платежами за медичні послуги, яка наведена у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Задоволеність пацієнтів в Польщі та Україні платежами за медичні послуги

Індикатор	Польща		Україна	
	2016	2010	2016	2010
1-й пріоритет державних витрат	44.18%	43.27%	41.76%	33.38%
2-й пріоритет державних витрат	38.95%	29.31%	25.72%	26.21%
Готовність до додаткових витрат на покращення здоров'я	31.99%	30.07%	53.88%	48.64%
Думають, що отримання медичного обслуговування в державній системі охорони здоров'я вимагає неофіційної оплати або подарунків (завжди)	1.98%	2.27%	16.04%	3.65%
Здійснювали неофіційну оплату або дарували подарунки під час користування медичним обслуговуванням в державній системі охорони здоров'я у останні 12 місяців	5.38%	6.49%	36.31%	33.25%
Мене попросили заплатити	0.37%	-	9.94%	29.88%
Мене не просили платити (але я знав, що цю неофіційну оплату очікують)	2.91%	27.54%	13.60%	20.72%
Я запропонував заплатити, щоб прискорити та поліпшити процес	0.43%	28.99%	6.48%	23.90%
Мене не просили платити (але я хотів висловити вдячність)	1.30%	37.68%	5.39%	24.30%

Крім того, оскільки частка приватизованих лікувальних установ у Польщі з кожним роком зростає, приватні медичні клініки вже надають доступний спектр, але все ж таки в разі складних комплексних діагностованих важких захворювань і хвороб, що вимагають особливого високопрофесійного лікування, пацієнтів часто перенаправляють до вузькоспеціалізованих державних медичних закладів охорони здоров'я.

До негативних сторін медицини в Польщі також можна віднести жорстко визначене фінансування та обмежений обсяг діагностичних заходів і кількість візитів до медичних фахівців, що ускладнює швидку оперативну діагностику захворювань і обмежує свободу лікаря в ухваленні рішень щодо тактики лікування пацієнта.

Все підпорядковано занадто суворим протоколам і правилам. Так, має бути обов'язкове документальне підтвердження направлення від сімейного лікаря до вузького спеціаліста, а також на стаціонарне, оздоровче чи реабілітаційне лікування, що до речі, після реформування медичної системи має місце і в Україні.

До організаційних недоліків існуючої системи охорони здоров'я Республіки Польща можна віднести тривале – багатомісячне очікування візиту та черги на всіх етапах медичного обслуговування – від первинного огляду до планового оперативного медичного втручання.

Пріоритетними є лише ургентні термінові випадки.

Відсутня єдина узгодженість за переліком відповідних медичних послуг та їх тарифікація.

Існує такий, на мій погляд, негативний принцип короткої госпіталізації, який відповідно призводить до передчасного виписування хворого. Вказаний принцип пояснюється нерівномірною оплатою пацієнтами їхнього перебування на лікуванні в стаціонарі.

До позитивних сторін страхової медицини в Польщі можна віднести контроль якості обслуговування та уніфіковані правила надання медичної

допомоги пацієнтам завдяки загальній доступності і однаковим клінічним протоколам та вимогам.

Централізоване на державному рівні пропорціональне впровадження новітніх методик і медичних технологій та встановлення сучасної медичної апаратури.

Швидкий доступ до електронних баз пацієнтів та історій хвороб, що окрім того надає повноцінну інформацію для медичної статистики.

Позитивними моментами системи охорони здоров'я Польщі є також суворий контроль етапності діагностики та лікування хворого, єдина комплексна тактика лікування пацієнтів.

Зрозумілість та прозорість загального фінансування для обслуговування населення та модернізації системи охорони здоров'я.

Відокремленість сфер сімейної медицини і охорони та корекції психічного здоров'я [74].

2.4. Експертна та громадська думка щодо НСЗУ

З метою зібрання та перевірки ефективності діяльності Національної служби здоров'я України мною було проведено опитування у формі анонімного анкетування як експертів та працівників у галузі охорони здоров'я, так і безпосередніх користувачів медичних послуг – громадян (Додаток 3).

Основними питаннями, на які відповідали респонденти були наступні:

1. Чи вважаєте Ви сучасну реформу системи охорони здоров'я в Україні ефективною?
2. Чи покращився рівень та якість надання медичної допомоги з часу початку роботи Національної служби здоров'я України?
3. Які основні недоліки Ви можете назвати стосовно діяльності Національної служби здоров'я України як безпосереднього оператора програми медичних гарантій для громадян України?

Мною було проведено анкетування 5 респондентів і в основному акцент опитаних був націлений на наявні недоліки у сучасному наданні відповідних

медичних послуг громадянам та фінансуванні існуючої мережі закладів охорони здоров'я.

Зокрема, проблему скорочення медпрацівників через недофінансування Національною службою здоров'я України під час анонімного опитування підняли медична сестра та директор закладу охорони здоров'я

Так, керівник одного з Центрів первинної медико-санітарної допомоги Рівненщини зазначила, що в закладі охорони здоров'я, яким вона керує, назріло питання щодо чергового скорочення лікарів та середнього медичного персоналу.

Під скорочення потрапляють в першу чергу кардіологи, неврологи, офтальмологи. Це пояснюється тим, Національна служба здоров'я України суттєво скоротила фінансування для забезпечення спеціалізованих медичних працівників у поліклініках.

Проблеми працевлаштування спеціалістів-лікарів вузького профілю напряму пов'язані з об'ємом наданої медичної допомоги закладом за минулий рік, що є суттєвим показником для НСЗУ щодо визначення розміру фінансування конкретного медичного закладу у наступному році.

Керівник також зазначила, що очолюваний нею Центр первинної медико-санітарної допомоги уклав з Національною службою здоров'я України у поточному році 11 пакетів медичних послуг за програмою медичних гарантій.

Але, з її слів, кількість контрактів, які підписані з НСЗУ, не означає стовідсоткову успішність медичної установи у фінансовому плані, тому що під час діючої медичної реформи з'явився так званий принцип екстратериторіальності. Даний принцип полягає в тому, що пацієнт, отримавши направлення від свого сімейного лікаря, має право на свій вибір звернутися за відповідною медичною допомогою до спеціаліста-лікаря вузького профілю в будь-який заклад охорони здоров'я, який розташований на території України.

Простіше кажучи – куди піде пацієнт, туди й прийдуть гроші. А даний фактор додає суттєву конкуренцію між медиками та закладами охорони здоров'я, особливо приватного сектору економіки.

При перевірці отриманої інформації, піднявши офіційні джерела, і виявилось, що два вищевказаних опитаних респонденти мали рацію.

Так, Нацслужба здоров'я України офіційно пояснила, що Програма медичних гарантій на перший квартал 2021 року сягає лише 39,7% фінансування, що передбачає певні ризики.

Уряд прийняв постанову від 21.12.2020 року № 1299 «Питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2021 році» [10], що надав право Національній службі здоров'я продовжити дію договорів, укладених з медзакладами та аптеками по країні у 2020 році, шляхом укладення до кінця року додаткових 7,9 тис. угод.

Також надав НСЗУ всі підстави оплачувати надані медичні послуги, які надавалися закладами охорони здоров'я з 1 січня 2021 року, а також оплатити погашені з 1 січня 2021 року електронні рецепти за програмою реімбурсації “Доступні ліки”.

Водночас Національна служба здоров'я України була занепокоєна тим, що прийнята версія постанови, запропонована Міністерством охорони здоров'я України, передбачала видатки на перший квартал у розмірі, що сягнули 39,7% бюджету Програми медичних гарантій.

За інформацією НСЗУ на той період часу:

- з 1 квітня 2021 року були знижені тарифи на медичні послуги, нижче рівня 2020 року, що призвело до скорочення штату медичних працівників та збільшило неформальні платежі з кишені пацієнта, а також зростання соціальної напруги;

- коштів за Програмою медичних гарантій у повному об'ємі від запланованого вистачило лише до середини липня 2021 року.[10]

Респондент № 2, який обіймає посаду заступника директора закладу охорони здоров'я з економічних питань, під час опитування зазначив наступне.

За його словами, Національна служба здоров'я України – єдиний монополіст свого роду, як оператор програми медичних гарантій для громадян України. І ті вимоги та умови, які диктує НСЗУ, є обов'язковими для надавачів

медичних послуг, в іншому разі Служба просто зупинить виплату закладам охорони здоров'я за попередньо укладеними з ними договорами із закупівлі у даних надавачів послуг з медичного обслуговування населення.

Одним словом, у вказаних закладів охорони здоров'я не має іншої альтернативи, інакше як йти на умови, нав'язані Національною службою здоров'я України.

Вказаний респондент навів для прикладу вимоги листа Міністерства охорони здоров'я України від 2 вересня 2021 року № 25-04/25762/2-21, у якому зокрема зазначається наступне.

Враховуючи здійснений НСЗУ аналіз кількості медичних записів та динаміки її зміни за II квартал 2021 року за даними ЕСОЗ (електронна система охорони здоров'я, створення якої ініціювали Дія та Міністерство охорони здоров'я України) в розрізі надавачів медичних послуг та пакетів медичних послуг, здійснено коригування запланованої вартості таких медичних послуг:

Хіміотерапевтичне лікування та супровід пацієнтів з онкологічними захворюваннями у дорослих та дітей в амбулаторних та стаціонарних умовах;

Лікування та супровід пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями у дорослих та дітей у амбулаторних та стаціонарних умовах.

Після здійснення перерахунку та направлення закладам охорони здоров'я на підписання договорів про внесення змін деякі суб'єкти господарювання ухиляються від їх підписання.

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 «Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» [10] та пункту 5 Додатку 2 до договору (постанова Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1073 «Деякі питання договорів медичного обслуговування населення» [11]) встановлено, що у разі ухилення надавача від підписання договору про внесення змін до договору стосовно коригування ціни договору замовник (Національна служба здоров'я України) має право зупинити оплату послуг за договором.

Респондент за номером 4 – лікар одного із місцевих лікувально-профілактичних закладів зазначив як недоліки діяльності НСЗУ наступне.

Відсутність градації в оплаті праці лікарів центрів первинної медико-санітарної допомоги, які надають амбулаторну допомогу (колишні поліклініки) та лікарів спеціалізованих закладів охорони здоров'я вторинного та третинного рівнів, які надають стаціонарну висококваліфіковану медичну допомогу.

Крім того, даний лікар вказав, що відповідно до пункту 46 глави 8 «Медична допомога дорослим та дітям в амбулаторних умовах (профілактика, спостереження, діагностика, лікування та медична реабілітація)» Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у II-IV кварталах 2021 року, який затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 15 лютого 2021 року № 133 [10] встановлено наступне.

Тариф на медичні послуги з профілактики, діагностики, спостереження, лікування захворювань та медичної реабілітації пацієнтів в амбулаторних умовах, передбачені специфікаціями, визначається як глобальна ставка на місяць.

Глобальна ставка на місяць розраховується як добуток кількості послуг, які надавач медичних послуг готовий надати протягом місяця, ставки на медичні послуги, яка становить 143,24 гривні, до якої застосовуються коригувальні коефіцієнти залежно від складності медичної послуги, та становить 0,371 - за консультації.

І якщо просто помножити вищевказані показники – 143,24 гривні та 0,371 (коригувальний коефіцієнт залежно від складності медичної послуги), то отримаємо у підсумку суму 53 грн за консультацію лікаря, що є дуже мізерною винагородою за оплату роботи кваліфікованого лікаря-фахівця.

П'ятий, опитаний мною відповідно до зазначених питань в анкеті, громадянин пенсійного віку, зазначив як суттєвий недолік медичної реформи, яку безпосередньо впроваджує Національна служба здоров'я України – це те, що має бути обов'язкове документальне підтвердження направлення від сімейного лікаря до лікаря-спеціаліста вузького профілю (хірурга, дерматолога,

офтальмолога та інших), а також на стаціонарне, оздоровче чи реабілітаційне лікування.

У разі відсутності відповідного електронного направлення від сімейного лікаря, з яким безпосередньо укладено відповідну декларацію, вказані медичні послуги будуть надані пацієнту платно за його власні кошти і не будуть компенсовані в подальшому державою [83, 84] .

Висновки до розділу 2

Практично всі пострадянські країни зіштовхувалися з тим, що їм у спадок дісталися необмежені безоплатні гарантії у сфері охорони здоров'я. Але проблема в тому, що ці гарантії не виконувалися. Україна є однією з останніх країн європейського регіону, яка тільки розпочала запроваджувати реформи щодо раціоналізації надання всіх рівнів медичної допомоги.

Затягування із впровадженням сучасних змін та продовження використання багатьох елементів радянської системи охорони здоров'я, поряд з іншими негативними факторами, такими як сучасний стан економіки України, призводить до негативних наслідків для здоров'я, поганого фінансового захисту пацієнтів, а також низького рівня доступу до основних видів медичних послуг.

Звичайно, навіть у розвинених зарубіжних країнах ніколи не демонструється стовідсоткове задоволення населення наданням медичної допомоги в бажаному обсязі, у Великій Британії та Польщі в тому числі.

Але очевидним є те, що британці та поляки дуже шанують лікарів первинної ланки та зусилля своїх національних служб здоров'я, бо завдяки створеній системі вони отримують необхідну медичну допомогу, в тому числі безоплатну, незалежно від своєї платоспроможності.

Очевидним недоліком є те, що прийому фахівця, як правило, доводиться чекати певний час, залежно від навантаження того самого сімейного лікаря, який уклав декларації у середньому з 1500 пацієнтами.

Записатися на сьогодні практично неможливо, якщо це не ургентний випадок. На діагностичні та лікувальні процедури також потрібно заздалегідь

записуватись. І часто інтервал між ними досить значний, що загалом характерно й для інших країн Європейського Союзу.

Наприклад, на заміну кульшового суглоба пацієнт може очікувати пару років.

Є відповідна черга, яка ведеться у регіональних департаментах охорони здоров'я місцевих обласних адміністрацій. І тривалість перебування у пацієнтів у даних чергах залежить від тендерних закупівель відповідних ендопротезів, на які ще попередньо повинні бути виділені кошти із державного бюджету.

Очевидно, що пацієнт може отримати цю медичну послугу набагато швидше — у комерційній клініці, де операцію проведуть, за рахунок коштів того самого пацієнта, але в середньому вартість на один суглоб станом на 2021 рік становить більше 30 тисячі гривень, не враховуючи кошти на проведення самого медичного оперативного втручання.

Як у Великобританії та і в Польщі наявні системи охорони здоров'я підпорядковані занадто суворим протоколам і правилам.

Так, для прикладу, має бути обов'язкове документальне підтвердження направлення від сімейного лікаря до вузького спеціаліста, а також на стаціонарне, оздоровче чи реабілітаційне лікування, що до речі, після реформування медичної системи вже має місце і в Україні.

А от екстрену та невідкладну медичну допомогу надають без попереднього запису як у названих зарубіжних країнах так і в нашій країні.

У лікарнях зменшується кількість койок. Натомість, більша увага приділяється одноденним хірургічним втручанням, амбулаторіям та реабілітації.

Лікарням платять не за кількість місць в стаціонарі, а лише за надані послуги. Це також дозволяє зменшити марнування бюджетних коштів.

Підсумовуючи вищесказане, я можу сказати, що потрібно більше уваги приділяти раціональності й ефективності та працювати в першу чергу на задоволення медичних потреб пацієнта.

Особливу увагу потрібно звернути на удосконалення та широке застосування інформаційних програм та активну співпрацю із відповідними соціальними службами.

Дуже велике значення має безперервне навчання медперсоналу.

Створення системи стимулювання якості за надані медичні послуги.

Для прикладу, гонорари лікарів загальної практики сімейної медицини залежать від кількості пацієнтів. Сімейні лікарі як варіант можуть брати на себе надання додаткових, але вже платних медичних послуг.

Лікарів вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги, так званих спеціалістів вузького медичного профілю, також необхідно додатково стимулювати до покращення якості їх роботи шляхом додатково преміювання, тому що в них наразі не передбачена можливість укладати по аналогії з сімейними лікарями відповідну кількість декларацій з пацієнтами.

Позитивним новітнім віянням із сфери нанотехнологій є запровадження та забезпечення функціонування в Україні eHealth — електронної системи охорони здоров'я.

Навіть система охорони здоров'я Великобританії не може цим «похвалитись».

Так, в 2013 році Британія відмовилась від програми впровадження інформаційних технологій в медицину через високу вартість й відсутність очікуваних результатів, залишилися лише деякі елементи відповідної електронної медичної системи.

Вирішення практично всіх вищевказаних проблем полягає у запровадженні в системі охорони здоров'я України реального гарантованого пакету медичних послуг, який є інструментом прозорості та передбачуваної раціоналізації.

Що таке гарантований пакет медичних послуг? Це максимально повний набір правил стосовно того, які медичні послуги гарантовані пацієнтам, якими є правила отримання даного виду послуг та чи всі пацієнти мають права на їх отримання.

Постає питання, чому виникає необхідність запровадження вищезазначеного гарантованого пакету? Основна причина, як і у більшості питаннях стратегічного характеру є простою та вже класичною для України – це базова проблема слабкої економіки: постійний дефіцит бюджетних коштів, при якому потреби людей завжди перевищують наявні можливості [75].

Це є актуально для економіки в сфері охорони здоров'я України, коли наявні ресурси медицини завжди обмежені. Але, навіть найбагатші розвинуті країни світу не можуть гарантувати всі можливі послуги своїм громадянам, тому вони і наша країна постають перед необхідністю так званої раціоналізації в системі охорони здоров'я.

Що наразі і здійснює та втілює у життя Національна служба здоров'я України.

Запровадження фінансово реального гарантованого пакету медичних послуг, який безпосередньо реалізовується Національною службою здоров'я України у вигляді оплати за надання даних послуг юридичним та фізичним особам, які мають право на провадження господарської діяльності з медичної практики в Україні та уклали відповідні договори з НСЗУ, дасть можливість впорядкувати надання послуг в сфері охорони здоров'я, допоможе зробити правила роботи медичної системи більш зрозумілими як для пацієнтів, так і для медпрацівників сфери охорони здоров'я України.

Підсумовуючи діяльність Національної служби здоров'я України можна константувати, що Міністерство охорони здоров'я України формує політику у галузі охорони здоров'я України, а НСЗУ втілює цю політику в практику.

Тобто, фактично Національна служба здоров'я України є виконавчим органом Міністерства охорони здоров'я України.

РОЗДІЛ 3.

СЦЕНАРІЙ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ НСЗУ

Для моделювання сценаріїв:

1. Політики Національної служби здоров'я України під час кризової ситуації з COVID-19”.

2. Впровадження Національною службою здоров'я України нової технології в сфері охорони здоров'я – телемедичної мережі

Мною було використано гарвардську модель сценаріїв публічної політики за такими критеріями:

1. Доцільність.
2. Окупність.
3. Визначення політичних варіантів або альтернативи стратегії втручання для вирішення чи подолання проблеми.
4. Визначення перспектив на майбутнє (позитивних або негативних).

Саме за такими критеріями я проаналізував два вищевказаних сценарії.

3.1. Сценарій 1. Політика Національної служби здоров'я України під час кризової ситуації з COVID-19

Згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25.02.2020 року № 521 [12] COVID-19 включено до переліку особливо небезпечних інфекційних хвороб.

У 2020 році за активного сприяння спеціалістів Національної служби здоров'я України до Програми медичних гарантій було внесено окремі пакети з надання медичних послуг пацієнтам з підозрою або встановленою коронавірусною хворобою COVID-19, які передбачали надання медичних послуг із тестування, невідкладної та стаціонарної медичної допомоги (Додатки В та Г).

Національна служба здоров'я України маючи статус єдиного закупівельника медичних послуг, уклала договори із закладами охорони здоров'я щодо оплати надання допомоги пацієнтам із підтвердженою встановленою коронавірусною хворобою COVID-19.

Загалом, у 2020 році на це додатково було виділено понад 15 млрд грн. Пакети медичних послуг передбачали:

1. Оплату за роботу мобільної бригади (йдеться про оплату роботи мобільних бригад, які проводять забір аналізів вдома у пацієнтів і наразі працюють на базі поліклінік, ЦПМСД або інших закладів охорони здоров'я. У тариф включено в тому числі додаткові виплати членам мобільних бригад у розмірі до 300%).

В умовах фінансування є умова, що одна бригада має зробити мінімум 150 заборів біоматеріалів на місяць.

2. Оплату екстреної медичної допомоги (йдеться про оплату медичної допомоги, що надається центрами екстреної медичної допомоги, у зв'язку із збільшенням навантаження на екстрені бригади).

Оплата центрам екстреної медичної допомоги визначається на основі кількості підтверджених випадків коронавірусною хвороби (COVID-19) та з врахуванням збільшеного навантаження через виїзди на підозри на COVID-19.

У тариф включено також додаткові виплати членам спеціальних бригад екстреної медичної допомоги у розмірі до 300%.

3. Оплату за стаціонарну медичну допомогу буде здійснюватися тільки тим закладам охорони здоров'я, які визначені для госпіталізації пацієнтів з COVID-19. Крім того, названі заклади обов'язково мають відповідати умовам надання послуг - мати апарати штучної вентиляції легень, кваліфіковані команди лікарів, в тому числі анестезіологів та інших.

Тариф на оплату цих послуг включає фінансове забезпечення:

- здійснення додаткових доплат працівникам закладів охорони здоров'я, які задіяні до надання медичної допомоги пацієнтам з коронавірусною хворобою (COVID-19) у розмірі до 300%;

- надання медичної допомоги при COVID-19 всіх ступенів відповідно до клінічного протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)», який затверджений Міністерством охорони здоров'я України;

- доступності усіх необхідних лікарських засобів та медичних виробів для пацієнтів.

Засоби індивідуального захисту, а також частина лікарських засобів закупаються за централізованими програмами Міністерством охорони здоров'я України.

Вищевказана модель фінансування лікування пацієнтів з COVID-19 завдяки прогнозованості та прозорому розподілу коштів, добре підходить для швидкого реагування в умовах пандемії.

Завдяки оплаті через Національну службу здоров'я України, інформацію про кількість пацієнтів і обсяг та характер наданих їм послуг фіксуватимуться в електронній системі охорони здоров'я.

Достовірні електронні дані стануть основою прийняття рішень, дадуть можливість посилити ефективність виділених грошей та швидко спрямовувати кошти туди, де вони потрібні. У свою чергу, заклади охорони здоров'я оперативно і без посередників зможуть отримати необхідні кошти для лікування пацієнтів, підвищення заробітних плат своїм медпрацівникам, задіяним у наданні допомоги пацієнтам, які захворіли на COVID-19.

Розробка пакетів медичних послуг на надання медичної допомоги пацієнтам, які захворіли на COVID-19 стала можливою завдяки співпраці та підтримці з боку Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства фінансів України.

У квітні 2020 року заклади охорони здоров'я, які госпіталізовували пацієнтів, незважаючи на те, що вони не входили до відповідного переліку тих, які були визначені керівником робіт з ліквідації надзвичайної ситуації природного характеру державного рівня пов'язаної з поширенням COVID-19 та не відповідали умовам закупівлі, укласти відповідний договір з

Національною службою здоров'я України за окремим пакетом медичних послуг на один місяць.

Проте подальші госпіталізації в такі заклади були заборонені, оскільки така практика наражає на ризик інфікування як медичних працівників, так і пацієнтів з іншими захворюваннями.

Система охорони здоров'я з квітня 2020 року зазнала ще більших випробувань, адже на пандемію COVID-19 наклалася медична реформа - з 1 квітня 2020 стартував другий етап реформи.

Перші наслідки вказаної реформи були не дуже втішні, адже удар в котрий раз прийшов на медичних працівників, які отримали менше фінансування, а ніж було до квітневих трансформацій.

Тому на цей період припадають численні спалахи невдоволення у засобах масової інформації та соціальних мережах щодо виплати заробітної плати.

Що ж стосується оплати праці медичних працівників в умовах пандемії, то відповідно до пункту 10 розділу I Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про Державний бюджет України на 2020 рік» №553-IX від 13.04.2020 року [13] у складі Державного бюджету України створено Фонд боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками на період дії карантину, установленого Кабінетом Міністрів України з метою запобігання поширенню на території України зазначеної хвороби, та протягом 30 днів з дня відміни цього карантину.

Кошти, зокрема, спрямовувалися та спрямовуються на:

а) додаткові доплати до заробітної плати медичним та іншим працівникам, які безпосередньо зайняті на роботах з ліквідації гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, на період здійснення заходів, спрямованих на запобігання виникненню і поширенню, локалізацію та ліквідацію спалахів, епідемій та пандемій гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2,

визначений у рішенні Кабінету Міністрів України про встановлення карантину, до завершення здійснення зазначених заходів;

б) надання одноразової грошової допомоги членам сімей медичних та інших працівників закладів охорони здоров'я, які загинули (померли) від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, що пов'язано з виконанням робіт з ліквідації такої хвороби, у порядку та розмірах, визначених Кабінетом Міністрів України.

Тут принагідно вказати, що відповідно до статті 39 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» [14], захворювання на інфекційні хвороби медичних та інших працівників, що пов'язані з виконанням професійних обов'язків в умовах підвищеного ризику зараження збудниками інфекційних хвороб (надання медичної допомоги хворим на інфекційні хвороби, роботи в осередках інфекційних хвороб тощо), належать до професійних захворювань.

На виконання зазначеного Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про Державний бюджет України на 2020 рік» від 13.04.2020 року №553-IX [15] Урядом було прийнято постанову Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку використання коштів фонду боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками» від 22 квітня 2020 року № 302 [16].

У цій Постанові чітко прописано, куди були спрямовані кошти на вказані в Законі № 553-IX додаткові доплати до заробітної плати та надання одноразової грошової допомоги медпрацівникам.

Відповідно до абзацу 2 підпункту 2 пункту 5 розділу II “Прикінцеві положення” Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, спрямованих на запобігання виникненню і поширенню коронавірусної хвороби COVID-19» від 17 березня 2020 р. № 530-IX [17] було розроблено постанову Кабінету Міністрів України «Деякі питання оплати праці медичних та інших працівників, які безпосередньо зайняті на роботах з ліквідації гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2» від 23 березня 2020 № 246 [18] .

В даній постанові Уряду № 246 було передбачено виплату додаткових доплат медичним працівникам у розмірі до 200 відсотків посадового окладу (з підвищеннями) з урахуванням обов'язкових доплат, надбавок пропорційно відпрацьованому часу.

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України «Про запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2» від 11 березня 2020 року № 211 [19] було встановлено на визначений у цій постанові період здійснення заходів, спрямованих на запобігання виникненню і поширенню, локалізацію та ліквідацію спалахів, епідемій та пандемій гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, до завершення здійснення цих заходів встановлюються додаткові доплати медичним та іншим працівникам, що зазначені у пункті 1 постанови Кабінету Міністрів України від 23 березня 2020 року № 246 [18], у розмірі до 200 відсотків посадового окладу (з підвищеннями) з урахуванням обов'язкових доплат, надбавок пропорційно відпрацьованому часу.

Згідно наказу Міністерства охорони здоров'я України від 2 квітня 2020 року № 768 [20] затверджено відповідний Перелік посад медичних та інших працівників, що безпосередньо зайняті у ліквідації епідемії та здійсненні заходів з запобігання поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 та лікуванням пацієнтів із випадками гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, яким здійснюється доплата в розмірі трьох окладів (тарифних ставок) за березень 2020 року.

Згідно наказу Міністерства праці та соціальної політики України від 2 червня 2003 року № 145 [21], затверджено умови оплати праці медичних та інших працівників за період роботи по ліквідації епідемій і спалахів з інфекційних хвороб, а також в осередках особливо небезпечних і небезпечних інфекційних хвороб.

У цьому Наказі передбачено, що за умови встановлення Кабінетом Міністрів України в осередках особливо небезпечних і небезпечних інфекційних хвороб на відповідних територіях карантину в порядку, визначеному статтею 29 Закону України "Про захист населення від інфекційних хвороб":

а) медичним та іншим працівникам закладів охорони здоров'я, які безпосередньо зайняті ліквідацією епідемій та лікуванням захворювань людей, здійснюються доплати до заробітної плати в розмірі трьох схемних посадових окладів пропорційно відпрацьованому часу. Медпрацівникам та іншим працівникам, які зайняті на інших роботах з ліквідації епідемій і спалахів, здійснюються доплати до заробітної плати в розмірі двох схемних посадових окладів (тарифних ставок) пропорційно відпрацьованому часу.

Перелік посад працівників, яким здійснюється доплата в розмірі трьох або двох посадових окладів, затверджується відповідним наказом Міністерства охорони здоров'я України.

Крім того, однією із самих дієвих акцій Національної служби здоров'я щодо подолання в Україні пандемії, викликані коронавірусною хворобою COVID-19, було проведення в межах повноважень заходів стосовно масової вакцинації населення країни.

Так, 9 серпня 2021 року у Національній службі здоров'я відбулося засідання Робочої групи медичних експертів з питань розробки проєктів специфікацій та умов закупівлі медичних послуг за Програмою медичних гарантій-2022. Обговорення стосувалося напрямів первинної медичної допомоги та вакцинації від COVID-19.

Зокрема, пакету медичних послуг «Вакцинація від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2». Експерти НСЗУ пропонували замінити вимогу спостереження за станом особи після проведення вакцинації від гострої респіраторної хвороби COVID-19 протягом щонайменше 30 хвилин на 15 хвилин, відповідно до інструкцій виробників вакцини.

В результаті даних обговорень та проведеного голосування експерти Національної служби здоров'я прийняли рішення, що спостереження за станом

пацієнта після проведення вакцинації від COVID-19 буде здійснюватись відповідно до того, як це передбачено інструкцією того виробника, чиєю вакциною буде здійснюватися вакцинація.

Окрім того, НСЗУ через офіційні засоби масової інформації довела до відома населення, що в про початок в Україні п'ятого етапу вакцинації. Про те, що всі охочі можуть вакцинуватись у найближчих пунктах щеплень чи центрах масової вакцинації.

Окремо було наголошено, що щеплення — добровільні й безоплатні.

Аналізуючи звіт НСЗУ за 2 квартал 2021 року, можна зробити висновок, спрогнозувати чіткий сценарій, коли Національна служба здоров'я України завдяки грамотно продуманим діям, все менше коштів буде виділяти закладам охорони здоров'я — надавачам медичним послуг за Програмою медичних гарантій на боротьбу з коронавірусною хворобою COVID-19, що на мій погляд, говорить про ефективність дій даної Служби із протидії наслідкам вказаної пандемії [76, 77].

3.2. Сценарій 2: Впровадження Національною службою здоров'я України нової технології в сфері охорони здоров'я – телемедичної мережі

Про телемедицину в Україні все частіше говорять в контексті поширення пандемії COVID-19, як про альтернативу безпосереднім консультаціям у сімейних лікарів первинної медичної допомоги. Кількість пацієнтів, які користуються послугами телемедичної мережі, зростає з кожним днем.

У зв'язку з впровадженням в Україні пілотного проекту з телемедицини, на сьогодні дуже багато розмов про такі технології.

Експерти передбачають, що за ними майбутнє, інші стверджують, що Україна до них на даному етапі розвитку ще не готова, треті ж поки навіть не розуміють до кінця, що це таке і які може відкрити можливості для національної системи охорони здоров'я .

Тому у цьому контексті, необхідно детально розібратися з телемедициною, з її перевагами, перспективами та недоліками для медицини в Україні.

Відповідно до законодавчих визначень, телемедицина – це метод надання послуг з медичного обслуговування там, де відстань відноситься до критичних факторів. Надання телемедичних послуг здійснюється представниками усіх медичних спеціальностей з використанням інформаційно-комунікаційних технологій, після отримання інформації, необхідної для діагностики, лікування та профілактики захворювання конкретного пацієнта.

Простіше кажучи, телемедицина – це віддалена консультація пацієнта з вузькопрофільним лікарем-фахівцем з приводу діагностики або подальшого лікування.

Лікар може знаходитись, наприклад, в обласному центрі у лікарні третинного рівня надання медичної допомоги, а пацієнт – у ФАПі, за своїм місцем проживання. Медична консультація відбувається за допомогою сучасних телекомунікаційних технологій.

Щоб вищевказана консультація відбулась, у медичних закладах, де лікарі-фахівці взаємодіють за допомогою телемедичних технологій, є необхідні:

- відповідне програмне забезпечення, встановлене на комп'ютері, а саме медична інформаційна система з телемедичним модулем;
- медичне діагностичне обладнання – обладнання, інтегроване з медичною інформаційною системою, необхідне для автоматичного запису та передачі результатів медобстежень.

Телемедицина допомагає створити зв'язок не тільки пацієнта та лікаря, а також дозволяє лікарям спілкуватися між собою, обмінюючись досвідом та обговорюючи складні випадки захворювань, організовувати лікарські консилиуми, онлайн-семінари та відео-лекції і конференції.

Можна сказати, що телемедичні сервіси зруйнували кордони між країнами. Наразі медпрацівники різних країн можуть вільно спілкуватися та обмінюватися досвідом.

Телемедицина в Західній Європі і Північній Америці стартувала значно раніше, а ніж в Україні. У нас ця галузь лише формується, а за кордоном вона переживає справжній бум.

Завдяки телемедицині, пацієнти отримують доступ до більш широкого спектру медичних послуг, а час очікування онлайн-прийому у лікаря суттєво скоротиться. Практика показує, що у середньому час, витрачений на похід до лікаря враховуючи дорогу та черги у лікарнях, становить у середньому 2 години, а тривалість онлайн-прийому у форматі телемедичної консультації - у середньому до 20 хв.

Телемедицина — є оптимальним рішенням для населення, яке проживає у віддалених і сільських місцевостях з низькою доступністю медичних послуг і нестачею персоналу.

Телемедичний зв'язок і телеметрія долають територіальні і часові бар'єри між медичними працівниками і пацієнтами, незалежно від місця перебування. Але в Україні, де в селах більшість фельдшерсько-акушерських пунктів знаходиться без водопостачання, а у 82% сільських амбулаторіях просто немає банальних санвузлів, про якісне обладнання говорити зарано.

Більшість жителів сіл за медичними послугами їздять в інші населені пункти, долаючи таким чином до 100 км бездоріжжя, ще й під час карантину, — хіба ж це не достатній привід переглянути доцільність впровадження телемедичних послуг в нашій державі.

Крім зазначених, є й інші перепони до введення і активного застосування телемедицини у системі охорони здоров'я в Україні.

Так застосування онлайн-консультацій обмежено нестабільністю підключення до Інтернету по регіонах за межами великих міст. У принципі для телемедицини використання відеозв'язку не завжди потрібно, інколи вистачає і простого телефонного дзвінка.

Проте навіть 4G-покриття є далеко не скрізь по Україні.

В березні 2019 року було проведене онлайн-анкетування сімейних лікарів первинної ланки, які працюють у населених пунктах з чисельністю населення до 100 тис. осіб, в тому числі у нашій, Рівненській області.

Результати опитування показали, що впровадження телемедицини є доволі складною проблемою, особливо в сільській місцевості.

Це зумовлено у першу чергу поганим забезпеченням комп'ютерами і не доступністю до інтернету. Але, за свідченнями лікарів, практично всі з них мають персональний комп'ютер на своєму робочому місці, а 90% медпрацівників мають доступ в інтернет з комп'ютера.

Але все ж таки, є очевидними нижчевказані перешкоди:

- перебої в роботі Інтернету, які можуть призвести до затримок під передачі зображень;
- невисока якість та відсутність апаратного забезпечення - веб-камер або засобів телеметрії тощо, що суттєво обмежує ефективність дистанційної медичної діагностики;
- проблеми несумісності програмного забезпечення, збої в телемедичному обладнанні та комп'ютерних системах;
- недостатнє покриття інтернет-зв'язку, що суттєво обмежує використання відеоконференцій в реальному часі.

Крім того, також потрібно враховувати вартість апаратного та програмного забезпечення телемедицини - економічну доцільність впровадження, не тільки для приватних, але й для державних медичних закладів.

Недоліки інтернет-покриття у поєднанні з нестачею комп'ютерної техніки є досить серйозною перешкодою на шляху до впровадження телемедицини в Україні. Крім того, медпрацівників потрібно спеціально навчити використовувати телемедичне обладнання. Брак персоналу, який має досвід роботи з комп'ютерною технікою, у поєднанні з тривалим процесом освоєння медичного обладнання, що працює виключно з підключенням до комп'ютера, також є перешкодою до швидкого поширенню телемедицини у нашій країні.

Але все ж таки на сьогодні в Україні вже є велика кількість відповідних програм та ініціатив із покращення цифрової грамотності медичного персоналу, а володіння цифровою комп'ютерною технікою стає нормою сучасного життя.

До основних перешкод для впровадження телемедицини у всьому світі, не тільки в Україні, як не дивно, можна віднести і правові питання.

Наприклад, до них належать:

- недосконалість нормативно-правової бази та галузевих стандартів, які дозволяють надавати телемедичні послуги;
- пробіли у політиці щодо сфери захисту приватного життя пацієнтів та дотримання конфіденційності під час передачі, зберігання та обміну даними між відповідними закладами охорони здоров'я та медичними працівниками;
- виникнення питань під час аутентифікації лікарів, наприклад, під час роботи з електронною поштою;
- невизначеність з юридичною відповідальністю медичних працівників, які здійснюють надання телемедичних послуг;
- законодавча недосконалість у питаннях підтримки та правового забезпечення практики віддаленої діагностики як в Україні так і в інших країнах світу.

Побуває думка, що в Україні є необхідна нормативна база для впровадження телемедицини. У першу чергу для сільської охорони здоров'я, в першу чергу, мається на увазі Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [22], в якому визначено порядок використання телемедицини, як одного з напрямків електронного цифрового здоров'я.

Основна ціль вищевказаного Закону полягає у забезпеченні якісної диспансеризації у сільській місцевості, вчасному виявленні захворювань, системному нагляді за певними групами хворих, проведенні профілактичних та оздоровчих заходів.

І можна сказати, що на сьогодні це дуже важливо і актуально, тому що згідно останніх статистичних даних більше 35% жителів України проживають у сільській місцевості, у якій доступність до якісної медичної допомоги є дуже низькою.

Порядок надання телемедичної допомоги визначено наказами Міністерства охорони здоров'я України від 26.03.2010 року № 261 «Про впровадження телемедицини в закладах охорони здоров'я» [23] і від 19.10.2015 року № 681 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я». [24]

Лікарі під час проведення телемедичного консультування пацієнтів застосовують уніфіковані клінічні протоколи та стандарти медичної допомоги, які затверджені наказами Міністерства охорони здоров'я України, а також дотримуються деонтологічних рекомендацій щодо згоди пацієнта та встановлених законом прав пацієнта на таємницю про стан здоров'я.

Але все ж таки існує немало питань щодо захисту конфіденційності, достоїнства і приватного життя пацієнтів.

Зокрема, для захисту персональних даних пацієнта в Україні рекомендують застосовувати різні криптоалгоритми, а у випадках підтвердження діагнозу чи наданої інформації лікарем-консультантом, використовувати один із видів електронного цифрового підпису.

В Україні на даний момент існує єдина платформа, яка призначена для онлайн-консультування задекларованих пацієнтів. Дана електронна платформа передає дані до Електронної системи охорони здоров'я України eHealth - Telemed 24.

І що саме важливе, це той момент, що питання оплати послуги не хвилює ні лікаря, ні його пацієнта. Оплата за онлайн-консультацію надійде у відповідний заклад охорони здоров'я на підставі щомісячного звіту до Національної служби здоров'я України.

Наразі залишається відкритим питання стосовно пацієнтів, які до цього часу ще не уклали декларації про вибір свого сімейного лікаря для надання їм первинної медичної допомоги.

Міністерство охорони здоров'я України на час карантину спростило порядок укладання декларації з сімейним лікарем, зараз її можна укласти онлайн. Для підписання декларації, необхідно обрати сімейного лікаря і в телефонному режимі зв'язатись із ним.

Телемедицина – це не просто онлайн консультації лікарями пацієнтів, але і дистанційний обмін медичною інформацією з метою діагностики захворювань пацієнтів, проведення медичної терапії та профілактики хвороб.

З метою отримання консультацій від лікарів онлайн використовуються сучасні технології: мобільна техніка, персональні комп'ютери, відеокамери, а також найбільш поширені соціальні: Instagram, Skype, Viber, Telegram та інші.

Тому можна сказати, що для пацієнтів цифрова телемедична охорона здоров'я надає безперечні переваги порівняно із стандартними формами медичного консультування, а саме:

- максимально оперативна медична допомога;
- прямі онлайн консультації лікарів найвищої кваліфікації;
- оперативне проведення консилиумів з отриманням альтернативних думок;
- зниження та мінімізація ризиків інфікування;
- суттєва економія часу та грошей.

При використанні послуг телемедицини пацієнту ніщо не перешкоджає звернутися по за медичною консультацією вже при перших симптомах хвороби.

У режимі реального часу, хворий отримує планову консультацію сімейного лікаря або лікаря-фахівця вузькопрофільного спрямування.

Протягом даної медичної консультації відбувається безпосереднє спілкування конкретного пацієнта із своїм лікуючим лікарем. Даний метод вимагає лише наявності ноутбука або смартфона.

Також, що є суттєвим для багатьох пацієнтів, є можливість отримати дистанційну консультацію лікаря у відкладеному режимі, використовуючи пересилку медичної документації пацієнта на e-mail лікаря. Даний режим не потребує додаткової спеціалізованої апаратури.

Лікарські заключення також можуть надсилатися хворому на його електронну пошту.

На підставі отриманої інформації визначається діагноз, призначаються ліки та надаються медичні процедури, надаються необхідні лікарські рекомендації.

Актуальною проблемою сьогодні є постановка діагнозу COVID-19. Кваліфіковане заключення можна отримати і дистанційно, не відвідуючи лікарню і не піддаючи себе та оточуючих людей підвищеному ризику інфікування.

Але звичайно, що якщо за результатами медичної онлайн консультації стане необхідність в очному обстеженні пацієнта, лікар буде рекомендувати хворому обов'язково записатися на медконсультацію в закладі охорони здоров'я для більш детального огляду пацієнта.

У багатьох розвинутих країнах світу, на відміну від України, де телемедицина й досі вважається новим напрямком – це давно знайомий метод надання медичної допомоги, який за останні три десятиліття дуже позитивно зарекомендував себе серед лікарів світової спільноти.

Одними з перших країн, що оцінили переваги телемедицини, були Норвегія та Фінляндія. Саме тут великі відстані між лікарем і пацієнтом мають суттєве значення. У зв'язку з цим, запровадження телемедичних сервісів стало обов'язковою вимогою для надання якісних медичних послуг мешканцям з віддалених регіонів.

Згодом вказаний медичний напрямок підхопили США й інші європейські країни. Так в США телемедицину спочатку використовували збройні сили, а потім стали застосовувати і в цивільному житті.

У Китаї пішли ще далі, розробивши унікальний медичний діагностичний пристрій, інтегрований з планшетом пацієнта. Вказаний пристрій фіксує фізіологічні параметри організму хворого і автоматично здійснює їх пересилання безпосередньо лікуючому лікарю. І результатами діагностики лікар здійснює віддалене консультування пацієнта.

Медичні страхові компанії як в США так і в країнах Європейського Союзу на протязі декількох останніх років пропонують своїм клієнтам медичні поліси, які включають можливість надання відповідних телемедичних консультацій.

З 2017 року вищевказані послуги доступні й українцям. однією із перших мобільних клінік в Україні стала лікарня Dobrodos, яка співпрацює з великими страховими компаніями. Щоб отримати відповідні телемедичні консультаційні послуги, необхідно укласти договір добровільного медичного страхування, який буде включати дану послугу, а також надасть законну можливість для завантаження необхідного додатку.

Однією з перепон для впровадження телемедицини є наявність деяких людських і культурних факторів. Так на практиці є непоодинокі випадки, коли пацієнти та медпрацівники чинять опір впровадженню сучасних цифрових моделей лікування, що суттєво відрізняються від класичних традиційних підходів або медпрактики, яка складалася не один десяток років.

Що стосується інших - це просто відсутність у даних медпрацівників достатньої обізнаності в галузі використання методів телемедицини та бажання її набуті.

У 2018 році відповідно із статистичними даними, безпосередньо онлайн послугами лікарів у світі скористались 7 мільйонів людей.

Пандемія COVID-19 дала потужний поштовх для розвитку телемедицини і пов'язаних із нею технологій. США та західноєвропейські країни значні суми інвестують у розробку апаратних засобів та спеціалізованого софту, встановлення медичних боксів, оснащених термометрами, пульсоксиметрами,

ЕКГ, тонометрами, офтальмоскопами, отоскопами, дерматоскопами, обладнанням для проведення аналізів.

В Україні ринок медичних послуг не відстає від світових тенденцій. Наразі всім бажаючим доступні більше 10 спеціалізованих додатків для iOS та Android і можна вже зробити висновок, що їх кількість буде значно рости.

У висновку зазначимо, що впровадження телемедичних технологій є важливим етапом успішного реформування медичної галузі. Адже телемедицина істотно скорочує витрати на медичне обслуговування, підвищує доступність медицини в цілому, а також є прекрасним рішенням у тому випадку, якщо відстань між лікарем і пацієнтом є критичною.

Подальше впровадження телемедицини призведе до ще більшого скорочення медичного персоналу існуючої мережі закладів охорони здоров'я в Україні.

Але, зважаючи на нагальну потребу впровадження дистанційних засобів медичної допомоги в умовах пандемії COVID-19, є необхідність швидко створити в системі охорони здоров'я відповідну інфраструктуру телемедицини [78, 79, 80] .

ВИСНОВКИ

Як і більшість галузей економіки та соціальної політики, систему охорони здоров'я Україна успадкувала від Радянського Союзу. У радянській моделі медицини вся система була державною власністю із орієнтацією на надання медичної допомоги, зосередженої на лікуванні гострих випадків при мінімальній профілактиці захворювань.

Вищевказана система охорони здоров'я не була орієнтована на задоволення потреб населення та виявилася нездатною реагувати на сучасні виклики, спричинені неінфекційними захворюваннями. Дана модель медицини була сформована у тоталітарній державі, в якій права і здоров'я громадян не були реальним пріоритетом.

Радянський Союз також породив міф про “безкоштовну медицину”. У той же час до 2018 року в Україні ці конституційні права громадян у сфері охорони здоров'я не були забезпечені прозорими і дієвими інструментами практичної реалізації.

Звичайно, навіть у розвинених країнах населення ніколи не демонструє стовідсоткового задоволення об'ємом медичної допомоги, які надаються, у розглянутих в даній дипломній роботі Республіці Польща та Великій Британії так само.

Але кинулося у вічі те, що наприклад, ті ж самі британці дуже шанують лікарів первинної ланки та зусилля своєї Національної служби здоров'я, тому що завдяки створеній системі вони отримують необхідну безоплатну медичну допомогу незалежно від своєї платоспроможності.

Звісно, прийому лікаря-фахівця вузької спеціалізації, як правило, доводиться чекати певний час, залежно від навантаження вказаного лікаря. Записатися швидше практично неможливо, якщо це не екстрений ургентний випадок. Але невідкладну медичну допомогу надають без попереднього запису та електронного направлення сімейного лікаря.

Підсумовуючи досвід розглянутих країн Європейського Союзу, я можу сказати, що нам в Україні у нашій національній системі охорони здоров'я треба більше уваги приділяти раціональності й ефективності, працювати на задоволення потреб пацієнта, звернути увагу на удосконалення та широке застосування медичних інформаційних програм.

Раціональність використання наявного часу, спільна робота на результат, ефективність, здорова конкуренція, розумний контроль і відповідальність — усе це вирізняє організацію галузі охорони здоров'я як Великої Британії так і Польщі.

Останніми роками перед українською медичною системою як, до речі і перед системами охорони здоров'я найбільш розвинених країн світу виникає все більше нових викликів: зростає в геометричній прогресії кількість осіб похилого віку, які частіше звертаються до лікарів; збільшується вартість відповідних пакетів медичних послуг.

Крім того, в Україні як і в інших країнах Європейського Союзу зменшується кількість малих лікарень. Замість них на даний момент створено великі медичні заклади. Тут більш якісна сучасна медична техніка. Крім того, на утримання великої будівлі йде менше коштів, ніж на декілька малих.

Станом на момент реформування (2018 рік) в Україні у державному та комунальному управлінні перебувало понад 2,2 тисячі лікарень та більше 400 тисяч лікарняних ліжок, що було набагато більше у перерахунку на душу населення з країнами того самого Європейського Союзу.

Однак 75% згаданих лікарняних ліжок мали надзвичайно низький потенціал для надання відповідного рівня медичних послуг, оскільки були розташовані в малих закладах — міських та районних лікарнях, спеціалізованих лікарнях, диспансерах та сільських лікарнях. Через відсутність інвестицій та інші обмеження, дуже мала кількість закладів охорони здоров'я у тих умовах були здатні закупити та використовувати сучасне медичне обладнання та забезпечити комплексне обслуговування пацієнтів.

До початку процесу трансформації системи охорони здоров'я у 2018 році флагманом якої була і є Національна служби здоров'я України, розподіл ресурсів здійснювався центральними органами влади за застарілими галузевими нормами, переважно на основі статистичних даних щодо штатного розпису та кількості лікарняних ліжок.

В лікарнях зменшується кількість ліжко-місць. Натомість, більша увага приділяється одноденним хірургічним втручанням, амбулаторіям та реабілітації.

Лікарням платять не за кількість місць в стаціонарі, а лише за надані послуги. Це також дозволяє зменшити марнування бюджетних коштів.

У зв'язку із вищевказаним, є дуже важливою діяльність спеціальних державних контролюючих органів, які перевіряють якість медичних послуг у закладах охорони здоров'я.

Одним із основних таких органів є Національна служби здоров'я України, представники якої перевіряють із виїздом на місце перевірки, умови виконання надавачами медичних послуг, укладених між НСЗУ та закладами охорони здоров'я всіх форм власності договорів про медичне обслуговування населення за Програмою медичних гарантій.

Якщо діяльність лікарні за наслідками проведеного медичного аудиту визнана неефективною, то її просто закривають. Залишають тільки ті заклади охорони здоров'я, в яких надають якісні медичні послуги.

Щороку Україна, а також Великобританія, виділяють фіксовану суму на медицину. Заклади охорони здоров'я не можуть її перевищити даний фінансовий ліміт. Лікарні змушені витратити менше, при цьому зберігаючи високу якість.

Як вже було зазначене, основним джерелом фінансування оновленої системи охорони здоров'я в Україні як і у Великій Британії є кошти Державного бюджету, які отримані із загальнодержавних податків та зборів.

Виплати за лікування окремого пацієнта не прив'язані до розміру його індивідуальних внесків. Фінансування медицини розподіляються через новітній сучасний механізм стратегічних закупівель медичних послуг та обладнання.

В Україні на сучасному етапі реформування медичної сфери відбувається перехід від фінансування постатейних кошторисів державних та комунальних лікувально-профілактичних закладів до оплати результату за фактично проліковані випадки, надані медичні послуги та кількість підписаних декларацій із сімейним лікарем закладам, які перетворилися на автономних неприбуткових постачальників цих послуг (державні та комунальні некомерційні підприємства), а також аптечним закладам, як постачальникам лікарських засобів, призначених лікарями.

Все більше коштів в обох названих країнах витрачаються на первинну медичну допомогу — тобто на профілактику захворювань та їх лікування на ранніх стадіях розвитку. Цим займаються сімейні лікарі загальної практики сімейної медицини.

На цьому етапі витрати на лікування є на порядок меншими. Разом з тим, все ще непропорційно велика частина бюджетних грошей йде на спеціалізовані лікарні (вторинний та третинний рівні надання медичної допомоги).

Вартість вторинної, а особливо третинної медицини, вища порівняно з первинним рівнем. Тому пацієнт не може напряму звернутися до лікаря-спеціаліста вузької спеціалізації або потрапити в заклад охорони здоров'я без попереднього обов'язкового звернення до лікаря загальної практики сімейної медицини.

Сімейний лікар в Українській медичній системі, як і в тій самій британській є, так би мовити, точкою входу в систему охорони здоров'я. Що в свою чергу дозволяє уникнути марного витрачання наявних медичних ресурсів та часу в медичних закладах на випадки, для яких створена та існує первинна сімейна медицина.

Також необхідно відмітити, що державні стандарти оплати послуг закладів охорони здоров'я є заниженими та насправді не покривають реальні фінансові витрати.

Наприклад, як було вже зазначено вище у розділі II даної дипломної роботи, відповідно до пункту 46 глави 8 «Медична допомога дорослим та дітям

в амбулаторних умовах Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у II-IV кварталах 2021 року, який затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 15 лютого 2021 року № 133 встановлено наступне, що тариф на медичні послуги з профілактики, діагностики, спостереження, лікування захворювань та медичної реабілітації пацієнтів в амбулаторних умовах, передбачені специфікаціями, визначається як глобальна ставка на місяць.

Глобальна ставка на місяць розраховується як добуток кількості послуг, які надавач медичних послуг готовий надати протягом місяця, ставки на медичні послуги, яка становить 143,24 гривні, до якої застосовуються коригувальні коефіцієнти залежно від складності медичної послуги, та становить 0,371 - за консультації.

І якщо просто помножити вищевказані показники – 143,24 гривні та 0,371, то отримаємо у підсумку суму 53 грн за консультацію лікаря, що є дуже мізерною винагородою за оплату роботи кваліфікованого лікаря-фахівця.

Тому доволі часто, Національна служба здоров'я України відмовляє від оплати лікарням-надавачам послуг лише за надані послуги і натомість надає медичним закладам фіксовану суму, незалежно від того, які послуги надано і в якій кількості.

Враховуючи вищевказане, британська система охорони здоров'я, яку наслідує українська медична школа та активно впроваджує Національна служба здоров'я України, є достатньо ефективною та якісною.

Таким чином, запроваджується принцип “гроші ходять за пацієнтом”, а не навпаки.

Проте, потрібно вказати і на суттєві недоліки обраної Україною англійської моделі охорони здоров'я, наприклад, зростання дефіциту на лікарів вузького профілю та черги, довгі очікування на прийом до лікаря.

Але загалом це є характерною рисою й для інших медичних систем країн Європейського Союзу.

Ефективність подальшої діяльності безпосередньо Національної служби здоров'я України, я бачу в двох основних напрямках.

По-перше, НСЗУ показала себе ефективною організацією під час подолання наслідків, спричинених пандемією COVID-19. Це виразилося зокрема у створенні на первинному рівні надання медичної допомоги понад 1 050 мобільних бригад для ПЛР-тестування пацієнтів з підозрою на COVID-19.

У майже 600 медичних закладах центрів первинної медичної допомоги було сформовано мобільні бригади, які виїжджають за направленням сімейних лікарів до пацієнтів з підозрою на COVID-19, для взяття у них матеріалу на проведення ПЛР-тестування. У вказаних закладах первинки на даний час утворена 1051 мобільна бригада.

Коли пацієнт з симптомами коронавірусної хвороби телефонує до свого сімейного лікаря, медпрацівник у разі необхідності спрямовує додому до хворого мобільну бригаду для взяття зразків на тестування, з метою встановлення відповідного діагнозу.

А далі, залежно від результатів тестування та стану пацієнта, саме сімейний лікар, з яким особа уклала встановлену законом декларацію, надає рекомендації щодо лікування вдома, якщо перебіг захворювання легкий, або порадить звернутись до лікарні при важкому перебігу хвороби.

Станом на III квартал 2021 року Національна служба здоров'я України законтрактувала 1652 надавачів первинної медичної допомоги, з яких 1098 – це державні та комунальні заклади охорони здоров'я (а це практично всі комунальні медичні заклади первинного рівня України), 199 – приватні заклади, 355 – лікарі-фізичні особи підприємці.

На даний час, вони отримали від Національної служби здоров'я України майже 12 млрд грн. за надання відповідного обсягу первинної медичної допомоги пацієнтам.

По-друге, позитивним та дуже перспективним аспектом діяльності Національної служби здоров'я України в плані впровадження нових медичних технологій в медичній системі України є так звана електронна охорона здоров'я.

Навіть Британія починаючи з 2013 року відмовилась від програми впровадження інформаційних технологій в медицину через високу вартість й відсутність очікуваних результатів.

Проте деякі її елементи залишились. Так, в Англії пацієнт може забронювати час візиту до лікаря онлайн. Дані про ліки, які ви приймаєте, та алергії зберігаються в електронному вигляді.

В іншій електронній системі присутні рентген-знімки пацієнта, результати ендоскопій та магнітно-резонансних томографій, інша медична візуалізація. А якщо конкретний пацієнт використовує певні ліки регулярно, то завдяки електронній системі рецептів не потрібно кожного разу йти до лікаря за рецептом. Рецепт вже присутній в електронній системі аптеки, яку обрав вказаний пацієнт.

Велика Британія поставила собі ціль перевести всі дані та документи в онлайн-формат до 2020–2023 року.

В Україні для ефективного переходу на нову систему фінансування було створено платформу для збору та обміну медичною та фінансовою інформацією в електронному вигляді - систему електронної охорони здоров'я (eHealth).

Така електронна система дозволить реалізувати принцип “гроші ходять за пацієнтом”, а також аналізувати ситуацію за станом здоров'я населення, щоб оперативно розробляти оптимальний план закупівлі медичних послуг і найбільш ефективно витрачати кошти.

Крім того, важливою складовою новітньої системи електронної охорони здоров'я України є впровадження телемедичної мережі

Планується, що телемедична і офлайн-база (тобто дані на паперових носіях, які зберігаються в центрах первинної медичної допомоги – колишні поліклініки) об'єднуються, і вся інформація про здоров'я пацієнтів буде зберігатися у цифровому форматі.

Інтернет платформа eHealth вже дає можливість швидко отримати відповідну медичну інформацію, а для лікарів дозволяє правильно ставити діагноз з урахуванням цілісної картини здоров'я пацієнта.

Крім того в системі охорони здоров'я України вже впроваджено та діють медичні інформаційні системи, до яких можна підключити телемедичний модуль, наприклад, МІС (Медичну інформаційну систему для автоматизації лікувальної установи) “Медстар” і спеціалізована інтернет-платформа для телемедичної мережі Telemed 24.

Варто очікувати в перспективі, що телемедицина включатиме в себе міжнародне співробітництво між лікарями, при такому сценарії пацієнтам більше не доведеться їздити на медичні консультації до інших країн.

Підсумовуючи все вищенаведене, я можу зробити певний висновок, що практично всіх названі проблеми може бути вирішено запровадженням в систему охорони здоров'я України реального гарантованого пакету медичних послуг, який є інструментом прозорості та передбачуваної раціоналізації.

Що таке гарантований пакет медичних послуг? Це максимально повний набір правил стосовно того, які медичні послуги гарантовані пацієнтам, якими є правила отримання даного виду послуг та чи всі пацієнти мають права на їх отримання.

Постає логічне питання, чому виникає необхідність запровадження вищезазначеного гарантованого пакету? Основна причина, як і у більшості питань стратегічного характеру є простою та вже класичною для України – це базова проблема слабкої економіки: постійний дефіцит бюджетних коштів, при якому потреби людей завжди перевищують наявні можливості.

Це є актуально для економіки в сфері охорони здоров'я України, коли наявні ресурси медицини завжди обмежені. Але, навіть найбагатші розвинуті країни світу не можуть гарантувати всі можливі послуги своїм громадянам, тому вони і наша країна постають перед необхідністю так званої раціоналізації в системі охорони здоров'я.

Що наразі і здійснює та втілює у життя Національна служба здоров'я України.

Запровадження фінансово реального гарантованого пакету медичних послуг, який безпосередньо реалізовується Національною службою здоров'я

України у вигляді оплати за надання даних послуг юридичним та фізичним особам, які мають право на провадження господарської діяльності з медичної практики в Україні та уклали відповідні договори з НСЗУ, дасть можливість впорядкувати надання послуг в сфері охорони здоров'я, допоможе зробити правила роботи медичної системи більш зрозумілими як для пацієнтів, так і для медпрацівників сфери охорони здоров'я України.

Підсумовуючи діяльність Національної служби здоров'я України можна константувати, що Міністерство охорони здоров'я України формує політику у галузі охорони здоров'я України, а НСЗУ втілює цю політику в практику [81].

Список використаних джерел

1. Конституція України: Закон України № 254к/96-ВР від 28.06.1996. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>.
2. «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»: Закон України № 2168-VIII від 19.10.2017. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.
3. «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»: Постанова Кабінету Міністрів України № 1101 від 27.12.2017. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>.
4. «Про Стратегію сталого розвитку "Україна - 2020"»: Указ Президента України № 5/2015 від 12.01.2015. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015#Text>.
5. «Про Програму діяльності Кабінету Міністрів України»: Постанова Верховної Ради України № 26-VIII від 11.12.2014 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/26-19#Text>.
6. «Основи законодавства України про охорону здоров'я»: Закон України № 2801-XII від 19.11.1992. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.
7. «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості»: Закон України № 2206-VIII від 14.11.2017. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>.
8. «Про захист персональних даних»: Закон України № 2297-VI від 01.06.2010. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17#Text>.
9. «Про інформацію»: Закон України № 2657-XII від 02.10.1992. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2657-12#Text>.
10. «Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій»: Постанова Кабінету Міністрів України № 410

від 25.04.2018. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-%D0%BF#Text>.

- 11.«Деякі питання договорів медичного обслуговування населення»:
Постанова Кабінету Міністрів України № 1073 від 27.11.2019. URL:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1073-2019-%D0%BF#Text>.
- 12.Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25.02.2020 року № 521.
- 13.Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про Державний бюджет України на 2020 рік» №553-IX від 13.04.2020 року.
- 14.Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб».
- 15.Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про Державний бюджет України на 2020 рік» від 13.04.2020 року №553-IX.
- 16.Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку використання коштів фонду боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками» від 22.04.2020 року № 302.
- 17.Закон України від 17 березня 2020 р. № 530-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, спрямованих на запобігання виникненню і поширенню коронавірусної хвороби COVID-19».
- 18.Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання оплати праці медичних та інших працівників, які безпосередньо зайняті на роботах з ліквідації гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2» від 23 березня 2020 № 246.
- 19.Постанова Кабінету Міністрів України «Про запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2» від 11 березня 2020 р. № 211.
20. Наказ МОЗ України від 02.04.2020 року № 768.
- 21.Наказ Міністерства праці та соціальної політики України від 2 червня 2003 року № 145.
- 22.Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості».

23. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26.03.2010 року № 261 «Про впровадження телемедицини в закладах охорони здоров'я».
24. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.10.2015 року № 681 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я».
25. Голубчиков М.В., Орлова Н.М., Кравчук Н.Г. Аудит медико-статистичної інформації в стаціонарах (лекція)// Практика управління закладом охорони здоров'я. – 2018. - № 6. – С. 50-78.
26. Голубчиков М.В., Орлова Н.М., Белікова І.В. Актуальні проблеми та напрями реформування служби медстатистики (Лекція)// Практика управління медичним закладом 2018. - №11. – С.20-33.
27. Менеджмент в охороні здоров'я: навчально методичний посібник / за ред. Ю. В. Вороненка – К.: НМАПО, 2014.– 365 с.
28. Громадське здоров'я: підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. / [В. Ф. Москаленко, О. П. Гульчій, Т. С. Грузєва та ін.] ; за ред. В. Ф. Москаленка. – 3-тє вид. – Вінниця : Нова книга, 2013. – 550 с.
29. Голубчиков М.В. Шляхи інформатизації системи охорони здоров'я України (Лекція) / М.В. Голубчиков, О.С. Коваленко. // Здоров'я суспільства. – 2013. – № 3-4. – С. 100-110.
30. Методика аналізу стану здоров'я населення та діяльності лікувально-профілактичних закладів адміністративних територій: методичні рекомендації / М. В. Голубчиков та ін. – К.: МОЗ України, 2011. – С.30-45 с.
31. Управління охороною здоров'я (для післядипломної освіти): Навчально-методичний посібник / за ред. Ю. В. Вороненка – К.: НМАПО, 2010.– 367 с.
32. Нові технології навчання менеджменту в медицині. Навчальний посібник /За заг.ред. Ю.В.Вороненка, Н.Г.Гойди, О.П.Мінцера, М. Мітчелла. – К: Книга плюс. 2009. – 415 с.

33. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / [Ю. В. Вороненко, О. П. Гульчій, С. М. Зоріна та ін.] ; за ред. Ю. В. Вороненка. – К.: Здоров'я, 2002. – 356 с.
34. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: навч. посіб. для студ. вищ. мед. навч. закл./ [Ю. В. Вороненко, В. Ф. Москаленко, О. Г. Процек та ін.]; за ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000.–679 с.
35. Доценко І. О. Система медичного страхування в Україні / І. О. Доценко // Медичне право України: проблеми становлення та розвитку. Матеріали І Всеукраїнської науково-практичної конференції (*19-20 квітня+ 2010 р. м. Львів). - С. 320-331.
36. Кравченко В.В. Стан здоров'я населення м. Києва: сучасні тенденції та проблеми/ В.В. Кравченко, Н.М. Орлова, А. В. Кравченко// Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. – 2018. - №30. -. С 500-520.
37. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К.: МВЦ «Медінформ», 2018. – 457 с.
38. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2015-2016 роки// Статистичний довідник, МОЗ України, ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» - К., 2017, 320 с.
39. Медичні кадри та мережа закладів системи МОЗ України 2015-2016 роки// Інформаційно-аналітичний довідник, МОЗ України, ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» - К., 2017, 60 с.
40. Голубчиков М. В. Чи можна довіряти українській медичній статистиці?// Ваше здоров'я. – 2015. - №49-50. – С. 6-8.
41. Медична облікова документація, що використовується в закладах охорони здоров'я: Альбом / за ред. М. В. Голубчикова. – К.: МОЗ України, 2012. – 205 с.

42. Голубчиков М. В. Загальнодержавний електронний реєстр пацієнтів: медико-соціальні основи / М. В. Голубчиков, О. С. Коваленко. // Управління закладом охорони здоров'я. – 2012. – №10. – С. 20–31.
43. Голубчиков М. В. Обробка та захист персональних даних в електронному реєстрі пацієнтів / М. В. Голубчиков, О. С. Коваленко // Управління закладом охорони здоров'я. – 2012. – № 12. – С. 15-20.
44. Організація соціологічних опитувань пацієнтів/ їх представників і медичного персоналу в закладах охорони здоров'я: методичні рекомендації/ В. В. Горачук та ін. – К.: МОЗ України, 2012. – 21 с.
45. Голубчиков М. В. Електронний реєстр пацієнтів – етапи створення/ М. В. Голубчиков, О. С. Коваленко // Український журнал телематики та телемедицини. – 2013.- т.11,№1.- С.140-145.
46. Говорушко Т. А. Страхові послуги: навч. посіб. / Т. А. Говорушко. – К. : Центр навчальної літератури, 2010. – 399 с.
47. Регіональна система охорони здоров'я: концептуальні підходи до формування її сучасної політики (монографія) / Н. М. Орлова. – К., 2010. – 183 с.
48. Системы здравоохранения: время перемен. Украина – Обзор системы здравоохранения 2010 / В. Лехан, В. Рудый, Э. Ричардсон (ред.) - Всемирная организация здравоохранения, 2010. – 250 с.
49. Голубчиков М. В. Застосування інформаційних технологій у медичній статистиці // Матеріали з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я. – Київ – Житомир, 2008. – С. 30-35.
50. Клебанова Т. С. Система обязательного медицинского страхования в Украине / Т. С. Клебанова, Н. А. Дубровина, А. В. Милов // Бизнес Информ. – 2011. – № 16. – С. 50–57.
51. Ливанов В. М., Переведенцев О. В., Орлов О. И. Основы аппаратнопрограммного обеспечения телемедицинских услуг. – М.: Фирма «Слово», 2006. – 206 с.

52. Менеджмент в охороні здоров'я: Підручник / Під заг. ред. М.І.Хвисюка і І.І.Парфьонової. – Харків: ТОВ «Оберіг», 2008. – Ч.1 – 354 с.
53. Менеджмент в охороні здоров'я: Підручник / Під заг. ред. М.І.Хвисюка і І.І.Парфьонової. – Харків: ТОВ «Оберіг», 2008. – Ч.2 – 549 с.
54. Мельник Тетяна. Медичне страхування працівників: облік та оподаткування / Тетяна Мельник // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. – 2010. - № 16. – С. 20-25.
55. Орлова Н.М. Статистичний облік і аналіз діяльності діагностичних відділень лікувально-профілактичного закладу/ Н. М. Орлова, Л. М. Сироцинська. // Управління закладом охорони здоров'я. - 2008. - № 1. – С.57-75.
56. Пилипенко Світлана. Поняття та особливості договору добровільного медичного страхування / Світлана Пилипенко // Підприємництво, господарство і право. – 2016. - № 2. – С. 20-29.
57. Машина Н. І. Міжнародне страхування / Н. І. Машина. – К.: Центр учбової літератури, 2006. – 501 с.
58. Пунда О. О. Медичне страхування в Україні: правові та організаційні засади / О. О. Пунда, Д. А. Арзянцева // Університетські наукові записки. – 2010. - № 1 (29). - С. 90-99.
59. Правове забезпечення процесу оформлення лікарем основної обліково-звітної документації медичного закладу. Навчальний посібник до практичних занять. / За ред. Рудень В.В. - Львів. Видавничий дім Наутітус. - 2010.– 628 с.
60. Стеценко В. Ю. Медичне страхування як складова системи страхування (правові аспекти) / В. Ю. Стеценко // Форум права. – 2011. – № 3. – С. 590–601.
61. Терешко Х. Я. Історико-правова регламентація медичного страхування в Україні: деякі аспекти / Х. Я. Терешко // Медичне право України: проблеми становлення та розвитку. Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції (*19-20 квітня+ 2010 р. м. Львів). - С. 310-314.

62. Чорномаз О. Б. Проблеми і перспективи розвитку медичного страхування в Україні / О. Б. Чорномаз // Форму права. - 2015. - № 7. - С. 130-133.
63. Шатковський Я. М. Стандартизація у системі обов'язкового медичного страхування в Україні (адміністративно-правовий аспект) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. юрид. наук : спец. 12.00.07 «Адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право» / Я. М. Шатковський. – Київ, 2009. – 21 с.
64. Life in Transition Survey III: a decade of measuring transition. 2016. London: EBRD LITS series. European Bank for Reconstruction and Development.
65. Sagan, A., Panteli, D., Borkowski, W., Dmowski, M., Domanski, F., Czyzewski, M., Gorynski, P., Karpacka, D., Kiersztyn, E., Kowalska, I. and Ksiezak, M., 2011. Poland health system review. Health Systems in Transition, 13(8), pp.1-190.
66. Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011. A System of Health Accounts 2011. Organisation for Economic Co-operation and Development.
67. “93 лікарні не виконали вимог НСЗУ і частково втратять фінансування.” LB.ua, 12 Nov. 2020, URL: lb.ua/society/2020/11/12/470419_93_likarni_vikonali_vimog_nszu_i.html. (дата доступу - 7.12.2021).
68. “Звіти нсзу.” Nszu.gov.ua, 2021, URL: nszu.gov.ua/pro-nszu/zviti. (дата доступу – 12 грудня 2021).
69. LB.ua. “93 лікарні не виконали вимог НСЗУ і частково втратять фінансування.” LB.ua, 12 Nov. 2020, URL: lb.ua/society/2020/11/12/470419_93_likarni_vikonali_vimog_nszu_i.html. (дата доступу - 7.12.2021).
70. “Звіт НСЗУ за II квартал 2021 року.” Nszu.gov.ua, 2021, URL: nszu.gov.ua/novini/zvit-nszu-za-ii-kvartal-2021-roku-609. (дата доступу – 12 грудня 2021).

- 71.Європейський Союз в Україні. “Переваги та недоліки британської системи охорони здоров’я, яку впроваджує Україна.” Medium, Medium, 28 Feb. 2018, URL: euukrainescoop.medium.com/uk-healthcare-c3638b1151e0. (дата доступу – 12 грудня 2021).
- 72.“Як працює система охорони здоров’я Англії.” Moz.gov.ua, 2019, URL: moz.gov.ua/article/health/jak-pracjuje-sistema-ohoroni-zdorovja-anglii. (дата доступу – 12 грудня 2021).
- 73.“Особливості британської системи охорони здоров’я: погляд зблизька | Ваше Здоров’я.” Ваше здоров’я, 20 Aug. 2019, URL: www.vz.kiev.ua/osoblyvosti-brytanskoyi-systemy-ohorony-zdorov-ya-poglyad-zblyzka/. (дата доступу – 12 грудня 2021).
- 74.“Система охорони здоров’я у Польщі - Евромед.” Evromed.org.ua, 29 Sept. 2016, URL: www.evromed.org.ua/ua/sistema-ohoroni-zdorov-ya-u-polshhi/. (дата доступу – 12 грудня 2021).
- 75.“На первинці працює понад 1 050 мобільних бригад для ПЛР-тестування пацієнтів з підозрою на COVID-19.” Nszu.gov.ua, 2021, URL: nszu.gov.ua/formedia/presbrifing/na-pervinci-pracyuye-ponad-1-050-mobilnih-brigad-dlya-plr-te-26. (дата доступу – 12 грудня 2021).
- 76.НСЗУ. “ПМГ-2022: пропозиції за напрямом первинної медичної допомоги та вакцинації від COVID-19.” Nszu.gov.ua, 8 Nov. 2021, URL: nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021/daily-news/pmg-2022-propoziciyi-za-napryatom-pervinnoyi-medichnoyi-dopo-161. (дата доступу – 12 грудня 2021).
- 77.“Оплата праці медичних працівників в умовах коронавірусу та нормативна ‘перчинки’ про маски.” Unba.org.ua, 2020, URL: medcom.unba.org.ua/publications/publications/print/5472-oplata-praci-medichnih-pracivnikiv-v-umovah-koronavirusu-ta-normativna-perchinki-pro-maski.html. (дата доступу – 12 грудня 2021).

78. “Телемедицина по-українськи. Досвід та приклади впровадження - Medstar.” Medstar, 3 Apr. 2019, URL: medstar.ua/telemedicina-po-ukrainski-dosvid-ta-prikladi-vprovadzhennja/. (дата доступу – 12 грудня 2021).
79. “Телемедицина в Україні та світі: поточні можливості та перспективи розвитку.” Alfaic.ua, Страхова Компанія Альфа Страхування Україна, 9 Oct. 2020, URL: alfaic.ua/blog/telemedicina-v-ukraine-i-mire-tekushchie-vomozhnosti-i-perspektivy-razvitiya. (дата доступу – 12 грудня 2021).
80. “Телемедицина в Україні: проблеми впровадження та методи їх вирішення.” Telemed24.Ua, 2020, URL: telemed24.ua/articles/problems-v-provadeni-telemeditsiny-v-ukraini. (дата доступу – 12 грудня 2021).
81. “На первинці працює понад 1 050 мобільних бригад для ПЛР-тестування пацієнтів з підозрою на COVID-19.” Nszu.gov.ua, 2021, URL: nszu.gov.ua/formedia/presbrifing/na-pervinci-pracyuye-ponad-1-050-mobilnih-brigad-dlya-plr-te-26. (дата доступу – 12 грудня 2021).
82. Public Health England. “Community-Centred Public Health: Taking a Whole System Approach.” GOV.UK, 14 Jan. 2020, URL: www.gov.uk/government/publications/community-centred-public-health-taking-a-whole-system-approach. (дата доступу – 12 грудня 2021).
83. Аптека online. “Доступні ліки, Програма медичних гарантій, клінічні випробування — тижневий дайджест новин.” Аптека Online, Аптека online, 24 Dec. 2020, URL: www.apteka.ua/article/578254. (дата доступу – 12 грудня 2021).
84. “НСЗУ попередила про можливе скорочення медпрацівників через недофінансування.” Гречка - інформаційний портал кіровоградщини, 22 Dec. 2020, URL: gre4ka.info/zdorov-ia/62270-nszu-poperedila-pro-mozhlive-skorochennya-medpratsivnikov-cherez-nedofinansuvannya. (дата доступу – 12 грудня 2021).

Додатки

Додаток А

Порівняння систем охорони здоров'я Великої Британії та України

ВЕЛИКА БРИТАНІЯ VS УКРАЇНА					
СПІЛЬНЕ	Наявність Національної служби здоров'я, яка виконує функцію замовника медичних послуг та оплачує їх у рамках гарантованого обсягу медичної допомоги.	Основне джерело фінансування — кошти загального оподаткування.	Капітаційні ставки для обрахування гарантованого обсягу безкоштовної медичної допомоги.	Система реімбурсації ліків.	Боротьба за прихильність та довіру пацієнтів до лікаря чи медичних практик; чітке розуміння того, що конкуренція — запорука швидкого розвитку ринку медичних послуг.
ВІДМІННЕ	У Великій Британії існують Клінічні уповноважені групи, які відповідають за закупівлю медпослуг для потреб певного регіону. В Україні цю функцію повинні виконувати Госпітальні ради, що розвиваються досить мляво.	Медичні практики первинного рівня Великої Британії налічують від 4,5 до 13 тис. пацієнтів. В Україні вони можуть охоплювати близько 250 тис. населення.	Британські пацієнти готові очікувати на безоплатну медичну допомогу не один місяць, на невідкладну — до 12 годин (екстрену надають терміново). Українські пацієнти значно нетерплячіші.	У Великій Британії члени парламенту не можуть змінювати політику в медичній галузі, незалежно від того, яка більшість прийшла до влади після чергових виборів. В Україні це питання не регламентоване.	

Додаток Б

Я, СИРОТЮК Олег, який є студентом 2 курсу Навчально-наукового інституту економіки та менеджменту Національного університету водного господарства та природокористування (спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»), проводжу дане соціологічне дослідження у формі анонімного анкетування з метою написання магістерської роботи на тему «Роль і місце Національної служби здоров'я України при реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я України».

Результати опитування буде використано для написання та захисту вищевказаної магістерської роботи.

Просимо Вас відповісти на декілька запитань, позначивши Вашу відповідь хрестиком та при можливості усно обґрунтувати свою позицію.

АНКЕТА

1. Чи вважаєте Ви сучасну реформу системи охорони здоров'я в Україні ефективною?
2. Чи покращився рівень та якість надання медичної допомоги з часу початку роботи Національної служби здоров'я України?
3. Які основні недоліки Ви можете назвати стосовно діяльності Національної служби здоров'я України як безпосереднього оператора програми медичних гарантій для громадян України?

ДЯКУЄМО!

Додаток В

ЗВІТ 2 квартал 2020 року
щодо COVID-19

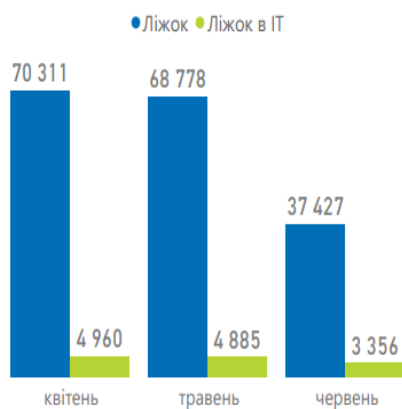
Група послуг	Кількість надавачів	Сума договору
29 – Медична допомога, яка надається мобільними бригадами, що створені для реагування на гостру респіраторну хворобу COVID-19 , спричинену коронавірусом SARS-CoV-2	917	390 725 524 ₴
31 – Стаціонарна допомога пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19 , спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2	240	4 313 431 110 ₴
30 – Стаціонарна медична допомога пацієнтам з гострою респіраторною хворобою (COVID-19), спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2 , яка надається окремими закладами охорони здоров'я протягом квітня 2020 року	136	46 690 807 ₴
28 – Екстрена медична допомога пацієнтам з підозрою або встановленим захворюванням на гостру респіраторну хворобу COVID-19 , спричинену коронавірусом SARS-CoV-2	25	855 225 528 ₴

Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій

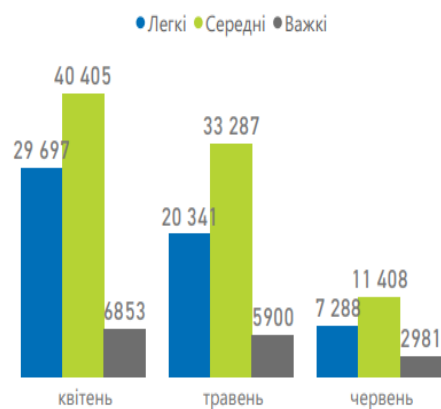
Додаток Г

ЗВІТ 2 квартал 2021 року
щодо COVID-19

Наявних ліжок під COVID-19



Випадків госпіталізацій за важкістю



Оплати надавачам медичної допомоги

СУМА ОПЛАТ (ЗАГАЛОМ)

3 829 757 115 ₴