

Інформація за іншими предметними напрямками досліджень за спеціалізаціями в галузі знань 08 – “Право”

УДК 61:316.422

БЕЛАНЮК М.В., кандидат юридичних наук, учений секретар
НДІ інформатики і права НАПрН України

РАДЗІЄВСЬКА О.Г., кандидат юридичних наук, провідний науковий співробітник
НДІ інформатики і права НАПрН України

МАНЬГОРА Т.В., кандидат юридичних наук, старший викладач
Вінницького Національного аграрного університету

ТРАНСФОРМАЦІЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

***Анотація.** В Україні з 2017 року триває реформа системи охорони здоров'я, яка передбачає проведення комплексу заходів та змін з метою трансформації цієї системи у більш прогресивну модель, задля покращення життя і здоров'я громадян. У статті висвітлено проблемні питання реформування окремих елементів системи охорони здоров'я в Україні. З урахуванням думок фахівців та вчених галузі виявлено ряд проблем, які можуть виникнути при реалізації запроваджених урядом змін та запропоновано шляхи їх подолання.*

***Ключові слова:** реформа охорони здоров'я, медична галузь, медицина.*

***Summary.** Since 2017, a reform of the healthcare system has been ongoing in Ukraine, which envisages a series of measures and changes in order to transform it into a more progressive model in order to improve the life and health of citizens. The article highlights the problematic issues of reforming certain elements of the healthcare system in Ukraine. Taking into account the opinions of experts and scientists of the industry, a number of problems that may arise in implementing the changes introduced by the government have been identified and ways to overcome them have been proposed.*

***Keywords:** healthcare system reform, healthcare industry, medicine.*

***Аннотация.** В Украине с 2017 года идет реформа системы здравоохранения, которая предусматривает проведение комплекса мероприятий и изменений с целью трансформации этой системы в более прогрессивную модель для улучшения жизни и здоровья граждан. В статье освещены проблемные вопросы реформирования отдельных элементов системы здравоохранения в Украине. Учитывая мнения специалистов и ученых медицинской сферы выявлено ряд проблем, которые могут возникнуть во время реализации введенных правительством изменений и предложены пути их решения.*

***Ключевые слова:** реформа здравоохранения, отрасль медицины, медицина.*

Постановка проблеми. Найвищою соціальною цінністю у світі визнаються життя і здоров'я людини. Право на здоров'я – це одне з основних прав людини. У статті 49 Конституції України закріплено кожному громадянину право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, а держава має створювати відповідні умови для ефективного і доступного медичного обслуговування [1].

За оцінкою Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), сучасний стан здоров'я української нації характеризується низьким рівнем тривалості життя, вкрай високими показниками захворюваності та смертності, відсутністю можливості отримувати доступну медичну допомогу [2].

Незважаючи на те, що Україна витрачає значну кількість свого бюджету на медицину, на сьогодні в Україні склалася ситуація, коли громадяни у разі хвороби мають самостійно оплачувати своє лікування (ліки; вартісне обстеження; утримання в лікарнях у вигляді благодійних внесків тощо), при цьому громадянами покривається 99 % витрат на придбання ліків (у більшості європейських країн ці затрати становлять 30 – 60 %) [3, с. 84-88]. Основними причинами такого стану є суттєві недоліки, національної системи охорони здоров'я: відсутність модернізації, нівелювання потреб населення і сучасних міжнародних тенденцій у зазначеній сфері, економічної неефективності та високого рівня корупції в Україні.

Проведене Київським міжнародним інститутом соціології у березні 2019 року соціологічне дослідження стосовно думок населення щодо якості медичних послуг та проведення реформ охорони здоров'я в Україні за останні 2 роки показало, що 81 % населення вважають необхідним проведення реформ охорони здоров'я [4].

В Україні з 2017 року розпочалась реформа системи охорони здоров'я, яка передбачає проведення комплексу заходів та змін з метою трансформації цієї системи у більш прогресивну модель, яка має на меті покращення життя і здоров'я громадян. Під час наукового пошуку були проаналізовані праці дослідників, які займались вивченням окремих аспектів та проблем реформування системи охорони здоров'я в Україні та світі: Н. Авраменко, О. Дорошенко, К. Вишньовська, Л. Денісова, В. Лехан, Г. Слабкий, М. Шевченко, Б. Розенблат, В. Лазоришинець, І. Трахтенберг та інші [5]. При опрацюванні матеріалів авторами також було враховано думки фахівців галузі та населення України.

Спробуємо дослідити та проаналізувати ефективність трансформації окремих елементів української системи охорони здоров'я з урахуванням проведених урядом заходів. У статті розглянуто лише окремі аспекти реформування системи охорони здоров'я в Україні з огляду на те, що сфера охорони здоров'я складається з численних елементів та потребує поєднання наукових пошуків фахівців різних сфер діяльності.

Метою статті є визначення стану та перспектив окремих елементів системи охорони здоров'я в сучасній Україні на підставі світового досвіду.

Виклад основного матеріалу. У світі відомі моделі систем охорони здоров'я: монопольно-державна або бюджетна (модель Н.А. Семашко (діяла в СРСР); державна або національна (модель У. Беверіджа); страхова медицина (модель О. Бісмарка); ринкова (приватна) модель.

Система охорони здоров'я, побудована *за моделлю Семашка*, фінансувалася виключно з державного бюджету, базувалася на загальних податках, контролювалася державою через систему централізованого планування та характеризувалася відсутністю приватного сектора.

Перевагами цієї моделі є єдність принципів організації; централізація системи охорони здоров'я; рівна доступність охорони здоров'я для всіх громадян; першочергова увага дитинству та материнству; єдність профілактики і лікування; ліквідація соціальних основ хвороб; залучення громадськості до справи охорони здоров'я тощо.

Недоліками моделі Семашка є бюрократичні та адміністративно-командні методи управління охороною здоров'я та відсутність економічних важелів управління.

У Британії, Данії, Ірландії, Іспанії, Італії, Португалії, Греції, Швеції та колишніх країнах соцтабору запроваджено Державну (національну) систему охорони здоров'я *за моделлю Беверіджа*.

Для цієї моделі характерно, що основна частина медичних установ належить державі, управління здійснюється центральними та місцевими органами влади,

фінансується з загальних податкових надходжень до держбюджету і охоплює всі категорії громадян. Управління системою здійснюється професійними працівниками, контроль якості – державою і професійними медичними працівниками. Поряд з економним використанням ресурсів (державна стримує зростання витрат на охорону здоров'я за допомогою макроекономічних методів (певний % і не більше). Характерно для цієї моделі нерівність в доступності медичної допомоги для окремих соціальних груп або адміністративних територій.

Недоліки системи Беверіджа: низька оплата праці медперсоналу, через що у лікарів та медичного персоналу немає стимулу для підвищення ефективності лікування; обмеження свободи вибору для пацієнтів, позиція фахівців по центральному плануванню обмежує новаторство, недостатньо враховує місцеві особливості та інтереси; пріоритетне фінансування і використання закладів вторинної допомоги; слабкі зв'язки між центром і периферією, авторитарна система управління. Істотним недоліком також є черги.

Модель Бісмарка заснована на страхуванні здоров'я громадян, запроваджена в Німеччині, Бельгії, Нідерландах, Люксембурзі, Австрії, Швейцарії, Франції, Японії, Канаді та ін. Принцип страхування з більшою чи меншою участю уряду у фінансуванні страхових фондів системи охорони здоров'я в цих країнах є громадським, оскільки управляються органами влади, але на відміну від державних фінансуються за допомогою цільових внесків підприємців, особистих вкладів працюючих, а також бюджетних субсидій.

Основні характеристики системи Бісмарка: децентралізована система, свобода вибору страхових фондів для споживачів і підприємців. Існує конкуренція між страховими компаніями, які приділяють дуже велику увагу контролю якості медичної допомоги і контролю за витратами. Широкий вибір місць лікування.

Основними недоліками системи Бісмарка є: відсутність рівної доступності медичної допомоги для різних категорій громадян і адміністративних територій; зростання вартості медичних послуг; недостатній контроль за діяльністю персоналу; нехтування інтересами пацієнтів, які належать до груп високого ризику (які тривалий час перебувають в стаціонарах, або хворих, які опинилися поза системою страхування); високі адміністративні витрати; низькі пріоритети соціальної системи охорони здоров'я, санітарної освіти, зміцнення здоров'я, нехтування профілактичною медициною.

Ринкова система охорони здоров'я характеризується широким вибором медичних послуг; відсутністю черг; гарантією доступності спеціалізованої медичної допомоги; гарантією конфіденційності лікування, уваги до пацієнта; високою якістю умов госпіталізації тощо.

Недоліками ринкової системи охорони здоров'я є висока вартість медичної допомоги; недоступність для бідних; судові процеси як інструмент контролю якості медичного обслуговування; неадекватний потребам населення розподіл служб охорони здоров'я і відсутність механізму впливу на нього; недостатня профілактика захворювань; низька ступінь використання капіталу і кадрових ресурсів, регулювання і контроль якості лікування.

В сучасному світі не існує жодної країни, яка б мала усталену модель системи охорони здоров'я. Зокрема Італія, Португалія від страхової медицини перейшли до національної беверіджської системи; США, Корея, Кіпр, Ізраїль, Нідерланди – від добровільного страхування до національного загального НМС (так звана "соціалізація"); Росія та країни Центральної та Східної Європи – від державної до системи медичного страхування; Великобританія, Німеччина, Франція, Бельгія, країни Північної Європи,

Канада, Австрія зберегли свої системи з відповідними корективами, ввели загальнообов'язкове медичне страхування на державному рівні. При побудові власних систем охорони здоров'я країни враховували при цьому необхідність забезпечення рівності для всіх громадян та доступності обсягу послуг при досить високій якості.

Відповідно до Розпорядження Кабінету Міністрів України “Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я” від 30.11.16 р. № 1013-р [6] в Україні заплановано проведення зазначеної реформи у три етапи, а саме:

На першому (підготовчому) етапі (2017 рік) передбачено: створення законодавчої бази для функціонування нової системи фінансування охорони здоров'я; утворення єдиного національного замовника медичних послуг; розробка моделі державного гарантованого пакета медичної допомоги; проведення реорганізації закладів охорони здоров'я (створення державних та комунальних некомерційних підприємств); запровадження національної системи реімбурсації лікарських засобів; створення уніфікованих клінічних протоколів; створення необхідних електронних реєстрів (пацієнтів, постачальників та медичних станів).

На другому етапі (2018 – 2019 рр.) передбачено: розробку та прийняття нормативно-правових актів для запровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги, механізмів співоплати за медичні послуги, залучення добровільного медичного страхування; початок фінансування державного гарантованого пакета медичної допомоги через єдиного національного замовника медичних послуг; запровадження системи реімбурсації лікарських засобів; затвердження клінічних протоколів для найбільш поширених медичних станів; розробка системи тарифікації медичних послуг; створення госпітальних округів; початок оплати постачальникам медичних послуг, що надають стаціонарну вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу за принципом оплати за пролікований випадок.

На третьому етапі (2020 рік) передбачено: фінансування в повному обсязі постачальників медичних послуг, з якими укладено договори з єдиним національним замовником медичних послуг; забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я; введення повноцінного механізму співоплати за медичні послуги; забезпечення використання нових механізмів оплати медичних послуг, а саме: для первинної медичної допомоги – механізму оплати на основі капітаційної ставки на одного громадянина; для вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги – механізму оплати за пролікований випадок; проведення оцінки впровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я та підготовка плану розвитку системи на наступні п'ять років.

Медична реформа стартувала у 2017 році із затвердження Плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року [7] та прийняттям законів: “Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів” [8], “Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо видатків на первинну медичну допомогу” [9], Зміни до Основ законодавства України про охорону здоров'я (до статей 3, 8 та 35) [10] та інші.

Як бачимо, реформування системи охорони здоров'я в Україні пов'язане насамперед із вирішенням завдань його ресурсного забезпечення, а зазначені нормативно-правові акти спрямовані на скорочення витрат державного бюджету на галузь та в основному стосуються питань фінансування системи охорони здоров'я.

На наш погляд здійснити реформу найбільш корумпованої галузі в країні за чотири, та навіть п'ять років неможливо. Наприклад в Туреччині, у країні, яка

випереджає ЄС як за низьким рівнем дитячої смертності, так і за термінами очікування обстеження, а 90 – 95 % населення задоволені медичним обслуговуванням, на впровадження медичної реформи пішло десять років [11]. Однією з передових країн світу за якістю медицини є Німеччина. Однак, друге місце серед тих, хто їде лікуватись до Туреччини, займають саме громадяни Німеччини. Їх влаштовує в Туреччині якісне лікування, швидкість надання медичної допомоги та помірні ціни, включаючи трансплантацію.

В рамках реформи системи охорони здоров'я 27 грудня 2017 р. створено Національну службу здоров'я України (далі – НСЗУ) – замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій [12]. Отримати безкоштовну медичну послугу пересічний громадянин зможе лише у закладах, які підписали договори та сертифіковані НСЗУ. Сертифікат отримають лише ті заклади, а також обладнання, яке відповідає вимогам Національної служби. Існують й певні обмеження щодо укладання договорів: “договори укладаються лише в межах бюджетних коштів, передбачених на охорону здоров'я на відповідний бюджетний період, на підставі вартості й обсягу послуг з медичного обслуговування”. Можна спрогнозувати, що в умовах дефіциту коштів обсяги гарантованої медичної допомоги буде скорочено до меж бюджету. Якщо з точки зору економії – це раціональний і логічний підхід, то з позицій медицини – істотний ризик. Оскільки з урахуванням неможливості точного прогнозу перебігу хвороби пацієнта, його одужання тощо, запровадження механізмів нормованого розподілу витрат і нормування медичних втручань приховує небезпеку невизначеності. Навіть жорстке запровадження протоколів лікування і нормативне фінансування на їх підставі можуть значно обмежити здатність лікаря приймати гнучкі рішення щодо лікування пацієнта і перетворять його з логічно-мислячого фахівця на суто технічного виконавця [13].

Великою проблемою є отримання сертифікату медичними закладами невеликих містечок чи навіть районних центрів, де застаріле обладнання та апаратура. Наразі такі медустанови фінансуються по-старому (отримують від держави субвенції). Перейти до нової системи фінансування ці заклади не зможуть, поки за рахунок місцевих бюджетів не будуть усунуті всі недоліки (ремонт та устаткування, необхідне обладнання тощо). До цього часу місцева влада зобов'язана поінформувати населення про медзаклади, які отримали сертифікати і там є можливість отримати безкоштовну медичну послугу. На жаль, ми не знайшли такої інформації на офіційних сайтах міст та областей України, хоча така інформація повинна бути відкритою та доступною пересічному громадянину.

За даними соціологічного дослідження, проведеного Київським міжнародним інститутом соціології у березні 2019 року про те, що в Україні створена Національна Служба здоров'я знають лише 21 % українців, 85 % вважають, що якість медичного обслуговування в Україні далека від європейських стандартів. Серед країн, які вони обрали б для лікування: Ізраїль (39 %), Німеччину (38 %), Швейцарію (21 %), США (10 %), Білорусь (8 %), Росію (3 %) [4].

З 2 квітня 2018 року триває обрання громадянами України сімейних лікарів з числа терапевтів та педіатрів, з якими вже підписали договір 78 % населення. Підписання декларації з конкретним лікарем надає можливість пацієнту отримати безкоштовну медичну допомогу, кошти на це виділяє Національна служба здоров'я. Зокрема система працює так: людина заздалегідь записується на прийом до сімейного лікаря через особистий кабінет на сайті “Helsi” або будь-яким іншим доступним способом (наприклад по телефону). Сімейний лікар проводить огляд та видає направлення до вузького спеціаліста, послугу якого оплачує безпосередньо НСЗУ за програмою “гроші йдуть за

пацієнтом”. Втім, є нюанси. Без направлення сімейного лікаря людина не зможе отримувати безкоштовне обслуговування у вузького спеціаліста. Також існує загальна проблема з обрання сімейного лікаря у сільських місцевостях та невеликих містах. Зазвичай в українських селах працює один лікар. Максимальна кількість пацієнтів, з якими він по закону має підписати декларацію – 2000 осіб. Що робити іншим мешканцям? Їхати в район за 50 км. від дому у пошуках сімейного лікаря? А як бути інвалідам, людям які не можуть самостійно пересуватись та ще й пенсії отримують мінімальні, через що неспроможні оплатити навіть поїздки до районної лікарні? Навіть якщо вони й знайдуть лікаря й підпишуть з ним декларацію, чи зможуть вони при потребі відвідувати лікаря, який знаходиться на значній відстані? Ще більш ускладнює ситуацію те, що тепер виїзд лікаря за викликом пацієнта скасовано. Ці питання залишаються без відповіді. Чи буде ефективна модель сімейної медицини в Україні покаже час.

Поряд з цим фахівці вітчизняної медичної галузі переконані у тому, що сімейний лікар – це окрема спеціальність, якої слід навчати, починаючи з вищого навчального закладу. Не можна перевчити лікаря-спеціаліста на сімейного лікаря. Наприклад гастроентеролог з двадцятирічним стажем роботи в дорослій поліклініці не зможе розпізнати раптову екзантему у немовляти, не розпізнає апоплексію яєчника, пропустить менінгіт і не запідозрить туберкульоз лімфовузлів. А введення штрафів за звертання сімейного лікаря за консультацією до спеціаліста – нісенітниця [14].

Іншою загальною проблемою сімейної медицини, як в країнах Західної Європи, так і в США, є те, що пацієнтам досить складно отримати направлення сімейного лікаря до спеціаліста, хіба що хвороба наскільки є небезпечною, що лікар, побоюючись відповідальності за життя пацієнта, вимушений все ж направити його до спеціаліста. Зазвичай сімейні лікарі неохоче направляють хворих до вузьких спеціалістів, оскільки не хочуть оплачувати консультацію, очікуючи поки пацієнт звернеться за платною допомогою. Навіть якщо пацієнт і отримає направлення до вузького спеціаліста, має чекати своєї черги від двох тижнів до двох місяців.

В Україні на сьогодні такої проблеми немає. Потрапити від сімейного лікаря до спеціаліста можна за один-два робочих дні. Чи потрібно Україні копіювати складні шляхи для отримання медичної допомоги на другому та третьому рівні, що в свою чергу обов'язково призведе до емоційної напруги у суспільстві та позначиться на здоров'ї громадян? На нашу думку, не слід вводити повну заборону самозвернень пацієнтів до спеціалістів. Створення збалансованої системи первинної медико-санітарної допомоги потребуватиме часу для напрацювання певного досвіду.

Основним принципом медичної реформи в Україні визначено принцип “гроші ходять за пацієнтом”. Офіційного штатного розкладу лікувальні заклади не матимуть. Головний лікар має на власний розсуд визначити необхідну кількість медперсоналу лікувальної установи. При прибутті пацієнта на обстеження та лікування мають прийти в лікарню гроші від Національної служби здоров'я згідно з тарифом за надані пацієнтам медичні послуги. Кількість грошей у медзакладі буде залежати від кількості пацієнтів. Отже, щоб заробити більше грошей, медзаклади будуть зацікавлені у великій кількості пацієнтів, щоб всі ліжко-місця постійно були заповненими, а ті заклади, які будуть визнані неефективними будуть або ліквідовані, або приватизовані.

В Україні майже всі державні лікарні потребують великих капітальних вкладень на ремонт і закупівлю необхідного устаткування, через що вони не можуть конкурувати з приватними. Інший аспект: якщо сучасні приватні лікарні можуть спрямовувати кошти, отримані за надання послуг від НСЗ, на оплату праці своїх працівників та покращення якості лікування, то державні медзаклади вимушені будуть спрямовувати ці кошти

насамперед на матеріальне оснащення своїх медзакладів, а потім вже думати про якість послуг та підвищення заробітних плат своїм працівникам. Тобто на початковому етапі реформи системи охорони здоров'я не створено рівних умов між приватним і державним секторами медичної галузі.

Щодо ефективності запровадження національної системи реімбурсації лікарських засобів звернімося до статистики. Соціологічне дослідження (березень 2019 р.) показало, що 60 % українців знають про програму “Доступні ліки”, але лише 19 % стверджують, що особисто чи їхні близькі родичі брали в ній участь. Серед осіб віком 60 років і старше лише 27 % беруть участь у програмі [4]. Тобто 81 % населення не користується програмою реімбурсації. Чи може це свідчити про її ефективність?

Інша проблема може виникнути через закупівлю лікарських препаратів за завищеними цінами й низької якості. Нині аптеки завалені ліками виробництва країн третього світу, де може не бути навіть основного компоненту (діючої речовини). Очільники МОЗ Україні стверджують, що ціни на ліки в Україні є завищеними і недостатнє фінансування галузі не дозволяє впровадити реімбурсацію за такими цінами. Тому в якості референтних цін слід орієнтуватись на Польщу, Латвію, Словаччину, Угорщину, Чехію. Кореспонденти газети “Аптека” провели власне дослідження, результати якого свідчать, що середньозважена вартість однієї упаковки лікарського засобу в Україні є однією з найнижчих серед сусідніх та європейських країн. Також за даними аналітичної системи дослідження ринку “PharmXplorer”/“Фармстандарт” компанії “Proxima Research” цей показник у країнах СНД у 2015 р. становив: у Росії – 3,39 дол.; у Казахстані – 3,13 дол.; у Білорусі – 2,48 дол.; у Грузії – 3,77 дол., а в Україні – 2,05 дол. [15].

Експерт з впровадження медичної реформи на місцевому рівні А. Макаріхіна впевнена, що сьогодні не всі лікарні готові до самостійності в рамках реформатування на госпітальні округи (державні медичні заклади, які знаходяться на території районів, об'єднуються та переходять у власність об'єднаних територіальних громад (ОТГ)). Для формування госпітальних округів не вистачає кадрів, низький рівень економістів у медичній галузі, є потреба у покращенні навичок персоналу у користуванні комп'ютерною технікою тощо [16].

Дискусійним, на нашу думку, є намір створення, за зразком країн ЄС, лікарень, об'єднаних в госпітальні округи, в яких існуватимуть усі напрямки лікування, натомість ліквідувавши спеціалізовані профільні лікарні України. Але ж найкращу якісну медичну допомогу може надати лікар, який спеціалізується на однотипних операціях, які проводить постійно, ніж багатопрофільні хірурги обласних лікарень, яким доводиться робити різні операції.

Реформування системи охорони здоров'я передбачає застосування міжнародних клінічних протоколів обстеження та лікування захворювань. Слід зауважити, що не існує такого поняття, як міжнародний протокол. Кожна країна має свій науковий, дослідницький, матеріальний потенціал. Тому клінічний протокол – основний медико-технологічний документ, яким мають керуватися медичні фахівці в кожній конкретній клінічній ситуації, уникаючи неефективних та помилкових рішень, може бути лише національним. В Україні функціонує Національна академія медичних наук України (далі – НАМН України), фахівці якої мають бути залучені до розробки національного протоколу обстеження та лікування захворювань. Для порівняння: вартість лікування у закладах НАМН України у 20 разів нижча, ніж в США та у 10 разів нижча за такі країни, як Німеччина та Італія, у 2 – 3 рази нижча ніж в Латвії, Литві і Казахстані [17].

Автономізація НАМН України та переведення її інститутів у статус комунальних некомерційних підприємств, як пропонує Міністерство охорони здоров'я, призведе до згорання медичних досліджень та ліквідації взагалі медичної науки в Україні. Цього робити категорично не можна. Метою комунальних некомерційних підприємств є надання послуг з охорони здоров'я населенню, а метою науки – одержання нових знань та пошук шляхів їх застосування. На сьогодні держава виділяє лише 30 – 40 % від фінансових потреб НАМН України. За словами французького фізика П'єра Кюрі: “Країна, яка не розвиває власну науку, неминуче стає колонією” [18].

В Україні простежується тенденція до скорочення витрат і на медичну науку і на медичну галузь в цілому. Так у 2008 р. загальні витрати на охорону здоров'я склали 6,64 % ВВП, у 2012 р. – 7,7 % ВВП, у 2018 р. – 3,7% ВВП, у 2019 р. – 3,2 % ВВП [18]. За висновками Всесвітньої організації охорони здоров'я, якщо держава виділяє на охорону здоров'я менше, ніж 5 % ВВП, медична галузь неминуче деградує [17].

Висновки.

Дослідження доводить, що швидкими темпами (4 – 5 років) неможливо здійснити якісні реформи медичної галузі. В Україні розпочато реформування системи охорони здоров'я та прийнято ряд заходів, у тому числі й щодо скорочення витрат державного бюджету на забезпечення системи охорони здоров'я, без необхідної підготовчої роботи: дослідження ефективності існуючої системи, вивчення вітчизняного та світового досвіду, необхідних підрахунків із залученням фахівців різних сфер життєдіяльності (вчених, лікарів, економістів та ін.).

В Україні створено Національну службу здоров'я України – замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій. Запроваджено механізм отримання сертифікатів медичними закладами, але не всі заклади можуть їх отримати через невідповідність вимогам НСЗУ (зокрема державні).

Населення країни недостатньо поінформовано про зміни в системі охорони здоров'я та можливість отримання безкоштовної медичної допомоги. Соціопитування 2019 р. показало, що 85 % населення незадоволено якістю медичного обслуговування в Україні.

Із запровадженням реформи терапевти та педіатри перетворюються на сімейних лікарів, яких не вистачає, особливо у невеликих містечках та селах. Перекваліфікація у сімейних лікарів без необхідної підготовки може призвести до випадків неправильної діагностики хвороби у пацієнтів, що в свою чергу може призвести до погіршення стану здоров'я населення. Шлях за направленням від сімейного лікаря до спеціаліста може значно ускладнити можливість отримання швидкої безплатної медичної допомоги та призвести до фактів корупції.

Принцип “гроші ходять за пацієнтом” може призвести до ліквідації або приватизації державних медичних закладів через їх неконкурентоспроможність із приватними.

Програма реімбурсації лікарських засобів виявилась неефективною, нею користуються лише 20 % населення. Це також може свідчити про недостатню поінформованість населення.

Якість та ціна вітчизняної фармацевтичної продукції можуть певним чином конкурувати з іноземною, а лікувальні протоколи мають бути вітчизняними.

Питання щодо ліквідації спеціалізованих профільних лікарень та створення багатопрофільних медичних установ є дискусійним та потребує додаткового опрацювання та дослідження, оскільки може позначитись на якості надання медичної допомоги.

Мета медичної науки – одержання нових знань та пошук шляхів їх застосування. Автономізація Національної академії медичних наук України призведе до ліквідації медичної науки, що в свою чергу поставить медичну галузь України у залежність від іноземних країн.

Головною метою реформування системи охорони здоров'я України має бути забезпечення населення країни гарантованим правом на максимальний захист свого здоров'я: повноцінною, якісною та доступною медичною допомогою. Реформа має бути спрямована на подолання корупції та запобігання зайвих витрат. Кожна країна здійснює реформи з урахуванням власних національних традицій, світового та національного досвіду, оскільки охорона здоров'я в кожній країні є продуктом історії нації. Реформування охорони здоров'я має бути прагматичним, відштовхуватись від того, що існує, а не мислити абстрактно. Не слід вводити кардинальні зміни одночасно, поступові реформи мають шанс бути більш успішними та уникнути незворотних процесів.

Україна має значний науковий потенціал. Саме вчені мають відповісти на запитання, яка система охорони здоров'я потрібна країні та долучитись до її розробки із залученням фахівців галузей, дотичних до системи охорони здоров'я (пацієнтів, страховиків, медичних працівників, економістів, юристів, органи місцевого самоврядування та ін.), провести необхідні статистичні спостереження та розрахунки: перепис населення (останній був у 2001 р.), дослідити стан матеріально-технічної бази, провести аудит тощо. В Україні існує проблема з медичними кадрами у невеликих містах і селах і цю проблему потрібно вирішувати на державному рівні. На нашу думку в Україні має бути обов'язкова страхова медицина. Слід також забезпечити доступну, достовірну, правдиву, своєчасну і прозору інформацію стосовно охорони здоров'я для всіх громадян.

Світовий досвід доводить, що бюджет охорони здоров'я має становити не менше 5 % ВВП, а в Україні ця цифра щороку зменшується, не зважаючи на пришвидшене реформування галузі, яке прогнозовано потребуватиме додаткових витрат.

З розвитком суспільних процесів, викликаних глобалізацією, інформатизацією та інноватикою галузь охорони здоров'я потребуватиме постійних змін і реформ, тому необхідно застосовувати всебічний і комплексний підхід до реформ.

Використана література

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>; Цивільний кодекс України: Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15>; Про екстрену медичну допомогу: Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17>
2. Про реформу охорони здоров'я в Україні: Рекомендації парламентських слухань від 16 грудня 2015 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-viii>
3. Загальні витрати на охорону здоров'я в Україні (за даними національних рахунків охорони здоров'я). *Україна. Здоров'я нації: наук.-практ. вид.* – (Укр. ін-т стратег. дослідж. МОЗ України). Київ: Вид-во. “Експерт”, 2010. № 2(14). С.84-88.
4. Думки і погляди населення України щодо охорони здоров'я та інших питань, березень 2019. – (Київський міжнародний інститут соціології). URL: <http://kiis.com.ua/?lang=eng&cat=reports&id=861&page=1>
5. Авраменко Н.В. Механізми фінансування системи охорони здоров'я України. *Теорія та практика державного управління*. 2009. Вип. 2. С. 187-192; Лехан В.М. Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Київ, 2009. 50 с.; Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / під заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. Київ: Вид-во Раєвського, 2005. 168 с.; Lekhan V.N., Rudiy V.M., Shevchenko M.V. Ukraine: Health system review. *Health Systems in Transition; World Health*

Organization (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies), WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2015. V. 17(2). 153 p.

6. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження КМ України від 30.11.16 р. № 1013-р. URL: <https://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80>

7. Про затвердження плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року: Розпорядження КМ України від 15.11.17 р. № 821-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/821-2017-%D1%80>

8. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>

9. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо видатків на первинну медичну допомогу: Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2233-19>

10. Зміни до Основ законодавства України про охорону здоров'я: Закон України. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=61567

11. Шлапак А. Турецька медицина. – (ALL INCLUSIVE). URL: <https://blogs.pravda.com.ua/authors/shlapak/528f72f6d86e0/>

12. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова КМ України від 27.12.17 р. № 1101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF>

13. Дорошенко О.О., Шевченко М.В. Аналіз міжнародного досвіду фінансування вторинної медичної допомоги. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2017. № 1(5).

14. Ось-ось полетять у прірву залишки старої медицини – а от чи виживемо ми з новою, велике питання. URL: https://tsn.ua/blogi/themes/health_sport/reformi-abo-mamo-mi-vsi-pomremo-945605.html?utm_source=page&utm_medium=readmore

15. Ціноутворення та реімбурсація: про що говорив Володимир Гройсман із фармацевтичною індустрією? URL: <https://www.apтека.ua/article/392193>

16. У Запоріжжі обговорили особливості реформи медзакладів вторинного рівня. – (11.09.2019). URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-regions/2777851-u-zaporizzi-obgovorili-osoblivosti-reformi-medzakladiv-vtorinnogo-rivna.html>

17. “Автономизация” Академии медицинских наук. URL: <http://amnu.gov.ua/avtonomyzac-zyua-akademyu-medycynskiyh-nauk>

18. О губительных лжереформах Минздрава. – (05.09.2019). URL: <https://www.2000.ua/v-nomere/derzhava/realii/avtonomizacija-akademii-medicinskih-nauk.htm>

19. Для обговорення стратегія. URL: <file:///E:/медицина%20стаття/для%20обговорення%20стратегія.pdf>

~~~~~ \* \* \* ~~~~~