

УДК 614.2:616-082:616-08-039.75

Яковенко І. В.¹, Царенко А. В.^{2,3}, Тихоненко С. В.¹

¹ Київський університет імені Бориса Грінченка, м. Київ, Україна

² Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

³ Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», м. Київ, Україна

РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ: НАГАЛЬНІ ЗАВДАННЯ СУЧАСНОГО ЕТАПУ

Резюме. Мета дослідження: обговорити і визначити оптимальні підходи і шляхи вирішення кризової ситуації щодо забезпечення фінансової доступності населення України до вторинної та третинної медичної допомоги в умовах реформи системи охорони здоров'я і боротьби з пандемією захворювання на Covid-19. **Матеріали та методи:** нормативно-правові акти, джерела наукової літератури; методи дослідження: системного підходу, системного аналізу, порівняння і узагальнення. **Результати та їх обговорення.** Аналіз моделі реформування системи охорони здоров'я свідчить про значну нестачу коштів на фінансування медичної галузі. На кризову фінансову ситуацію в галузі охорони здоров'я вплинув також істотний перерозподіл коштів на користь первинної медичної допомоги (ПМД). Щоб виправити цю ситуацію, необхідно залучати об'єднані територіальні громади (ОТГ) до фінансуванні медичної допомоги, зокрема дати право ОТГ оплачувати лікування жителям громади за рахунок місцевих бюджетів. Також очевидною стає необхідність розробки особливого механізму медичної допомоги пацієнтам з хронічними захворюваннями. Доцільно перепрофілювати якусь частину закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) в соціально-медичні центри, де хронічні хворі, у т. ч. паліативні пацієнти, зможуть одержувати планову підтримуючу терапію і реабілітацію, а при певних ситуаціях навіть ізоляцію. Це можуть бути заклади сестринського догляду, де основна увага приділяється виконанню призначень лікаря, психологічній та соціальній підтримці і духовному супроводу. Ще одним важливим і болючим питанням є подальша доля провідних медичних центрів і клінік Національної академії медичних наук України, МОЗ України та Державного управління справами. Багато напрямів реформування системи охорони здоров'я потребують проведення кардинальних заходів щодо корегування попередньо запущених механізмів, а також впровадженню інноваційних підходів. **Висновки:** Аналіз стану впровадження Програми медичних гарантій в межах реформування системи охорони здоров'я дозволив виявити суттєві недоліки механізмів фінансування ЗОЗ вторинної та третинної медичної допомоги. Необхідно впроваджувати зміни організаційної моделі ПМД, де основною ланкою повинна стати амбулаторія сімейної медицини на правах юридичної особи. Необхідно впроваджувати інноваційні підходи та додаткові джерела фінансування. Для цього потрібні доповнення до чинної нормативно-правової бази, які б врахували недоліки чинної моделі реформування системи охорони здоров'я та досвід регіонів.

Ключові слова: реформування системи охорони здоров'я; механізми фінансування закладів охорони здоров'я; нормативно-правова база; соціально-медичні центри; первинна медична допомога; вторинна і третинна медична допомога; медичне страхування.

Для кореспонденції: Царенко Анатолій Володимирович, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна; e-mail: atsarenko@gmail.com

For correspondence: Anatolii Tsarenko, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Dorogozhytska str., 9, Kyiv, 04112, Ukraine; e-mail: atsarenko@gmail.com

Вступ

Аналіз ситуації в українській системі охорони здоров'я після впровадження другого етапу медичної реформи і початку боротьби з пандемією захворювання на Covid-19 дозволив виявити проблеми, що проявилися найбільш гостро у цей «стресовий» для країни період. 2020 рік, з одного боку, «оголив» найбільш складні проблеми в галузі охорони здоров'я, які уже десятиліттями не мали свого ефективного вирішення, а з другого – показав недоробки та глухі кути тієї реформи, яка мала повноцінно розпочатися в цьому році. Як часто зазначають клініцисти, стадія загострення захворювання хоча є більш важкою і болючою, але дозволяє вжити кардинальних заходів, щоб не допустити того, аби хвороба перейшла у ще більш «хронічну» або термінальну стадію.

Уже перші місяці роботи за новою фінансовою схемою виявили те, про що попереджали багато експертів, починаючи з 2016 року, коли вперше була оприлюднена Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я [1]. Велике число лікарень не отримали фінансування навіть на виплати заробітних плат своїм працівникам. В основі попередньої моделі, заснованої на субвенціях, була гарантія того, що зарплати, нехай навіть невеликі, отримують усі працівники стаціонарів другого рівня – міських, районних і сільських дільничних лікарень. Зміни в господарському механізмі, що проводяться в рамках реформи, створили ситуацію фінансового дефіциту насамперед для цих суб'єктів. Уже, починаючи з квітня, пройшла хвиля протестів медичних працівників проти заборгованості по заробітній платі та можливих масових звільнень.

Зазначене вище вимагає розробки в негайного впровадження оптимальних підходів і шляхів вирішення кризової ситуації задля забезпечення конституційних прав громадян України на доступну, якісну та ефективну спеціалізовану медичну допомогу в умовах дефіциту бюджетних коштів, що невпинно збільшується. Однак, запропонована Урядом Програма медичних гарантій не покриває усього обсягу медичних послуг, що вимагає з пацієнтів здійснювати офіційну співоплату за спеціалізовану медичну допомогу, яка надається у державних і комунальних закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) поза межами Програми, в разі її запровадження.

Мета дослідження: обговорити і визначити оптимальні підходи і шляхи вирішення кризової ситуації щодо забезпечення фінансової доступності населення України до вторинної та третинної медичної допомоги в умовах реформи системи охорони здоров'я в Україні.

Матеріали і методи дослідження. Матеріали дослідження: нормативно-правові акти, вітчизняні та міжнародні джерела наукової літератури; методи дослідження: системного підходу, системного аналізу, порівняння і узагальнення.

Результати дослідження та їх обговорення.

Аналіз моделі реформування системи охорони здоров'я свідчить, що вона неминуче мала призвести до нестачі коштів. Адже в первинній її версії планувалися два грошові потоки: бюджетне фінансування та співоплата. Планувалося, що певну частину фінансування бере на себе, тобто гарантує, державний бюджет, у тому числі повністю по первинній, екстреній та паліативній медичній допомозі, педіатрії, а іншу частину коштів повинна була забезпечити так звана співоплата – інші джерела фінансування, у тому числі власні кошти пацієнтів, колективні фонди, місцеві бюджети. Депутати не наважилися піти проти 49 статті Конституції України, але і під час прийняття Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [2] іншого рішення про додаткове фінансування галузі охорони здоров'я не знайшлося. Тобто, нових коштів та фінансових надходжень система охорони здоров'я не отримала. А оскільки співоплата, за попередніми оцінками, мала становити десь 40 % від загального фінансування, то дефіцит склав приблизно 100 млрд. грн.

Ще однією проблемою, пов'язаною з фінансуванням, є фактично відсутність можливості дофінансувати ЗОЗ (крім комунальних витрат та часткової матеріально-технічної підтримки) з місцевих бюджетів. Уся медична допомога в рамках Програми медичних гарантій фінансується через Національну службу здоров'я України (НСЗУ) і доплатити лікарні за

послуги в рамках Програми неможливо. Таким чином, з реформи зникло таке важливе додаткове джерело фінансування, і це в умовах фінансового дефіциту в галузі.

На загальну фінансову ситуацію в галузі охорони здоров'я вплинув також істотний перерозподіл коштів на користь первинної медичної допомоги (ПМД). Необхідно було продемонструвати успіх реформи на цьому рівні, тому у бюджеті на 2019 та 2020 роки було виділено досить великі кошти на ПМД, що дозволило говорити, що реформа сприяла підвищенню зарплат сімейним лікарям та медичним працівникам первинної ланки медичної допомоги. Створилася ситуація, коли фінансування ПМД – це майже третина від того, що виділено на вторинну та третинну медичну допомогу.

Характеризуючи досягнення реформи на первинному рівні медичної допомоги, крім додаткового фінансування, можна відмітити ще ряд моментів:

Перший. Запровадивши вибір сімейного лікаря, вдалося заощадити гроші, оскільки декларації подали тільки реальні користувачі цих послуг, бо на більшість заробітчан, які проживають за кордоном, нормативи фінансування не нараховуються. Тобто, позитивно спрацював більше фінансовий, а не медичний фактор. Реформа ПМД проводилась під брендом вільного вибору лікаря та підвищення якості обслуговування. За орієнтовними даними, у 97 % випадків декларації підписані з тими ж дільничними лікарями, у яких пацієнти обслуговувалися і раніше. Тобто, принцип вільного вибору лікаря залишився чисто декларативним, а якість надання медичної допомоги від підписання декларації не залежить. Для цього потрібно «виростити» нове покоління висококваліфікованих і вмотивованих сімейних лікарів.

Другий. Необхідно впровадити зміни організаційної моделі ПМД. Основною ланкою повинна була стати амбулаторія сімейної медицини [3], своєрідне мале медичне підприємство з, мінімум, 5–8 сімейними лікарями, 2 педіатрами, гінекологом, молодшими медичними спеціалістами, що оснащене базовим діагностичним обладнанням, з маніпуляційним кабінетом і палатою денного стаціонару тощо. Така модель відповідає потребам об'єднаної територіальної громади (ОТГ) у сільській місцевості або в житлових мікрорайонах в містах. Це повинні бути юридичні особи зі спрощеною бухгалтерією і звітністю, які мають статус малого суб'єкта господарювання. На жаль, в організаційному відношенні реформа мало що змінила. Амбулаторії залишилися на правах цеху в структурі Центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), колишніх районних поліклінік. Тому зараз має бути поставлене питання перетворення цієї моделі, так як існування ЦПМСД у сьогоdnішньому вигляді є невиправдано дорогорозумним і малорезультативним при повноцінному функціонуванні амбулаторій.

Третій. При такій організаційній моделі ЦПМСД неможлива реалізація ключового принципу реформи – «гроші ходять за пацієнтом», адже отримувачем коштів за пацієнта від НСЗУ є не лікар, з яким підписана декларація, а ЦПМСД. Наявність декларації-штампу фактично обмежує впровадження індивідуальних стимулюючих доплат для лікарів. Потрібно переходити на реальну договірну систему, де би за умовами індивідуальних договорів сімейний лікар міг брати окремі конкретні зобов'язання – діагностичні обстеження, відвідування на дому, інші, що мали би враховуватись в оплаті його праці.

У напружених умовах, які склалися зараз з фінансуванням галузі охорони здоров'я, навряд чи доречно говорити про великі успіхи медичної реформи через 3–4 роки. Ситуація складається таким чином, що треба негайно запроваджувати серйозні зміни у прийнятій моделі. Потрібно ґрунтовно переглянути підхід до системи фінансування в залежності від профілю та функціональної спеціалізації ЗОЗ вторинної медичної допомоги, а також специфіки медичної допомоги/послуг, що надаються.

Фінансовий підхід, запущений з 1 квітня 2020 року – планові обсяги послуг, під які виділяються планові розміри бюджетного фінансування, з їх подальшим корегуванням, залежно від реально пролікованих випадків та/або кількості виконаних послуг – можна залишити як базовий для стаціонарних ЗОЗ, де надають планове лікування. Питання тільки – наскільки нова система розподілу обсягів медичної допомоги і фінансів між закладами краще усталеної системи субвенцій, або як зараз прийнято казати «історичної моделі фінансування».

Не можна забувати, що розрахунок субвенцій базувався на кількості населення, тобто потенційних пацієнтів у адміністративно-територіальних одиницях (область, місто, район). Звідси субвенції в основному відображали реальні потреби, не допускаючи створені на сьогоднішній день «перекуси» по розподілу, зроблені в ручному режимі. І ці «перекуси» доводиться після перших місяців реформи швидко усувати. Доцільно було б запровадити період «адаптації» реформи, коли б в основі лежали кошти пораховані по моделі субвенцій із подальшим їх корегуванням, в залежності від фактично пролікованих випадків.

Але якщо говорити про інтенсивне лікування, особливо, коли мова йде про важкі захворювання, які потребують довготривалого та дорогоцінного лікування – наявних фінансових ресурсів у держави не вистачить. Тут необхідно шукати додаткові джерела фінансування, і в стислі терміни вводити обов'язкове медичне страхування. У нинішніх умовах мова не може йти про повноцінний запуск системи загальнообов'язкового соціального медичного страхування. Бо при низькому рівні доходів господарюючих суб'єктів і високому рівні податків та зборів вводити додаткові внески – не допустимо. Разом з тим, поступове, покрокове впровадження медичного страхування, наприклад, на початку для онкологічних чи серцево-судинних захворювань (зокрема, що потребують хірургічного втручання), фінансування яких на сьогоднішній день не під силу і бюджету, і більшості населення – можна було б почати вже з наступного року. Тарифи на лікування зазначених захворювань, затверджені у Програмі медичних гарантій [4], не відповідають реальній вартості такого лікування і не можуть гарантувати доступ пацієнтів до якісної медичної допомоги. У той же час, розрахунки показують, що при місячних страхових внесках на рівні 100 грн. (один квиток у кінотеатр), страхові виплати, у разі настання цих тяжких хвороб, можуть бути на рівні не менше 100 тис. грн. При цьому, малозабезпечена частина населення не буде платити страхові внески самостійно, можна буде задіяти фонди соцстраху, медичні субсидії тощо.

Вирішення питання може бути здійснено шляхом внесення до чинного законодавства, наприклад, до Закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [2], розділу, що містить норми про програми обов'язкового медичного страхування. Кожна така програма повинна вводити обов'язкове страхування для попередньо обраних нозологічних позицій, тобто видів захворювань, беручи до уваги соціальне значення, ступінь розповсюдження, вартісні параметри. По кожній програмі повинні бути встановлені переліки страхових випадків, розміри виплат по ним, розміри страхових платежів диференційовано за категоріями страхувальників і ряд інших параметрів. Такі програми мають затверджуватися Верховною Радою України у пакеті з Державним бюджетом.

Наступне питання. Вважаємо за доцільне, щоб виправити зазначену вище ситуацію, залучати місцеві бюджети до фінансуванні медичної допомоги. По-перше, необхідно дати право ОТГ оплачувати лікування, зокрема хірургічні операції, жителям громади за рахунок місцевих бюджетів, якщо громада таке рішення прийняла. Заборона на фінансування всього, що увійшло до Програми медичних гарантій, якщо джерело не державний бюджет, є не виправданою. ОТГ і ЗОЗ повинні мати право на договірні умови щодо оплати лікування. Громада має бути впевненою в успішному одужанні свого жителя, якому, наприклад, зробили операцію на серці, і заплатити при цьому більше, ніж не виправдано низький тариф, порахований НСЗУ. Для цього ОТГ можуть напряму підписувати відповідні договори на обслуговування з ЗОЗ. По-друге, уже назріли зміни до законодавства щодо надання права громадам виступати як колективний страхувальник своїх мешканців. Тобто, ОТГ платить зі свого бюджету страховий внесок, а її жителі отримують статус застрахованих. Мова не йде про обов'язкове страхування чи обов'язкову доплату за медичні послуги – мова йде про надання такої можливості для ОТГ.

Особливо складним та дискусійним залишається питання про покриття витрат на лікування безпосередньо юридичними або фізичними особами. Стаття 49 Конституції України гарантує безоплатність медичної допомоги в державних та комунальних закладах охорони здоров'я. Однак, життєва реальність показує, що без залучення грошей населення та юридичних осіб, неможливо буде повноцінно фінансувати медичну галузь. Тим більше, що це джерело

сьогодні реально існує і покриває не менше 40 % витрат на лікування. Слід також зазначити, що доплата грошей крім бюджету і обов'язкового страхування впроваджені в деяких країнах, медичні системи яких визнані кращими у світі, зокрема: у Франції, США, Японії, Фінляндії і деяких інших [5; 6]. Держава повинна розробити механізми залучення додаткових фінансів для галузі охорони здоров'я, адже у разі їх відсутності і надалі залишаться неформальні платежі у ЗОЗ, які роблять медичну допомогу надзвичайно затратною і недоступною для більшості домогосподарств.

Крім блоку фінансових рішень важливе значення для удосконалення медичної допомоги мають фактори організаційно-правового характеру.

Пандемія захворювання на Covid-19 показала і в Україні, і в усьому світі, що крім поточної моделі, яка може бути страховою або нестраховою, соціальною або госпрозрахунковою, для кожної країни необхідна ще і резервна модель зі стратегічними запасами ліків і медичного обладнання (інвентарю), витратних матеріалів та навіть кадрового потенціалу. Стає очевидним, що ця епідемія, швидше за все, дала сигнал для зустрічі наступних епідемій, яких у силу, у першу чергу, екологічних проблем слід очікувати усе частіше. Необхідні спеціальні організаційні структури, які відрізняються від зазвичай функціонуючих ЗОЗ, в яких у прискореному порядку можна буде створити умови ізоляції і карантину для хворих. Слід також звернути увагу ще на один аспект. Цей коронавірус, як і подібні йому, небезпечні через наявність певних груп ризику з числа хронічних хворих – з діабетом, серцево-судинними захворюваннями та інших. Очевидною стає необхідність розробки особливого механізму медичного обслуговування пацієнтів у прив'язці до хронічних хвороб. Починати при цьому треба з жорстких вимог до способу життя населення, а завершальною ланкою в цьому ланцюжку повинні бути методи лікування, утримання і, при необхідності, ізолювання пацієнтів з хронічними захворюваннями. Можливо треба перепрофілювати якусь частину ЗОЗ у соціально-медичні центри, де хронічні хворі, у т. ч. паліативні пацієнти, зможуть одержувати планову підтримуючу терапію і реабілітацію, а при певних ситуаціях навіть ізоляцію. Це можуть бути заклади сестринського догляду, де основна увага приділяється виконанню призначень лікаря, зокрема медичним маніпуляціям (внутрішньовенні ін'єкції та крапельниці, щеплення, реабілітаційні процедури тощо), психологічній та соціальній підтримці і духовному супроводу. В організаційно-фінансовому відношенні такі заклади можуть перебувати в системі Мінсоцполітики, що полегшує створення більш гнучкої системи фінансування, так як у таких закладів соціально-медичного обслуговування не буде жорстких рамок 49 статті Конституції України.

Ще одним важливим і болючим питанням, яке реформа системи охорони здоров'я не змогла виділити в окремий блок, є подальша доля провідних медичних центрів і клінік Національної академії медичних наук України (НАМНУ), МОЗ України та Державного управління справами. Реформа фактично поставила лідерів нашої медицини, які надають допомогу в найскладніших випадках і найвищій кваліфікації, в один ряд з усіма ЗОЗ. Їм було запропоновано перетворитися в казенне підприємство і стати в загальну чергу для отримання планових обсягів і планового фінансування. При такому підході провідні медичні установи країни не зможуть повноцінно функціонувати, адже їм «дістаються» найскладніші випадки. Зрозуміло, що при однаковому підході до фінансування високоспеціалізованих закладів і міських та районних лікарень, перші будуть поступатися кількістю операцій або пролікованих випадків за плановий період і тому отримуватимуть менше коштів. Крім того, вони будуть втрачати гроші, так як ціна лікування складного випадку і середнього за складністю одного і того ж захворювання в новому механізмі фінансування передбачена однакова. При цьому, витрати матеріалів, кваліфікації лікарів і молодших медичних спеціалістів, лікарських засобів для складної неординарної хірургічної операції та стандартної операції середньої важкості можуть істотно відрізнятися. Усе це, безумовно, позначиться на результатах діяльності цих клінік.

Потрібно шукати вихід із ситуації, що склалася. Система Семашка для цих інститутів і центрів може бути вигідна тільки при наявності більшого фінансування, але грошей у бюджеті

немає. Потрібні інші підходи і не локальні, як, наприклад, пілотний проект для чотирьох закладів НАМНУ, а глобальні, що створюють нову якість функціонування цих клінік. Вихід може бути знайдений через процедуру приватно-державного партнерства. Потрібні доповнення до чинного законодавства, які б врахували специфіку медичної галузі в цьому механізмі. В Україну могли б зайти на взаємовигідних умовах провідні закордонні центри, університетські клініки – європейські та світові флагмани. У партнерському пулі повинні бути і провідні лікарі таких закладів. Можна було б створити особливий фінансово-господарський механізм, і у підсумку можна б було зберегти національні клінічні бренди з унікальним досвідом і розробками.

В умовах реформування системи охорони здоров'я загострюється питання відповідальності обраного закладу за правильність сформованого клінічного маршруту пацієнта по проведенню діагностики і потім, як наслідок, за правильність встановленого діагнозу. Такий діагноз повинен визначити подальше лікування, де можливі кілька варіантів: госпіталізація на планове лікування; інтенсивне лікування у стаціонарному ЗОЗ відповідного типу і профілю; лікування в умовах денного стаціонару; або просто амбулаторне лікування вдома під контролем сімейного лікаря. На превеликий жаль, хворий може бути вже паліативним і йому потрібна специфічна програма, де головними є ефективний контроль болю і симптомів, професійний догляд, психологічна і соціальна підтримка, духовний/релігійний супровід, а не лише стандартне лікування. Рішення по кожному варіанту визначає подальший стан здоров'я пацієнта, а може і питання його життя, не кажучи вже про ціну ліків, моральні та психологічні витрати. На жаль, поки що існує своєрідна «сіра зона» між первинним і вторинним рівнем медичної допомоги. Людина може реалізувати своє право на безкоштовний контакт з «вторинкою» за направленням сімейного лікаря, а чіткого результату з усією відповідальністю і гарантіями може і не бути.

Впроваджуючи реформу системи охорони здоров'я, держава повинна максимально ефективно сприяти пацієнтові в отриманні медичної допомоги, виступати координатором при контакті людини з медичною сферою. Необхідна обслуговуюча система, до якої міг би звернутися кожен пацієнт (незалежно – чи має він направлення чи ні), де б йому розробили і запропонували маршрут проходження діагностики, а за її результатами – лікування, де в пакеті можуть бути різні опції, пов'язані з популярністю і престижністю медичних установ і фахівців, часовими і фінансовими параметрами. Також дана служба повинна буде взяти на себе організацію запису пацієнта до конкретних фахівців і в конкретні клініки, оформлення необхідних документів, включаючи отримання всієї документації при проходженні діагностики, лікування, а також ряд допоміжних функцій, включаючи надання обраної палати, забезпечення, у разі необхідності, доставки до місця лікування і тощо. Також така служба повинна здійснювати моніторинг надання медичної допомоги на предмет дотримання якісних параметрів і виконання договірних умов.

На кого можна було б покласти такі функції? Викликає багато запитань прийнята модель функціонування НСЗУ. На сьогоднішній день дана служба працює як планово-розрахункове розподільче бюро, маючи статус «центрального органу влади». Наскільки доцільно функціонування цієї структури у вигляді напівміністерства, яке не має реальних повноважень ні як головного розпорядника, ні як законодавчого регулятора. Бюджетна система України та система державного управління не дозволяють зробити цей орган «незалежним» ні від кого, як це озвучували ті, хто намагався скопіювати модель деяких країн Європи і світу.

Настав час подумати про створення на базі НСЗУ особливої структури, можливо у формі держпідприємства зі спеціальним статусом, яка би взяла на себе всю координацію медичної допомоги, що надається в рамках як Програми державних медичних гарантій, так і по ініціативним запитам населення. Ця структура могла б бути «вмонтована» у всю мережу медичних установ і закладів країни, маючи з ними договірні зв'язки. До цієї організації міг би звернутися кожен пацієнт, його сім'я, фірма чи установа, де він працює.

Дана структура також могла б взяти на себе функції по організації страхування населення як добровільного, так і обов'язкового (коли його впровадять) – обслуговування

страхових полісів, супровід процесу укладання договорів страхування, виконання необхідних процедур для отримання, у разі настання страхового випадку, усіх необхідних виплат, включаючи оформлення необхідної документації, вивчення і опрацювання скарг та пропозицій тощо.

Слід зазначити, що багато напрямів реформування сфери охорони здоров'я потребують проведення кардинальних заходів щодо корегування попередньо запущених механізмів, а також впровадженню нових підходів. Час, відведений на це – до кінця року, оскільки більшість змін мають бути скоординовані із новим бюджетом на 2021 рік.

Висновки

1. Таким чином, аналіз стану впровадження Програми медичних гарантій в межах реформування системи охорони здоров'я дозволив виявити суттєві недоліки нормативно-правової бази та механізмів фінансування ЗОЗ вторинної і третинної медичної допомоги.

2. У зв'язку з адміністративно-територіальною реформою в Україні та низькою платоспроможністю населення, необхідно законодавчо дати право ОТГ оплачувати медичну допомогу з місцевих бюджетів, якщо громада прийняла таке рішення, а також внести зміни до законодавства щодо надання права громадам виступати як колективний страхувальник надання медичної допомоги для своїх мешканців.

3. Необхідно впроваджувати зміни організаційної моделі ПМД. Основною ланкою повинна стати амбулаторія сімейної медицини на правах юридичної особи, яка має статус малого суб'єкта господарювання. Така модель відповідає потребам населення ОТГ у сільській місцевості або в житлових мікрорайонах в містах.

4. Необхідно впроваджувати додаткові джерела фінансування для повноцінного забезпечення інтенсивного лікування при важких захворюваннях, які потребують довготривалого та дороговартісного лікування, оскільки, як свідчить досвід ЗОЗ вторинної медичної допомоги, фінансових ресурсів у держави не вистачить. Одним із шляхів вирішення проблеми є впровадження медичного страхування.

5. Необхідно впроваджувати інноваційні підходи до фінансування високоспеціалізованих лікувально-діагностичних закладів НАМНУ, зокрема шляхом впровадження особливого фінансово-господарського механізму на принципах приватно-державного партнерства, що потребує доповнень до чинного законодавства.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>.

2. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року, № 2168-VIII. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.

3. Наказ МОЗ України від 29.07.2016 № 801 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи (Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 22 серпня 2016 р. за № 1167/29297). – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16#n8>.

4. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році. Постанова Кабінету Міністрів України від 05 лютого 2020 р. № 65. – URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/deyaki-pitannya-realizaciyi-programi-derzhavnih-garantij-medichnogo-obslugovuvannya-t050220>.

5. Белец Ж. Державне регулювання застосування програмно-цільового методу бюджетування в практиці розвинених країн світу / Ж. Белец // 36. наукових праць «Ефективність державного управління». – 2014. – Вип. 39. – С. 295-302.

6. ВООЗ. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я за 2016-2019 роки. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. – ВООЗ, 2019. – 98 с.

Яковенко І. В.¹, Царенко А. В.^{2,3}, Тихоненко С. В.¹

¹ Київський університет імені Бориса Грінченка, м. Київ, Україна

² Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

³ Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я громади», м. Київ, Україна

РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ: НАСУЩНЫЕ ЗАДАЧИ СОВРЕМЕННОГО ЭТАПА

Резюме. Цель исследования: обсудить и определить оптимальные подходы и пути решения кризисной ситуации по обеспечению финансовой доступности населения Украины к вторичной и третичной медицинской помощи в условиях реформы системы здравоохранения и борьбы с пандемией заболевания Covid-19. **Материалы и методы:** нормативно-правовые акты, источники научной литературы; методы исследования: системного подхода, системного анализа, сравнения и обобщения. **Результаты и их обсуждение.** Анализ модели реформирования системы здравоохранения свидетельствует о значительной нехватке средств на финансирование медицинской отрасли. На кризисную финансовую ситуацию в области здравоохранения повлияло также существенное перераспределение средств в пользу первичной медицинской помощи (ПМП). Чтобы исправить эту ситуацию, необходимо привлекать объединенные территориальные общины (ОТО) к финансированию медицинской помощи, в том числе дать право ОТО оплачивать лечение жителям общины за счет местных бюджетов. Также очевидной становится необходимость разработки особого механизма медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями. Целесообразно репрофилировать какую-то часть учреждений здравоохранения (УЗ) в социально-медицинские центры, где хронические больные, в т. ч. паллиативные пациенты, смогут получать плановую поддерживающую терапию и реабилитацию, а при определенных ситуациях даже изоляцию. Это могут быть учреждения сестринского ухода, где основное внимание уделяется выполнению назначений врача, психологической и социальной поддержке и духовному сопровождению. Еще одним важным и болезненным вопросом является дальнейшая судьба ведущих медицинских центров и клиник Национальной академии медицинских наук Украины, МЗ Украины и Государственного управления делами. Многие направления реформирования системы здравоохранения требуют проведения кардинальных мер по корректировке предварительно запущенных механизмов, а также внедрению инновационных подходов. **Выводы:** Анализ внедрения Программы медицинских гарантий в рамках реформирования системы здравоохранения позволил выявить существенные недостатки механизмов финансирования УЗ вторичной и третичной медицинской помощи. Необходимо внедрять изменения организационной модели ПМП, где основным звеном должна стать амбулатория семейной медицины на правах юридического лица. Необходимо внедрять инновационные подходы и дополнительные источники финансирования. Для этого нужны дополнения к действующей нормативно-правовой базе, которые бы учли недостатки действующей модели реформирования системы здравоохранения и опыт регионов.

Ключевые слова: реформирование системы здравоохранения; механизмы финансирования учреждений здравоохранения; нормативно-правовая база; социально-медицинские центры; первичная медицинская помощь; вторичная и третичная медицинская помощь; медицинское страхование.

Yakovenko I. V.¹, Tsarenko A. V.^{2,3}, Tikhonenko S. V.¹

¹ Boris Grinchenko Kiev University named after, Kiev, Ukraine

² Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

³ International public organization "International Association for "Health of Society", Kiev, Ukraine

THE HEALTHCARE SYSTEM OF UKRAINE REFORMING: THE IMPORTANT TASKS OF THE CURRENT STAGE

Abstract. Purpose of the study: to discuss and determine the optimal approaches and solutions to the crisis situation to ensure the financial accessibility of the population of Ukraine to secondary and tertiary medical care in the context of the Healthcare System reforming and the Covid-19 pandemic fighting. **Materials and methods:** regulatory-legal acts, sources of scientific literature; research methods: system approach, system analysis, comparison and generalization. **Results and its discussion.** An analysis of the Healthcare System reforming model indicates a significant shortage of the medical sector funds. The financial crisis in the health sector was also affected by a significant reallocation of funds in favor of primary health care (PHC). To remedy this situation, it is necessary to involve United Territorial Communities (UTC) in financing medical care, including to give to the UTC the right to pay for treatment of community residents at the expense of local budgets. It is necessary to develop a special mechanism for medical care for patients with chronic diseases. It is advisable to convert some part of healthcare facilities (HCF) into social and medical centers, where chronic patients, including palliative patients, will be able to receive planned maintenance therapy and rehabilitation, and in certain situations, even isolation. These may be nursing facilities that focus on physician prescriptions fulfilling, psychological and social support, and spiritual guidance. Another important and painful issue is the future of the leading medical centers and clinics of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine, the Ministry of Health of Ukraine and the State Administration Affairs. Many areas of the Healthcare System reforming require drastic measures to correct previously launched mechanisms, as well as the innovative approaches introduction. **Conclusions:** The analysis of the current situation of the Health Guarantee Program within the framework of healthcare reform implementation has revealed significant shortcomings in the legal framework and mechanisms for financing secondary and tertiary health care. It is necessary to introduce changes in the organizational model of PHC, where the main link should be a family medicine ambulant clinic as a legal entity. Innovative approaches and additional sources of health care funding should be implemented. This requires additions to the current legal framework, which would take into account the shortcomings of the health care reform current model and the experience of the regions.

Keywords: health care reform; health care facilities funding mechanisms; regulatory framework; socio-medical centers; primary health care; secondary and tertiary health care, health care insurance.
