МІНІСТЕРСТО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ВИЩІЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД

«ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

КУРСОВА РОБОТА

на тему:

**«РЕФОРМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я»**

Запоріжжя, 2010

Зміст:

Введення

1. Історія реформування системи охорони здоров’я

2. Система охорони здоров’я

2.1 Основні принципи охорони здоров'я

2.2 Формування державної політики охорони здоров'я

2.3 Реалізація державної політики охорони здоров'я

3. Програми реформування охорони здоров’я 2002 -2007рр.

4. Громадська рада, її роль в системі охорони здоров’я

5. Сьогоднішня ситуація системи реформування охорони здоров’я

6. Іноземний досвід медичного реформування та рекомендації реформування охорони здоров’я для України з досвіду Словаччини та інших країн

Висновок

Література

### Вступ

Актуальність теми дослідження.

Ситуація в охороні здоров’я є однією з найгостріших у нашій країні. Ця дуже важлива соціальна галузь існує на межі виживання. Громадяни, яким право на здоров’я має забезпечити держава, реально цього права не мають. Сільська медицина «мертва» (а там, до речі, також живуть люди), профілактичний напрямок наказав довго жити, медична допомога на рівні районних центрів не відповідає сучасним вимогам ефективності та якості. Реалії сьогодення не райдужні. Крім того, демографічні показники в Україні невтішні, зі щорічною тенденцією до погіршання, і не останню роль у цьому процесі відіграє теперішній стан медицини. Суттєво збільшуються побутовий травматизм, кількість хворих із захворюваннями серцево-судинної системи, онкологічними та психічними хворобами, туберкульозом, СНІДом, наркоманією та алкоголізмом. Смертність серед людей працездатного віку зростає, а тривалість життя скорочується. Нація вимирає! Якщо нас було 52млн, то зараз трохи більше 46 млн. А скільки буде в недалекому майбутньому?

Для подолання демографічної кризи Україні потрібно підвищити ефективність системи охорони здоров’я. Поліпшення фінансування галузі можливе через запровадження системи страхової медицини, зменшення ролі державних фондів у фінансуванні медицини та створення умов для приходу приватного капіталу на ринок.

Предмет дослідження – система охорони здоров’я в Україні.

Об’єкт дослідження – реформа охорони здоров’я.

Мета – дослідження сучасного стану системи охорони здоров’я та його реформування.

Завдання:

- дослідити історію реформування системи охорони здоров’я;

- визначити поняття, принципі системи охорони здоров’я;

- проаналізувати програми реформування охорони здоров’я 2002 -2007рр.;

- вивчити роль Громадської ради в системі охорони здоров’я;

- дослідити сьогоднішню ситуацію системи реформування охорони здоров’я в Україні;

- проаналізувати іноземний досвід медичного реформування.

### 1. Історія реформування системи охорони здоров’я

Влада в Україні, яка перетворилась в арену не тільки громадянської війни, а й іноземної інтервенції, неодноразово переходила від однієї суспільно-політичної сили до іншої, що призводило до двовладдя. За цей же короткий час Україна пережила декілька етапів своєї державності, кожний з яких характеризувався своїми особливостями щодо побудови центральних органів управління охороною здоров’я. Перший з них – період правління Української Центральної Ради – охоплював тринадцять з половиною місяців (17 березня 1917 р. – 29 квітня 1918 р.), за які Україна пройшла шлях від частини Російської імперії через національно-територіальну автономію (перший універсал УЦР від 23 червня 1917 р.) до проголошення Української Народної Республіки (третій універсал УЦР від 20 листопада 1917 р.) і її незалежності (четвертий універсал УЦР від 22 січня 1918 р.) [1].

Формуючи власні управлінські структури, Центральна Рада в частині управління медико-санітарною справою попервах наслідувала приклад Тимчасового уряду Росії, який вищим своїм медико-адміністративним органом проголосив Центральну лікарсько-санітарну Раду. Результатом цього стало створення в Києві Крайової (в розумінні державної української) лікарсько-санітарної Ради – першого органу управління медико-санітарною справою автономної України. З доповіддю "Утворення Крайового медично-санітарного органа при Генеральному Секретаріаті Української Центральної Ради" (перший уряд автономної України) на 1-му Крайовому лікарсько-санітарному з’їзді (Київ) 15 жовтня 1917 р. виступив декан медичного факультету Українського Народного Університету професор О.В. Корчак - Чепурківський. По доповіді лікаря Н.П. Малигіна "Про лікарсько-санітарний устрій на Україні при новому її державному будівництві на демократичних засадах" з’їзд прийняв резолюцію, в якій наголошувалось, що "весь лікарсько-санітарний устрій повинен базуватись на тих же, напрацьованих громадською медичною думкою, демократичних основах, на яких раніше будувалась земська медицина".

Як відомо, основними її принципами були, зокрема, безкоштовність медичної допомоги, її загальна доступність, профілактичний напрямок, участь громадськості у будівництві системи медико-санітарної допомоги, а в галузі управління–принцип самоврядування, що Українська Центральна Рада і вважала доцільним запровадити на терені автономної України [4] .

Тимчасовий уряд Росії змушений був визнати не тільки новий орган управління медичною справою в Україні – Крайову лікарсько-санітарну Раду, а і необхідність взаємодії з ним з організаційних питань. Про це наголошено в урядових тезах "По вопросу о врачебно-санитарном строе в России при новом государственном ее устройстве на демократических началах" (1917).

Проте у зв’язку зі зміною політичної ситуації, обумовленої громадянською війною, переходом на окремих територіях влади від УЦР до більшовиків і навпаки, Департамент охорони здоров’я, як орган управління, фактично не розпочав своєї діяльності і не зміг внести нічого нового в управління медико-санітарною справою.

У той же час у районах, контрольованих органами радянської влади, яка проголосила побудову нових органів державного управління, почалась поступова ліквідація дореволюційних форм управління медичною справою (губернських та повітових лікарських управ) і створення при виконкомах місцевих рад медико-санітарних відділів – перших радянських органів управління медичною справою. Тобто, в управлінні медичною справою, а скоріше – медичною допомогою, наступило двовладдя [2].

Другий етап у формуванні центральних органів управління медичною справою відноситься до періоду правління гетьмана П.П. Скоропадського. Цей період розпочався після падіння УЦР в кінці квітня 1918 р., тривав сім з половиною місяців (29 квітня – 18 грудня 1918 р.) і ознаменувався проголошенням Української держави (29 квітня 1918 р.) та скасуванням всіх законів Центральної Ради. Безпосередньо в управлінні медико-санітарною справою спостерігалося повернення до дореволюційних форм: відновленням діяльності міських управ з відділами народного здравія, губернських та повітових земських управ з санітарними бюро.

Але для історії управління українською медициною період гетьманату особливо знаменний тим, що саме цей уряд вперше в історії України на початку травня 1918 р. заснував власний національний орган централізованого управління медичною справою на рівні міністерства – Міністерство Народного Здоров’я і Опікування (наймало приміщення у Товариства швидкої допомоги по вул. Рейтарській, 22). В самій назві міністерства, що поєднувала народне здоров’я з опікою, відтворювались історичні надбання вітчизняної медицини (заснування в Україні ще в ХV ст. Медико - опікувальних закладів) щодо всебічного підходу до справи піклування про здоров’я населення. В законопроекті про міністерство вказано: "І. Міністерство Народного Здоров’я і Опікування є вищим керуючим і доглядаючим органом по всім справам, які торкаються охорони народного здоров’я і опікування в різних галузях державного та громадського управління і об’єднує, згідно з єдиним державним планом, всі заходи відносно народного здоров’я і опікування ІІІ. Всі медико-санітарні та піклувальні, громадські та приватні інституції підлягають компетенції Міністерства Народного Здоров’я і Опікування і всі розпорядження уряду відносно цих інституцій переводяться виключно через Міністерство Народного Здоров’я і Опікування" [3].

Функції міністерства формувалися за першочерговими вимогами того часу: організація охорони здоров’я цивільного населення, забезпечення разом з Міністерством військових справ санітарної опіки торговельного флоту, сприяння Міністерству внутрішніх справ у репатріації українських громадян, допомога полоненим, разом з Міністерством закордонних справ – повернення емігрантів-українців із країн Заходу та Далекого Сходу, співпраця з Міністерством торгівлі у справі придбання за кордоном лікувальних засобів для України. Про невідкладні завдання міністерства того часу свідчить український державний і політичний діяч, історик Д.І. Дорошенко: "Міністерство Народного Здоров'я і Опікування мало перед собою дуже складне і важке завдання: поліпшити санітарне становище краю, що був кілька років почасти тереном війни, або ж найближчим запіллям мільйонових армій, був весь захоплений виром громадянської війни; в краю розвинулись пошесні хвороби, загрожувала зі сходу холера, а тим часом медичний і санітарний апарат був у значній мірі зруйнований і почувався величезний брак медикаментів і санітарних засобів.

Третій етап – період правління уряду Директорії (18 грудня 1918 р. – друга половина 1919 р.), створеного опозиційним до гетьмана Українським Національним Союзом. Він характеризувався відновленням законів Української Народної Республіки, тобто часів Центральної Ради, і проголошенням 22 січня 1919 р. акту її возз’єднання з Західно - Українською Народною Республікою (ЗУНР, 1918) в єдину соборну Україну. В основу управління медико-санітарною справою Директорія поклала гетьманське законодавство, зберігши Міністерство Народного Здоров’я і Опікування, яке під час її перебування в Києві очолив Б.П. Матюшенко.

Другим міністром охорони здоров’я періоду Директорії на короткий час став колишній земський і санітарний лікар, доктор медицини, професор медичного факультету Київського університету О.В. Корчак-Чепурківський, який у 1907 р. першим в Російській імперії на базі Київського комерційного училища почав читати лекції з соціальної медицини. Відомий громадський діяч, активний учасник створення Всеукраїнського лікарського товариства, один із ініціаторів заснування в кінці 1917 р. в Київському університеті першого в історії України медичного факультету з викладанням українською мовою і перший його декан. З його ім’ям пов’язане створення першої української класифікації хвороб, формування української науково-медичної термінології, укладання (разом з М. Галиним) першого російсько-українського медичного словника.

За період перебування відступаючого в 1919 р. під натиском Червоної Армії військ уряду Директорії послідовно у Вінниці (лютий), Рівному (квітень) і тимчасовій столиці УНР – Кам’янець-Подільскому (червень) міністрами охорони здоров’я призначались М. Білоус (дані не виявлені) і Дмитро Одрина (1892 – 1919) – уродженець Білоцерківського повіту Київської губернії, вихованець медичного факультету університету св. Володимира (1916). У Секретаріаті Української Центральної Ради він займався організацією військової медико-санітарної справи, учасник створення Українського Червоного Хреста, у червні 1919 р. – міністр охорони здоров’я і заступник Голови Ради Міністрів [1].

Наведене свідчить, що кожен з урядів України періоду започаткування української державності намагався вирішувати проблеми управління медичною справою, але в умовах громадянської війни, значних руйнувань медико-санітарної мережі і епідемій вони обмежувались в основному черговими його реформами, які в той складний час не могли досягти мети.

Крім того, управління на місцях повністю залежало від характеру влади, яка в певний час являлась панівною на даній території, що в цілому протягом більше двох років призводило до двовладдя в управлінні медичною справою в Україні. Щодо управління медико-санітарною справою в Західноукраїнській Народній Республіці (листопад 1918 р. – листопад 1919 р.), то вищим її медико-адміністративним органом став Державний секретаріат здоров’я, який очолював вихованець Віденського університету, лікар і громадський діяч Галичини Іван Куровець (1863 – 1931). Після падіння УНР (листопад 1920р.) її представники в еміграції (Польща, Тарнів) в лютому 1921 р. сформували Раду Республіки як тимчасовий верховний орган народної влади ("уряд у вигнанні"), яка існувала до серпня 1921 р.

30 грудня 1922 р. у м. Москві відбувся І Всесоюзний з’їзд Рад, який розглянув питання про утворення СРСР, у складі якого була і Україна як одна з 15-ти республік СРСР. Постало питання координації міроприємств у галузі охорони здоров’я усіх республік Союзу РСР. На ІІ Всеукраїнському з’їзді здороввідділів (1923 р.) було підкреслено необхідність приділяти увагу створенню мережі поліклінік, жіночих та дитячих консультацій, розширенню профілактичних заходів не тільки у діяльності санітарних лікарів, але і лікарів лікувального профілю. Поліклінікам придавалося все більшого значення в організації лікувально-профілактичної допомоги населенню.

Великі труднощі викликало налагодження санітарного стану міст та селищ України, що пояснюється розрухою у роки громадянської війни та іноземної військової інтервенції. Були прийняті невідкладні заходи із створення санітарної організації, що являло на той час величезні труднощі з причин величезного дефіциту санітарних лікарів. Залучення старих фахівців до співробітництва з радянськими органами охорони здоров’я на перших порах викликало організований опір серед деякої частини лікарів, яка закликала до саботажу народної охорони здоров’я. Але все ж таки найбільш свідомі представники медичної інтелігенції без вагань стали співпрацювати з органами радянської влади з метою підготовки та виховання нових кадрів медичних працівників, які були так потрібні молодій державі [3].

З 1928 р. на Україні почала швидкими темпами розвиватися мережа санітарно-епідеміологічних станцій. На початок 1941 р. система охорони здоров’я Української РСР налічувала 29000 лікарів та 91000 середніх медпрацівників. Вони творчо працювали у 16 медичних інститутах, 4 інститутах удосконалення лікарів та фармацевтів, і 45 науково-дослідних інститутах республіки.

Розгром соціальної медицини мав для української здоровоохорони цілий ряд тяжких наслідків, що й досі визначають її методологічну слабкість та невизначеність. До управління охороною здоров’я замість соціальних медиків і організаторів охорони здоров’я прийшли клініцисти - терапевти, хірурги, акушери-гінекологи, що й привели її врешті-решт до сьогоднішнього стану. Кафедри соціальної медицини (гігієни) були перейменовані в кафедри організації здоров’я, і були заповненими випадковими людьми.

У роки Другої світової війни медичні працівники України виявили мужність та героїзм на фронтах і в тилу ворога. Вони сприяли укріпленню обороноздатності воїнів Червоної армії, партизан, забезпечували ефективну систему евакуації та лікування поранених і хворих воїнів, надавали кваліфіковану медичну допомогу широким верствам населення.

Переконливим показником високої дієвості військово-медичної служби Червоної армії та громадських органів охорони здоров’я є повернення до строю 72 % поранених та 90 % хворих воїнів.

Було проведено величезну роботу по відновленню матеріально-технічної бази охорони здоров’я та діяльності медичних закладів України. На початку вересня 1945 р. на Україні було 4780 амбулаторно-поліклінічних закладів та понад 800 санітарно-епідемічних станцій. Відновили свою діяльність майже усі сільські лікарські дільниці. Біля 6700 фельдшерських та фельдшерсько-акушерських пунктів, закладів охорони матері та дитини, аптечна мережа.

Почали випуск продукції підприємства медичної промисловості. На визволеній території України у найкоротші строки створювалися евакуаційні шпиталі. На початок 1945 р. у таких шпиталях на Україні працювало понад 15000 медичних працівників. У республіці на початок 1945 р. було 12000 лікарів (не враховуючи тих, що працювали у евакуаційних шпиталях), що становило 45,3 % від кількості лікарів станом на 1 січня 1941 р. [4].

На кінець 1950 р. у лікувально-профілактичних установах України працює уже 48600 лікарів та 136400 чол. середнього медичного персоналу, що значно перевищило їх кількість у довоєнні роки. Завдяки проведеним заходам по упорядженню водного господарства республіки, організації лікування відповідного контингенту хворих було досягнуто великих успіхів у боротьбі з малярією. Так, у 1957 р. в Україні було виявлено лише 63 хворих на малярію проти 489000 у 1945 р. Великий внесок у ці досягнення зробили фахівці та вчені Київського науково-дослідного інституту загальної та комунальної гігієни.

У результаті виконання задач, поставлених урядом перед органами охорони здоров’я, в медичних закладах України на початку 70-х років уже працювало 157100 лікарів, у тому числі у системі МОЗ УРСР - 127300. На кожних 300 жителів республіки припадало по 1 лікарю та 3 фахівці середнього медичного персоналу. Були створені спеціалізовані бригади швидкої медичної допомоги, оснащені найсучаснішою технікою. Ще вищий рівень швидкої медичної допомоги населенню було досягнуто за рахунок об’єднання станції з лікарнею швидкої медичної допомоги. Такі об’єднання почали функціонувати у ряді міст України.

Для покращання стаціонарної допомоги сільському населенню у поліклініках усіх центральних районних лікарень було створено спеціалізовані кабінети (з 15-20 спеціальностей), що наблизило до сільського населення багато видів спеціалізованого лікування. З метою наближення педіатричної допомоги до сільських дітей, у 1971 - 1975 рр. Центральні районні лікарні та сільські дільничні амбулаторії було укомплектовано лікарями - педіатрами.

Великий та складний шлях був пройдений за роки перебування України у складі Союзу РСР. Змінювалися та ускладнювалися функції Наркоздоровя - Міністерства охорони здоров’я Української РСР, його колегії, апарату, Ученої медичної ради відповідно до задач, що висувалися вищим керівництвом на різних етапах розвитку економіки країни, соціальної політики.

Після проголошення незалежності України перед міністерством охорони здоров’я постало завдання організації охорони здоров’я незалежної держави в умовах економічної кризи. Постала потреба у реформуванні галузі згідно нових економічних умов та розробка відповідного медико-санітарного законодавства [4].

**2. Система охорони здоров’я**

Кожна окрема людина і народ у цілому повинні мати не тільки конституційне, а й реальне право на охорону здоров’я, відповідальність за нього лежить на суспільстві і державі. Важливо не просто дати людині право на охорону здоров’я, а й гарантувати право на безпечне для життя і здоров’я навколишнє середовище, відповідні умови праці і побуту. Ці права можуть бути реалізовані тільки зусиллями всього суспільства, і хоча держава з цією метою створює функціональну систему — охорону здоров’я, відповідальність несуть усі: і уряд, і Верховна Рада, і президент, суспільство загалом. З цього приводу колишній генеральний директор ВООЗ доктор Г.Х. Брунтланд сказала: «Насправді міністрами охорони здоров’я є президент і прем’єр-міністр, тільки вони про це не знають».

Насамперед важливо усвідомити, що охорона здоров’я — складна функціональна система і що тільки системний комплексний підхід може дати бажаний результат. Тому в управлінні охороною здоров’я, на моє переконання, вельми корисною була б участь фахівців із системного аналізу. Вони стверджують, що будь-яка система — це тісна взаємодія певних ланок, які об’єднані спільною метою. Функціональна система живе за певними законами, котрі потрібно не тільки пізнавати, а й постійно їх дотримуватися. Порушення цих законів згубно позначається на дієздатності системи і може призвести до її розпаду [5].

Спеціально уповноваженим центральним органом державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України, компетенція якого визначається положенням, що затверджується Кабінетом Міністрів України.

Функції спеціально уповноважених органів державної виконавчої влади в адміністративно-територіальних одиницях України покладаються на відділ охорони здоров'я Ради Міністрів Республіки Крим та органи місцевої державної адміністрації.

### 2.1 Основні принципи охорони здоров'я

Основними принципами охорони здоров'я в Україні є:

1. визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;
2. дотримання прав і свобод людини і громадянина в галузі охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
3. гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;
4. рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг в галузі охорони здоров'я;
5. відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;
6. орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в галузі охорони здоров'я;
7. попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я;
8. багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;
9. децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі [6].

**2.2 Формування державної політики охорони здоров'я**

Основу державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада України шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження загальнодержавних програм охорони здоров'я. {Частина перша статті 13 із змінами, внесеними згідно із Законом № 3421-IV від 09.02.2006} [5].

Для вирішення питань формування державної політики охорони здоров'я при Верховній Раді України можуть створюватися дорадчі та експертні органи з провідних фахівців у галузі охорони здоров'я та представників громадськості. Порядок створення та діяльності цих органів визначається Верховною Радою України.

Складовою частиною державної політики охорони здоров'я в Україні є політика охорони здоров'я в Республіці Крим, місцеві і регіональні комплексні та цільові програми, що формуються Верховною Радою Республіки Крим, органами місцевого і регіонального самоврядування та відображають специфічні потреби охорони здоров'я населення, яке проживає на відповідних територіях

### 2.3 Реалізація державної політики охорони здоров'я

Реалізація державної політики охорони здоров'я покладається на органи державної виконавчої влади.

Особисту відповідальність за неї несе Президент України. Президент України у своїй щорічній доповіді Верховній Раді України передбачає звіт про стан реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я. Президент України виступає гарантом права громадян на охорону здоров'я, забезпечує виконання законодавства про охорону здоров'я через систему органів державної виконавчої влади, проводить у життя державну політику охорони здоров'я та здійснює інші повноваження, передбачені Конституцією України ( 254к/96-ВР ).

Кабінет Міністрів України організує розробку та здійснення державних цільових програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність в галузі охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також в межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я. {Частина четверта статті 14 із змінами, внесеними згідно із Законом N 3421-IV ( 3421-15 ) від 09.02.2006}

Міністерства, відомства та інші центральні органи державної виконавчої влади в межах своєї компетенції розробляють програми і прогнози в галузі охорони здоров'я, визначають єдині науково обгрунтовані державні стандарти, критерії та вимоги, що мають сприяти охороні здоров'я населення, формують і розміщують державні замовлення з метою матеріально-технічного забезпечення галузі, здійснюють державний контроль і нагляд та іншу виконавчо-розпорядчу діяльність в галузі охорони здоров'я.

Рада Міністрів Республіки Крим, Представники Президента України та підпорядковані їм органи місцевої державної адміністрації, а також виконавчі комітети сільських, селищних і міських Рад народних депутатів реалізують державну політику охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених законодавством [6].

**3. Програми реформування охорони здоров’я 2002 -2007рр**

*Програма реформування системи надання медичної допомоги населенню.*

Заходи з реалізації Програми реформування системи надання медичної допомоги населенню 2002 року висвітлені у 7 розділах:

1. Регламентація мінімально необхідного обсягу медичної допомоги(МД);
2. Формування адекватної організаційної структури системи надання МД населенню області (порядок зміни співвідношення амбулаторного і стаціонарного секторів);
3. Фінансування механізму ефективного розподілу і використання фінансових ресурсів охорони здоров'я;
4. Підвищення ефективності управління галуззю і створення оптимальних механізмів функціонування медичних установ;
5. Створення і впровадження багатоканальної системи фінансування МД;
6. Створення і впровадження системи управління якістю МД;
7. Визначення механізмів соціального захисту персоналу установ охорони здоров'я [7].

*Політика в області фінансової підтримки регіональних систем охорони здоров'я України.*

Обсяги реальних фінансових надходжень від населення до системи охорони здоров'я в 10-15 разів вищі, ніж показує офіційна статистика. По Одесі їх розмір складає більше ніж 80% державного бюджету, який виділяється на охорону здоров'я. Видатки на охорону здоров'я в сімейному бюджеті середньостатистичної сім'ї сягає 50-60% прожиткового мінімуму, прийнятого на Україні. Тому обов'язковий компонент реформ - це захист фінансових ресурсів населення, які залучаються в охорону здоров'я. Найбільш прийнятим механізмом захисту споживача є система медичного страхування. Саме страхування ризиків в медичній сфері дозволяє:- більш чітко розподілити відповідальність за здоров'я між державою та населенням (державні програми та обсяг медичних послуг за страховим полісом);- підвищити відповідальність населення за збереження свого здоров'я та лікувальних закладів за якість медичних послуг, упорядкувати витрати населення на надання послуг та створити прозору і зрозумілу систему залучених коштів в систему охорони здоров'я;- підійти до вирішення найбільш значимої проблеми в системі суспільних відносин солідарної відповідальності за стан здоров'я різних прошарків населення;- підійти до вирішення проблеми в системі суспільних відносин солідарної відповідальності за стан здоров'я різних прошарків населення.

Стратегія діяльності лікарських кас та фондів сприяння здоров'ю, побудованих на принципах благодійності, в своїй більшості спрямована не на захист населення, а на створення умов діяльності ЛПЗ. Крім того, значна частина цих фінансових інституцій створена за участю виробників медичних послуг та фармацевтичних фірм. Саме такі ознаки притаманні організаціям, що захищають свої корпоративні інтереси, а діяльність спрямована на задоволення своїх потреб, а не населення. Це не тільки суперечить принципам медичного страхування але й філософії соціального захисту населення. Легалізація умов фінансового здирства звичайно ж не може розглядатися через призму захисту населення, це є небезпечним прецедентом державної бездіяльності.

Ще одним обов'язковим компонентом системи реформ, на думку автора, повинні стати заходи, спрямовані на розподіл функцій установ, які займаються акумуляцією коштів від населення чи держбюджету і ресурсним забезпеченням ЛПЗ.

Це може бути втілене через організацію ресурсних центрів. Створення останніх дозволить:

1. акумулювати фахівців з проблем маркетингу та економістів в галузі технологічного та медикаментозного забезпечення галузі;
2. o всі операції щодо закупки ресурсів провести за умов тендерних досліджень, для чого організувати єдину тендерну групу в області;
3. o створити чітку і прозору систему ресурсних та фінансових потоків на території; o знизити вартість обладнання та інших матеріалів по лізингу і використати інші механізми оплати ресурсів охорони здоров'я.

Фаховий підхід до проблеми ресурсного забезпечення дозволяє уникнути необґрунтованості закупок, сумнівних угод, нецільового використання фінансів. Схема діяльності ресурсних центрів у запропонованій моделі багатоканального фінансування закладів забезпечить не тільки ефективне використання ресурсів у галузі медичної допомоги, але і створить необхідні умови переходу на нові принципи управління системою. Створення неприбуткових підрозділів (ресурсних центрів) дозволить повернути довіру до медичної галузі та до держави в соціальній політиці. Особливого місця в роботі органів управління набуває діяльність контролю за якістю медичних послуг [8].

*Законопроекти з медичного страхування 2007року.*

Депутати п’ятого скликання внесли до розгляду Верховної Ради три законопроекти з медичного страхування, два з яких «Про загальнообов’язкове державне соціальне медичне страхування» (ОСМС) (№№ 3155 від 09.02.2007 р. та 3155-1 від 12.02.2007 р.) і один «Про фінансування охорони здоров’я та медичне страхування» (ФОЗМС) (№ 2192 від 19.09.2006 р.). Проекти ОСМС та ФОЗМС не стикуються між собою, оскільки передбачають різні моделі ОМС. Під час читання цих документів складається враження, що їх розробкою, особливо ОСМС, займалися теоретики, дуже далекі від практики. Теорія це добре, але законопроекти з ОМС, у випадку прийняття одного з них, потрібно буде втілювати в життя, і всі теоретичні «напрацювання» можуть мати непередбачені наслідки як для суспільства, так і для економіки в цілому. Цікаво, чи читали ці проекти депутати, підписи яких стоять під цими документами?.. Тепер слід коротко зупинитися на найбільш значимих положеннях цих законопроектів.

Законопроекти ОСМС мають незначні розбіжності, але головна ідея в них одна — дофінансування охорони здоров’я (до існуючого бюджетного) та створення Фонду обов’язкового медичного страхування (ФОМС). Дана модель ОМС базується на принципах соціальної справедливості, солідарності та рівності (принаймні так стверджують розробники законопроектів). ОСМС практично нічим не відрізняються від законопроектів, які розглядалися депутатами минулих скликань і не були прийняті. Вони не передбачають гонорарної доплати медичним працівникам та участь комерційних страхових компаній, і, на думку експертів, така модель медичного страхування приречена на провал, хоча захисники ОСМС ствер-джують протилежне. Законопроекти пропонують обов’язковий збір коштів пропорційно доходу громадян у загальнодержавний пул (ФОМС) та розподіл за принципом необхідності отримання медичної допомоги (дай Боже).

Створення ФОМС з відповідними підрозділами в кожному обласному та районному центрі — додаткова громіздка монопольна структура, «ночви» для чиновників, стимулятор корупції та зловживань. Фонд, включаючи регіональні підрозділи, фінансується виключно зі страхових внесків застрахованих, на що будуть витрачатися мільярди гривень (!!!) (чи перепаде щось застрахованим?). ФОМС, згідно з законопроектами, має великі права, особливо як контролюючий орган, та повноваження, а обмежень на його затрати немає. Загалом кошти фонду швидко вичерпаються, а наші громадяни, більшість із яких будуть застрахованими, звернувшись по допомогу до медичного закладу, опиняться в непростій ситуації: фонд не зможе оплатити медичні послуги, а медичні заклади, у свою чергу, будуть змушені відмовляти в наданні цих послуг або надавати їх за власні кошти. Наслідки будуть катастрофічними. Крім цього, страхові механізми ОСМС медики сприймуть в «штики», оскільки вони не передбачають матеріальної зацікавленості, і готівкові неформальні відносини продовжать відігравати основну роль в отриманні якісної медичної допомоги застрахованими. Аналогічна модель ОМС не один рік функціонує в Росії, вона викликає масу нарікань та показала свою недієздатність [9].

Згідно з ОСМС, сплачувати страхові внески в ФОМС будуть працедавці, бюджет, Пенсійний фонд та Фонди соціального страхування. Розмір внеску пропорційний доходу працівника: багатий платить більше, бідний менше. Підхід правильний, якби працівники сплачували страхові внески за рахунок власних коштів. У Німеччині, наприклад, страхові внески на ОМС складають близько 14 % від доходу працівника (7,5 % сплачує сам працівник, другу частину працедавець). Про це чомусь ніхто не говорить. У нас, згідно з рішенням Конституційного Суду України від 29.05.2002 р., заборонена оплата громадянами медичної допомоги, у тому числі й у формі обов’язкових страхових платежів. Тобто платити за своїх працівників доведеться працедавцям, для яких це обернеться серйозним додатковим навантаженням. Наша економіка і так як мінімум на 50 % в тіні, а якщо додадуться платежі з ОМС, то вся легальна зарплата одразу піде в тінь. Працедавцю буде невигідно виплачувати високу зарплату, і як наслідок, відрахування в Пенсійний фонд та Фонди соцстраху суттєво зменшаться. Хто від цього виграє? Медицина, громадяни, чи, можливо, хтось третій?..

Прихильники ОСМС стверджують, що така модель ОМС базується на загальновизнаних світових стандартах, що вона є соціально справедливою, не обмежує пацієнта в правах на медичну допомогу і суттєво покращить стан нашої медицини. Ми вже це проходили — соціальність, справедливість, права і т.д. Наслідки в наявності [9].

«Серйозний» підхід наших чиновників до європейських стандартів давно відомий: «бери якомога більше, давай якомога менше». Не доросли ми до їхніх стандартів. Необхідно, щоб змінилася свідомість чиновників, які, прикриваючись голословними заявами, продовжують дерибанити бюджетні кошти, а при введенні ОСМС будуть комфортно «ловити золоту рибку» й у страховому фонді. Вони знають, чого хочуть і чим можна буде «порулити», тому і створюють серйозне протистояння всім іншим моделям ОМС, займаючись популізмом і «запудрюванням» мізків пересічним громадянам, які здебільшого не дуже компетентні в цих питаннях. ОСМС не призведе до радикальних змін у медичній галузі, а тільки дискредитує медичне страхування та законсервує проблеми охорони здоров’я. Можливо, хтось і не згідний із цією думкою, кожен має право висловити свою позицію…

Законопроект ФОЗМС передбачає модель бюджетно-страхової медицини і включає дві програми медичної допомоги. Перша — державна програма медичного забезпечення, згідно з якою держава бере на себе зобов’язання з надання невідкладної медичної допомоги всім без винятку громадянам нашої держави. Дана програма фінансується виключно з державного та місцевих бюджетів. Друга — програма обов’язкового медичного страхування, яка передбачає надання медичної допомоги при захворюваннях, що не потребують невідкладної допомоги, і фінансується за рахунок страхових внесків з ОМС. Бюджетні кошти за цією програмою не використовуються. Крім цього, програма запроваджує гонорарну доплату медичним працівникам [4].

Сплачувати страхові внески за застрахованих, як і при ОСМС, будуть відповідні фонди, бюджет та працедавці. Різниця лише в тому, що її сума фіксована і для працюючих громадян становить 6 % від мінімального прожиткового рівня (з 1 квітня — 525 грн.). Це 31,5 грн. щомісяця (50 % сплачує працедавець, 50 % — органи місцевого самоврядування). Для дітей, студентів, пенсіонерів, інвалідів тощо щомісячний страховий внесок становить 3 % (15,75 грн.). Розмір таких платежів, на відміну від ОСМС, цілком посильна ноша як для роботодавців, так і для бюджету, Пенсійного фонду та Фондів соцстраху. Це найбільш оптимальна форма сплати страхових внесків у теперішніх умовах для нашої держави та її економіки.

Законопроект передбачає участь страхових компаній і ринкові відносини в медицині. Конкуренція, яка стимулює всіх суб’єктів медичного страхування (медичні заклади, страхові компанії, застрахованих) для надання більш якісних медичних послуг, контролю тощо, є одним із головних чинників, спрямованих на покращання ситуації в медичній галузі. Потенційний страхувальник — юридична чи фізична особа має право вибору страхової компанії та медичного закладу, і останні будуть докладати максимальних зусиль, щоб якнайкраще задовольнити потребам застрахованої особи в медичній допомозі. У випадку неякісного надання цих послуг застрахований скористається послугами іншого медичного закладу та страхової компанії. Ринок встановлює свої правила: є попит — є пропозиція. Медичні заклади, які цього не зрозуміють, будуть виключно задовольнятися бюджетним фінансуванням і перспектив у них немає. Особливу увагу слід звернути на те, що страхові компанії мають сформовану матеріально-технічну базу (і не будуть використовувати значні кошти на її створення), кваліфікованих спеціалістів, значний досвід у медичному страхуванні (добровільне медичне страхування), захищати інтереси застрахованого (в іншому випадку втратять клієнта) і знають, як працювати в ринкових умовах [9].

«Захисники» найбідніших верств населення, які на кожному кроці розкручують тему соціальної справедливості, стверджують наступне: 1) ФОЗМС призведе до комерціалізації медичної галузі; 2) малозахищеним громадянам буде надаватися медична допомога відповідно до одної програми, а заможним — до другої; 3) бідним доведеться платити більше за страховку, ніж багатим; 4) медичні заклади можуть опинитися перед фінансовою кризою, тому що неможливо проконтролювати загальний обсяг видатків страхових компаній; 5) страхові компанії отримають надприбутки. Тепер слід коротко відповісти тим демагогам, які поняття «зеленого» не мають як у страхових механізмах, так і в питаннях медицини. Медицина давно вже комерціалізована. Чи для вас це новина? Програма ОМС одна, і об’єм медичної допомоги однаковий для усіх застрахованих. Жоден із громадян сплачувати страхові внески власним коштом не буде, а тим більше малоза хищені, оскільки за працюючих та членів їх сімей сплачувати будуть працедавець та бюджет, а за пенсіонерів, інвалідів, безробітних тощо — відповідні фонди. Медичні заклади як утримувалися за рахунок бюджетних асигнувань, так і будуть, а ОМС передбачає додаткове фінансування. Що стосується надприбутків страхових компаній, то, згідно з ФОЗМС, їх прибутковість складає 3,5 % від зібраних страхових внесків, і якщо порівняти з майбутніми затратами ФОМС, то дай Бог, щоб вони були хоча б на рівні 50 %. Різниця серйозна, і коментарі, сподіваюся, тут зайві [8].

Незважаючи на позитивні моменти ФОЗМС, даний законопроект має й досить негативних сторін, основна з яких полягає в наступному: страхові компанії долучаються до ОМС тільки через 3 роки після прийняття закону, а до того часу функцію страховика, розробку та впровадження механізмів ОМС тощо буде виконувати Державна медична страхова організація. Ця структура передбачає організацію відповідних підрозділів в обласних та районних центрах і нічим не відрізняється від Фонду обов’язкового медичного страхування при ОСМС. На її створення (за рахунок страхових внесків застрахованих) буде затрачено колосальні кошти (а вони мали би йти на лікування застрахованих). Не можуть наші чиновники жити без монополії… Крім цього, немало статей законопроекту потребують корекції та серйозного доопрацювання [9].

### 4. Громадська рада, її роль в системі охорони здоров’я

Громадська рада (ГР) при МОЗ України була створена на підставі Постанови Кабінету Міністрів України № 1375 від 15.10.2004 р. та затверджена Наказом МОЗ України № 198 від 28.04.2005 р. Згідно з цією Постановою такі ради організовані при всіх міністерствах і відомствах. Ще тоді, у 2005 році, ми звернулись до обласних управлінь охорони здоров’я з ініціативою про створення подібних рад на місцевих рівнях, аж до лікувальних закладів. До речі, створення наглядових рад при лікувальних закладах передбачено існуючим законом про охорону здоров’я, але майже ніде не виконується. Тоді, у 2005 році, ГР провела 4 організаційні засідання, було створено 8 робочих комісій і прийнято Положення про ГР. Але протягом останніх місяців активність Ради дещо знизилась у зв’язку з відсутністю підтримки та зацікавленості з боку Міністерства.

Громадська рада не є ні організацією, ні юридичною особою, а тому не зазнає ніякого впливу чи тиску з боку Міністерства охорони здоров’я. Вона побудована на принципі представництва громадських організацій. Щодо складу ГР, то на сьогодні до Ради входять представники 60 громадських організацій, включаючи організації пацієнтів, професійні асоціації лікарів (наприклад, Клуб пластичних хірургів, Товариство перинатологів України, Всеукраїнська наркологічна асоціація), а також благодійні та інші організації, що опікуються проблемами охорони здоров’я, та представники засобів масової інформації. У складі Ради сформовано 8 комісій за напрямами. Наприклад, є комісії щодо системи реформування охорони здоров’я, надання медичної допомоги, із тендерних закупівель, міжнародної діяльності та ін.

Основна ідея діяльності ГР – донесення точки зору громадськості до державних органів, у даному випадку до МОЗ України, а також намагання долучитися до тих питань, стосовно яких приймаються рішення МОЗ. Наприклад, якщо розробляється певна концепція чи програма надання допомоги хворим або наказ, що стосується організації медичної допомоги; створення закону стосовно охорони здоров’я, то думка громадськості повинна бути врахована під час прийняття такого роду документів. Раніше представників громадськості не запрошували до участі у роботі над подібними документами, або ті, кого запрошували, не були виразниками суспільної думки [5].

Завданням діяльності ГР є долучитися до прийняття будь-яких рішень в охороні здоров’я, до створення нормативних документів, наказів, ініціювання їх зміни, тобто впливати на прийняття рішень в охороні здоров’я. ГР має співпрацювати з МОЗ як партнер. Найголовніше, щоб рішення не приймалось чиновником одноособово, закрито, без участі тих людей, яких воно буде безпосередньо стосуватися. А це можливо шляхом залучення до прийняття рішень громадськості та засобів масової інформації. Наші засідання проходять відкрито, будь-хто може бути на них присутній і брати участь в обговоренні. До речі, при Комітеті Верховної Ради з охорони здоров’я створений дорадчий консультативний орган – Дорадча рада, куди входять 150 осіб і яка вирішує законодавчі питання. ГР співпрацює з Дорадчою радою. Створення і обговорення нових законів проходить через таку раду при комітеті. Виконавча влада, до якої входить і МОЗ, розробляє механізми запровадження того, що ВР прийняла. І через ГР ми долучені до відпрацювання виконавчих механізмів. Співробітництво між Верховною Радою, Дорадчою радою, МОЗ України та Громадською радою дає можливість громадськості впливати на всі рішення, що стосуються охорони здоров’я на всіх рівнях.

До складу ГР входять представники лікарських асоціацій та асоціацій пацієнтів. Громадські організації, особливо всеукраїнського рівня, представляють ту чи іншу спільноту; вони є виразниками суспільної думки з якоїсь проблематики чи питання. Асоціації пацієнтів виражають думку достатньо великої кількості пацієнтів. Тож точка зору пацієнтів та лікарів буде врахована у разі прийняття стратегічних рішень та вирішення поточних питань. Звичайно, лікарі та пацієнти отримають документи, у розробці яких вони через представників асоціацій безпосередньо брали участь. Таким чином, з одного боку держава отримує захист і запевнення, що інтереси громадськості певною мірою враховані, з іншого – захист отримують пацієнти, оскільки вони мають змогу викласти свою точку зору з того чи іншого питання [10].

### 5. Сьогоднішня ситуація системи реформування охорони здоров’я

Медична галузь у теперішніх умовах — «застійне болото» пострадянського періоду. Продовжує функціонувати успадкована від СРСР система охорони здоров’я Семашка, яка є бюджетною, з декларованим доступом до безоплатної медичної допомоги. Дана модель вже давно не відповідає потребам нашого суспільства, вона своє віджила. Україна обрала капіталістичний шлях розвитку та ринкові відносини, а медична галузь за інерцією продовжує перебувати в «плановому соціалізмі». Нонсенс! В той же час державна політика в сфері охорони здоров’я пасивна, реформ немає, повний «штиль». Соціологічні опитування серед громадян підтверджують давно відомі факти: наша медицина тяжко хвора і потребує не профілактичного, а невідкладного радикального лікування.

Що ж заважає бюджетній медицині «розправити плечі»? Причин більше ніж достатньо: командно-адміністративна модель управління охороною здоров’я, украй незадовільне фінансування, розквіт корупції, тіньові відносини, низька заробітна плата медичних працівників тощо. Крім цього, важким тягарем для галузі є «медичний баласт» — велика кількість чиновників від медицини та «паперових» лікарів. Їхня професійність не відповідає вимогам теперішнього часу, а опір реформам значний. Вони не зацікавлені в тому, щоб щось змінювати, їм і так комфортно. Причини, думаю, зрозумілі [9].

Бюджетне фінансування медицини недостатнє, і розраховувати на його суттєве покращання — утопія. Бюджетний метод фінансування зорієнтований на можливості бюджету, а не на реальні потреби медицини. Медична галузь дуже затратна, і жоден бюджет не зможе забезпечити її належне фінансування. Бюджет охорони здоров’я щорічно збільшується, але левова частка цих коштів іде на заробітну плату медичним працівникам та оплату комунальних послуг медичних закладів. А це в середньому 80–90 %. Також слід ураховувати рівень інфляції, зростання вартості енергоносіїв, медикаментів тощо. А що ж залишається? Копійки, за рахунок яких фінансується медикаментозне забезпечення пацієнтів стаціонарів, поліклінік, амбулаторій, ремонти медичних закладів (які майже на 100 % потребують ремонту), придбання апаратури і т.д. Крім того, бюджетні кошти здебільшого використовуються нераціонально, недоцільно та незаконно.

В охороні здоров’я України деформована не тільки структура надаваних медичних послуг, але й розподіл фінансових ресурсів. У структурі видатків основне місце займає заробітна плата та витрати на утримання закладів охорони здоров’я, що становить близько 90% усіх коштів, що виділяються. 60–75% витрат на надання медичних послуг сплачуються самим населенням, а більше половини громадян характеризують їх як непосильні. Українські виробники лікарських засобів та медичного обладнання знаходяться під тиском декількох груп компаній-посередників, і вже самостійно не беруть участі в тендерах. Ці компанії-посередники протягом багатьох років забезпечують наближеним до них виробникам перемоги в торгах, жорстко відсікаючи усіх інших. Те саме відбувається і з закордонними виробниками, які не допускаються на ринок ще на етапі реєстрації. Це призвело до повної монополізації ринку державних закупівель в охороні здоров’я 4–5 такими посередниками.

Сьогодні відсутня чітка структура стандартизації лікарських засобів та медичного обладнання, ліцензування їх обігу, розповсюджено дублювання функцій різними службами. Тому необхідно переформатувати ринок лікарських засобів та медичного обладнання, ліквідувавши важелі впливу на нього груп компаній-посередників шляхом співпраці тільки з відомими виробниками [7].

Отже, для кардинального реформування галузі необхідні якісні зміни існуючої системи, а саме: формування додаткових джерел фінансування, введення обов’язкового медичного страхування, розвиток лікарняних кас та добровільного медичного страхування, легалізація платежів громадян, технічне переоснащення галузі з використанням схем фінансового лізингу, впровадження жорсткої системи стандартизації лікарських засобів та медичної техніки, реорганізація системи підготовки медичних кадрів, стандартизація та паспортизація лікувальних процесів і контроль за якістю їх проведення.

Метою реорганізації системи охорони здоров’я має стати збереження та відновлення здоров’я населення, забезпечення однакової фізичної та економічної доступності медичної допомоги для кожного громадянина України. Одним із шляхів досягнення цієї мети може бути прийняття законопроекту від 19.06.2006 р. № 2192 «Про фінансування охорони здоров’я та медичне страхування», який був розроблений Комітетом. Одночасно з ним необхідно прийняти також закони «Про захист прав медичних працівників» та «Про захист прав пацієнтів» [11].

Законопроект № 2192 неодноразово обговорювався медичною громадськістю, знайшов підтримку з боку керівництва держави, і вона як його автор готова до внесення будь якої кількості змін і доповнень, але до 1 січня 2009 р. Україна обов’язково повинна мати бюджетно-страхову модель охорони здоров’я з додатковими джерелами фінансування галузі.

Рівень та якість надаваних системою охорони здоров’я медичних послуг прямо залежать від забезпечення лікувально-профілактичних закладів сучасним лікувально-діагностичним обладнанням.

На сьогодні, незважаючи на значні кошти, які щорічно виділяються з Державного бюджету, лікувальні установи не можуть відразу придбати все необхідне обладнання. В результаті, крім загального дефіциту, широкого розповсюдження набуває проблема одночасного використання в лікувально-профілактичних закладах обладнання різних поколінь та постійно зростаюча необхідність його оновлення. Зараз МОЗ України отримало заявок з регіонів на загальну суму понад 5,7 млрд. грн., які можуть бути задоволені в кращому разі на 15–18%.

Для якісних змін існуючого стану в медичній галузі України необхідно провести її повне технічне та технологічне переоснащення. Тільки поява нової сучасної матеріальної бази надасть можливість опанувати застосування нових методик та приведе до підвищення рівня кваліфікації лікарів-практиків і випускників медичних ВНЗ, а також до зростання рівня медичного обслуговування в Україні [5].

З урахуванням неможливості значного збільшення річного бюджетного фінансування закупівель медичного обладнання, єдиним шляхом виходу із ситуації, що склалася, є залучення зовнішнього фінансування. Позитивний досвід залучення таких джерел фінансування має і Російська Федерація, і Білорусь. Тому було запропоновано використати механізм лізингових закупівель, який дозволить при поетапному збільшенні річного фінансування за програмою, розрахованою на сім років, одночасно протягом 2008 р. укомплектувати лікувально-профілактичні заклади України всім необхідним медичним обладнанням на суму близько 6 млрд. грн. Проведення необхідних для встановлення обладнання ремонтних робіт пропонується здійснювати за рахунок місцевих бюджетів.

Необхідно відзначити, що за умов масштабної одноразової закупівлі ціни виробників на медичне обладнання будуть знижені на 25–35%, це зменшить заплановане додаткове навантаження на бюджет по виплаті лізингових платежів на суму 2 млрд. грн. та буде мати значний економічний ефект.

Одним з головних пріоритетів у роботі МОЗ України має бути паспортизація лікувальних процесів, створення реєстру здоров’я громадян на основі електронного паспорта здоров’я громадянина України. Це дозволить контролювати кількість звернень за медичною допомогою та витрачання страхових коштів. Необхідним також є впровадження державних стандартів та соціальних нормативів медичної практики, проведення структурних перетворень у системі стаціонарної допомоги, орієнтоване на підвищення функціональності використання ліжкового фонду та формування оптимальної територіальної мережі стаціонарних установ, покращання інтеграції між стаціонарами, заміщення госпітальної допомоги на амбулаторну шляхом застосування сучасних фармацевтичних препаратів, розвиток денних стаціонарів та стаціонарів на дому, амбулаторних хірургічних центрів [9].

Для нормального функціонування галузі охорони здоров’я актуальними також є розробка нового порядку нормування штатів лікувально-профілактичних закладів, забезпечення блока економічних перетворень, розробка методики ціноутворення в медицині, механізмів фінансування різних типів медичних закладів, створення системи соціального захисту лікарів, ліцензування, акредитація та атестація медичних кадрів, розробка індикаторів та проведення експертизи надання медичних послуг.

### 6. Іноземний досвід медичного реформування та рекомендації реформування охорони здоров’я для України з досвіду Словаччини та інших країн

В процесі переходу України до ринкової економіки виникла ситуація, яка вимагає змін в умовах функціонування економіки системи охорони здоров’я. На погляд авторів перебудова економіки охорони здоров'я повинна починатися перш за все з укріплення фінансової основи галузі, із зміни загальної схеми фінансування, що передбачає обов'язковий перехід від бюджетної системи фінансування до змішаної бюджетно-страхової системи, що фінансується при активній участі підприємств, установ, організацій різних форм власності з елементами добровільного медичного страхування населення. Нагромаджений багаторічний світовий досвід у галузі медичного страхування свідчить про високу ефективність різних моделей та систем медичного страхування та страхування здоров'я. Три основні види фінансування охорони здоров'я (державне, обов'язкове, добровільне медичне страхування та змішана форма) у відокремленому вигляді практично не використовуються ні в одній державі, але в деяких державах вони займають домінуюче положення. Так, в Англії, Ірландії, Шотландії, Італії та Данії домінує державна система фінансування В таких країнах як Німеччина, Франція, Австрія, Бельгія, Нідерланди, Швеція та Японія домінує система обов'язкового медичного страхування, в той час, як у США має перевагу змішана форма фінансування медичної допомоги, де біля 90% американців користуються послугами приватних страхових компаній. Далі висвітлені організації системи охорони здоров'я в різних країнах світу: Німеччині, Франції, Нідерландах, Великобританії, Ізраїлі, США, Канаді, Австралії, Японії [12].

В Україні реальне економічне зростання досягло безпрецедентно високого рівня, великою мірою відновлено фінансову рівновагу. Зараз Україна може собі дозволити витрачати набагато більше коштів на підтримку та поліпшення загальних норм у державній системі охорони здоров’я, зокрема запобігання епідемій, таких як ВІЛ/СНІД, сухота (туберкульоз),пропагування відмови від куріння й пияцтва та ін. Це необхідно для боротьби з демографічним спадом, а також для подовження середньої тривалості життя нових поколінь. Первинна медицина повинна мати краще обладнання для виявлення тяжких хвороб і точнішого визначення правильного лікування для пацієнтів.

Страхові компанії з приватним фінансуванням та управлінням повинні конкурувати за гроші пацієнтів, тимчасом як заклади вторинної та третинної медицини (тобто лікарі спеціалісти та інтенсивна терапія на стаціонарі)–за контракти зі страховими компаніями. Якщо впливові професіонали стають на бік пацієнтів, становище останніх відчутно поліпшується і якість медичних послуг суттєво покращується.

Фінансування системи охорони здоров’я також має змінюватися з плином часу. Внески на охорону здоров’я, які сплачують працедавці, потрібно зменшити, й загальна сума таких внесків має відповідати вартості надання основних медичних послуг для всього зайнятого населення. Усі доходи громадян потрібно обкладати єдиною низькою ставкою податку для системи охорони здоров’я, щоб підтримувати соціальну солідарність у системі.

Окрім того, усі громадяни мають вибирати між конкурентними страховиками здоров’я й мати змогу оплачувати різний рівень покриття витрат для них самих і для їхніх сімей.

Державний бюджет, зрозуміло, залишиться відповідальним за надання коштів і державним фондам страхування здоров’я, і приватним страховикам від імені всіх людей, які не мають постійного доходу, наприклад громадян, які перебувають у відпустці з догляду за дитиною та ін. Цілком доречно також розглянути запровадження спільних платежів за відвідання лікарів, хоч би якими символічними вони були. Цей крок важливий для запобігання зловживанню первинною медициною та зменшення темпів зростання вживання й зловживання ліками за рецептами. На додаток треба сказати, що подальша децентралізація фінансування закладів амбулаторного й стаціонарного лікування необхідна для того, щоб поліпшити управління й контроль за цими установами. Після проведення обережного планування та аналізу можна розглядати запровадження обов’язкового приватного страхування здоров’я. Воно має суттєво поліпшити інформованість населення щодо вартості медичних послуг і забезпечити достатньо стимулів до самодопомоги.

Коли в країнах Вишеградської четвірки прийшли до влади перші демократично обрані уряди, приватизацію було поставлено чи не на перше місце в порядку денному. Однак приватизація соціальних послуг, зокрема в системі охорони здоров’я, вважалася дискусійним питанням. Самі лікарі також не були одностайними щодо того, яка частина їхньої професії має керуватися ринковими законами.

ЗАПРОВАДЖЕННЯ ІНСТИТУТУ “СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ”.

Реформи почалися з приватизації професії лікарів широкого профілю, так званої професії “сімейний лікар ”–зазвичай це перша точка контакту пацієнтів із системою охорони здоров’я. Здебільшого приватизація не потребувала фізичного продажу громіздкого обладнання –необхідна була лише система ліцензування такої діяльності. Вважали, що цей перший рівень послуг системи охорони здоров’я найкраще надають лікарі, які отримали ліцензії від органів місцевого самоврядування найнижчого рівня.

Таким чином, органи місцевого самоврядування найнижчого рівня отримали також право видавати ліцензії та продавати на конкурсній основі право займатися лікарською практикою у випадках, де потенційно існувало більше одного кандидата на посаду.

Фінансування діяльності лікарів широкого профілю змінилося на краще. Тепер пацієнти здобули право вибирати між достатньою кількістю дипломованих лікарів, що зумовило певний рівень конкуренції, а отже, посилило економічні стимули до поліпшення якості послуг.

ВІЛЬНИЙ ДОПУСК ПРИВАТНОГО КАПІТАЛУ ДО СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я.

Іншим важливим аспектом ранніх реформ була можливість створювати нові заклади охорони здоров’я. Однак ці заклади залишилися на узбіччі системи охорони здоров’я, бо люди не мали багато грошей для оплати всіх витрат, і більшість з тих, хто мав їх достатньо, досі могли використовувати свої зв’язки та вплив для отримання послуг прийнятної якості в державних закладах охорони здоров’я за рахунок фонду соціального страхування. Приватний капітал знаходив цінні сегменти ринку, особливо в галузі високотехнологічного амбулаторного й стаціонарного лікування пацієнтів. Що більше, державні фонди соціального страхування почали частково сплачувати певні послуги, які пропонували приватні клініки, бо це допомагало полегшувати тягар державних закладів охорони здоров’я, які уже були занадто перевантажені.

ВДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ФОНДАМИ СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ.

Тимчасом як удосконалення слабких потужностей не давало будь яких відчутних результатів через запеклу політичну опозицію та опір самих лікарів (більшість лікарів чинили опір втраті свого правового статусу державних службовців з усіма привілеями та пільгами),влада успішно вдосконалювала управління й адміністрування у фондах страхування здоров’я, що зазвичай є найбільшими позабюджетними фондами (після пенсійних)у фінансовому секторі [13].

Подальші реформи системи охорони здоров’я.

СПІЛЬНІ ПЛАТЕЖІ ЯК СПОСІБ ОБМЕЖИТИ НАДЛИШКОВИЙ ПОПИТ.

У Словаччині владі вдалося запровадити систему спільних платежів і за візити до лікарів широкого профілю, і за відвідання закладів, що пропонують амбулаторне лікування, а також плати за день стаціонарного лікування в лікарні. Виявляється, це досить важливо для обмеження зайвих візитів, медичних оглядів і рецептів; це само собою призводить до зменшення зловживання ліками – дуже поширеного, явища в країнах Вишеградської групи.

ВИЗНАЧЕННЯ ОСНОВНИХ І ДОДАТКОВИХ ПОСЛУГ.

Важливість ідеї відокремлення цих двох комплексів медичних послуг не можна недооцінювати. Широкий загал змушений прийняти той факт, що обсяг медичних послуг, фінансованих за рахунок держави, не безмежний, і універсальне право на отримання медичних послуг не означає невіддільного права громадян отримувати всі види медичних послуг без будь якої компенсації вартості цих послуг [12].

УКЛАДАННЯ КАТАЛОГУ ТА КЛАСИФІКАЦІЇ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ.

Нове законодавство Словаччини надає уряду повноваження створити комісію, яка описуватиме всі хвороби, а також визначатиме можливу терапію в кожному окремому випадку.

Це необхідно для того, щоб система страхування (і державна, і приватна) мала доступ до інформації про свої кінцеві фінансові зобов’язання, а також щоб лікарі могли підраховувати, яку суму страхового доходу вони мають право отримати в кожному окремому випадку обстеження та лікування.

Класифікація медичних послуг, своєю чергою, конче необхідна для пацієнтів – вона визначатиме частку їхньої оплати (і через страхування, і завдяки спільним платежам).

БАГАТОСТОРОННЯ СИСТЕМА ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ З ОБОВ ’ЯЗКОВИМ ПРИВАТНИМ СТРАХУВАННЯМ ЗДОРОВ’Я .

Ця система може бути аналогічною до тієї, що вже є поширеною практикою в реформованих системах пенсійного забезпечення: багатостороння система фінансування, яку пропонують потужні приватні заклади, що захищають інтереси пацієнтів і водночас конкурують за їхні гроші. З часом, коли новостворена система нагляду за страхуванням здоров’я набере сили та досвіду, дедалі більше з того, що зараз покривають державні страховики, можна передавати конкурентним приватним компаніям, які займаються страхуванням здоров’я.

КОНКУРЕНЦІЯ СЕРЕД ЗАКЛАДІВСТАЦІОНАРНОГО Й АМБУЛАТОРНОГО ЛІКУВАННЯ.

Тривають запеклі дискусії щодо приватизації лікарень і клінік, які пропонують амбулаторне лікування. Важливо наголосити, що питання форми власності закладів вторинної й третинної медицини менш важливі, ніж питання їхнього фінансування. Без підтримки жорсткої конкуренції серед лікарень і клінік неможливо поліпшити якість надаваних ними послуг. Конкуренцію можна створити завдяки вільному входу на цей ринок і виходу з нього, а також лібералізації права власності за умови, що наявні заклади не мають бути обов’язково приватизованими.

ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ ВТОРИННОЇ Й ТРЕТИННОЇ МЕДИЦИНИ.

Більшість лікарень та амбулаторних клінік залишаться в руках або місцевих, або регіональних органів самоврядування. У країнах Вишеградської групи, зокрема в Польщі, уряд вирішив децентралізувати управління державними фондами страхування здоров’я; лікарні та більші підрозділи амбулаторного лікування зараз підпорядковуються місцевій владі. У країнах, менших за розміром, наприклад у Словаччині, Угорщині й Чехії, немає такого очевидного рівня прив’язки управління більшими медичними закладами в ієрархії державного управління, але децентралізація однак можлива й бажана [13].

**Висновок**

На сьогодні Без сумніву, вітчизняна система охорони здоров'я має потребу в збільшенні фінансування, причому досить значному. Проте гострота цього питання визначається більшою мірою тим, наскільки ефективно використати фінансові кошти і наскільки збільшені грошові потоки вплинуть на обсяги і якість медичної допомоги для населення, її доступність і остаточний результат. Іншими словами, мова йде про те, наскільки кожен громадянин (він же платник податків) персонально відчує на собі і своїх близьких ці додаткові «вливання».

У зв'язку з цим розроблювана модель системи, очевидно, повинна забезпечити отримання найкращих результатів якості, доступності медичної допомоги, покращення показників здоров'я населення при відносно невеликих витратах ресурсів. На жаль, процес пошуку триває вже багато років, а потрібної уніфікованої моделі поки не створено. У підсумку кожна країна повинна обирати власний шлях, з урахуванням власних особливостей сформованої структури охорони здоров'я, менталітету населення тощо. Суть таких перетворень зводиться до одного — максимально відійти від екстенсивного і наблизитись, а, в ідеалі, повністю перейти до інтенсивного шляху розвитку галузі. Своєрідним «мостом», який би дав змогу досить швидко й ефективно здійснити такий перехід, поза всяким сумнівом, може стати інститут сімейного лікаря — лікаря загальної практики.

Україні тепер потрібна така система управління охороною здоров'я, основною метою якої було б дійсне забезпечення можливості надання необхідної медичної допомоги кожній конкретній людині у визначений час, у визначеному місці, у повному обсязі і з мінімальними витратами. В основу функціонування такої системи повинні бути закладені два засадничих принципи: медична та економічна доцільність, тобто раціональний розподіл обсягів медичної допомоги і витрат на її надання. Тільки в цьому випадку додаткове фінансування галузі може стати ефективним (забезпечити отримання найкращих результатів якості, доступності медичної допомоги і, як наслідок, поліпшення показників здоров'я населення).

### Література

1. Здравоохранение и медицинская наука в Украинской ССР. // Под ред. д.м.н. А.Е. Романенко. - К.: - 1987. - Том 1. - 479 С.
2. Б. Криштопа. Органи управління та керівництво охороною здоров’я в період української державності // Агапіт. - Журн. - 2000. - № 12.
3. О.М. Голяченко, А.М. Сердюк, О.О. Приходський. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров’я // Джура. - К.: - 1997. - 328 С.
4. А. Волошин. Чи відбуваються реформи в медицині? // Ваше здоров’я - Газ. - 1999. - № 93. - С. 1 - 2.
5. Дзеркало тижня № 1 (680) 12 — 18 січня 2008
6. Основи законодавства України про охорону здоров'я //http://www.moz.gov.ua/
7. Дарієнко С.І. Про програму реформування системи надання медичної допомоги населенню Одеської області // Гл. врач.- 2002. - №2. - С.27-28
8. Колоденко В.О. Політика в області фінансової підтримки регіональних систем охорони здоров'я України. Міфи та реальність // Главный врач.-2002.-№2.-С.25-27
9. Охорона здоров’я: агонія чи реформи?// http://novosti.mif-ua.com/archive/issue-242/article-317
10. О.С. Мусій, В.Г. Карпук, В.О. Рибчук Громадські організації: чи в змозі вони допомогти галузі охорони здоров’я?// http://novosti.mif-ua.com
11. Реформування охорони здоров’я: комплексний підхід//Морион. –6 (627). -2008.
12. Нонко В., Стецюк Т. Іноземний досвід медичного страхування // Гл. врач.-2002.-№4.-С.42-44
13. Реформування охорони здоров’я: досвід Словаччини, рекомендації Україні //Вісник центру.- 38.-2006