

## **Секція 5. ГРОМАДЯНСЬКЕ СУСПІЛЬСТВО ТА ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ**

**Шевченко Сергій Олексійович**

*Дніпропетровський державний  
університет внутрішніх справ,  
завідувач кафедри  
управління та адміністрування,  
доктор наук з державного управління, професор,  
Заслужений працівник освіти України*

**Бутковська Наталія Миколаївна**

*Дніпропетровський державний  
університет внутрішніх справ,  
факультетт соціально-психологічної  
освіти та управління,  
здобувач вищої освіти*

### **ОСОБЛИВОСТІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ**

В Україні стартував перший етап медичної реформи, який полягає у зміні принципів фінансування первинної ланки медичної допомоги. Первинна медико-санітарна допомога є фундаментом усієї системи надання медичних послуг населенню. Саме розвиток первинної медико-санітарної допомоги лежить в основі реформування системи охорони здоров'я в Україні, оскільки на сьогодні лише 20% громадян звертаються спершу по допомогу до первинного рівня, інші 80% користуються медичними послугами одразу вторинного або третинного рівня, збільшуючи цим самим навантаження на спеціалізовані відділення, які призначені обслуговувати пацієнтів у складних медичних випадках. Що ж до пропорцій, які спостерігаються у світі, тут існує інша статистика: 80% пацієнтів обслуговує лікар первинного рівня і лише 20% з них обслуговуються в закладах і вторинної і третинної ланки за умов наявності потреби у спеціалізованій допомозі [2].

Відтак, відповідно до реформи, змінюється принцип фінансування медичних закладів первинної ланки – поліклінік, амбулаторій, центрів первинної медико-санітарної допомоги. На їхній базі буде розгорнуто систему сімейної медицини європейського зразка: кожен громадянин України зможе

вільно обирати сімейного лікаря та підписувати з ними прями угоди з чітко визначеним обсягом гарантованих послуг, а держава, відповідно, скеровуватиме кошти на оплату отриманих громадянином послуг конкретному лікарю і вибраному пацієнтом медичному закладу. Оплата праці медика буде здійснюватись на основі так званого «подушного нормативу», який обчислюватиметься на основі кількості укладених лікарем угод і за умов дотримання медичних протоколів лікування й діагностики.

Згідно п. 11 ст. 10 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 р. № 2168 у закладах охорони здоров'я державної та комунальної форм власності, які є надавачами медичних послуг за програмою медичних гарантій, обсяг платних медичних послуг, які не входять до програми медичних гарантій, може складатися не більше 20 відсотків від обсягу всіх наданих послуг [1].

За рух коштів між державою та медичним працівником відповідно до нового законодавства, відповідатиме незалежна страхова агенція, яка також здійснюватиме всю необхідну процедуру документообігу. Медичні послуги в межах гарантованого пакету держава зможе купувати у постачальників усіх форм власності, забезпечуючи оплату від єдиного національного замовника за надані громадянам медичної послуги.

Оптимальна медична мережа, яка має бути сформована в межах кожного госпітального округу, відповідно до визначених критеріїв, та передбачає наявність:

- багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування;
- багатопрофільної дитячої лікарня інтенсивного лікування;
- лікарні відновного (реабілітаційного) лікування;
- лікарні планового лікування (клінічної лікарні);
- патологоанатомічного центру;
- хоспісу;
- спеціалізованого медичного центру (за напрямками);
- центру з медичних консультацій і діагностики;
- служби швидкої медичної допомоги.

Пропозиції щодо формування меж госпітального округу надаються обласною державною адміністрацією, а остаточної перелік округів і їх склад затверджує Кабінет Міністрів України. Адміністративним центром госпітального округу визначається населений пункт, як правило, місто з населенням понад 40 тис. осіб, у якому розміщена багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня. Визначення меж госпітального округу здійснюється таким чином, щоб населення відповідної території мало доступ до вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.

Ще з початку формування госпітальних округів органи місцевого самоврядування (обласні, районні, міські ради, ради об'єднаних територіальних громад), громадські організації, колективи закладів охорони здоров'я, медичні профспілки та громадяни висловлювали різні погляди щодо умов і поряд-

ку формування госпітальних округів, що свідчить про наявність суттєвих проблем у цій сфері. До них насамперед належать:

- відсутність конструктивної співпраці з питань формування госпітальних округів між різними гілками виконавчої влади, а також органами місцевого самоврядування;
- недосконалість нормативно-правового забезпечення процесу створення госпітальних округів;
- неузгодженість функціонування госпітальних округів з новими принципами фінансування медичної галузі;
- непередбаченість участі місцевих рад у процесі формування госпітальних округів;
- незбіг меж госпітальних округів з межами новосформованих об'єднаних територіальних громад;
- недооцінка регіональних особливостей при формуванні госпітальних округів.

Наявна сьогодні методика формування госпітальних округів прописує лише загальні принципи визначення багатопрофільної лікарні, проте не вказано, які функції відтепер вона має виконувати, які відділення функціонуватимуть в її межах тощо. Досі не затверджено обсягу надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що має забезпечуватися багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівнів.

На сьогодні медичні заклади є власністю міських, районних та обласних рад, а також частини новостворених об'єднаних територіальних громад. Натомість постановою Кабінету Міністрів України № 932 «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів», затвердженої 30 листопада 2016 р., взагалі не передбачено участі місцевих рад у процесі формування округів. А без їх узгодження жодне питання в чинному законодавчому полі не буде вирішено.

Крім цього, виникає також безліч проблем з майном лікарень, утриманням будівель та їх передачею у невизначену власність. В Україні є чимало випадків, коли майно лікарні належить одному власнику, а її фінансування й утримання здійснюються з бюджету іншого, що призводить до конфліктних ситуацій.

На жаль, реформа проводиться не достатньо публічно і, що є особливо важливим, без урахування особливостей регіонів. Вагомий вплив на формування мережі госпітальних округів має міжрегіональна нерівномірність у забезпеченні регіонів лікарнями та ліжко-міцями в медичних закладах.

Серед важливих проблем, які пов'язані зі створенням госпітальних округів необхідно виділити такі:

- не вирішеність проблеми доступності медичних закладів у межах госпітальних округів (високі ціни на паливе та проїзні квитки, що ускладнює процес звернення пацієнтів з інших районів);
- нерівномірність розподілу госпітальних округів за чисельністю насе-

лення (у результаті охолоплення і великих територій з низькою щільністю населення чи навпаки густонаселених);

– скорочення малопотужних, але потрібних населенню лікарень й вивільнення великої кількості медичних працівників.

Існує небезпека, що у разі створення госпітального округу, який включатиме кілька районів і міст обласного значення, може зменшитись обсяги медичної субвенції з Державного бюджету районам, де не буде створено багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування, що призведе до перепрофілювання, скорочення, або навіть закриття районних лікарень. Необхідно бути також свідомим, що подібна ситуація може призвести до значної комерціалізації медичної галузі та збільшення кількості приватних медичних закладів. Пацієнт зможе потрапити до спеціалізованого медичного закладу або за наглядом сімейного лікаря, або лише у супроводі бригади екстренної медичної допомоги. А от плановим хворим доведеться або очікувати своєї черги (через невелику кількість спеціалізованих місць), або ж звернутися до приватного закладу.

У цілому ідея створення госпітальних округів покликана наблизити спеціалізований рівень надання медичної допомоги до пацієнтів, однак за нинішніх умов це може і призвести до скорочення малопотужних, але потрібних населенню лікарень і вивільнення великої кількості медичних працівників. Звідси виникає така проблема – кадрова, що обов'язково постане під час зміни статусу лікарень. По-перше, це десятки звільнених підготовлених медичних спеціалістів, по-друге, дефіцит висококваліфікованих медиків для нових спеціалізованих відділень, які мають бути створені відповідно до прописаних законодавством нормативів для госпітального округу. Виникає питання з працевлаштуванням випускників медичних закладів в аспекті формування клієнтської бази сімейних лікарів, і в питанні стимулювання їх працевлаштування в медичних установах первинного рівня, особливо у сільській місцевості. Крім того, формування відповідного кадрового потенціалу вимагає десятки років, а вже сьогодні у деяких областях спостерігається дефіцит кваліфікованих медиків. Отож, формування госпітальних округів і реструктуризація медичної інфраструктури викликає низку супроводжуваних проблем, для вирішення яких потрібні додаткові кошти та час.

До того ж в Україні досі не визначилися з моделлю розвитку та управління охороною здоров'я, котра має замінити чинну систему. У цій моделі мають бути чітко сформульовані не тільки організаційно-правові та фінансово-економічні механізми проведення сучасної реформи децентралізації, а визначені пріоритети комплексного розвитку вітчизняної медицини, що формуватимуть стратегічне бачення перспектив її розвитку і не тільки в контексті підвищення ефективності функціонування медичних закладів та якості медичних послуг, що надаються населенню, а й в контексті покращення якості кадрового забезпечення, впровадження інновацій і сучасних технологій, доступності якості медичних послуг незалежно від місця проживання, поширен-

ня страхової медицини, підвищене соціальної справедливості й захисту прав громадян загалом.

Покращення медичного обслуговування населення – це те, на що пересудім має опиратися реформа системи охорони здоров'я, яка нині активно впроваджується в Україні у контексті децентралізації влади. Як уже зазначалося вище, основним завданням реформи є поставити у центр уваги пацієнта, його потреби та здоров'я. Головне, на що необхідно насамперед звернути увагу проводячи медичну реформу – не допустити призупинення надання медичної допомоги населенню. Не можна ропочинати все з чистої сторінки, необхідно поступово переходити від централізованої системи до децентралізованої моделі, яка працює за іншими принципами. Таким чином, реформа системи охорони здоров'я може відбуватися лише у прив'язці з адміністративно-територіальною, реформою бюджетної децентралізації, освітньою та низкою інших секторальних реформ.

#### ***Бібліографічні посилання:***

1. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : закон України від 19 жовт. 2017 р. № 2168-VIII // Офіційний вісник України. – 2018. – № 4. – Ст. 148.
2. Шульц С. Л. Організаційно-інституційні особливості реформування системи охорони здоров'я в Україні в умовах децентралізації / С. Л. Шульц, М. О. Карп'як // Регіональна економіка. – 2017. – № 3. – С. 108-115.

**Сидоренко Наталія Сергіївна**

*Дніпропетровський державний  
університет внутрішніх справ,  
доцент кафедри управління та адміністрування,  
кандидат наук з державного управління, доцент,*

**Демченко Костянтин Вікторович**

*Дніпропетровський державний  
університет внутрішніх справ,  
факультет соціально-психологічної  
освіти та управління,  
здобувач вищої освіти*

## **СУТНІСТЬ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Публічне управління у сфері охорони здоров'я визначається державною політикою у сфері охорони громадського здоров'я, яка зорієнтована на забезпечення рівноправності кожної людини і окремих громад у доступі до