

О.О. Воровський, д.мед.н., проф.
Ю.Ю. Шушковська, асистент
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
О.В. Мудрак, д.с.-г.н., проф.
КВНЗ «Вінницька академія безперервної освіти»

Проблемні соціо-економіко-екологічні питання сучасної діяльності системи управління служби охорони здоров'я населення Вінничини

Проведено аналіз результатів реформування служби охорони здоров'я населення Східного Поділля в контексті стратегії сталого розвитку суспільства. Регіон займає площу 26,5 тис. км², що становить 4,4 % території України, де проживає 1 575 808 осіб і густина населення становить 56,87 осіб/км² (дані на 1.01.2021 р.). Авторами з'ясовано основні причини неважкого реформування системи управління служби охорони здоров'я. Враховуючи досвід реформування служби охорони здоров'я в цивілізованих країнах світу і проведені власні наукові дослідження, запропоновано комплекс змін, які значно покращать якість надання медичних послуг місцевому населенню. Проведено аналіз реформування системи охорони здоров'я в Україні протягом 2018–2021 рр. і виявлено фактори, які негативно впливають на якість надання медичних послуг, запропоновано нові підходи в реформі медицини, які покращать її якість та не будуть суперечити Конституції України та іншим правовим актам. Для реального розвитку медичної галузі в Україні необхідно виділити на її фінансування мінімум 5 % внутрішнього валового продукту та фінансувати такі розділи: зарплати працівників медичної сфери, спеціалізовані лікарні третього рівня в повному об'ємі (психіатричні лікарні, протитуберкульозні диспансери, інфекційні заклади тощо) та сферу надання екстреної та невідкладної допомоги населенню, «взяти» на себе фінансування первинної ланки та, в разі неспроможності місцевих органів самоврядування, дофінансовувати другий та третій рівні медичних послуг, створити фінансовий резерв на випадок розвитку пандемій, екологічних катастроф тощо. Також потрібно активніше доводити недоліки та успіхи у реформуванні медичної галузі населенню та громадським організаціям з метою їх інформування про хід медичної реформи.

Ключові слова: медична реформа; медичні послуги; заклад охорони здоров'я; система управління служби охорони здоров'я населення.

Актуальність теми. Необхідність реформування системи охорони здоров'я (ОЗ) України не викликає сумніву, адже за показником витрат на ОЗ на одну людину наша держава посідає 89 місце у світі (серед 184 країн), а за показником тривалості життя – 108 місце. При цьому питання забезпечення сфери ОЗ достатніми фінансовими ресурсами набувають особливого значення, оскільки їх достатній обсяг (так само як і ефективність використання) значною мірою впливає на результативність реформи [35, 36]. Незважаючи на активні наукові пошуки і певні здобутки в медичній реформі, ще недостатньо уваги приділено проблемам впровадження нових підходів до управління закладами системи ОЗ в умовах впровадження ринку на тлі пострадянської олігархічної капіталізації економіки зі своїми особливостями в аграрних районах Східно-Подільського регіону, який займає площу 26,5 тис. км², що становить 4,4 % території України, де проживає 1 575 808 осіб і густина населення становить 56,87 осіб/км² (дані на 1.01.2021 р.) [12].

Аналіз останніх досліджень та публікацій, на які спираються автори. Серед цінностей, покладених в основу ОЗ і задекларованих Уставом ВООЗ (1946), Європейською соціальною хартією країн-членів Ради Європи (1996), Декларацією тисячоліття ООН (2000), положеннями європейської політики «Здоров'я-2020» (2012), є доступність, соціальна справедливість і висока якість медичної допомоги, орієнтованої на пацієнта. Відповідно до міжнародних підходів Концепцією управління якістю медичної допомоги у галузі ОЗ в Україні (2008, 2010) якість медичної допомоги визначена основною цільовою функцією і водночас критерієм ефективності системи ОЗ. Однак, незважаючи на активну діяльність з удосконалення нормативно-правового регулювання і розробки механізмів забезпечення якості – ліцензування медичної практики, акредитації закладів ОЗ, сертифікації спеціалістів, – реалізація завдань у сфері менеджменту якості медичної допомоги залишається актуальною проблемою [9; 11]. Як свідчать оцінки науковців [15], в Україні на низькому рівні залишається інтегральний показник якості лікування (56 %) та структурної ефективності ОЗ (36–44 % залежно від регіону). Неадекватним клінічному стану пацієнта лікування визнано у 40,1–83,0 % хворих стаціонарних закладів, а місце лікування – невідповідним у 30–50 % випадків госпіталізації. Значна частина лікарів не використовує в роботі діючі стандарти медичної допомоги [16]. За висновками експертів Європейської обсерваторії з систем і політики ОЗ (2010), ліцензування і

акредитація в Україні мають переважно формальний характер і не призвели до значних позитивних зрушень у стані індивідуального та популяційного здоров'я. Дані Інституту соціології НАН України (2011) свідчать про незадовільні оцінки 71,5 % населення стану системи ОЗ [30]. В Україні системи управління якістю на основі міжнародних або гармонізованих з ними національних стандартів запроваджена лише у поодиноких закладах ОЗ приватної форми власності. Вони не набули свого поширення на бюджетний сектор ОЗ, в якому отримує медичну допомогу більшість населення. Недосконалість запроваджених механізмів регулювання якості медичної допомоги в Україні, відсутність науково обґрунтованої вітчизняної системи управління якістю в галузі ОЗ, як і підходів до її розробки, впровадження і підтримки функціонування на різних рівнях управління – все перераховане відповідає висновкам ВООЗ (2008) про те, що більшість причин низької якості криється в недоліках системи організації медичної допомоги, а не в окремих постачальниках медичних послуг або виробів медичного призначення [23–25]. В Україні стандартизація як ключовий інструмент забезпечення якості медичної допомоги охоплює лише об'єкти управління: лікувально-діагностичний процес, компоненти інфраструктури й умови робочого середовища, підготовку кадрів та матеріально-технічне оснащення [31]. Поширення стандартизації на управлінські технології, задеклароване Наказом Міністерством ОЗ (МОЗ) України від 16.09.2011 р. № 597 «Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року» [14], не знайшло свого теоретико-методологічного обґрунтування та втілення у практичну діяльність, що обумовлює актуальність цієї статті. Також актуальність дослідження обґрунтовано бажанням суспільства України стати на незворотній шлях до євроінтеграції, що обумовлює необхідність використання міжнародних стандартів у всіх сферах суспільної діяльності, зокрема в системі управління ОЗ.

Мета статті – провести аналіз реформування системи ОЗ в Україні протягом 2018–2021 рр. і виявити факторів, які негативно впливають на якість надання медичних послуг, запропонувати нові підходи в реформі медицини, які покращать її якість та не будуть суперечити Конституції України та іншим правовим актам.

Викладення основного матеріалу. 30 січня 2018 року набув чинності Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який дав старт медичній реформі в Україні [4].

Медична реформа складається з низки етапів, впровадження яких мало б ефективно змінити сферу надання медичних послуг.

Перший етап – це реорганізація закладів первинної медичної допомоги (амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти, медичні пункти, медичні кабінети) із державної власності в комунальну власність для того, щоб вони мали можливість укласти договір з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) та отримувати пряме фінансування за надані послуги з Державного бюджету.

Другий етап – це створення НСЗУ як центрального органу виконавчої влади з державними гарантіями медичного обслуговування населення. Відповідно до Положення, НСЗУ: реалізовуватиме державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій; проводитиме моніторинг, аналіз і прогнозування потреб населення України у медичних послугах та лікарських засобах; буде замовником медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій; розроблятиме проект програми медичних гарантій, вноситиме пропозиції щодо тарифів і коригувальних коефіцієнтів; укладатиме, змінюватиме та припинятиме договори про медичне обслуговування населення та договори про реімбурсацію (доступність лікарських препаратів та медичних послуг для населення); забезпечуватиме функціонування електронної системи ОЗ; вживатиме заходи, що забезпечують цільове та ефективне використання коштів за програмою медичних гарантій, в тому числі заходи з перевірки дотримання надавачами медичних послуг вимог, встановлених порядком використання коштів цієї програми і договорами про медичне обслуговування населення [20].

Третій етап – це підписання декларації з лікуючим лікарем. Як відомо, з квітня 2018 р. розпочалася Всеукраїнська кампанія з вибору сімейного лікаря. Заклади первинної медичної допомоги, в яких працюють сімейні лікарі, терапевти, педіатри, підписують контракт з НСЗУ, а пацієнти – декларацію з тими лікарями, яких самі собі обрали. Документи, які потрібні для підписання угоди з лікарем – це паспорт та ідентифікаційний номер. Основний спосіб заповнення декларації – електронний.

Четвертий етап – це початок роботи НСЗУ. Уже в липні 2018 р. перші заклади ОЗ у статусі некомерційних комунальних підприємств підписують договори з НСЗУ, які мають гарантувати оплату за кожного пролікованого пацієнта. З цього часу ці медзаклади первинної допомоги мають отримувати прямі виплати за конкретних пацієнтів за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Таким чином, якщо раніше держава утримувала медичні заклади, тепер вона оплачує конкретний пакет медичних послуг, наданий пацієнтам.

НСЗУ повинно забезпечити єдині стандарти надання медичної допомоги та рівний доступ до безкоштовних медичних послуг для кожного громадянина, незалежно від прописки чи місця реєстрації. Відповідно лікар має гарантовано отримувати гроші за свою роботу, згідно з встановленим тарифом, незалежно від того, де він працює – у великому місті чи в сільській місцевості. Фінансування закладу, де працює лікар, амбулаторії чи лікарів фізичних осіб-підприємців (лікарів-ФОПів) здійснюватиметься з

державного бюджету і не буде залежити від фінансової спроможності місцевої громади чи прихильності місцевих чиновників. На перехідний період частково (для вторинної й третинної ланки) зберігається діюча система фінансування медичних закладів – через субвенцію місцевим бюджетам. Проте з квітня 2019 р. МОЗ припинило фінансування медичних закладів за «червоним списком» і повністю перейшло на оплату медичних послуг за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Для надання первинної медичної допомоги пацієнтам, які не уклали декларації з лікарем, фінансування не передбачене [35].

У бюджетній резолюції закладений середній тариф всього лише 370 гривень на рік. Це означає, що лікар первинної ланки має отримувати в рік близько 750 тисяч гривень на свою практику, якщо набере максимально дозволена кількість пацієнтів у 2 тисячі осіб. Зразу робимо поправку, згідно з цим рішенням сімейний лікар ще у 2018 р. повинен був отримувати зарплату близько 62 000 гривень на місяць, проте таких лікарів у нас немає. Друге питання у кваліфікації сімейного лікаря, в більшості випадків його робота звелася до диспетчерської функції, на огляд до нього можна потрапити тільки через запис по телефону. А за реформою сімейний лікар має спостерігати за станом здоров'я пацієнтів із використанням різного виду досліджень, проводити діагностику та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів; супроводжувати пацієнтів із хронічними захворюваннями; надавати невідкладну допомогу; направляти пацієнта для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної високоспеціалізованої меддопомоги; проводити профілактику: вакцинацію, огляди та дослідження пацієнтів з груп ризику; надавати консультації.

На даний час стартує другий етап медичної реформи. Які ж найважливіші зміни чекають на лікарні, лікарів та пацієнтів [29]? Перше, що держава перестала фінансувати та забезпечувати сучасною апаратурою, – це медичні заклади другого рівня. Натомість керівникам лікарень пропонують якомога тісніше співпрацювати з місцевою владою, щоб підготувати заклад до укладання договору з НСЗУ згідно з його вимогами. Щодо вимог до обладнання за напрямком «Хірургія+» для дорослих, то експерти НСЗУ склали перелік обладнань: комп'ютерний томограф, магнітно-резонансний томограф, ангиограм стаціонарний (або мобільний), фіброгастроскоп, колоноскоп та бронхоскоп. А також запропонували додати ще цистоскоп (катетеризаційний, операційний), цисторезектоскоп (монополярний / біполярний), обладнання для інтракорпоральної літотрипсії сечових шляхів (лазерний літотриптор / ультразвуковий / пневматичний або комбіноване устаткування) та для екстракорпоральної літотрипсії, мобільний рентгенапарат С-дуга для оперативних втручань під рентгенконтролем, апарат ультразвукової діагностики (УЗД) з кольоровим доплером і набором датчиків та ін. Крім цього, члени Робочої групи з питань розробки проектів специфікацій сформували кадрові вимоги до забезпечення закладу медичними працівниками тощо.

При вказаному вище забезпеченні мали бути сформовані опорні лікарні, до яких висунули також ряд вимог: доступність закладів для пацієнтів (шлях до лікарні у межах не більше 60 хвилин проїзду автомобільним транспортом); безпечність медичної допомоги на основі доказової медицини; своєчасність доступу до медичної допомоги; економічна ефективність, яка полягає у забезпеченні максимально можливої якості медичної допомоги за умови раціонального та ощадливого використання ресурсів; належне робоче навантаження та забезпечення належного рівня безпеки пацієнта; забезпечення надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та госпітального етапу екстреної медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару; обов'язкова наявність відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги [13].

Наступний етап – створення госпітальних округів, які не мають бути прямо пов'язаними з об'єднаними територіальними громадами, госпітальна рада утворюється з представників міста обласного значення, району та об'єднаної територіальної громади (ОТГ) госпітального округу пропорційно до чисельності їхнього населення. На рівні спеціалізованого лікування має оплачуватися пролікований медичний випадок. Високоспеціалізовані заклади ОЗ з 2020 р. фінансуються так само, як і інші заклади, за конкретно надані послуги в межах гарантованого пакета. При цьому заклад ОЗ може (змушений) встановлювати платні послуги, які виходять за межі програми медичних гарантій НСЗУ. Частка цих послуг не може перевищувати 20 % від загальної кількості послуг. До таких медичних закладів МОЗ України сформувало свої вимоги. За навантаженням багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування першого рівня має забезпечувати надання медичної допомоги не менш як 120 тис. осіб. Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня має забезпечувати надання медичної допомоги не менш як 200 тис. осіб. Оснащення багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування першого та другого рівнів здійснюється відповідно до примірних табелів матеріально-технічного оснащення, що затверджуються МОЗ. Фінансова стійкість закладів ОЗ, що визначається можливістю власників таких закладів забезпечити наявність функціональних потужностей відповідно до вимог законодавства, а також здатність постійно та ефективно надавати послуги вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги належної якості і в об'ємах в межах наявного обсягу фінансових ресурсів.

Крім цього, усі медичні заклади мають бути комп'ютеризованими і підключеними до медичної інформаційної системи [26]. В межах автономізації закладів ОЗ мають відбутися такі зміни у фінансово-господарській, управлінській, організаційній та інших видах діяльності цих закладів [1]:

1. Відбулася зміна форми власності (перетворення з бюджетної установи на комунальне некомерційне підприємство);

2. Керівник закладу ОЗ отримав широкі владні повноваження, зокрема свободу в розпорядженні активами, фінансами та в формуванні кадрової політики закладу, у визначенні внутрішньої організаційної структури закладу;

3. Заклад ОЗ отримав свободу дій у встановленні форми та методів оплати праці кадрам, механізмів мотивації та стимулювання в межах чинного законодавства;

4. Зміна фінансових механізмів господарювання (фінансування закладу зі статусом підприємства здійснюється не за постатейним кошторисом витрат, а на основі власного фінансового плану, отже, мають бути запроваджені інструменти сучасного фінансового менеджменту);

5. Заклад ОЗ може наймати за цивільно-правовими договорами лікарів-ФОПів, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики.

Проте, хоча джерела фінансування вказані, але адміністративно-нормативні акти, що їх зобов'язують, відсутні. Відповідь місцевих чиновників: «немає грошей», і тим самим вони стають зацікавленими у знищенні лікарень; свого рівня, НСЗУ цьому сприяє: «немає відповідної матеріальної бази, не будуть фінансувати», навіть при успішному лікуванні хворих. Таким чином, «гроші не догнали хворого». Тепер лікарні і відповідно, лікарі не можуть розраховувати на субвенцію з держбюджету, яка в основному йшла на зарплати. Натомість НСЗУ закуповуватиме у лікарень медичні послуги і платитиме за них згідно з тарифами. Скільки лікарня заробить, стільки й отримає. Тобто зарплата лікарів тієї чи іншої лікарні залежатиме від того, скільки і яких медичних послуг вони надаватимуть пацієнтам. Тому бути посередньою лікарнею чи посереднім спеціалістом стане не вигідно, бо фіксованої зарплати не буде, а пацієнт матиме право вибирати того спеціаліста, якого вважає найкращим. І НСЗУ заплатить гроші за надану медпослугу тій лікарні, яку обере пацієнт.

Що ж пішло не так?! За даними Європейського регіонального бюро (ЄРБ) ВООЗ до чинників, які визначають сучасні тренди чи тенденції в ОЗ, належать: глобалізація, серйозні демографічні зміни, екологічні проблеми (забруднення довкілля, зміна клімату), соціально-політичні конфлікти, технологічні нововведення, поглиблення нерівності у розподілі матеріальних благ і доступу до послуг, маркетизація, міграція населення, урбанізація тощо [10]. Згідно з існуючою статтею 49 (ч. 1) Конституції України: держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах ОЗ медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності. «ОЗ забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних й оздоровчо-профілактичних програм» (ч. 2). У ст. 6 передбачено право на кваліфіковану медико-санітарну допомогу, враховуючи вільний вибір лікаря, методів лікування відповідно до його рекомендацій і закладу ОЗ [8].

Особа, яка отримує таку допомогу у державних і комунальних закладах ОЗ, не повинна відшкодовувати її вартість ні у вигляді будь-яких платежів, ні у будь-якій формі незалежно від часу надання медичної допомоги.

На сьогодні якість надання медичних послуг залишається низькою на всіх етапах медичної допомоги. Так у своєчасній медичній допомозі задовільнили тільки 16,7–61,1 % пацієнтів у 63,3–80,6 % випадків госпіталізації; в епідемічній безпеці – за рахунок 23,3–96,7 % хворих [2; 15]. Зростання обсягів затрат обумовлено як зростанням хронічної захворюваності внаслідок старіння населення і вимог пацієнтів до якості медичного обслуговування, так і недотриманням лікарями стандартів медичної допомоги, перенасиченням ринку лікарськими засобами, призначення яких відбувається некерованою та агресивною рекламою ліків, розвитком новітніх дороговартісних технологій при нераціональному і невмілому їх застосуванні, нецільовими витратами – від 20 до 40 % коштів ОЗ, неефективним управлінням людськими і технічними ресурсами.

Вінницька область належить до третьої групи регіонів України за показником захворюваності населення на злоякісні новоутворення (з вищим за середній рівень – 340–370 хворих на 100 тис. населення). Щодо серцево-судинних захворювань (ССЗ): стрибкоподібна динаміка зі значним зростанням; злоякісні новоутворення серед населення – зі стабільним зростанням. Не викликає сумніву, що безпека навколишнього природного середовища має важливий вплив на здоров'я та благополуччя людини. Загальновідомі екологічні ризики роблять свій вклад у статистику захворюваності та смертності населення. Вплив екологічної ситуації (поряд з генетичними факторами та способом життя) є основоположним фактором, що визначає стан здоров'я населення. Наслідки інтенсивного використання екологічних систем, а саме: значне забруднення довкілля, деградація, прояви змін клімату негативно впливають на здоров'я, що у свою чергу призводить до зростання екологічно залежної патології, значних медичних та соціально-економічних збитків для суспільства [10, 33, 34, 37, 40, 41].

У 2018 р. у водні об'єкти Вінницької області скинуто 65,55 млн м³ стічних вод, у тому числі 0,988 млн м³ забруднених. Спостерігається тенденція зниження ефективності роботи очисних споруд. Їх неефективна робота на комунальних підприємствах, розташованих в районних центрах, пов'язана насамперед з фізичним зношенням їх обладнання. Технічний стан практично всіх каналізаційних очисних споруд потребує їх модернізації або реконструкції та значних капіталовкладень. Щорічні аналізи факторів навколишнього середовища засвідчують негативну тенденцію зростання показників стану забруднення питної води, води поверхневих водоем, ґрунту, атмосферного повітря, що сприяє виникненню серед населення не тільки інфекційних хвороб, а й неінфекційних захворювань, алергізації організму, зниженню імунітету, розвитку ССЗ та інших захворювань.

Безконтрольне застосування добрив призводить до забруднення навколишнього середовища, що загрожує здоров'ю людини. Особливо небезпечно неправильне або надмірне використання пестицидів, причому деяка їх частина трансформується, тобто виникають нові токсичні речовини (вторинна токсикація). Станом на 01.07.2017 р. за даними інвентаризації в області обліковується 849,239 тонн непридатних і заборонених до використання пестицидів та агрохімікатів. Непродумана політика управління відходами призвела до появи численних сміттєзвалищ, які не відповідають сучасним екологічним вимогам [7, 39]. Таким чином, здоров'я населення прогностично буде погіршуватися, а смертність зростати за рахунок зростання перш за все ССЗ та онкологічних захворювань, що напряму пов'язані з екологічними змінами.

Чи дійсно це вина медиків? Спершу розберемося з фінансуванням. Кошторис медицини становить в економічно розвинених країнах 10–15 % валового внутрішнього продукту (ВВП) (у США — до 20 %), і ці витрати постійно зростають. Великі обсяги послуг зумовлені високою частотою звернень, обов'язковістю і невідкладністю їх надання, реалізацією профілактичних програм, високою вартістю технологій, обладнання, ліків, необхідністю витрат на постійне оновлення і вдосконалення технологій, обладнання тощо, невідповідністю темпам росту ВВП. Бюджети з переважно державним фінансуванням медицини функціонують у країнах Співдружності Незалежних Держав, скандинавських країнах, Великій Британії. Вони ефективно працюють за умови достатності коштів у державі. Чотири роки поспіль Україна не виконує національне зобов'язання, затверджене законом у 2017 р., «про спрямування не менше від 5 % ВВП на ОЗ», – мовиться в інформаційній записці.

Для реального розвитку медичної галузі в Україні необхідно виділити на її фінансування мінімум 5 % ВВП. Про це заявив Міністр ОЗ України Максим Степанов під час свого звіту перед Верховною Радою України. Значні суми пішли на медицину у 2012–2013 рр. – 58,5 та 61,6 млрд грн відповідно. Проте є питання щодо того, чи були ці кошти витрачені доцільно. Адже, нагадаємо, Міністра ОЗ того періоду Раїсу Богатирьову підозрюють у розкраданні бюджетних коштів на суму 6,5 млн грн. У наступні роки витрати на медицину були набагато нижчими і становили 10–16 млрд грн. Минулого року вони становили 1 % від ВВП – 38,6 млрд грн, в 2020 р. – 1,7 % від ВВП – 70,4 млрд грн, цього року через пандемію планують витратити 113,6 млрд. На 2021 р. на ОЗ заклали 157,5 млрд грн – 3,5 % від ВВП, а витрати на здоров'я населення щорічно тільки збільшуються [3].

Дійсно, дуже багато питань викликає фінансування. Особливо гостро ця проблема стоїть у сільській місцевості і небагатих райцентрах, де можливостей для додаткового фінансування лікарень немає ні у місцевих рад, ні у жителів. Хронічне недофінансування цих лікарень становило 50–80 %, що призводило до закриття ряду медичних послуг, заборгованості по зарплаті, скорочення ліжок стаціонару та посад медичного персоналу. Тому МОЗ вдавалося до таких процесів, як оптимізація та реорганізація, що часто означало скорочення штатів або їх ліквідацію. А з 2018 р. за розпорядженням в.о. Міністра ОЗ Уляни Супрун «вторинна ланка медицини не буде покриватися державним страхуванням». МОЗ передбачає, що частково фінансування медичних установ має відбуватися за кошти пацієнтів, мовляв, лікарні мають надавати гарантовані послуги, за які платить НСЗУ, але також повинні організувати і платні послуги. Також у плани НСЗУ не входить фінансування таких спеціалізованих лікарень (психіатричних, протитуберкульозних тощо). Загальне недофінансування тільки психіатричних лікарень в Україні становило 898 млн грн, і вони постали перед загрозою знищення, натомість їм було запропоновано заробляти «самим на себе». Причому в цій ситуації зацікавлені як МОЗ та НСЗУ, так і органи місцевої влади. Тут державотворці забули про неспроможність оплати медичних послуг населенням насамперед через його бідність. За прогнозами ЮНІСЕФ на 2020 р. її рівень в Україні зріс до 43,6 % (без пандемії цей показник міг скласти 27,2 %). Експерти зазначають, що в результаті кризи за межею бідності можуть опинитися більше 6 млн громадян. Найбільш вразливі категорії населення – багатодітні сім'ї, одинокі батьки з дітьми, родини з дітьми до трьох років та одинокі люди старше 65 років [5].

Не всі лікарі згодні з розробленими тарифами, адже ці тарифи НСЗУ другої та третьої ланки неадекватні і занадто малі. Зазначається, що на сьогодні на лікування інфаркту щонайменше, якщо хворий не підключений до апарату штучного дихання, йде близько 80 тис., а НСЗУ виставляє 16 тис. грн. Тому, на думку медиків, через занижені тарифи може виникнути ситуація, коли хворому буде надано або неякісну послугу, або зовсім у ній відмовлять.

Якщо ж пацієнту вдалося знайти на сайті НСЗУ карту закладів, законтракованих на спеціалізовану допомогу, все одно, не зрозуміло, як йому дізнатися, які саме послуги в якому пакеті. І чи надає лікарня саме цю послугу. Наприклад, якщо йому потрібна планова холецистектомія (видалення жовчного міхура), то чи всі лікарні, законтраковані на хірургічний пакет, надають цю послугу? Адже там можуть бути і заклади ЛОР-хірургії, і офтальмологічні, і будь-які інші спеціалізовані.

Отже, пацієнт не розуміє, куди ж «нести» гроші, які за ним «ідуть». Відповідно, він або питає поради лікаря «первинки», який виписав направлення, або піде до тієї лікарні, яку давно знає. Ця лікарня може як не мати контракту на послугу, потрібну пацієнтові, так і мати контракт, але через абстрактність специфікації може просити пацієнта доплатити за неї. Крім того, попри зафіксоване у законі про медгарантії право пацієнта вільно обирати лікаря, на практиці «вторинки» пацієнт теоретично може обрати лікарню, але не лікаря. І лише в реєстратурі, за умов «доброї волі» закладу, йому дозволять звернутися до певного лікаря. Опосередковано це означає, що зарплата лікаря взагалі не залежить від того, скільки пацієнтів приходять саме до нього, а від того, як вирішить головний лікар.

Одне з них, коли хворий з якихось причин не отримав електронне направлення сімейного лікаря (лікар перебуває у відпустці, відсутній телефонний зв'язок, сімейний лікар не бажає видати направлення до лікаря вузької спеціалізації при явному погіршенні стану хворого тощо). В такому випадку, часто за розпорядженням керівництва лікарні відмовляються надавати медичну послугу в плановому лікуванні, або хворому виставляють «захмарні» ціни за її надання, де в більшості випадків лікар може отримати оплату тільки за бажанням адміністрації. Також коли лікар, на думку членів НСЗУ, неправильно оформив документацію або система eHealth за певних причин («зависання» інтернету, «перегрузка» його, відсутність своєчасного обслуговування, порушення електропостачання тощо). Причому про це рішення медзаклад може бути проінформований через 3–4 місяці. А ще НСЗУ «забули» про ще одну проблему – це комп'ютеризація і готовність медичних закладів до повноцінної роботи інформаційно-медичної системи. Багато закладів мають медично-інформаційні системи, які їм надають безкоштовно, і які мають маленький перелік функціональних можливостей. Це не дозволяє нормально функціонувати закладу, нормально обраховувати свої витрати, контролювати якість надання медичної допомоги тощо. На практиці така невизначеність стимулює існування неформальних платежів лікарям, на які пацієнти погоджуються, бажаючи отримати якісну послугу із заздальгід обраним лікарем. В цілому специфікація послуг чітко не визначає, чи входять до них певні витратні матеріали (якщо бинтик, то який, чи входить постіль, чи ні тощо), яким способом проводитиметься певне хірургічне втручання (згадаймо мозковий інсульт), скільки стентів потрібно, аби надати якісну медичну допомогу під час інфаркту (стенти закуповуються централізовано, однак пацієнт може не знати, чи є стенти у наявності в лікарні, і на незаконну вимогу лікаря «придбати» стент). Замість відкритої позиції влада демонструвала відсутність наміру продовжувати медичну реформу, замість паритетної дискусії на основі фактів та об'єктивних аргументів суспільству показували численні шоу й інтерв'ю з різними «експертами» [17–19].

Таким чином, варто визнати, що правильні та необхідні системі ОЗ принципи «гроші йдуть за пацієнтом», «вільний вибір лікаря», «якісна послуга та контроль за її наданням» не завжди забезпечуються згідно з постановою № 65 про «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році» від 5 лютого 2020 р., законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 2018 р., постановами № 410 «Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» та № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» від 25 квітня 2018 р., а наслідки тактики «гроші не доганяють» хворих, швидше за все були продумані «реформаторами» наперед [4, 17–19].

Наступна велика проблема медичної системи – це дефіцит кадрів. Зараз у закладах ОЗ залишаються недоукомплектованими 24,7 тисячі лікарських посад, при цьому дефіцит у сільських медзакладах становить близько 8 тисяч осіб. У 2020 р. кількість працівників ОЗ скоротилася на 5,4 % – із 777 000 в січні до 734 900 в грудні, – що також може бути пов'язано з поточним процесом реформування системи ОЗ. З огляду на те, що Україна стикалася з дефіцитом кадрів у цій галузі ще до пандемії, зменшення кількості працівників ОЗ у 2020 р., ймовірно, негативно впливатиме на право населення на ОЗ, у тому числі доступ до основних послуг та їхню якість. «Людей немає кому лікувати. І не важливо скільки нових апаратів ШВЛ ми закупимо, якщо нам не вистачає тих, хто знає, що з цим робити. Лікувати, реанімувати, призначати медичні засоби – всьому цьому треба вчитись, держава повинна “вирощувати” та утримувати лікарів, медсестер, лаборантів, реаніматологів. 29 років ніхто навіть не цікавився тим, що відбувається з медичною освітою», – зауважив перед своєю відставкою міністр МОЗ Максим Степанов. Також він зазначив, що медреформа «не передбачає нічого доброго ані для медиків, ані для пацієнтів», а в тому вигляді, в якому її отримали, «означає звільнення близько 50 тисяч медпрацівників та закриття 332 лікарень». Ще одну проблему замовчують, що у системі ОЗ України працює понад 111 тис. медичних працівників пенсійного віку (48,2 тис. лікарів та майже 68 тис. медичних сестер). При цьому, якщо питома вага осіб пенсійного віку серед лікарів у 1998 р. становила 18,5 %, то на початку 2011 р. – 24,5 %. Відношення до них попереднього Уряду Володимира Гройсмана, міністрів соціальної політики Рєви Андрія Олексійовича та

сьогоднішнього Дениса Шмигала проявляється у вигляді відміни пенсії працюючим пенсіонерам в медицині. На думку багатьох політиків, це приведе до колапсу в кадровому забезпеченні ОЗ. А ще ж близько 15 % лікарів – особи передпенсійного віку. Але на місцях відношення місцевих чиновників до цієї проблеми досить «оригінальне». У штатному розкладі 35 лікарень вторинного рівня Вінниччини сьогодні передбачено 3 426 посад, із них вакантні 432. Тобто, офіційний дефіцит 12,6 % говорить про те, скільки є лікарів на вторинному і третинному рівнях і скільки не вистачає не зовсім коректно, – вважає керівник комунальної установи «Інформаційно-аналітичний центр медичної статистики» Вінницької області Василь Железняк. Нормативні документи, якими визначається, скільки має бути тих чи інших спеціалістів у закладах, нічим не визначені. Головний лікар закладу визначає сам, яка кількість і які фахівці йому потрібні в лікарні. А враховуючи те, що всі лікувальні заклади вторинного і третинного рівня стали неприбутковими комунальними підприємствами, то взагалі мова про якісь нормативи просто недоречна. Керівник закладу ОЗ отримав широкі владні повноваження, зокрема, свободу в розпорядженні активами, фінансами та формуванні кадрової політики закладу, визначенні внутрішньої організаційної структури закладу. Керівник закладу вирішує сам, як він буде ними розпоряджатися, виплачувати зарплати та надбавки медичним працівникам.

КМУ 15 грудня ухвалив постанову, яка має усунути диспропорцію між розміром оплати праці медпрацівників і керівників закладів ОЗ. Постанова чомусь має набути чинності з 01.01.2022 р. Відповідно до постанови, посадовий оклад керівника не може перевищувати розмір середньої заробітної плати медпрацівників ЗОЗ на понад 60 %. Також керівники будуть зобов'язані диференціювати рівень заробітної плати працівників з урахуванням їхньої кваліфікації, обсягів, складності, відповідальності та умов виконуваної роботи. «Сьогодні розмір посадового окладу керівника більше ніж у 10 разів перевищує мінімальний посадовий оклад лікарського складу колективу. Така ситуація демотивує колектив працювати далі», — сказав Міністр ОЗ України Віктор Ляшко [21]. Але ж вони погоджують дані виплати з місцевими органами влади, до яких МОЗ не має ніякого відношення. Є також обереги, що керівники ЗОЗ зможуть обійти це розпорядження, оскільки ніякої кримінальної відповідальності за його порушення не передбачено.

Ненайкраща ситуація з кадрами у МОЗ. 29 серпня 2019 р. нове скликання Парламенту призначило нового міністра Зоряну Скалецьку, у грудні Верховна Рада ухвалила закон про перенесення старту реформи «вторинки» на 1 квітня 2020 р., 4 березня 2020 р. Міністром став Ілля Ємець, а вже 30 березня у МОЗ з'явився новий міністр Максим Степанов. 18 травня за подання Президента Парламент звільнив Максима Степанова з посади і призначив Віктора Ляшка. На нашу думку, це відбувається тому, що посади міністрів заполітизовані, через які керівні партії хочуть зберегти свій вплив на фінанси МОЗ, а не на отримання позитивних результатів медичної реформи.

Абстрактність специфікації медичної послуги сприяє корупції, яку реформа «вторинки» мала б знищити. За різними оцінками тіньовий сегмент економіки в Україні становить близько 40 % ВВП, тобто близько 53 мільярдів доларів. Це ті гроші, з яких не сплачуються податки.

До обставин, які сприяють корупційним ризикам, належать:

- соціально-економічні: диспропорція між низьким рівнем заробітних плат лікарів і реальними витратами на задоволення власних потреб;
- політичні: зміна політичних сил, які перебувають при владі, може призвести до непередбачених змін у пріоритетах розвитку системи ОЗ, створюючи додаткове навантаження на співробітників. У політичному аспекті суспільство вказує на низький рівень фінансування ОЗ як причину корупції, що істотно впливає на доступність медичних послуг;
- функціональні: корупційні ризики в медичних закладах пов'язані з функціональними обов'язками співробітників, які мають прямий контакт з пацієнтами, працюють з конфіденційною інформацією, вирішують проблеми, пов'язані зі здоров'ям і життям;
- загальне ставлення суспільства до корупції.

Коли ми говоримо про корупцію, то маємо на увазі перш за все те, коли представники влади, тобто особи, наділені публічною владою, застосовують її всупереч публічним інтересам на свою користь. Корупція в медицині завжди існувала на двох рівнях: перший – непрозоре, незрозуміле, а відтак і сумнівне призначення керівників підрозділів МОЗ та регіональних ЗОЗ; другий – під час закупівлі ліків МОЗ та під час отримання цих ліків пацієнтами. Корупцію на державному рівні під час закупівлі ліків МОЗ намагалися побороти, передавши функцію закупівлі ліків міжнародним організаціям. Закупівля ліків для населення була сконцентрована в самому міністерстві, яке працювало переважно зі «своїми» постачальниками. Це дозволяло фактично в одному міністерському кабінеті «вирішувати» всі питання. Наприклад, одразу можна було домовитися про отримання ліцензії, формування технічного завдання під конкретну компанію або про усунення конкурента, якому відмовляли в отриманні будь-якого папірця в МОЗ. Укладеними МОЗ України договорами з такими організаціями не передбачено відповідальність за несвоєчасні поставки ліків, механізми розв'язання спорів. Це стало передумовою для затримок поставок закуплених ліків на 1,5 року. Бюджетні кошти не використано вчасно. Як наслідок, пацієнти вимушені були або припинити

терапію, або змінити схему лікування, чи взагалі не отримати його. «Це говорить про конфлікт інтересів: виборна особа проголосувала за закони, не розуміючи ризиків, які можуть потім настати. Громадяни, які обрали цю особу, не отримують необхідного лікування».

Так уряд України не зміг до кінця 2015 р. закупити вакцину проти кору, через що у 2016 р. в Україні вакцинували лише 42 % немовлят. У тому ж році лише 31 % 6-річних дітей отримали повторне щеплення – це один з найнижчих показників у світі. В 2017 р. сплановані замовлення ліків були теж «провалені». У 2019 р. з'ясувалося, що в медустанові ліки закупаються безсистемно, через що постачання їх затримувалося, а зі складів зникла медтехніка на 700 тисяч гривень. Також спостерігаємо інші утиски фінансування медичних закладів. У 2014 р. нардепка від «Голосу» та член Комітету Верховної Ради з питань здоров'я Ольга Стефанишина заявила, що гроші Інституту є «ласим шматком» для Міністра й через їх керівництво можна буде «освоїти», про що свідчать корупційні скандали. Так 104 млн грн, виділених для потреб онкохворих в Україні, віддали на ремонт доріг та підготовку пілотів. У 2020 р. Інститут закуповував продукти за завищеними цінами.

Керівники ЗОЗ часто створюють систему поборів із практикуючих лікарів за надання їм можливості надалі здійснювати належним чином свої функціональні обов'язки, зокрема проводити операції.

3 квітня 2020 р. вся медична система в Україні увійшла в програму медичних гарантій, фактично до другого етапу медичної реформи. А це означає, що в Україні мали перестати існувати привілейовані медичні заклади, які фінансуються за окремими програмами та закритими статтями. Проте це не так, керівники ЗОЗ через місцеві органи самоврядування та МОЗ «за спиною» КРУ проводять закупівлю медичного обладнання на десятки мільйонів гривень. У 2020 р. під час пандемії COVID-19 намагалися закупити апарати ШВЛ через фіктивну фірму.

І ще треба звернути увагу на доступність надання медичних послуг. Опорні лікарні, до яких сформували також ряд вимог: доступність закладів для пацієнтів (шлях до лікарні у межах не більше 60 хвилин проїзду автомобільним транспортом). Укрупнення районів – це частина реформи децентралізації, розробленої Урядом Володимира Гройсмана. Така реформа була проведена з використанням адмінресурсу, що призвело до зниження доступності медичних послуг. Так на базі 8 районів Вінницької області був створений Вінницький район площею 6909,5 км² – це чи не найбільший район на Україні. Так проїзд із с. Сніжне до Вінницької районної лікарні становить 2 години 40 хвилин. На цьому маршруті ні опорних лікарень, ні госпітальних органів не передбачено. Можна було б скоротити шлях до лікарні м. Козятин (1 година 27 хвилин), проте це місто належить до Хмельницького району. Стан доріг в цьому регіоні не змінювався більше 50 років – «бруківка». І, на нашу думку, така ситуація притаманна кожній області.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Для реального розвитку медичної галузі в Україні необхідно виділити на її фінансування мінімум 5 % ВВП, з необхідністю фінансування таких розділів: зарплати працівників медичної сфери, фінансування спеціалізованих лікарень третього рівня в повному об'ємі (психіатричні лікарні, протитуберкульозні диспансери, інфекційні заклади тощо) та сфери надання екстреної та невідкладної допомоги населенню, «взяти» на себе фінансування первинної ланки та, в разі неспроможності місцевих органів самоврядування, дофінансовувати другий та третій рівні медичних послуг, створити фінансовий резерв на випадок розвитку пандемій, екологічних катастроф тощо.

Замість НСЗУ ввести державну страхову медицину і у такий спосіб відмінити ганебний за своєю суттю вираз «гроші йдуть за пацієнтом» на інший «гроші йдуть разом з пацієнтом» у вигляді карточки страхового полісу і таким чином хворий зможе скористуватися правом вибору лікарні та лікаря самостійно. Разом з тим потрібно впроваджувати виробниче страхування, яке виплачує роботодавець, та інші види.

Прийняти міри з виведення економіки з «тіні», спираючись на досвід держав Східної Європи (зменшення податкового тиску на середній та малий бізнес, підвести під громадський контроль олігархічний бізнес, посилити кримінальну відповідальність за несправедливе декларування прибутків та виведення капіталу в «офшорні» зони), тобто, щоб податки платити було вигідно. Переформувати стратегію укрупнення районів, а, можливо, і областей з метою доступності медичних послуг за їх маршрутом на другому рівні. Ввести громадський контроль при закупівлі ліків та апаратури міжнародними та благодійними організаціями. Відмінити тендери по закупівлі ліків для медзакладів та участь в них адміністрації лікарень. Розробити штати та структуру лікарень залежно від кількості населення, лишити цього права керівників ЗОЗ та ОТГ («місцевих новоспечених феодалів») з вказаних вище причин. Зобов'язати їх фінансувати ЗОЗ на їх території, і тільки при доведеній неспроможності мати можливість дофінансувати за рахунок обласних та державних коштів. Ввести кримінальну відповідальність за дії керівників ЗОЗ другого та третього рівнів за дії, що призвели до зниження якості надання медичних послуг (кадрові та фінансові порушення). Розробити загальну для України електронну систему, в якій буде зібрана актуальна інформація про залишки всіх лікарських засобів та медичних виробів, які є в наявності (відкритий доступ до інформації про безкоштовні ліки).

Зобов'язати керівництво ОТГ надавати пільги молодим спеціалістам, які ніхто на сьогоднішній день не відміняв. Потрібно активніше доводити недоліки та успіхи у реформуванні медичної галузі населенню та громадським організаціям з метою їх інформування про хід медичної реформи.

Список використаної літератури:

1. Автономізація закладів охорони здоров'я. Реформа фінансування охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://healthreform.in.ua/autonomization> (дата звернення: 20.04.2020).
2. Горачук В.В. Вдосконалення методичних підходів до формування показників якості медичної допомоги у закладах охорони здоров'я / В.В. Горачук // Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія : Медицина : зб. наук. праць. – Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2013. – Вип. № 5. – С. 20–22 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_medf_2013_5_7.
3. Доклад о состоянии здравоохранения в мире «Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью» / Всемирная организация здравоохранения. – 2010 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.who.int/whr/2010/ru/index.html>.
4. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року, № 2168-VIII [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.
5. Закон № 124-IX від 20.09.2019 «Про охорону навколишнього природного середовища» ; пункт «а» статті 3 зі змінами [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T190124.html
5. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 2018 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.
6. Звіт про стратегічну екологічну оцінку Регіонального плану управління відходами Вінницької області на період до 2030 року (Проект ПРОМІС) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://pleddg.org.ua/wp-content/uploads/2020/12/Sea_Vin.pdf.
7. Конституція України від 28.06.1996 р. ; стаття 49 (ч. 1) ; стаття 6 (ч. 2) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://konstitutsiya.com.ua/ru/st-49>.
8. Корнійчук О.П. Трансформація системи охорони здоров'я України: стан та перспективи / О.П. Корнійчук // Укр. мед. часопис. – 2013. – № 4 (96). – Т. VII/VIII. – С. 20–26 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2013/08/4125.pdf?upload=>.
9. Москаленко В.Ф. Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті / В.Ф. Москаленко // Укр. мед. часопис. – 2013. – № 3 (95). – Т. V/VI. – С. 28–31. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2013/05/59340.pdf?upload=>
10. Москаленко В.Ф. Організаційно-методичні аспекти підвищення якості медичної допомоги в Україні / В.Ф. Москаленко, Т.С. Грузева, Л.І. Галієнко // Медичні перспективи. – 2010. – № 1. – Т. XV. – С. 123.
11. Мудрак О.В. Екологічна політика як пріоритетна складова стратегії збалансованого розвитку Вінницької області : навч.-метод. посіб. / О.В. Мудрак, Г.В. Мудрак // Вінниця : ТОВ «Інтердрук», 2017. – 69 с.
12. Наказ МОЗ України № 1881 від 19.10.2018 «Про затвердження об'єму надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечуватися багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня, та Змін до Порядку регіоналізації перинатальної допомоги» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE32744Z.html
13. Наказ МОЗ України від 16.09.2011 р. № 597 «Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ14197.html.
14. Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я : методичні рекомендації / Ю.В. Вороненко, Н.Г. Гойда, О.З. Децик та ін. – К. : МОЗ України, 2014. – 29 с.
15. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи : монографія / Ю.В. Вороненко, В.М. Князевич, В.В. Лазорішинець та ін. – К. : МОЗ України, 2009. – 439 с.
16. Постанова № 410 від 6 жовтня 2021 р. № 1067 «Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1067-2021-%D0%BF#Text>.
17. Постанова № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» від 25 квітня 2018 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text>.
18. Постанова № 65 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році» від 5 лютого 2020 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/65-2020-%D0%BF#Text>.
19. Постанова КМУ «Про утворення Національної служби здоров'я України» від 27 грудня 2017 р. № 1101 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF>.
20. Постанова КМУ від 15 грудня 2021 р. «Уряд обмежив посадовий оклад керівника закладу охорони здоров'я» : Головбух: Праця та зарплата. – 2021 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.budgetnyk.com.ua/news/9717-uryad-obmejiv-posadoviy-oklad-kervnika-zakladu-ohoroni-zdorovya>
21. Наказ № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» / МОЗ України. – Офіц. вид. – К., 2012 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120928_751.html.
22. Наказ № 163 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України (Про управління якістю медичної допомоги)» / МОЗ України. – Офіц. вид. – К., 2010 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>.
23. Програма національного стратегічного планування розвитку системи медичних стандартів в Україні (алгоритм послідовних дій). – К., 2007. – 37 с.
24. Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». Глосарій термінів з якості та стандартизації медичної допомоги [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://decentralization.gov.ua/news/11845/>

25. Реформу первинної меддопомоги уже завершено. І як вона нам? Право на реабілітацію / Інформаційний бюлетень 2. – 2020. – № 2 (5). – С. 2–3.
26. Україна кризь призму Європейської хартії прав пацієнтів: результати виконання в Україні другого етапу європейських досліджень на відповідність стандартам ЄС з прав пацієнтів. – К. : ТОВ «Дизайн і поліграфія», 2012. – 158 с.
27. Устінов О.В. Народні депутати пропонують зупинити другий етап медичної реформи / О.В. Устінов // Український медичний часопис. – 2020. – № 3. – С. 13 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.umj.com.ua/article/172423/narodni-deputati-proponuyut-zupiniti-drugij-etap-medichnoyi-reformi>
28. Хворіти по новому: в Україні стартував другий етап медичної реформи / Журнал ЗТД. – 2020. – № 3. DOI: <https://doi.org/10.37529/ztd.2020.1/2-20-1>.
29. Экономические и социальные воздействия и выгоды системе здравоохранения / Европейское региональное бюро ВОЗ. – 2019 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/403329/20190520-h1235-footprint-report-ru1.pdf?ua=1/.
30. Ямненко Т.М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід / Т.М. Ямненко // Юридичний вісник. Повітряне і космічне право. – 2018. – № 2. – С. 116–120 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Npnau_2018_2_18.
31. Янчук А.О. До проблем управління охороною здоров'я в контексті децентралізації влади та просторового планування в об'єднаних територіальних громадах / А.О. Янчук, С.О. Кузніченко, М.Є. Околович // Запорізький медичний журнал. – 2018. – Т. 20, № 5. – С. 717–722 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zmzh_2018_20_5_23.
32. Bhatnagar A. Environmental Determinants of Cardiovascular Disease / A.Bhatnagar // Circ Res. – 2017. – Vol. 121 (2). – P. 162–180 [Electronic resource]. – Access mode : <https://doi.org/10.1161/circresaha.117.306458>.
33. Cardiovascular diseases (CVDs) [Electronic resource]. – Access mode : [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
34. Global Competitiveness Index 2017–2018 Rankings [Electronic resource]. – Access mode : <https://www3.weforum.org/docs/GCR2017-2018/05FullReport/TheGlobalCompetitivenessReport2017%E2%80%932018.pdf/>
35. Health amid a financial crisis: a complex diagnosis: the global financial crisis could have profound implications for the health spending plans of national governments. Unless countries have safety nets in place, the poor and vulnerable will be the first to suffer / Bull. World Health Organization. – 2009. – 87, No 1. – P. 4–5 [Electronic resource]. – Access mode : <https://www.who.int/bulletin/volumes/87/1/09-010109.pdf?ua=1>.
36. Institute for Health Metrics and Evaluation [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.healthdata.org/ukraine>.
37. Clinical outcomes with percutaneous coronary revascularization vs coronary artery bypass grafting surgery in patients with unprotected left main coronary artery disease: A meta-analysis of 6 randomized trials and 4,686 patients / T.Palmerini, P.Serruys, A.P. Kappetein et al. // Am. Heart J. – 2017. – Vol. 190. – P. 54–63 [Electronic resource]. – Access mode : <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2017.05.005>.
38. Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.un-documents.net/our-common-future.pdf>.
39. Clinical value of chest pain presentation and prodromes on the assessment of cardiovascular disease: a cohort study / J.Robson, L.Ayerbe, R.Mathur et al. // BMJ Open. – 2015. – Vol. 5 (4). – P. e007251 [Electronic resource]. – Access mode : <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007251>.
40. What is cardiovascular disease? [Electronic resource]. – Access mode : <https://world-heart-federation.org/what-is-cvd/>.

References:

1. Avtonomizacija zakladiv ohorony zdorov'ja. Reforma finansuvannja ohorony zdorov'ja, [Online], available at: <http://healthreform.in.ua/autonomization> (data zvernennja: 20.04.2020).
2. Gorachuk, V.V. (2013), «Vdoskonalennja metodychnyh pidhodiv do formuvannja pokaznykiv jakosti medychnoi' dopomogy u zakladah ohorony zdorov'ja», *Naukovyj visnyk Mizhnarodnogo gumanitarnogo universytetu, Serija Medycyna*, zb. nauk. prac', Vydavnychyj dim «Gel'vetyka», Odesa, No. 5, pp. 20–22, [Online], available at: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_medf_2013_5_7
3. Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya (2010), «Doklad o sostoyanii zdavookhraneniya v mire "Finansirovanie sistem zdavookhraneniya: put' k vseobshchemu okhvatu naseleniya mediko-sanitarnoi pomoshch'yu"», [Online], available at: <http://www.who.int/whr/2010/ru/index.html>
4. VRU (2017), Zakon Ukrai'ny «Pro derzhavni finansovi garantii' medychnogo obslugovuvannja naselennja» vid 19 zhovtnja 2017 roku, No. 2168-VIII, [Online], available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
5. VRU (2019), Zakon Ukrai'ny «Pro ohoronu navkolyshn'ogo pryrodnogo seredovyshha» No. 124-IX vid 20.09.2019, punkt «a» statti 3 zi zminamy, [Online], available at: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T190124.html
6. VRU (2018), Zakon Ukrai'ny «Pro derzhavni finansovi garantii' medychnogo obslugovuvannja naselennja», [Online], available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
7. «Zvit pro strategichnu ekologichnu ocinku Regional'nogo planu upravlinnja vidhodamy Vinnyck'koi' oblasti na period do 2030 roku (Projekt PROMIS)», [Online], available at: http://pleddg.org.ua/wp-content/uploads/2020/12/Sea_Vin.pdf
8. Konstytucija Ukrai'ny (1996), stattiya 49 (ch. 1), stattiya 6 (ch. 2), [Online], available at: <https://konstitutsiya.com.ua/ru/st-49>

9. Kornijchuk, O.P. (2013), «Transformacija systemy ohorony zdorov'ja Ukrai'ny: stan ta perspektyvy», *Ukr. med. chasopys*, No. 4 (96), Vol. VII/VIII, pp. 20–26, [Online], available at: <https://www.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2013/08/4125.pdf?upload=>
10. Moskalenko, V.F. (2013), «Aktual'ni problemy zdorov'ja ta ohorony zdorov'ja u III tysjacholitti», *Ukr. med. chasopys*, No. 3 (95), Vol. V/VI, pp. 28–31, [Online], available at: <https://www.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2013/05/59340.pdf?upload=>
11. Moskalenko, V.F., Gruzjeva, T.S. and Galijenko, L.I. (2010), «Organizacijno-metodychni aspekty pidvyshhennja jakosti medychnoi' dopomogy v Ukrai'ni», *Medychni perspektyvy*, No. 1, Vol. XV, P. 123.
12. Mudrak, O.V. and Mudrak, G.V. (2017), *Ekologichna polityka jak priorytetna skladova strategii' zbalansovanogo rozvytku Vinnyc'koi' oblasti, navch.-metod. posib.*, TOV «Interdruk», Vinnycja, 69 p.
13. MOZ Ukrai'ny (2018), «Pro zatverdzhennja ob'jemu nadannja vtorynnoi' (specializovanoi') medychnoi' dopomogy, shho povynen zabezpechuvatysja bagatoprofil'nymy likarnjamy intensyvnogo likuvannja pershogo ta drugogo rivnja, ta Zmin do Porjadku regionalizacii' perynatal'noi' dopomogy», Nakaz, No. 1881, vid 19.10.2018, [Online], available at: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE32744Z.html
14. MOZ Ukrai'ny (2011), «Pro zatverdzhennja Galuzevoi' programy standartyzacii' medychnoi' dopomogy na period do 2020 roku», Nakaz, No. 597, vid 16.09.2011 r., [Online], available at: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ14197.html
15. Voronenko, Ju.V., Gojda, N.G. and Decyk, O.Z. et al. (2014), *Organizacija kontrolju jakosti medychnoi' dopomogy v zakladah ohorony zdorov'ja, metodychni rekomendacii'*, MOZ Ukrai'ny, K., 29 p.
16. Voronenko, Ju.V., Knjazevych, V.M. and Lazoryshynec', V.V. et al. (2009), *Ohorona zdorov'ja Ukrai'ny: stan, problemy, perspektyvy*, monografija, MOZ Ukrai'ny, K., 439 p.
17. KMU (2021), «Pro dogovory pro medyчне obslugovuvannja naseleennja za programmoju medychnyh garantij», Postanova, No. 410 vid 6 zhovtnja 2021 r., [Online], available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1067-2021-%D0%BF#Text>
18. KMU (2018), «Dejaki pytannja elektronnoi' systemy ohorony zdorov'ja», Postanova, No. 411 vid 25 kvitnja 2018 roku, [Online], available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text>
19. KMU (2020), «Dejaki pytannja realizacii' programy derzhavnyh garantij medychnogo obslugovuvannja naseleennja u 2020 roci», Postanova, No. 65 vid 5 ljutogo 2020 roku, [Online], available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/65-2020-%D0%BF#Text>
20. KMU (2017), «Pro utvorenja Nacional'noi' sluzhby zdorov'ja Ukrai'ny», Postanova vid 27 grudnja 2017 r., No. 1101 [Online], available at: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF>
21. KMU (2021), «Uряд обмеzyv posadovyj oklad kerivnyka zakladu ohorony zdorov'ja», Postanova vid 15 grudnja 2021 r., *Golovbuh: Pracia ta zarplata*, [Online], available at: <https://www.budgetnyk.com.ua/news/9717-uryad-obmezyv-posadovyj-oklad-kervnika-zakladu-ohoroni-zdorovya>
22. MOZ Ukrai'ny (2012), «Pro stvorenja ta vprovadzhenja medyko-tehnologichnyh dokumentiv zi standartyzacii' medychnoi' dopomogy v systemi Ministerstva ohorony zdorov'ja Ukrai'ny», Nakaz, No. 751, Ofic. vyd., K., [Online], available at: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120928_751.html
23. MOZ Ukrai'ny (2010), «Pro stvorenja ta vprovadzhenja medyko-tehnologichnyh dokumentiv zi standartyzacii' medychnoi' dopomogy v systemi Ministerstva ohorony zdorov'ja Ukrai'ny (Pro upravlinnja jakistju medychnoi' dopomogy)», Nakaz, No. 163, Ofic. vyd., K., [Online], available at: <http://www.moz.gov.ua>
24. *Programa nacional'nogo strategichnogo planuvannja rozvytku systemy medychnyh standartiv v Ukrai'ni (algorytm poslidovnyh dij)* (2007), K., 2007, 37 p.
25. «Projekt JeS «Spryjannja reformi vtorynnoi' medychnoi' dopomogy v Ukrai'ni». Glosarij terminiv z jakosti ta standartyzacii' medychnoi' dopomogy», [Online], available at: <https://decentralization.gov.ua/news/11845/>
26. «Reformu pervynnoi' meddopomogy uzhe zaversheno. I jak vona nam? Pravo na rehabilitaciju» (2020), *Informacijnyj bjuletен'*, No. 2 (5), pp. 2–3.
27. *Ukrai'na kriz' pryzmu Jevropejs'koi' hartii' prav pacijentiv: rezul'taty vykonannja v Ukrai'ni drugogo etapu jevropejs'kyh doslidzhen' na vidpovidnist' standartam JeS z prav pacijentiv* (2012), TOV «Dyzajn i poligrafija», K., 158 p.
28. Ustinov, O.V. (2020), «Narodni deputaty proponujut' zupynyty drugyj etap medychnoi' reformy», *Ukrai'ns'kyj medychnyj chasopys*, No. 3, P. 13, [Online], available at: <https://www.umj.com.ua/article/172423/narodni-deputati-proponuyut-zupiniti-drugij-etap-medichnoyi-reformi>
29. «Hvurity po novomu: v Ukrai'ni startuvav drugyj etap medychnoi' reformy» (2020), *Zhurnal ZTD*, No. 3, doi: <https://doi.org/10.37529/ztd.2020.1/2-20-1>.
30. Evropeiskoe regional'noe byuro VOZ (2019), «Economicheskije i sotsial'nye vozdeistviya i vygody sisteme zdavoohraneniya», [Online], available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/403329/20190520-h1235-footprint-report-ru1.pdf?ua=1/
31. Jamnenko, T.M. (2018), «Medychna reforma: realii' Ukrai'ny ta mizhnarodnyj dosvid», *Jurydychnyj visnyk. Povitrjane i kosmichne pravo*, No. 2, pp. 116–120, [Online], available at: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Npau_2018_2_18
32. Janchuk, A.O., Kuznichenko, S.O. and Okolovych, M.Je. (2018), «Do problem upravlinnja ohoronju zdorov'ja v konteksti decentralizacii' vlady ta prostorovogo planuvannja v ob'jednanyh terytorial'nyh gromadah», *Zaporozhskii meditsinskii zhurnal*, Vol. 20, No. 5, pp. 717–722, [Online], available at: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zmzh_2018_20_5_23
33. Bhatnagar, A. (2017), «Environmental Determinants of Cardiovascular Disease», *Circ Res*, Vol. 121 (2), pp. 162–180, [Online], available at: <https://doi.org/10.1161/circresaha.117.306458>
34. «Cardiovascular diseases (CVDs)», [Online], available at: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

35. Global Competitiveness Index 2017–2018 Rankings, [Online], available at: <https://www3.weforum.org/docs/GCR2017-2018/05FullReport/TheGlobalCompetitivenessReport2017%E2%80%932018.pdf>
36. «Health amid a financial crisis: a complex diagnosis: the global financial crisis could have profound implications for the health spending plans of national governments. Unless countries have safety nets in place, the poor and vulnerable will be the first to suffer» (2009), *Bull. World Health Organization*, 87, No. 1, pp. 4–5, [Online], available at: <https://www.who.int/bulletin/volumes/87/1/09-010109.pdf?ua=1>
37. Institute for Health Metrics and Evaluation, [Online], available at: <http://www.healthdata.org/ukraine>
38. Palmerini, T., Serruys, R. and Kappetein, A.R. et al. (2017), «Clinical outcomes with percutaneous coronary revascularization vs coronary artery bypass grafting surgery in patients with unprotected left main coronary artery disease: A meta-analysis of 6 randomized trials and 4,686 patients», *Am. Heart J.*, Vol. 190, pp. 54–63 [Online], available at: <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2017.05.005>
39. «Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future», [Online], available at: <http://www.un-documents.net/our-common-future.pdf>
40. Robson, J., Ayerbe, L. and Mathur R. et al. (2015), «Clinical value of chest pain presentation and prodromes on the assessment of cardiovascular disease: a cohort study», *BMJ Open*, Vol. 5 (4), P. e007251, [Online], available at: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007251>
41. «What is cardiovascular disease?», [Online], available at: <https://world-heart-federation.org/what-is-cvd/>

Воровський Олег Олегович – доктор медичних наук, професор кафедри хірургії № 1 з курсом урології Вінницького медичного університету ім. М.І. Пирогова.

<https://orcid.org/0000-0002-8933-3965>.

Наукові інтереси:

- хірургія;
 - теорія та історія державного управління;
 - державне управління у сфері охорони здоров'я.
- E-mail: vorovskisurgery@ukr.net.

Шушковська Юлія Юріївна – асистент кафедри внутрішньої медицини № 3 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.

<https://orcid.org/0000-0002-8006-5888>.

Наукові інтереси:

- кардіологія;
 - теорія та історія державного управління;
 - державне управління у сфері охорони здоров'я.
- E-mail: suskovskaaulia@gmail.com.

Мудрак Олександр Васильович – доктор сільськогосподарських наук, професор, завідувач кафедри екології, природничих та математичних наук Комунального закладу вищої освіти «Вінницька академія безперервної освіти».

<https://orcid.org/0000-0002-1776-6120>.

Наукові інтереси:

- екологія; соціологія;
 - екологія людини; сталий розвиток.
- E-mail: ov_mudrak@ukr.net.

Vorovskiy O.O., Shushkovska Yu.Yu., Mudrak O.V.

Problematic socio-economic-ecological issues of modern activity of the management system of the public health service of Vinnytsia region

The proposed article analyzes the results of reforming the health service of the population of Eastern Podillia in the context of the strategy of sustainable development of society. The region covers an area of 26,5 thousand km², which is 4,4 % of the territory of Ukraine, where 1,575,808 people live and the population density is 56,87 people/km² (data on 1.01.2021). The authors find out the main reasons for the failed reform of the health care management system. Taking into account the experience of reforming the health care service in the civilized countries of the world and conducting our own research, a set of changes has been proposed that will significantly improve the quality of medical services to the local population. The analysis of the reform of the health care system in Ukraine during 2018–2021 and identified factors that negatively affect the quality of medical services, proposed new approaches to medical reform that will improve its quality and will not contradict the Law of the Constitution of Ukraine and other legal acts. For the real development of the medical industry in Ukraine, it is necessary to allocate at least 5 % of the gross domestic product for its financing and to finance the following sections: salaries of medical workers, full funding of specialized tertiary hospitals (psychiatric hospitals, TB dispensaries, infectious diseases facilities, etc.) and the provision of external and emergency care to the population, «take over» primary funding and, in case of failure of local authorities self-government, co-finance the second and third levels of medical services, create a financial reserve in case of pandemics, environmental disasters, etc. It is also necessary to more actively demonstrate the shortcomings and successes in the reform of the medical sector to the population and public organizations in order to inform them about the progress of medical reform.

Keywords: medical reform; medical services; health care institution; public health service management system.

Стаття надійшла до редакції: 05.04.2022.