

Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет
Медичний інститут

Методичні вказівки

Для підготовки до практичних занять

з теми 16 **«Соціальні стратегії економічних і медичних реформ в Україні»**

із дисципліни **«Системи охорони здоров'я. Основи медичної та
соціальної політики» (модуль 2)**

для студентів 2 курсу

спеціальності 229 «Громадське здоров'я»

денної форми навчання

Суми

Сумський державний університет

2020

Методичні вказівки з теми 16 «Соціальні стратегії економічних і медичних реформ в Україні» для самостійної підготовки до практичних занять із дисципліни «Системи охорони здоров'я. Основи медичної та соціальної політики»/ укладачі: зав. каф., д. м. н., проф. В .А. Сміянов., ст. викл. О.І Сміянова. – Суми: Сумський державний університет, 2020. -.

Тема 16.

СОЦІАЛЬНІ СТРАТЕГІЇ ЕКОНОМІЧНИХ І МЕДИЧНИХ РЕФОРМ В УКРАЇНІ.

Поточний стан у системі охорони здоров'я України (далі СОЗ) характеризується високими показниками захворюваності, смертності та інвалідності, особливо від неінфекційних захворювань (НІЗ), таких як рак, серцево-судинні та церебро-васкулярні захворювання, хвороби обміну речовин. У поєднанні з міграцією, це сприяло формуванню глибокої демографічної кризи в Україні в результаті чого населення скоротилося на 7 мільйонів (з 52 до 45,3 млн.) протягом двох десятиліть.

Тривожні цифри показують, що переважна більшість українців перебувають під впливом серйозних факторів ризику, таким як паління, надмірне вживання алкоголю, неправильне харчування, відсутність фізичної активності, забруднення повітря та води; не отримують ефективною та якісною допомоги на рівні цивілізованих країн.

Наші громадяни залишаються незахищеними від фінансового зубожіння у разі хвороби, незважаючи на те, що Україна витрачає значну кількість свого бюджету на медицину.

Основними визначальними причинами такої ситуації є суттєві недоліки, що накопичувалися в національній СОЗ в результаті тривалої відсутності модернізації, нівелювання потреб населення і сучасних міжнародних тенденцій щодо зміцнення систем охорони здоров'я, економічної неефективності та високого рівня корупції.

Для вирішення цих проблем було запропоновано розробити Національну стратегію реформування охорони здоров'я, яка стане частиною національного плану реформ, оголошеного урядом України.

Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я (далі Стратегія) є рамковим документом, який визначає зміст, бачення, принципи, пріоритети, завдання та основні заходи для української СОЗ протягом наступних 10 років. Термін реалізації до 2025 року був обраний тому, що він забезпечує достатньо часу необхідного для реалізації та оцінки політичних змін.

Стратегія повинна стати основою для розробки політики та визначення порядку прийняття рішень в галузі охорони здоров'я, в тому числі рішення про наповнення та розподіл бюджетних коштів для охорони здоров'я. Мета Стратегії полягає не в тому, щоб розробити довжелезний перелік заходів, які будуть реалізовані для досягнення цілей і завдань в кожному сегменті охорони здоров'я. Замість цього, стратегія надає чіткі і переконливі причини

та пояснює, чому ті чи інші пропозиції повинні розглядатися як пріоритет. Таким чином, це створить основу для оцінки та перегляду існуючого оперативного регулювання та розвитку нових, складних заходів і конкретних дій в певних сегментах сектору охорони здоров'я. (Наприклад, стратегічний план розвитку людських ресурсів, генеральний план розвитку лікарень, стратегічний план розвитку паліативної допомоги, стратегічний план розвитку громадського здоров'я).

Загалом, Українська Стратегія Здоров'я базується на трьох основоположних принципах, які Міністерство і уряд розглядають як фундаментальні. Ці принципи мають бути застосовані в рамках усієї галузі та повинні бути відображені у подальших документах, а саме: ***у центрі уваги та інтересу системи повинна перебувати людина (пацієнт)***.

Заходи системи повинні бути спрямовані на:

- задоволення потреб людини з урахуванням голосу пацієнтів;
- її якість, безпеку, тривалість послуг, наближеність до громади;
- швидке реагування на зміни повинні стати наріжними каменями нової СОЗ;
- охорона здоров'я є системою, яка повинна керувати стосунками між різними учасниками, включаючи управлінців, надавачів послуг, отримувачів послуг та дослідників, кожний з яких займає певну нішу та має чітко визначену відповідальність.

Система буде базуватися на довірі, діалозі та взаємній повазі усіх учасників, і ефективність усієї системи в кінцевому вигляді залежатиме від якості їх взаємодії.

СОЗ має бути зорієнтована на результат, що означає:

- очікувані результати (показники здоров'я, фінансова захищеність пацієнтів, економічна ефективність та задоволеність послугами) повинні керувати процесом прийняття рішень на усіх рівнях;
- система повинна підтримувати атмосферу, коли оцінка роботи персоналу повинна базуватися на результативності наданих послуг, здійснюватися регулярно та постійно удосконалюватися;
- системні реформи такі як розвиток приватного сектора можуть та повинні бути започатковані у разі отримання підтвердження, що вони призведуть до покращення очікуваних результатів, наприклад зменшенні вартості послуг при збереженні відповідної якості послуг.

Ця вимога є суттєвим пріоритетом для створення якісної та працюючої інформаційної бази, за даними якої приймаються відповідні рішення.

Важливо врахувати, що реформи залежать від наявності фінансування і не повинні обіцяти ті речі, які держава не здатна виконати (наприклад, безкоштовну медичну допомогу для усіх).

1. Здоров'я населення та стан системи охорони здоров'я; основні питання політики.

У 2012 році очікувана середня тривалість життя при народженні в Україні складала 66,1 років для чоловіків і 76 років для жінок, що є низьким показником не лише порівняно з середнім європейським (72,5 і 80 відповідно), але і дуже схожими на показники в Україні у 1990 році (65,7 для чоловіків і 75,0 для жінок). У поєднанні з міграцією, поточний стан здоров'я сприяв розвитку демографічної кризи, в результаті якої населення скоротилося на 7 мільйонів (з 52 до 45,3 млн) протягом двох десятиліть.

Україна демонструє одні з найгірших показників охорони здоров'я в Європейському регіоні, що характеризується високими показниками смертності, захворюваності та інвалідності. За показниками смертності, що в період між 1991 і 2012 роками збільшилися на 12,7%, Україна посідає друге місце в європейському рейтингу (у Європейському Союзі показник смертності зменшився на 6,7%). Смертність працездатного населення формує чверть загального показника (у чоловіків це одна третина всіх смертей, з трьох-чотирьох кратною вищою ймовірністю смерті, аніж у жінок всіх вікових груп 16 — 60 років). Переважають та в останні роки залишаються незмінними основні причини смертей, як неінфекційні захворювання: серцево-судинні та церебро-васкулярні, онкологічні, хвороби обміну речовин. У 2013 році серцево-судинні захворювання були основною причиною смерті у 66,5% випадків, далі йдуть новоутворення (13,9%), і на третьому місці (6%) — зовнішні причини (травми, отруєння, тощо).

Ці тривожні цифри підтверджують, що переважна більшість українців перебуває під впливом таких факторів ризику, як тютюнопаління, зловживання алкогольними напоями, нездорове харчуванням, відсутність фізичної активності, забруднення оточуючого середовища. Наприклад, більше половини дорослих українських чоловіків регулярно палять, у порівнянні майже з 25% у Західній Європі (міжнародний досвід показує, що 25% курців втрачають в середньому близько 20 років тривалості життя в порівнянні з некурцями).

Одним з ключових чинників такої ситуації є безперечно і погані економічні показники країни. Валовий внутрішній продукт (ВВП) України в 2019 році склав 1460 млрд. грн. (177,4 млрд. \$), що на душу населення складає значно нижче аніж найгірші показники окремих країн Європейського Союзу.

Інші ключові причини криються в серйозних недоліках, що були накопичені в системі охорони здоров'я. Для початку чисельний, але фрагментарний набір застарілих установ охорони здоров'я на національному

рівні (служби, інститути, установи) не зміг забезпечити ефективні заходи для впливу на соціальні детермінанти здоров'я (бідність, житлові умови, зайнятість), які необхідні для процвітання України, як сучасного суспільства. Незважаючи на незліченну кількість офіційно дозволених, успадкованих і нових медичних установ, громадське здоров'я в Україні живе в магматичному, не сфокусованому хаосі, наприклад, різні регуляторні та технічні документи довільно описують сферу моніторингу стану здоров'я населення».

Головною ціллю цієї стратегії є сама система охорони здоров'я, з її архаїчними механізмами, відсутністю інтересу до потреб, неефективним управлінням та нездатністю системи забезпечити громадян ефективними та якісними послугами. Організаційні, правові, фінансові, управлінські, економічні, структурні, кадрові, інформаційні, галузеві та інші фундаментальні помилки не дозволяють Україні досягнути значного приросту людського капіталу. Усе це відбувається незважаючи на те, що Україна витрачає на охорону здоров'я значну суму своїх доходів. У 2012 році загальні витрати на охорону здоров'я склали приблизно 7,7% від ВВП ця частка фактично дорівнює або навіть вище, ніж в країнах, які приєдналися до ЄС після 2004 року, і вища, ніж в Польщі, Румунії і Естонії, що забезпечують своїх громадян кращими медичними послугами та мають кращі результати в сфері охорони здоров'я. Через низький рівень ВВП на душу населення, цей високий відсоток у абсолютних цифрах складав у 2012 році лише 2391,7 грн. на людину на рік (\$ 299,3, що значно нижче ніж \$ 3340 (середньоєвропейське значення), включаючи Чехію (\$ 1432), Польщу (\$ 854), Болгарію (\$ 516) і Румунію (\$ 420)). Враховуючи суттєву девальвацію національної валюти у 2014 році — показник істотно скоротиться.

Існують радикальні протиріччя між тим, що держава обіцяє та що може надати. Формально система охорони здоров'я заявляє, що забезпечує універсальний доступ до необмеженої допомоги, яка надається безкоштовно в державних та комунальних медичних установах, але фактично протягом багатьох років громадяни були незахищених від катастрофічного фінансового зубожіння через витрати на охорону здоров'я у випадку хвороби. Витрати з державного бюджету (4,4% ВВП) покривають 57% від загального обсягу послуг, що використовуються людьми.

У той же час, витрати лікувальних закладів переважно скеровуються на захищені статті (заробітна плата та капітальні видатки, наприклад, складають 71–74% від загального обсягу витрат) майже не залишаючи місця для фактичного надання послуг та лікування хворих, таких як закупівля медикаментів та витратних матеріалів; оновлення матеріально-технічної бази. Це означає, що послуги або не надаються, або у разі отримання

громадяни змушені оплачувати основу частину витрат зі своєї власної кишені — наприклад, щорічні витрати на ліки в державних установах становлять всього 5–6% від загальної суми витрат і ця цифра зменшується, що змушує домогосподарства платити за переважну більшість лікарських засобів та товарів медичного призначення (за оцінками, 94–95% ліків протягом 2005–2012 рр. закуповувалися домогосподарствами).

Медичні установи стикаються також з іншими обмеженнями. Їх державне фінансування (як частка загального доходу залежить від типу закладу: лікарня, поліклініка, тощо) надходить з бюджетів, що були виділені місцевими органами влади (обласними, районними чи міськими/селищними радами), які в свою чергу отримують асигнування, що надходять з центрального бюджету. Такий розподіл ресурсів здійснюється за конкретною нормою/формулою, в основному на основі внесків – кількість лікарів, ліжок. Формула визначається на центральному рівні і переважно призначена для підтримки статусу-кво, з певною додатковою підтримкою за рахунок неофіційних «тіньових» платежів).

Крім того, бюджети «розписані» відповідно до жорсткої економічної класифікації. Медичні установи не мають свободи переміщати кошти з однієї лінії бюджету до іншої, або асигнувати ресурси на діяльність, що підтримує надання конкретних послуг (наприклад, пріоритети персоналу порівняно з комунальними послугами, хірургія та внутрішня медицина або устаткування в порівнянні з витратними матеріалами) без погодження із фіскальними органами. Замість цього вони зобов'язані витратити усі асигновані кошти (невитрачені кошти на кінець року мають бути повернені, що в свою чергу може привести до ризику, коли фіскальні органи, зменшавши бюджетні асигнування закладу Фонду на наступний рік на аналогічну суму), що робить керування лікарнею практично не актуальним, якщо не сказати контпродуктивним. Таким чином, для управлінців, вигідно завищувати витрати на інфраструктуру лікарні, а перебування в лікарні робити довшим, тому що це приносить кращий зиск у порівнянні з раціональними витратами і економією, або перепрофілюванням структури витрат.

Неефективна структура управління тільки погіршує ситуацію. В теорії, Міністерство охорони здоров'я координує структуру медичних установ в державному секторі, серед яких Міністерство фінансів і місцеві органи влади розподіляють фінансування, зібране із загальних податків. У дійсності, 75% коштів на утримання закладів та працевлаштування персоналу здійснюється на обласному та місцевому рівнях.

З коштів, які доступні на національному рівні, понад 40% іде на підтримку відомчої медицини, якою управляють інші Міністерства (Міністерство оборони, МВС, Міністерство транспорту, Міністерство праці та соціальної політики та ін.). Співробітники та пенсіонери цих відомств отримують медичну допомогу у відомчих закладах, але можуть користуватися і загальними медичними закладами, що формує надмірність, дублювання та втрати коштів, на додаток до внутрішнього нераціонального використання ресурсів, пов'язаного із утриманням паралельних мереж, що обслуговують одні й ті ж потреби.

Все це привело до надмірної кількості лікарень (2200) і лікарняних ліжок (понад 400 тисяч) у державному секторі — значно більше ніж в сусідніх країнах та в ЄС в цілому. Однак 75% з тих місць мають надзвичайно низьку пропускну потужність, так як вони розташовані в невеликих медичних установах (міські або районні/сільські лікарні, спеціалізовані лікарні—ендокринологічні, дермато-венерологічні диспансери), деякі з них знаходяться у напівзруйнованому стані. Через відсутність інвестицій та інші обмеження, лікарні не здатні забезпечити сучасну комплексну допомогу (наприклад, послуги з кардіохірургії або лікування раку).

Догоспітальна допомога та послуги швидкої медичної допомоги вважаються ще однією підсистемою, що не відповідає однорідним вимогам якості, доступності, ефективності та укомплектованості обладнанням. Зловживання ресурсами є скоріше правилом, ніж винятком у цьому контексті.

Партнери, цінності, цілі та завдання майбутньої системи охорони здоров'я України.

Нова політична ситуація сама по собі наочно показує, як Україна змінилася, і з цієї причини, громадяни не будуть приймати систему охорони здоров'я, яка не служить їх потребам і не може задовольнити їх прагнення в таких нагальних сферах, як здоров'я, захворювання та інвалідність. Збереження існуючих механізмів управління, фінансування, кадрового забезпечення тощо призведе тільки до погіршення здоров'я населення, поглибить проблеми з використанням фінансових ресурсів, збільшить нерівність у доступі до медичної допомоги для вразливих груп населення, подальшого невдоволення населення медичним обслуговуванням та державною політикою. Незначна модернізація первинної та невідкладної медичної допомоги, як це відбувалося у пілотних регіонах, без змін в інших областях системи не принесе значних змін і нічим не буде відрізнитися від попередньої системи. Єдиний прийнятний курс дій, це кардинальне, глибоке, але контрольоване реформування існуючої системи.

Серед багатьох інших завдань, українці хочуть мати сильну систему охорони здоров'я, яка забезпечить достойний рівень медичного обслуговування для всіх на рівні розвинутих європейських країн завдяки профілактиці захворювань, а в разі необхідності, за рахунок ефективного лікування.

Молоді й старі громадяни, з міста чи села, заможні і бідні відчують потребу у кращому рівні лікування; вони зневажають системи, що занадто бюрократичні та з корумпованим управлінням, які не в змозі своєчасно відреагувати на особисті і суспільні потреби, не враховують факторів ризику і не використовують всіх можливих ресурсів. Населення хоче, щоб система відповідала їх очікуванням та запитам.

Бізнес, промисловці і вчені вважають, що поточна система обтяжена підтримкою неефективного функціонування медичних закладів, які не зацікавлені у продуктивності чи результативних показниках. Вони хочуть мати систему, що буде базуватися на принципах доказової медицини, яка допомагатиме у щоденній економічній і соціальній діяльності. Україна асигнує кошти на охорону здоров'я в пропорціях, порівнянних з європейськими, але витрати України вкрай помилкові; бізнес хоче бачити систему рентабельною.

Міжнародний досвід підтверджує, що функціональна система, яка здатна використовувати наявні ресурси соціально відповідальним чином, здатна забезпечити ефективне універсальне покриття та захистити громадян від катастрофічного зубожіння через хвороби. Це вимагає більш тісного зв'язку між здоров'ям нації, розвитком національної економіки та добробуту громадян в контексті свободи і плюралізму.

Модернізація реформованої системи охорони здоров'я України має бути головною ціллю і завданням, що здатне втілити суспільні цінності та прагнення; в кращих традиціях сучасної демократичної Європи, право людини на здоров'я повинно бути сумісним з економічним і соціальним розвитком і політичною стабільністю та спрямоване на запобігання зайвих витрат та корупції. Україна повинна побудувати міцний правовий, фінансово-економічний, структурний, управлінський, організаційний, інформаційний та комунікаційний фундамент для досягнення найкращих результатів для поліпшення здоров'я (у контексті рівня медичної допомоги і справедливості), фінансовий захист, задоволення вимог та очікувань громадян, та врешті решт економічної ефективності

Цілі реформи охорони здоров'я України можуть бути згруповані в чотири пункти:

1. Підвищення особистої відповідальності за власне здоров'я громадян;
2. Забезпечення вільного вибору постачальників послуг;
3. Створення бізнес-дружньої обстановки на ринку охорони здоров'я;
4. Надання адресної допомоги найбільш знедоленим частинам населення.

Відповідальність

Система повинна сприяти формуванню відповідальності громадянина за всі аспекти свого життя, в тому числі права на підтримку здоров'я та отримання медичної допомоги. Наприклад, офіційні спільні платежі, в багатьох випадках, стають необхідною частиною державних субсидій, кількість яких повинна залежати від критеріїв добробуту, встановлених урядом для користувачів послуг охорони здоров'я. Така політика гарантує, що уряд надає більше допомоги знедоленим і менше заможній частині населення.

Свобода вибору

Свобода вибору є основною рушійною силою в рамках вільної ринкової конкуренції. Без конкуренції було б неможливо створити здорові економічні стимули серед сервіс-провайдерів та інших учасників ринку охорони здоров'я. Пацієнти повинні мати право обирати своїх постачальників послуг на основі їх географічного розташування, якості медичної допомоги, професіоналізму медичного персоналу за наявності широкого спектра послуг.

Бізнес середовище

Послуги, що надаються бізнесом, повинні відповідати потребам споживачів і конкурувати один з одним, щоб поліпшити якість обслуговування при мінімальних затратах. Сьогодні ніхто не сперечається про необхідність реструктуризації надання послуг. Бізнес повинен мати право здійснювати необхідні зміни, а уряд повинен зняти штучні бар'єри. У більш вільному середовищі, де вибір постачальника знаходиться в руках пацієнта, медичні заклади зосереджені на наданні допомоги високої якості, використовують сучасні технології та управління, щоб залучити більше пацієнтів, тим самим збільшують свої доходи. Концепція, що охорона здоров'я не може бути і не повинна бути орієнтованою на отримання доходу не є вірною. Послуги повинні бути дофінансовані за рахунок державного фінансування, але мережа постачальників послуг не може бути збитковою і залежати тільки від державних субсидій.

Державне фінансування

Під ефективним використанням державних коштів, ми маємо на увазі спрямування державних ресурсів для найбільш потребуючої частини населення. У зв'язку з цим, уряд має широкий спектр можливостей щоб перейняти досвід багатьох країн, які використовують різні цільові моделі. Наприклад, більш забезпечену частину населення слід заохочувати, щоб вона піклувалася про своє власне здоров'я, в той час як необхідно потурбуватися про соціально не захищені верстви населення, яким потрібно надати субсидії відповідно до їх потреб, наскільки це можливо в рамках бюджету.

Створення пацієнто-центричної системи охорони здоров'я, що орієнтована на потреби людини, поліпшення здоров'я населення чи збільшення тривалості життя буде важко досягти тільки шляхом перерахування високих цілей. Це вимагає розробки проміжних результатів для створення доступу та подальшого користування якісними медичними послугами, забезпечення вибору, безперервності обслуговування, безпеки, інституціональної продуктивності.

Україна повинна зробити свій вибір і визначитися з рішеннями, які функції візьме на себе система охорони здоров'я, наприклад:

1. Контроль як інфекційних так і неінфекційних захворювань потребує доступу і використання якісних профілактичних, діагностичних, терапевтичних, реабілітаційних та лікувальних технологій (у тому числі забезпечення ліками), які повинні бути визначені відповідно до конкретних можливостей наявної мережі закладів, безперервності та безпечності допомоги.

2. Надавати послуги може державний сектор або вони можуть закуповуватися у приватного сектора, пропонуючи вибір громадянам відповідно до їх уподобань. Повинна бути визначена роль приватного сектора та його основні параметри (розмір, регулювання, відносини).

3. Кадрова політика, яка не забезпечує адекватне відновлення та збереження людського капіталу в якісному і кількісному вираженні, без зміни буде продовжувати сприяти втраті коштів, для її зміни потрібні добре продумані критерії та терміни;

4. Система закупівель та управління поставками є марнотратною, неефективною, корумпованою і не гарантує, що обладнання, лікарські засоби та необхідні вакцини є доступними за розумною ціною чи у потрібний час, але робота не може бути просто зупинена без альтернативних систем;

5. Неефективні механізми міжсекторальної координації та взаємодії для зміцнення здоров'я будуть тільки підтримувати інституційно і

функціонально недорозвинену систему громадського здоров'я, але координація займає багато часу для отримання результатів;

6. Обмін інформацією, оснований на паперових носіях, неперсоніфіковані медичні записи та звіти унеможливають комплексний моніторинг та оцінку ресурсів необхідних для ефективного оперативного управління і стратегічного планування, але інформаційні технології коштують дорого;

7. Надання інформації і комунікація з громадськістю, що здійснюється у непрофесійній або грубій формі аж ніяк не поліпшить здоров'я населення, проте прозорість легше проголосити, ніж досягти;

Побудова системи охорони здоров'я. Стратегічні можливості для України.

Майбутня система охорони здоров'я в Україні має бути приведена у відповідність з прагненнями вступу до європейської спільноти, що тягне за собою реформування пострадянської системи Семашко у відповідності до світових стандартів обслуговування, практики та досвіду, що базується на засадах науково-доказової медицини, надавши відповіді:

1. Які індивідуальні та колективні послуги необхідно розробити для населення, як, де, ким?
2. Як можливо зібрати достатньо фінансування, об'єднати і розподілити його, з яких джерел?
3. Яким чином буде управлятися система (в контексті планування, регуляції), щоб отримати бажані результати найбільш прозорим і ефективним способом?
4. Які ресурси необхідні для змін (людські ресурси, технології, інформація)?

В Європейському союзі існує широкий спектр опцій і «моделей» для кожної з вищевказаних функцій системи охорони здоров'я: деякі країни використовують переважно первинну медико-санітарну ланку, тоді як інші більш схильні покладатися на лікарні; деякі розвивають державну та комунальну медицину, тоді як інші використовують приватну медицину; деякі покладаються на програми страхування, тоді як інші використовують бюджетне фінансування; деякі країни мають жорсткі правила у сферах, які в інших країнах не є предметом особливої уваги.

Сектор забезпечення послугами в Україні буде реформований відповідно до принципів доступності, універсальності, безперервності і комплексного підходу, що поєднує первинну і спеціалізовану допомогу. Механізми забезпечення послугами повинні бути вільні від надмірних бюрократичних регулювань і заохочувати приватні інвестиції в систему, а

також розширення свободи вибору для споживачів як рушійної сили реформи. Постачальники послуг всіх організаційно-правових форм власності повинні мати можливість вільно виходити на ринок і конкурувати на паритетних засадах за отримання державного фінансування, в тому разі, якщо їх послуги відповідають належним вимогам безпеки і якості. Багато медичних послуг є вкрай важливими для конкретних осіб (індивідуальні послуги) або групи людей (колективні послуги або послуги громадського здоров'я).

Мережа державних і приватних медичних установ (у тому числі лікарень, медичних закладів ПМСД, денні стаціонари, центри інтегрованих послуг) повинна задовольняти потреби у багатьох видах медичної допомоги. Створення мережі закладів повинне бути організовано з урахуванням циклу захворювання (профілактичні, лікувальні, реабілітаційні заклади); спеціалізації персоналу (первинний, вторинний та третинний рівень допомоги); застосування технології (хірургічна, лабораторна, інструментальна); необхідних професійних навичок, (лікарі, медсестри); інтенсивності надання допомоги(звичайний, інтенсивний, швидкої медичної допомоги); основних цільових одержувачів послуг (педіатричних, геріатричних).

Медичні заклади (мережі, корпорації) повинні користуватися управлінською автономією для забезпечення ефективного надання послуг-див нижче «Автономія надавача послуг» в розділі з управління. У всьому світі системи охорони здоров'я в державному та приватному секторі дотримуються єдиних підходів до управління. Такі професійні заходи стимулюватимуть необхідність досягнення якісних та кількісних результатів (продуктивності), запровадження ініціатив, розумного використання економічних ресурсів, сприяння роботи в команді.

Контрольні питання

1. Охарактеризуйте стан здоров'я населення України.
2. Чому виникла нагальна потреба в проведенні реформ в медичній галузі?
3. На яких основних принципах базується Українська Стратегія Здоров'я?
4. Назвіть радикальні протиріччя, що існують в системі ОЗ України.
5. Чому управління існуючою системою ОЗ є неефективним?
6. Як на сьогодні фінансуються амбулаторний та стаціонарний сегменти медичної допомоги?

7. Що в першу чергу повинна забезпечувати система ОЗ?
8. Чому система ОЗ повинна сприяти формуванню відповідальності громадянина за всі аспекти свого життя?
9. В чому полягає ефективне використання державних коштів в ОЗ?
10. Які функції повинна взяти на себе модернізована система охорони здоров'я України?

Література

1. Європейська база «Здоров'я для всіх», 2008. [Електронний документ]. – Шлях доступу: <http://www.who.int/nha>. – Назва з екрану.
2. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».
3. Розпорядження КМУ від 30. 11. 2016 р. № 1002-р «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я».
4. Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2008. – 86 с.
5. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования системы здравоохранения / Josep Figueras, Martin McKee, Suszy Lessof [et al.]; ВОЗ, 2008 г. [Электронный документ]. – Путь доступа: <http://www.who.int/nha>. – Название с экрана.
6. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / под ред. Э. Моссилиас, А. Диксон, Ж. Фигерас, Д. Кутцин; пер. с англ. – М.: Весь мир, 2002. – 352 с.