

agement of intellectual resources], Izdatel'skiy dom «Delo», Moscow, Russia.

4. Lukinyh, T. N. "Human Resources in the Information Economy". available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/chelovecheskie-resursy-v-usloviyah-informatsionnoy-ekonomiki> (Accessed 31 May 2018).

5. Meshko, N. P., Sazonets, O. M., Dzhusov, O. A. Pyroh, O. V., Sardak S. E. (2012), *Stratehii vysokotekhnolohich-*

noho rozvytku v umovakh hlobalizatsii: natsional'nyj ta korporatyvnyj aspekty [Strategies for high-tech development in the context of globalization: national and corporate aspects], Yuho-Vostok, Donetsk, Ukraine.

6. Salikhova, O. B. (2008), *Vysoki tekhnolohii: definit-siia ta otsinka* [High technology: definition and assessment], Inform.-analit. ahentstvo, Kyiv, Ukraine.

УДК 658.64:658.8:61

Геренда А.З.

НАПРЯМИ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ

Розглянуто суть поняття державно-го управління охороною здоров'я. Визначено основні параметри проведення реформи системи охорони здоров'я в Україні. На основі проведеного аналізу визначено основні напря-

ми подальшого реформування системи охоро-ни здоров'я.

Ключові слова: охорона здоров'я, система, державне управління, медична реформа.

Herenda A.

DIRECTIONS FOR THE REFORMATION OF THE MEDICAL INDUSTRY OF UKRAINE

The essence of the concept of public health management is considered. The main parameters of the reform of the health care system in Ukraine are determined. on the basis of the analysis the

main directions of the further reformation of the health care system are determined.

Key words: health care, system, public administration, medical reform.

Вступ. Процес реформування та становлення України як незалежної держави пов'язане із виникнення значної кількості труднощів. Глибинні політичні та соціально-економічні ринкові перетворення здійснюються водночас з перебудовою управлінського державного апарату. Сфера охорони здоров'я визнається одним із головних пріоритетів проведення державної політики України та одним із базових чинників формування її національної безпеки. Відповідно, здоров'я людини розглядається як соціально-економічна цінність, а діяльність, що спрямована на збереження і зміцнення здоров'я, вимагають зосередження уваги з боку держави.

мається як здатність до виконання індивідом соціально-трудова функцій, до відтворення сукупності людських здібностей та потреб взагалі.

Система цінностей будь-якої цивілізованої нації включає діяльність зі збереження життя і здоров'я її громадян. Специфікою феномену здоров'я як базової складової людського розвитку визначається і в тому, що його водночас розглядають як найнеобхіднішу умову для повноцінного розвитку людини. Здоров'я сприй-

З метою наукового осмислення теми дослідження використовувалися праці В. Д. Бакуменка, В. М. Вакуленка, О. С. Ігнатенка, В. М. Князева, О. Ю. Лебединської, В. В. Мамонової, В. П. Трощинського, в яких наведено результати досліджень методологічних засад державного управління та місцевого самоврядування. Вагомий внесок у розв'язання теоретичних та методологічних проблем розвитку державного управління та місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я здійснили М. М. Білинська, Л. І. Жаліло, Д. В. Карамішев, Н. П. Кризина, В. М. Лехан, В. Ф. Москаленко, Я. Ф. Радиш, В. М. Рудий, В. А. Скуратівський, Г. О. Слабкий, І. М. Солоненко, В. П. Удовиченко, І. І. Хожило та ін.

Слід також відмітити, що тема медицини на сьогодні є вкрай актуальною і болючою для

українського суспільства. Про її стан і перспективи розвитку (реформування) всі охоче й активно дискутують і обговорюють. Це пов'язано з тим, що охорона здоров'я стосується кожного без винятку громадянина нашої країни. Конституційне право кожного громадянина на соціальний захист, у тому числі й на охорону здоров'я та належне медичне забезпечення, має реалізовуватись як пріоритетне та першорядне в Україні, адже здоровий генфонд нації є фундаментом розвитку та процвітання держави загалом. Отже, покращення діяльності сфери охорони здоров'я – обов'язок і місія влади всіх рівнів, а інструментарієм реалізації забезпечення державної політики в медичній галузі, одній із найважливіших галузей соціальної сфери, є наявність структурної ефективної системи охорони здоров'я, а її вектором – орієнтованість медицини на задоволення потреб та врахування інтересів кожного громадянина.

Постановка завдання. Метою статті є визначення основних тенденцій та напрямів реформування медичної галузі та на основі проведеного аналізу розробити пропозиції щодо вдосконалення реформування медичної сфери.

Результати дослідження.

Значення рівня здоров'я населення України на сьогоднішній день визначається як незадовільний, оскільки впродовж останнього десятиріччя в нашій країні спостерігається зменшення чисельності населення через зростання рівня загальної смертності населення в межах 4%, тоді як у країнах Європи навпаки – на 4% відбулося його зниження, а середня тривалість очікуваного життя в Україні на 5-10 років менша, ніж в економічно розвинених європейських державах.

Рівень загальної захворюваності зріс на 10,6%, поширеності хвороб – на 38,9%, природний приріст має від'ємний характер і коливається від – 5,8 до – 7,8 на 1000, загальна чисельність населення скоротилася на 7,7%, що вірогідно загрожує національній безпеці держави. Зазначена ситуація ускладнюється також проведенням військових дій на території держави, а також значним відтоком працездатного населення за кордон з метою працевлаштування або постійного проживання.

Дана ситуація викликана деструктивними процесами в економіці та зниженням національного прибутку, унаслідок чого видатки на охорону здоров'я вкрай обмежені.

Залишається незадовільним стан здоров'я населення України. Показники загальної

смертності населення вдвічі перевищують показники країн ЄС, а показники смертності населення у працездатному віці – у 2-4 рази.

В Україні щогодини вмирає 86 осіб, кожні дві години вмирає одна дитина у віці до одного року, а впродовж години народжується тільки 52, ще наші співгромадяни живуть у середньому на 12–14 років менше, ніж у розвинених європейських країнах. Вважаються основними причинами затяжної системної кризи в галузі такі:

- хронічне недофінансування галузі охорони здоров'я та нераціональне використання виділених бюджетних ресурсів;

- відсутність у суспільстві ідеології здоров'я й свідомого ставлення громадян до необхідності його збереження і зміцнення. Це явище можна охарактеризувати як інфляцію здоров'я в Україні;

- відсутність розуміння того ступеня загрози внаслідок демографічної кризи.

Основою даних проблем є хронічне запізнення із прийняттям стратегічно важливих рішень, зокрема щодо реформи фінансування медичної галузі.

Для України значно ускладнюється процес реалізації змін у системі охорони здоров'я, ефективне управління якою є важливим внеском у досягнення належних стандартів життя населення і національної безпеки держави, її обороноздатності. Основою сучасної стратегії розвитку України має бути покладене розуміння того, що охорона здоров'я – це пріоритетна галузь. Тому виникає потреба переформатувати сферу охорони здоров'я із соціально-витратної на соціально-інвестиційну, адже інвестиції в людський капітал є найбільш перспективними та набувають загальнодержавного стратегічного значення.

В першу чергу зміни необхідні щодо фінансово-економічних засад діяльності системи охорони здоров'я, а саме фінансування за обсягом наданих послуг, а не відповідно до існуючої інфраструктури. Проте в стереотипному мисленні пересічного громадянина залишається міф щодо безоплатності медичних послуг, хоча по факту у випадку захворювання сплачують набагато більше. Державний бюджет не в змозі виконати фінансування елементарних потреб населення щодо забезпечення охорони здоров'я. Необхідним є гарантування мінімального соціального пакету для кожного громадянина із гарантією права вільного вибору лікаря. Необхідно ефективно розподіляти

обмежені фінансові можливості державного бюджету із найбільшою ефективністю. А для цього слід розробити відповідні механізми державного регулювання.

Спостерігається невідповідність європейським стандартам якості управління медичною галуззю, а також залишається актуальним неефективне використання наявних фінансових ресурсів. Існує невідповідність між потребами суспільства в медичних послугах, зокрема в підготовці кваліфікованого спеціаліста в галузі управління охороною здоров'я. Повільний несистемний характер проведених реформ в галузі охорони здоров'я пов'язаний із браком фахівців з управління змінами і необхідної підтримки з боку громадськості щодо реформи. Для впливу на соціально-економічні процеси виникає потреба у формуванні масштабного самостійного мислення керівників з управління охороною здоров'я.

З метою підвищення якості державної політики в сфері охорони здоров'я необхідні не тільки змістові та структурні зміни, а й суттєве підвищення функціональної результативності її реалізації.

Державна політика України в галузі охорони здоров'я – це комплекс взятих зобов'язань та прийнятих загальнодержавних рішень, які стосуються збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я населення України як найважливішої складової її національного багатства шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових, профілактичних та медичних заходів.

Метою державної політики в сфері охорони здоров'я є збереження генофонду української нації, її гуманітарного потенціалу та врахування вимог нинішнього і майбутніх поколінь, в інтересах як конкретної людини (особистості), так і суспільства в цілому.

Покращення рівня здоров'я населення, підвищення реальної доступності медичної допомоги для найширших його прошарків становить стратегічну мету державної політики в сфері охорони здоров'я.

Покращення і збереження здоров'я та тривалості життя населення забезпечує більшу повноту використання можливостей людини як біологічної та соціальної істоти, піднесення економічно значущих якісних характеристик населення шляхом збільшення тривалості активного працездатного періоду її життя. В даному аспекті здоров'я сприймається не стільки

як здатність до фізичного благополучного існування, скільки здатність до відтворення сукупності людських здібностей та потреб також здійснення соціально трудових функцій.

Реалізація державної політики в сфері охорони здоров'я повинна забезпечити доступність кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину України.

За видами медична допомога поділяється на такі рівні: екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована), третинна (високоспеціалізована), паліативна, медична реабілітація. На первинній ланці медична допомога здійснюється дільничними терапевтами, педіатрами, сімейними лікарями, які мають визначену окрему дільницю і надається людям, які проживають на території цієї дільниці. Наразі медична реформа стосується лише первинної ланки медичної допомоги, вторинна і третинна ланка почнуть реформуватися з 2020 року.

Визначальним завданням лікаря первинної ланки є спостереження за станом здоров'я своїх пацієнтів, за ризиком і можливістю виникнення певних захворювань, проведення реабілітаційних заходів та лікувальної роботи. Саме тому найважливішою є профілактика захворювань, роз'яснювальна та інформаційна робота серед населення дільниці щодо можливого і основних симптомів захворювання, та методи поведінки в певних екстрених ситуаціях.

З метою поширення знань серед населення дільниць щодо певних надзвичайно загрозливих захворювань, таких як туберкульоз, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, тощо в різних районах міста Івано-Франківська періодично поліклініками, за участю лікарів первинної ланки міста, проводяться Дні здоров'я.

Основним елементом реформування первинної ланки охорони здоров'я є підписання медичної декларації з лікарем. Підписувати декларацію можна з сімейним лікарем, педіатром або терапевтом. Сімейний лікар може лікувати і дітей, і дорослих. В зону обслуговування терапевтів входять лише дорослі віком від 18 років. Педіатр лікує лише дітей до 18 років.

У відповідності з реформою, заклади первинної медичної допомоги, в яких працюють сімейні лікарі, підписують контракт із Національною службою здоров'я, а пацієнти – декларацію з тими лікарями, яких самі собі обрали. Декларацію підписують на рік, однак при бажанні пацієнт зможе один раз змінити лі-

каря. Підписання декларацій мало стартувати з 1 січня 2018 року, проте реально розпочалося з 01 квітня 2018 року і вимагає комп'ютеризації медичних закладів первинної ланки.

У відповідності із медичною реформою, у випадку захворювання слід звертатися до лікаря загальної практики, з яким підписана декларація, а вже даний лікар відправляє до вузьких спеціалістів по необхідності. Також слід відзначити, що медична допомога не прив'язана до місця прописки чи проживання. Кожен українець може вибрати терапевта, педіатра або сімейного лікаря у будь-якому медичному закладі, а гроші за медичне обслуговування заплатить держава.

Наприкінці 2018 року відбуватиметься проведення оплати у відповідності до кількості підписаних декларацій. Тобто, основна ідея реформи полягає в тому, що в залежності від рівня кваліфікації лікаря буде залежати кількість залечуваних ним пацієнтів, а вже в залежності від цієї кількості буде здійснюватися оплата. Тому лікарю, який більше працює, оплата буде здійснюватися на вищому рівні. Проте згідно з поправками до Закону, рівень фінансування первинної ланки буде залежати не тільки від підписаних декларацій. Зазначеними поправками народні депутати запропонували виділяти місцевим органам влади медичну субвенцію. Оскільки, як вже було проведено аналіз, різні регіони України демонструють різний рівень підготовки до реформи, і дані субвенції є тим компромісом, тобто надавачі медичних послуг будуть укладати контракти з державою або ж кошти надходять за старою схемою – субвенцією. Кабінет Міністрів визначатиме умови, на основі яких видаватимуть субвенцію.

За задумом медичної реформи, у 2018 році медична установа, у якій працює сімейний лікар, почне одержувати пряму річну оплату за надання медичних послуг кожному пацієнту, який уклав з ним договір. Планувалося, що у 2018 році середня виплата на первинній ланці становитиме близько 370 грн на одного пацієнта, у 2019 – 450 грн. медична практика у 2000 пацієнтів може мати річний дохід від 740 000 грн до 1 000 000 грн у 2018-му та від 900 000 до 1 200 000 грн у 2019-му. Зазначений бюджет включає оренду кабінету, заробітня плата лікаря, медсестри (фельдшера), прості витратні матеріали та часткове покриття аналізів. Половина зазначених цих коштів – видатки практики, все інше – зарплата працівників (лікаря, медсестер, фельдшерів).

Торкається реформа і екстреної медицини і встановлення нових стандартів обслуговування екстрених станів. Однією з нагальних умов є проміжок часу від надходження виклику до моменту початку надання допомоги не більше 10 хв. Цю норму вдається дотримуватися лише у містах, у сільських і гірських районах це стає фізично неможливим. Негативною стороною даної реформи є відмова у прийнятті викликів хворих щодо високої температури чи гіпертонії. Такі хворі мають обслуговуватися сімейним лікарем, з яким укладено декларацію. Проте висока температура вимагає негайного надання медичної допомоги, а сімейний лікар працює лише в робочий час. Очікувати його може бути смертельно небезпечним для хворого. Це саме стосується гіпертонії чи інших важких станів. Це один із значних недоліків медичної реформи.

Постанова Кабміну зазначає: виклики, що не кваліфікуються як екстрені, повинні бути передані до установи первинної медико-санітарної допомоги. В Івано-Франківську жодного такого закладу нема, і рішення про їх створення чи перепрофілювання немає, як і немає на цей рахунок розпорядження голови ОДА чи Кабміну. Це повинна була врегулювати окрема постанова, якої на даний час ще нема. Й оскільки не прийняті відповідні нормативні документи, жодних змін у роботі "швидкої" на сьогодні.

Ще однією негативною стороною медичної реформи є зміна і оновлення протоколів. Проте такі зміни не зовсім в позитивну сторону. Зокрема, слід згадати про те, що у відповідності з попередніми протоколами при проведенні анестезії необхідним було проведення алергічної проби на анестетик. Теперішні зміни знімають необхідність проведення таких проб, що може призвести до важких або летальних наслідків.

Як вже зазначалося, якщо сімейний лікар вважатиме за потрібне, він направить хворого на консультацію до вузького спеціаліста. Тільки у направленні не буде прізвища, і людина зможе звернутися до того лікаря, якого обере. Якщо це буде фахівець з поліклініки – за консультацію платити не потрібно. Якщо пацієнт захоче звернутися, наприклад, на вторинний рівень, то такі послуги будуть платними. Якщо розглядати медичні послуги з точки зору оплати, то ряд послуг будуть безоплатними, зокрема безкоштовними будуть відвідини лікаря – після підписання декларації, медичний

огляд, лабораторні дослідження крові та сечі, мокроти, швидкі тести на маркери окремих інфекційних хвороб, флюорообстеження. Також безкоштовною буде невідкладна допомога незалежно від укладення декларації, а також паліативна (хоспісна) допомога, екстрена стоматологічна допомога тощо. Змінюються умови госпіталізації в стаціонар – лише за направленням сімейного лікаря чи лікаря-терапевта, педіатра.

Це хороша ініціатива за прикладом європейської медицини, проте через не врегулювання деяких питань, на практиці це призводить до того, що пацієнти з температурою, зокрема діти, не можуть потрапити на прийом до вузького фахівця декілька днів через відсутність вільних місць в графіку лікаря. Це також є значним негативом даної медичної реформи, який виникає в результаті намагання застосувати розроблені і функціонуючі закордонні механізми без врахування вітчизняних особливостей.

Серед позитивних моментів проведення медичної реформи в рамках Івано-Франківської області слід відзначити запровадження медичної інформаційної системи «Медекс» у всіх поліклініках міста Івано-Франківська.

Практика європейських держав передбачає, що первинна ланка займає 60-80% лікарів, тоді як в Україні цей показник ледь досягає 50% лікарів первинної ланки. Позитивною стороною медичної реформи є те, що сімейний лікар загальної практики стане більш самодостатнім, адже в Україні лікарі первинної ланки зведені лише до надання окремо терапевтичної або педіатричної допомоги. А легкі неврологічні, лор, гастроентерологічні, навіть деякі хірургічні захворювання, які допустимо лікувати в лікаря первинної ланки, абсолютно виключаються із практики.

Недоліком старої існуючої дотепер системи є зрівняння в оплаті праці лікарів, до яких пацієнти не хочуть іти на прийом в силу його некомпетентності і лікарів, до яких люди просяться, в якого під кабінетом постійні черги, адже в нашій державі існує вільний вибір лікаря пацієнтом. Такі лікарі працюють однаково тривалості робочий час та отримують одного рівня заробітну платню. Реформування медичної сфери зумовить появу і поступове зростання мотивації у молодих і ефективних лікарів до постійного навчання, оволодіння знаннями і навичками, що сприятиме формуванню і становленню їх як висококваліфікованих фа-

хівців, до яких будуть записуватися пацієнти на прийом, адже передбачається, що державні кошти будуть іти за пацієнтом. Оскільки лише пацієнт якнайкраще може оцінити рівень якості наданої йому допомоги: ставлення лікаря до хворого, досягнення бажаного ефекту в лікуванні. Хоча це питання викликає також дискусію, адже пацієнт не є кваліфікованим медиком, рівень його обізнаності визначається знаннями, одержаними в інтернеті або з інших некваліфікованих джерел. Мабуть, жодна держава в світі не визначається таким високим рівнем втручання пацієнтів в своє лікування. Звісно, думку пацієнта слід враховувати, проте вона не може бути вирішальною, оскільки є некваліфікованою. А це може бути розцінено пацієнтом негативно і впливати на його вибір лікаря. І не кожен лікар, який гарно говорить з пацієнтом, надає висококваліфіковані медичні послуги. І це є ще одним недоліком даної реформи.

Також згідно нових реформаторських рішень МОЗ, відбудеться розподіл функцій головних лікарів в Україні, який передбачатиме введення двох нових посад – генерального директора/директора та медичного директора.

Така реформа передбачатиме чіткий та адекватний розподіл функцій і вимог щодо двох управлінських посад. Адже зараз директор (головний лікар) керує фактично усіма процесами, а "начмед" хоч номінально й відповідає за медичні питання, проте повністю залежний від рішень керівника. Зміни передбачають становлення медичного директора як самостійного управлінця.

Медичний директор матиме повноваження приймати управлінські рішення самостійно, буде більш незалежним у своїх рішеннях від генерального директора, здійснюватиме удосконалення медичних послуг, організовуватиме пацієнтоорієнтоване лікування, матиме змогу самостійно підбирати медичних працівників тощо.

В коло питань генерального директора буде включено напрями розвитку лікарень, координація роботи медичної установи, питання залучення інвестицій, підвищення ефективності господарської діяльності.

Висновки. На сучасному етапі основним пріоритетами державної політики в галузі охорони здоров'я має бути досягнення позитивних змін у наявній ситуації, що включає збереження і поліпшення стану здоров'я населення, покращення ефективності та рівня якості на-

дання первинної медико-санітарної допомоги, забезпечення прав громадян та соціальної справедливості щодо одержання якісної та своєчасної медичної допомоги в умовах трансформації соціально-економічних відносин, що досягається шляхом удосконалення організації і фінансування галузі та раціонального використання ресурсів.

Досягнення зазначеної мети можливе лише через застосування комплексу загальнодержавних заходів, які повинні передбачати:

- розроблення комплексу проведення економічних реформ, спрямованих на зростання обсягу і удосконалення структури валового національного продукту (ВНП), що зумовить підвищення рівня життя населення і формування державного бюджету у відповідності з потребою на реалізацію програм охорони здоров'я;
- зростання рівня життя населення та його добробуту спричинить раціоналізацію корисного і якісного харчування, активного культурного відпочинку, можливостей щодо занять фізичною культурою і спортом;
- створення здорових умов праці, необхідний рівень охорони праці й техніки безпеки на всіх виробництвах з метою запобігання професійному травматизму;
- формування іміджу здорового способу життя, розвиток фізичної культури і спорту, боротьба зі шкідливими звичками;
- забезпечення ефективної охорони навколишнього середовища;
- ефективна демографічна політика, яка спрямовується на зростання народжуваності та позитивного приросту населення (периодичного рівня народжуваності над рівнем смертності);

- збереження і зміцнення репродуктивного здоров'я населення;
- забезпечення всебічного гармонійного фізичного та психічного розвитку дитини;
- розвиток фармацевтичної та медико-інструментальної промисловості, поліпшенню медикаментозного і матеріально-технічного забезпечення медичних закладів і населення.

Література

1. Корнійчук О. П. Стан первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні / О. П. Корнійчук // Український медичний часопис. – 2012. – № 2. – С. 146–150.
 2. Рємига Л. Т. Вдосконалення управління середнім медичним персоналом у системі охорони здоров'я як обов'язкова умова якості лікування та безпеки пацієнта // Л. Т. Рємига, В. В. Цурдук, В. В. Ковтун [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.tropinka.ks.ua/index.php/news/statti-interv-iiu/301-2008-06-22-20-29-26>
 3. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals [Electronic resource] / World Health Organization. – 2017. – Mode of access: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255336/9789241565486-eng.pdf;jsessionid=D541E44CB5B851B3549C2E4806F8A943?sequence=1>
1. Korniyuchuk O. P. The state of primary health care on the principles of family medicine in Ukraine / O. P. Korniyuchuk // Ukrainian Medical Journal. – 2012. – No. 2. – P. 146-150.
 2. Remyga L. T. Improvement of the management of the average medical personnel in the health care system as a prerequisite for the quality of patient's treatment and safety // L. T. Remyga, V. V. Zrduk, V. V. Kovtun [Electronic resource] – Access mode: <http://www.tropinka.ks.ua/index.php/news/statti-interv-iiu/301-2008-06-22-20-29-26>
 3. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals [Electronic resource] / World Health Organization. – 2017. – Mode of access: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255336/9789241565486-eng.pdf;jsessionid=D541E44CB5B851B3549C2E4806F8A943?sequence=1>

УДК 331.2

Кравченко О. О.

ФОРМУВАННЯ ІНТЕГРАЛЬНОГО ІНДИКАТОРА ОПЛАТИ ПРАЦІ В КОНТЕКСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КАДРОВОЇ БЕЗПЕКИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Стаття присвячена методичним аспектам побудови інтегрального індикатора оплати праці в контексті забезпечення кадрової безпеки підприємств. Розроблено схему-карту диференціації регіонів України за інтегральним індикатором.

Ключові слова: оплата праці, кадрова безпека, інтегральний індикатор, інтегральний індикатор оплати праці в контексті забезпечення кадрової безпеки, конкурентоспроможність працівників.