**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ**

**ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»**

**Харківський національний медичний університет МОЗ України**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Кваліфікаційна наукова  праця на правах рукопису |

**РУСНЯК Вікторія Анатоліївна**

# УДК 614.2.001.73:001.8(477)

**ДИСЕРТАЦІЯ**

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ НАУКОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я В УКРАЇНІ**

14.02.03- соціальна медицина

Галузь знань: 22 – Охорона здоров’я

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук (доктора філософії)

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ В.А.Русняк

Науковий керівник

Слабкий Геннадій Олексійович, доктор медичних наук, професор

Київ–2017

*Русняк В.А.* Медико-соціальне обгрунтування функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні. - Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук (доктора філософії) за спеціальністю 14.02.03 «Соціальна медицина» (22 – Охорона здоров’я).

Дисертація виконана в ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», Київ, 2017.

Дисертація захищається в Харківському національному медичному університеті, Харків, 2017.

Дисертація присвячена рішенню важливої науково-практичної задачі охорони здоров’я – науковому обґрунтуванню функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні.

Мета роботиполягала в обґрунтуванні та розробці функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні.

Завдання дослідження були комплексними та скерованими на досягнення поставленої мети. Вони базувалися на системному підході і їх виконання забезпечило досягти мети дослідження. Обсяги дослідження були обрахованими і забезпечили отримання репрезентативних результатів.

Досягнення мети дослідження потребувало розробки спеціальної програми, яка передбачала його реалізацію у сім організаційних етапів з використанням адекватних методів, на кожному з яких виконувались взаємопов’язані завдання, що дало можливість забезпечити системний підхід в проведенні дослідження та отримати репрезентативні результати для оцінки об’єкту дослідження.

Реалізація завдань *першого та другого* організаційних етапів дозволили виявити проблемні питання в науковому забезпеченні реформування системи охорони здоров’я в Україні проаналізувати світовий та вітчизняний досвід з даного питання і вибрати напрямок дослідження з розробкою його дизайну.

При цьому було використано біблеосемантичний метод та системний підхід. Метою третього етапу дослідження стало вивчення та проведення аналізу проведення реформи охорони здоров’я за період 2011-2015 роки: заходів, результатів, ризиків, недоліків та їх причин. Інформаційною базою дослідження на цьому етапі стали статистичні звіти регіонів, які підлягали дослідженню за період 2012-2014 рр. Всього опрацьовано 18 форм статистичної галузевої звітності. Крім того під час проведення реформування системи охорони здоров’я в названих регіонах використано дані моніторингової оцінки проведення реформи охорони здоров’я, який проводить ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». Всього опрацьовано 12 форм моніторингової оцінки проведення реформи охорони здоров’я в пілотних регіонах України. *Метою четвертого організаційного етапу* з використанням методу SWOT-аналізу було вивчення та проведення комплексного аналізу законодавчої бази України з питань проведення реформи в пілотних регіонах: Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях та м. Києві. Інформаційною базою, на даному етапі дослідження, стали Закони України, Укази Президента України, урядові акти, накази МОЗ України за період 2012-2015 рр. Всього проаналізовано 1245 законодавчих та нормативно-правових актів. Під час виконання п’ятого організаційного етапубуло проведено дослідження наукового кадрового потенціалу, стану планування та результатів виконання НДР. Під час виконання даного етапу дослідження було проаналізовано 26 звітів кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я ВНЗ з питань кадрового забезпечення та наукової роботи в тому числі з наукового забезпечення реформи охорони здоров’я на національному та регіональному рівнях. . Також були вивчені та проаналізовані щорічні накази МОЗ України в кількості 6 одиниць з питань затвердження тем НДР в системі МОЗ України, які виконуються на замовлення МОЗ України за державний кошт. Також проаналізовано 158 звітів ВНЗ та НДІ за результатами виконання НДР. Метою *шостого організаційного етапу* стало вивчення питання щодо стану наукових комунікацій в системі охорони здоров’я України. Інформаційною базою дослідження стали 12 реєстрів «Укрпатентінформу» та 1134 анкет соціологічного опитування організаторів охорони здоров’я, 24 наукових працівників НДУ та 43 викладачів ВМНЗ III-IY рівнів акредитації. *На сьомому заключному етапі* базуючись на отриманих в ході дослідження результатах розроблено модель наукового забезпечення реформи ОЗ та проведена її оцінка. Для розробки моделі наукового забезпечення реформи ОЗ та її складових використано методи описового та концептуального моделювання, структурно-логічного аналіз. Базою дослідження був системний підхід.

В ході дослідження встановлено недостатній рівень наукового кадрового потенціалу за спеціальністю «соціальна медицина» ВМНЗ та УІСД. Із загальної чисельності затверджених МОЗ України тем НДР частка наукових тем з питань наукового забезпечення реформи системи охорони здоров’я щорічно складає не більше 5%, що говорить про незацікавленість МОЗ України в науковому забезпечені реформування системи охорони здоров’я України. Аналіз результатів виконання НДР на замовлення МОЗ України вказує на їх фрагментарність, в більшості випадків несвоєчасність, що унеможливлює наукове забезпечення комплексних заходів реформування системи охорони здоров’я.

Експертним шляхом встановлено низький рівень забезпеченості системи охорони здоров’я України засобами наукової комунікації з реформування системи охорони здоров’я: 25,2% галузевими нововведеннями, 18,8% інформаційними листами про галузеві нововведення, 20,8% методичними рекомендаціями (від їх загальної кількості з організації та управління охороною здоров’я), щорічно проводяться поодинокі наукові форуми з соціальної медицини та організації охорони здоров’я за проблемами реформування сфери охорони здоров’я. За допомогою соціологічного дослідження виявлено недостатній рівень доступу організаторів охорони здоров’я регіонального рівня (80,7±2,0%-10,4±1,5%) та низький рівень інформування керівників закладів охорони здоров’я первинного (13,6±1,7% - 3,3±0,9%) та вторинного (72,5±2,2% - 1,1±0,5%) рівнів надання медичної допомоги і викладачів кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я ВМНЗ III-IY рівнів акредитації (81,5±1,9%-37,5±2,4%,) та наукових працівників НДУ (62,5±2,4%- 16,7±1,9%,) до наукових здобутків щодо реформування охорони здоров’я України .

Дисертантом запропоновано модель методичних підходів до наукових комунікацій з реформування охорони здоров’я по забезпеченню управлінців всіх рівнів та організаторів охорони здоров’я науковими розробками з реформування охорони здоров’я. Структурну основу моделі наукових комунікацій складають наявні ресурси діючої системи охорони здоров’я. Її впровадження не вимагає значних додаткових фінансових ресурсів. Стратегічним напрямком моделінаукової комунікації з реформування системи охорони здоров’я є забезпечення на всіх рівнях управління осіб, що приймають рішення з питань охорони здоров’я та управлінців, організаторів охорони здоров’я та медичних працівників і працівників ЗМІ комплексною, об’єктивною інформацією про вітчизняні та іноземні наукові розробки з питань розвитку охорони здоров’я. Тактичним напрямком моделі є регулярне інформування всіх цільових груп задіяних в реформуванні сфери охорони здоров’я про результати наукових розробок (досліджень) з питань найкращих організаційних практик організації медичної допомоги населенню.

За результатами наукового дослідження обгрунтована та розроблена функціонально-організаційна модель наукового забезпечення реформи охорони здоров’я на галузевому та центральному рівнях. Стратегічним напрямком моделі є наукове забезпечення процесу прийняття управлінських рішень, на всіх рівнях управління, з реформування системи медичної допомоги населенню України. Тактичним напрямком моделі є удосконалення процесу планування НДР з максимальним залученням до їх виконання науковців та організаторів охорони здоров’я та проведення їх комплексування з широким професійним обговоренням отриманих результатів та їх правовою експертизою. Особливістю даної моделіє те, що на всіх етапах планування науково-дослідних робіт, їх виконання, представлення результатів та їх використання максимально використовується науковий потенціал системи за спеціальністю «соціальна медицина» та організаторів охорони здоров’я схильних до наукових досліджень в тому числі опонентів до реформи системи медичної допомоги населенню з комплексуванням як в рамках установ соціальної медицини так і з іншими спеціальностями, що підвищує науково-методичний рівень та результативність їх виконання. Розроблені умови впровадження запропонованої моделі.

З метою визначення прийнятності запропонованої функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні була проведена експертна оцінка системи з залученням 25 експертів.

**Наукова новизна одержаних результатів**полягає в тому, що вперше в Україні*:*

науково обґрунтовано функціонально-організаційну модель наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні, яка підтримується комплексом правових, управлінських, організаційних, інформаційних, фінансових технологій та базується на міжсекторальному підході, що забезпечує системність, комплексність, наступність, координованість та безперервність процесу реформування системи охорони здоров’я в країні;

* оцінено кадровий науковий потенціал Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України і кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я вищих навчальних медичних закладів України;
* вивчено стан наукового супроводу реформ в охороні здоров’я на центральному та регіональному рівнях управління;
* досліджено рівень впровадження наукових розробок з питань реформування системи охорони здоров’я в практичну діяльність;
* вивчено рівень ознайомлення організаторів охорони здоров’я з науковими розробками з питань реформування системи охорони здоров’я;
* запропоновано модель методичних підходів до наукових комунікацій з реформування охорони здоров’я по забезпеченню управлінців всіх рівнів та організаторів охорони здоров’я науковими розробками з реформування охорони здоров’я;
* *удосконалено* системний аналіз законодавчого забезпечення попередніх реформ охорони здоров’я в Україні;
* *дістав подальшого розвитку* аналіз реформування системи охорони здоров’я в пілотних Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві.

Впровадження результатів дослідженняв практику проводилося на етапах його виконання на державному, галузевому та регіональному рівнях.

Основні положення дисертації доповідались та обговорювались на 10 міжнародних та на 5 національних з’їздах та конференціях. Матеріали дисертації знайшли відображення в 35 наукових працях. В тому числі в 8 статтях у наукових виданнях, затверджених МОН України (1 – за кордоном), 7 – монографіях, 13-ти матеріалах наукових конференцій, 4 – методичних рекомендаціях та 3 – галузевих нововведеннях.

*Ключові слова:* система охорони здоров’я, реформування, законодавча база, комунікації, пілотне відпрацювання, результати, наукове забезпечення, функціонально-організаційна модель.

**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

*Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:*

* 1. Русняк В.А. Науковий вклад ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» в оптимізацію системи медичної допомоги населенню України / Ю.Б. Ященко, Н.В. Медведовська, В.А.Русняк // Україна.Здоров’я нації. – 2012.– №2-3 (22-23) – С. 9–12 (Дисертантові належить ідея написання статті, *збір даних, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків).*

2. Русняк В.А. Міжгалузева комплексна програма “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки як крок до втілення політики ЗДВ-21 в Україні/ О.Р. Ситенко, В.І. Аксенова, Т.М. Смірнова, В.А.Русняк // Україна. Здоров’я нації. – 2012. – №1 (21) – С. 86–89 *(Дисертантові належить збір та аналіз і обробка матеріалу, написання статті).*

3. Русняк В.А. Загальна характеристика законодавства України з питань організації охорони здоров’я/ Г.О. Слабкий, В.А. Русняк, С.В.Істомін // Сучасні медичні технології. 2013. – № 2(18). - С.109-112 *(Дисертантові належить ідея написання статті, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків).*

4. Русняк В.А. Результати наукової діяльності з проблеми «соціальна медицина»/ О.М.Кочет, Г.О.Слабкий, Ю.Б.Ященко, П.Р.Петрашенко, Т.В.Єльшиц, В.А.Русняк//Вісник соціальної медицини та організації охорони здоров’я України. 2011- №4. – С.56-66. *(Дисертантові належить збір та аналіз і обробка матеріалу, написання статті, формування висновків).*

5. Русняк В.А. До питання наукового забезпечення проведення реформи системи охорони здоров’я в Україні/ Г.О.Слабкий, В.А. Русняк // Україна. Здоров’я нації. – 2013. – №4 (28). – С. 78–82 *(Дисертантові належить ідея написання статті, аналіз і обробка матеріалу, написання статті та формування висновків).*

6. Русняк В.А. Наукові комунікації в процесі реформування охорони здоров’я в Україні./ В.М.Лобас, Г.О.Слабкий, В.А.Русняк //Український журнал телемедицини та медичної телематики. 2013. №2- С.137-141. *(Дисертантові належить ідея написання статті, аналіз матеріалу, написання статті).*

7. Русняк В.А. Роль кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я в науковому забезпеченні реформи охорони здоров’я/ В.А.Русняк, Г.О. Слабкий, Л.О.Качала // Іnтеrmedical journal (Словакія), IY (6) 2015 – С. 36–42. *(Дисертантові належить збір даних, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків).*

8. Русняк В.А. Наукова діяльність ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» у 2016 році/ П.С.Мельник, О.М. Дзюба, М.В. Кудренко, В.А. Русняк // Україна. Здоров’я нації. – 2016. – № 4 (40). – С. 7–11. *(Дисертантові належить аналіз і обробка матеріалу та написання статті).*

9. Русняк В.А. Загальні закономірності стану здоров’я населення України/ Н.В.Медведовська, В.А. Русняк, А.С. Кутуза, І.Ю. Батманова, В.С.Комар // Щорічна доповідь про стан здоров’я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2011 рік. [Монографія]. За ред. Р.В. Богатирьової. – Київ, 2012. - С. 54–59. *(Дисертантові належить узагальнення та аналіз статистичних даних, написання розділу монографії).*

10. Русняк В.А. Аналіз результатів наукової діяльності науково-дослідних установ, вищих медичних навчальних закладів і закладів післядипломної освіти, підпорядкованих Міністерству охорони здоров’я України/ О.П. Волосовець, О.М. Кочет, П.Р.Петрашенко, Т.В. Єльчиць, В.А. Русняк, І.О. Трубка, І.І.Шевчук// Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров’я України. 2011 рік: [монографія]. За ред. Р.В. Богатирьової.– Київ, 2012. - С. 20–44 *(Дисертантові належить аналіз звітів наукових закладів та ВМНЗ про діяльність за 2011рік, написання розділу монографії).*

11. Русняк В.А. Основи державної політики в галузі охорони здоров’я на 2013 рік/С.В. Істомін, О.Ю.Качур, В.А.Русняк// Щорічна доповідь про стан здоров’я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров’я України. 2012 рік [монографія]. За ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2013. – С.183-187. *(Дисертантові належить узагальнення основ державної політики на основі законодавчих та урядових актів, написання розділу монографії).*

12. Русняк В.А. Аналіз наукових здобутків в охороні здоров’я/ О.М. Дзюба, Т.М. Старча, П.Р. Петрашенко, В.А. Русняк // Щорічна доповідь про стан здоров’я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров’я України. 2014 рік [монографія]. За ред. Квіташвілі О. Київ, 2015 –. – С. 367–394. *(Дисертантові належить аналіз звітів наукових закладів та ВМНЗ про діяльність за 2014рік, написання розділу монографії).*

13. Русняк В.А. Основні результати наукової та інноваційної діяльності науково-дослідних установ, вищих медичних навчальних закладів і закладів післядипломної освіти МОЗ України/Л.Г. Карпінська, О.П. Волосовець, Г.О.Слабкий, О.М.Кочет , П.Р.Петрашенко, К.В. Баранніков, І.І. Шевчук, І.О. Трубка, С.В. Уваренко, В.А. Русняк, С.М.Рудинська // Щорічна доповідь про стан здоров’я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров’я України. 2015 рік [монографія]. За ред. Шафранського В.В. Київ, 2016 – С. 302–330. *(Дисертантові належить аналіз звітів наукових закладів та ВМНЗ про діяльність за 2015 рік, написання розділу монографії).*

*Опубліковані наукові праці апробаційного характеру:*

14. Rusniak W. Technologe wprowadzania medycyny dowodowej do praktycznej medycyny/G. Slabky, J.Hrzbbybovskyy, P.Pismenna, N. Lewenec, Lupej–Tkacz., W.Komar , O. Oleksejenko, G. Parchomenko, W. Rusniak, O. Walijew, J. Pylpec // Dni Medycyny Spolecznej i Zdrowia Publicznego – Zielona Gora 2012 “Polska 2012 – priorytety zdrovia publicznego” Honorowy Patronat Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Bronislawa Komorowskiego Pod redakcja: Tomasz Gajewski, Agnieszka Janiak - Osajca Irena Woznica. - Р. 61. (*Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу).*

15. Русняк В.А. Іноваційні підходи до розвитку первинної медико-санітарної допомоги в Україні/ Н.П.Кризина, В.Г.Слабкий, В.А.Русняк, В.В. Якимець, О.О. Шпита // Східноєвропейський журнал громадського здоров’я. Спеціальний випуск. Матеріали Y з’їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров’я України. 11-12 жовтня 2012 р. – С. 57. *(Дисертантові належить аналіз матеріалу, написання тез).*

16. Русняк В.А. Основні принципи нової європейської політики “Здоров’я - 2020” і шляхи її реалізації в інтересах українського народу/ Г.О.Слабкий, Ю.Б. Ященко, Н.П. Кризина, В.А.Русняк, О.І.Авраменко, М.В.Шевченко, Н.Ф.Шишацька // Міжнародна науково-практична конференція “Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій”, Херсон, 6–8 вересня 2012 р.: тези доп. – С. 167–170. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу).*

17. Русняк В.А. Щодо інформованості організаторів охорони здоров’я про результати наукових досліджень із реформування охорони здоров’я України // М. А. Знаменська, Г. О. Слабкий, М.В. Шевченко, В. А. Русняк // Медико-соціальні питання у реформуванні сфери охорони здоров’я: тези наук.-практ. конф., присвяченої пам’яті проф. В. М. Пономаренка, м. Київ, 24–25 жовт. 2013 р. – К., 2013. С. 134–135. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу, написання тез).*

18. Русняк В.А. Характеристика засобів наукової комунікації за спеціальністю «соціальна медицина» по забезпеченню реформи охорони здоров’я в Україні/ Г.О.Слабкий, В.А. Русняк, А.Є.Горбань, Н.Г.Левенець // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Медицина ХХ1 століття: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень» Дніпропетровськ. 19-20 липня 2013 - С. 29-32. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу, написання тез).*

19. Русняк В.А. Про науковий супровід пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини/ Г.О.Слабкий, В.В.Євтушенко, В.А. Русняк // Тези науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми сімейної медицини в Україні», присвяченої 25-річчю сімейної медицини в Україні та 15-річчю української асоціації сімейної медицини, м.Київ, 24-25 жовтня 2013р. //Сімейна медицина. 2013. №4.- С.174. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу, написання тез).*

20. Русняк В.А. До питання вартості реформи системи медичної допомоги населенню в пілотних регіонах/ Г.О.Слабкий, Н.В.Некрасова, В.А. Русняк, С.В.Збітнєва, М.В.Шевченко // Матеріали XIY конгресу СФУЛТ. Донецьк-Київ-Чікаго. 04-06 жовтня 2012 р. - 2012.- С. 64. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу, написання тез).*

21. Русняк В.А. Забезпечення прав пацієнтів при створенні закладів охорони здоров’я нового типу / Н.Ф.Шишацька, Н.Г.Левенець, В.А. Русняк, Д.П.Троянов, С.В.Істомін // Матеріали Міжнародного медичного конгресу «Впровадження сучасних досягнень медичної науки в практику охорони здоров’я України», Київ, 25–27 вересня 2012 р. : тези доп. – С. 8. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу, написання тез).*

22. Русняк В.А. Оперативные функции общественного здравоохранения и их кратное содержание в интерпритации ВОЗ/ Г.О.Слабкий, Р.А. Абряхимов, В.А.Русняк, М.А.Знаменская, Н.Р. Готь // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій» м. Херсон 30-31 травня 2013. –С.195-201. *(Дисертантові належить ідея написання тез та аналіз матеріалу).*

23. Русняк В.А. Реалізація права пацієнтів на згоду для отримання медичної допомоги/ В.М. Лобас, Г.О. Слабкий, Н.Ф. Шишацька, В.В.Глуховський, О.Т.Дорохова, Н.Г.Левенець, В.А.Русняк // Українські Медичні Вісті. №1(21): Матеріали ХІІ з’їзду Всеукраїнського Лікарського Товариства (ВУЛТ), м. Київ, 05–07 вересня, 2013 р.: тези доп. – С. 330. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу, написання тез).*

24. Русняк В.А. Щодо оцінки ефективності комунікативних програм в охороні здоров’я/Г.О.Слабкий, І.М. Рогач, М.А. Знаменська, Р.Ю. Погріляк, Л.О. Качала, В.А.Русняк// Тези доповідей 69-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу УжНУ факультет післядипломної освіти та до університетської підготовки.-Ужгород-2015.- С.54-55. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу, написання тез).*

25. Русняк В.А. Щодо загальних коефіцієнтів смертності наявного населення України в регіональному аспекті/ С.В.Дудник, Г.О. Слабкий, В.А. Русняк // Науково-практична конференція з міжнародною участю “Організація та управління охороною здоров'я 2016”, м. Київ, ВЦ “Київ ЕкспоПлаза”, 2016 р., 18–20 жовтня: тези доп. – С. 35–36. *(Дисертантові належить збір матеріалу, написання тез).*

26. Русняк В.А. Методологія розрахунків необхідних видатків на модернізацію закладів охорони здоров’я вторинного рівня медичної допомоги / Н.В.Некрасова, П.М.Лисенко, М.В.Шевченко, В.А. Русняк // Матеріали Міжнародного медичного конгресу «Впровадження сучасних досягнень медичної науки в практику охорони здоров’я України», Київ, 25–27 вересня 2012 р. : тези доп. – С. 7. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу).*

*Наукові праці, які додатково відображають результати дисертаційної роботи:*

27.Русняк В.А. Оптимізація науково-методичного забезпечення проведення реформи охорони здоров’я : метод. рекомендації / МОЗ України, Донецький нац. медичний ун-т ім. М. Горького; уклад. : Г. О. Слабкий, В. М. Лобас, О.Ю. Качур, О. К. Толстанов, О. М. Кочет, М. А. Знаменська, В. А. Руснак, Н.Г.Левенець. – К., 2013. – 16 с. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу).*

28. Русняк В.А. Модель науково-методичного забезпечення комунікацій з реформування охорони здоров’я/ Г.О.Слабкий, А.Є. Горбань, М.А.Знаменська, О.М.Дзюба, В.А.Русняк // Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров’я. Випуск 1, Том 1. Київ, 2015 - №349/1/14. – С.213. *(Дисертантові належить розробка моделі).*

29. Русняк В.А. Модель науково-методичного забезпечення реформи охорони здоров’я/ Г.О.Слабкий, П.С.Мельник, А.Є. Горбань, В.А. Русняк// Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров’я. Випуск 1, Том 1. Київ, 2015 - № 350/1/14, С. 214. *(Дисертант брала участь у розробці моделі).*

30. Русняк В.А. Управління системою комунікацій на рівні закладу охорони здоров’я/ Г.О.Слабкий,, М.А.Знаменська, В.В. Шафранський, П.С. Мельник, Л.О. Качала, О.М. Дзюба, В.А.Русняк**//** Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров’я. Випуск 2, Том 1. Київ, 2016 - № 340/2/15. – С.277. *(Дисертантові брала участь у розробці нововведення).*

31.Русняк В.А. Результати діяльності галузі охорони здоров’я. 2011 рік (Інформаційно-аналітичне видання)/ К. : МОЗ України, ДУ “УІСД”. – 2012. – 151 с. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу).*

32. Міжгалузева комплексна програма “Здоров’я нації”. 2010 / за редакцією І. М. Ємця, Г.О. Слабкого (Науково-інформаційне видання)// К: МОЗ, УІСД, 2011. – 163 с. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу).*

33. Русняк В.А. Скринінгові дослідження в практиці сімейного лікаря – скринінг на виявлення гіпертонії : методичні рекомендації/ О.І. Антинишин, В.Я.Бойко, І.Є. Заболотна, С.В.Збітнєва, Н.Ю.Кондратюк, Н.П.Кризина, О.В.Олексієнко, Г.Я.Пархоменко, В.А.Русняк, В.Г.Слабкий, М.К.Хобзей, Ю.Б.Ященко//К.: МОЗ, ДУ “УІСД”, 2011. – 24 с. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу).*

34. Русняк В.А. Скринінгові дослідження в практиці сімейного лікаря : виявлення захворювань щитовидної залози та глаукоми: методичні рекомендації / Л.В.Андрейчин, О.І.Антонишин, В.Я.Бойко, Д.Д.Дячук, С.В.Збітнєва, Н.Ю.Кондратюк, Н.П.Кризина, В.А. Русняк, В.Г.Слабкий, Г.В.Шпак, Л.В. Ященко, Ю.Б.Ященко// К.: МОЗ, УІСД, 2011. – 29 с. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу).*

35. Русняк В.А. Скринінгові дослідження в практиці сімейного лікаря : обстеження на виявлення цукрового діабету та анемії: методичні рекомендації /О.І. Антонишин, І.Ю.Батманова, В.Я.Бойко, Ю.Ю.Габорець, М.В.Денисенко, Д.Д. Дячук, С.В.Збітнєва, Н.Ю. Кондратюк, В.А.Русняк, В.Г. Слабкий, М.К.Хобзей, О.К.Толстанов, Г.В.Шпак, Ю.Б.Ященко // К.: МОЗ, УІСД, 2011. – 19 с. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу).*

*Rusnyak V.А.* Medico-social justification of functional-and-organizational model of scientific provision of health care reform in Ukraine. - Qualifying scientific work on the rights of manuscript.

Thesis for the degree of the candidate of medical sciences (Ph.d.), specialty 14.02.03 “Social medicine” (22 – Health Care).

The thesis was completed in the “Ukrainian Institute of Strategic Researches of Ministry of health of Ukraine”, Kyiv, Ukraine.

The thesis is defended at Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine, 2017.

The thesis is devoted to the solution of important scientific and practical tasks of health care – the scientific justification of functional-and-organizational model of scientific provision of health care reform in Ukraine.

The goal of study consisted in justification and development of the functional-and-organizational model of scientific provision of health care reform in Ukraine. The objectives of research were complex and directed to achieving the goal set. They were based on systematic approach and their execution led to reaching the goal of study. Volumes of research were calculated and ensured the obtaining of representative results.

Achieving the goal of the study required the development of special program, which provided for its implementation in seven organizational stages using adequate methods, at each of which interrelated tasks were completed that made it possible to provide a systematic approach in conducting the research and obtaining representative results for the estimation of the object of study.

The implementation of the tasks of the *first and second* organizational stages allowed identifying problematic issues in scientific handling of reforming the health care system in Ukraine, analyzing global and domestic experience with the issue and to choosing the direction of the research with the development of its design.

Bibliosemantic method and systematic approach were applied in the course of study.

*The aim of the third* stage of the research was the studying and analyzing of health care reform for the period of the years 2011-2015: events, results, risks, drawbacks and their causes. Informational base at this stage was composed by statistical reports from the regions which were subject to study for the period 2012-2014. In total 18 forms of industry statistical reporting were processed. In addition during the reform of health care system in these regions, we used the data of the monitoring evaluation of health care reform that was held by the Ukrainian Institute of Strategic Researches of the Ministry of health of Ukraine. In total 12 forms of monitoring assessment of health care reform in pilot regions were processed.

*The purpose of the fourth organizational stage* held with applying SWOT-analysis was the studying and comprehensive analysis of the legislative framework of Ukraine for conducting reforms in pilot regions: Donetsk, Dnipropetrovsk, Vinnytsia regions and Kyiv. Informational base at this stage of the study was composed by the Laws of Ukraine, Presidential Decrees, government regulations, orders the Ministry of health of Ukraine for the period 2012-2015. In total 1245 legislative and normative-and-legal acts were analyzed.

During *the fifth organizational stage* of this research the study of scientific personnel potential, state of planning and the results of scientific and research work was waged.

During this phase of research 26 reports of the departments of social medicine and public health organization of universities on issues of staffing and scientific work including the scientific provision of health care reform at the national and regional levels were analyzed. Were also studied and analyzed 6 annual orders of Ministry of health of Ukraine on the issues of approval of the topics of scientific and research work in the system of the Ministry of health of Ukraine, which are carried out on the orders of the Ministry of health of Ukraine on governmental account. Also 158 reports of universities and research institutes on the results of completed scientific-and-research work were analyzed.

The purpose of *the sixth organizational stage* was to study of the question on the state of scientific communication in the system of health care in Ukraine.

Informational base of the study included 12 “Ukrpatentinform” registers and 1134 questionnaires of sociological poll among the organizers of health care, 24 researchers from scientific-and-research institutions and 43lecturers from higher medical educational institutions of the III and IV levels of accreditation.

At the final seventh stage the model of the scientific provision of health care reform was developed on the base of the results obtained in the course of study and its assessment was undertaken. To develop a model of scientific provision of health care reform and its components the methods of descriptive and conceptual modeling and structural-and-logical analysis were applied. Systemic approach was applied as the base of study.

Insufficient level of scientific human resources in specialty “social medicine” at higher medical educational institutions and Ukrainian Institute of Strategic research is found in the course of study. Of the total number of approved by Ministry of Health topics for scientific-and-research work the share of scientific topics on the issues of scientific provision of the reform in health care system annually composes not more than 5% that shows the disinterest of the Ministry of Health in scientific provision of health care system reforming in Ukraine. Analysis of the results of scientific-and-research work implementation on the Ministry of Health order points their being fragmented and in most cases inopportune, which makes scientific provision of comprehensive measures for reforming the health care system impossible.

Low level of health care system provision with the means of scientific communication on reforming the health care system in Ukraine was determined by expert way: 25.2% with industry innovations, 18.8% with information letters about industry innovations, 20.8% with methodological instructions (from their total number on the organization and management of health care), annually single scientific forums on social medicine and public health on the problems of health care reforming are held.

Sociological survey revealed insufficient level of access to scientific achievements as for health care reforming in Ukraine for the regional level organizers of health (80.7 ± 2,0%-10.4 ± 1.5%) and the low level of awareness on the issue of the managers of primary (13.6 ± 1.7%-3.3 ± 0.9%) and secondary (72,5 ± 2.2%-1.1 ± 0.5%) levels health care establishments, the teachers of the departments of social medicine and public health of higher medical educational institutions of the III-IY accreditation levels (81,5 ± 1.9%-37.5 ± 2.4%) and scientific staff of scientific-and-research establishments (62,5±2,4%- 16,7±1,9%,).

The candidate proposed the model of methodological approaches to scientific communications on health care reforming to ensure all levels managers of health care with scientific developments on health care reform. The structural base of scientific communications model is constituted by the available resources of the existing health care system. Its implementation does not require significant additional financial resources. Provision of the managers who take decisions on the issues of health care at all levels and the managers and organizers of health care, medical personnel and mass-media with comprehensive, objective information about the domestic and foreign researches on the problems health care system development is the strategic direction of scientific communications model on reforming the health care system. Regularly informing all the target groups involved in reforming of the health care sphere about the results of scientific researches (developments) on the best organizational practices in organizing medical aid to population is the tactical direction of the model.

According to the results of scientific research the functional-and-organizational model of scientific provision of health care reform at branch and central levels is justified and developed. Strategic direction of the model consists in scientific provision of the process management decision-making on reforming the system of medical aid to the population of Ukraine at all levels of management. Tactical direction of the model consists in improving the process of research work planning with the maximal involvement of the scientists and health care organizers and implementing their coordination with wide professional discussion of the results obtained and their legal expertise. The peculiarity of this model is that at all stages of research work planning, its implementation, presentation of results and their application the system's scientific potential is maximally used in specialty “social medicine” and that of health care organizers prone to scientific research including opponents to the reform of the system of medical aid to population with comprehensiveness both in the framework of the institutions of social medicine and other specialties, that scientific and methodological level and the effectiveness of their implementation. The conditions for implementing the proposed model are developed.

To determine the eligibility of the proposed functional-and-organizational model of health care reform scientific provision in Ukraine the expert evaluation system with the involvement of 25 experts was carried out.

**Scientific novelty of the obtained results** is that for the first time in Ukraine: scientific justification was given to functional-and-organizational model of scientific provision of health care reform in Ukraine, which is supported by the set of legal, administrative, organizational, informational, financial technologies and is based on inter-sectional approach that provides systematic methodology, comprehensiveness, succession, coordination and the continuity of the process of reforming the health care system in the country; human scientific potential of the Ukrainian Institute of Strategic Researches of Ministry of health of Ukraine and departments of social medicine and health care organization of higher educational institutions of Ukraine is estimated; the state of scientific support of reforms in health care at central and regional levels was studied; the level of implementation of scientific elaborations on the issues of the reform in health care system in practice was investigated; the level of acquaintance of health care organizers with scientific elaborations was studied; the model of methodological approaches to scientific communications in health care reform to provide managers of all levels and health care organizers with scientific elaborations on health care reform; systemic analysis of legislative support for previous health care reforms in Ukraine was improved; analysis of the reform of health care system in pilot Vinnytsia, Dnipropetrovsk, Donetsk regions and Kyiv took further development.

Implementation of the results of research in practice was conducted at the stages of its implementation at the national, branch and regional levels.

The main provisions of the thesis were reported and discussed at 10 international and 5 national congresses and conferences.

Materials of the thesis were reflected in 35 scientific papers including 8articles in scientific journals, approved by the SAC of Ukraine (1 of them abroad), 7 monographs, 13 reports of scientific conferences, 4 in other scientific papers, 4 in guidelines and 4 in branch innovations.

*Key words:* health care system, reform, legislative base, communications, pilot testing, results, scientific provision, functional-and-organizational model.

**PUBLISHED PAPERS ON THE TOPIC OF THE THESIS**

***Scientific papers in which the main scientific results of the thesis are published:***

1. Rusnyak V.A. Naukovyi vklad DU “Ukrayinskiy instytut strategichnykh doslidzhen’ MOZ Ukrayiny” v optymizatsiyu systemy medichnoyi dopomohy naselennyu Ukrayiny/Yu.B.Yashchenko, N.V.Medvedovska, V.A.Rusnyak// Ukrayina. Zdorovya natsiyi. – 2012.– №2-3 (22-23) – S. 9–12 *(The idea of the article, accumulation of the data, analysis of the material and formulating the conclusions belong to the candidate).*

2. Rusnyak V.A. Міzhhaluzeva kompleksna programa “ Zdorovya natsiyi ” na 2002–2011 roky yak krok do vtilennya polityky ZDV-21 v Ukrayini/ О.R. Sitenko, V.І. Аksenova, T.М. Smirnova, V.A. Rusnyak // Ukrayina. Zdorovya natsiyi . – 2012. – №1 (21) – S. 86–89 *(Candidate’s participation: accumulation of the data, analysis of the material,composing the article).*

3. Rusnyak V.A. Zahalna kharakterystyka zakonodavstva Ukrayiny z pytan’ organizatsiyi okhorony zdorovya / G.O.Slabkiy, V.A.Rusnyak, S.V.Іstomin // Suchasni medichni tekhnolohiyi. 2013. – № 2(18). - S.109-112 *(The idea of the article, accumulation of the data, analysis of the material and formulating the conclusions belong to the candidate).*

4. Rusnyak V.A. Rezultaty naukovoyi diyal’nosti z problem “sotsial’na medicina”/ О.М.Коchet, G.O.Slabkiy, Yu.B.Yashchenko, P.R.Petrashenko, Т.V.Yelshits, V.A. Rusnyak //Visnyk sotsialnoyi mediciny ta organizatsiyi okhorony zdorovya Ukrayiny. 2011- №4. – S.56-66.  *(Candidate’s participation: accumulation of the data, analysis of the material,composing the article, formulation of conclusions).*

5. Rusnyak V.A. Do pytannya naukovoho zabezpechennya provedennya reform systemy okhorony zdorovya v Ukrayini / G.O.Slabkiy, V.A. Rusnyak // Ukrayina. Zdorovya natsiyi. – 2013. – №4 (28). – S. 78–82. *(The idea of the article, accumulation of the data, analysis of the material, composing the article and formulating the conclusions belong to the candidate).*

6. Rusnyak V.A. Naukovi komunikatsiyi v protsesi reformuvannya okhorony zdorovya v Ukrayini/ V.М.Lobas, G.O.Slabkiy, V.A. Rusnyak //Ukrayinskiy zhurnal telemediciny ta medichnoyi telematyky. 2013. №2 - S.137-141. *(Candidate’s participation: idea of the article, analysis of the material,composing the article).*

7. Rusnyak V.A. Rol’ kafedr sotsialnoyi mediciny ta organizatsiyi okhorony zdorovya v naukovomu zabezpechenni reformy okhorony zdorovya/ V.A.Rusnyak, G.O.Slabkiy, L.О.Каchala // Іnтеrmedical journal (Slovakiya), IV (6) 2015 – S. 39–46. *(Candidate’s participation: accumulation of the data, analysis of the material, formulation of the conclusions).*

8. Rusnyak V.A. Naukova diyal’nist DU DU “Ukrayinskiy instytut strategichnykh doslidzhen MOZ Ukrayiny” u 2016 rotsi/ P.S.Меlnyk, О.М. Dzyuba, М.V. Кudrenko, V.A. Rusnyak // Ukrayina. Zdorovya natsiyi. – 2016. – № 4 (40). – S. 7–11. *(Candidate’s participation: idea of the article, analysis of the material,composing the article).*

9. Rusnyak V.A. Zahalni zakonomirnosti stanu zdorovya naselennya Ukrayiny/ N.V.Medvedovska, V.A.Rusnyak, А.S. Кutuza, І.Yu. Batmanova, V.S.Комаr // Shchorichna dopovid pro stan zdorovya naselennya Ukrayiny ta sanitarno-epidemichnu sytuatsiyu. 2011 rik: [mоnographiya]. Za red. R.V.Bohatyryovoyi. – Kyiv, 2012. - S.54–59. *(Candidate’s participation: generalization and analysis of statistical data, composition of the chapter of monograph).*

10. Rusnyak V.A. Аnaliz rezultativ naukovoyi diyalnosti naukovo-doslidnykh ustanov, vyshchykh navchalnykh zakladiv i zakladiv pislyadyplomnoyi osvity, pidporyadkovanykh Ministerstvu okhorony zdorovya Ukrayiny / О.P. Volosovets, О.М.Коchet, P.S.Petrashenko, Т.V.Yelshyts, V.A.Rusnyak, І.О. Тrubka, І.І. Shevchuk// Shchorichna dopovid pro rezultaty diyalnosti systemy okhorony zdorovya Ukrayiny. 2011 rik: [mоnographiya]. Za red. R.V.Bohatyryovoyi.– Kyiv, 2012. - S. 20–44.  *(Candidate’s participation: analysis of the reports of scientific and higher medical educational institutions for the year 2011, composition of the chapter of monograph).*

11. Rusnyak V.A. Оsnovy derzhavnoyi polityky v haluzi okhorony zdorovya na 2013 rik/ S.V. Іstomin, О.Yu.Каchur, V.A. Rusnyak // Shchorichna dopovid pro stan zdorovya naselennya Ukrayiny, sanitarno-epidemichnu sytuatsiyu tа rezultaty diyalnosti systemy okhorony zdorovya Ukrayiny. 2012 rik [mоnographiya]. Za red. R.V.Bohatyriovoyi. – К., 2013. – S.183-187.  *(Candidate’s participation: generalization of the fundamentals of State policy on the base of legislative and governmental acts, composition of the chapter of monograph).*

12. Rusnyak V.A. Аnaliz naukovykh zdobutkiv v okhoroni zdorovya/ О.М. Dzyuba, Т.М. Starcha, P.R.Petrashenko, V.A. Rusnyak // Shchorichna dopovid pro stan zdorovya naselennya Ukrayiny, sanitarno-epidemichnu sytuatsiyu tа rezultaty diyalnosti systemy okhorony zdorovya Ukrayiny. 2014 rik [mоnographiya]. Za red. Kwitashvili О. Кyiv, 2015. – S. 367–394  *(Candidate’s participation: analysis of the reports of scientific and higher medical educational institutions for the year 2014, composition of the chapter of monograph).*

13. Rusnyak V.A. Оsnovni rezultaty naukovoyi ta innovatsiynoyi diyalnosti naukovo-doslidnykh ustanov, vyshchykh medychnykh navchalnykh zakladiv i zakladiv pislyadyplomnoyi osvity MOZ Ukrayiny/L.G.Каrpinska, О.P. Volosovets, G.O.Slabkiy, О.М.Коchet, P.R.Petrashenko, К.V.Barannikov, І.І.Shevchuk, І.О. Тrubka, S.V.Uvarenko, V.A. Rusnyak, S.М.Rudynska // Shchorichna dopovid pro stan zdorovya naselennya Ukrayiny, sanitarno-epidemichnu sytuatsiyu tа rezultaty diyalnosti systemy okhorony zdorovya Ukrayiny. 2015 rik [mоnographiya]. Za red. Shafranskoho V.V. Кyiv, 2016 – S. 302–330 *(Candidate’s participation: analysis of the reports of scientific and higher medical educational institutions for the year 2015, composition of the chapter of monograph).*

***Published papers of approbational character***

14. Rusniak W. Technologe wprowadzania medycyny dowodowej do praktycznej medycyny/G. Slabky, J.Hrzbbybovskyy, P.Pismenna, N. Lewenec, Lupej–Tkacz., W.Komar , O. Oleksejenko, G. Parchomenko, W. Rusniak, O. Walijew, J. Pylpec // Dni Medycyny Spolecznej i Zdrowia Publicznego – Zielona Gora 2012 “Polska 2012 – priorytety zdrovia publicznego” Honorowy Patronat Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Bronislawa Komorowskiego Pod redakcja: Tomasz Gajewski, Agnieszka Janiak - Osajca Irena Woznica. - Р. – 61. *(Candidate’s participation: accumulation of the data, analysis of the material).*

15. Rusnyak V.A. Іnnovatsiyni pidkhody do rozvytku pervynnoyi medico-sanitarnoyi dopomohy v Ukrayini / N.P.Kryzyna, V.G.Slabkiy, V.A. Rusnyak, V.V.Yakymets, О.О. Shpyta//Skhidnoyevropeyskiy zhurnal hromadskoho zdorovya. Spetsialniy vypusk. Materialy V zyizdu spetsialistiv z sotsialnoyi mediciny ta organizatoriv okhorony zdorovya Ukrayiny 11-12 zhovtnya 2012 r. – S. 57. *(Candidate’s participation: analysis of the material,composing the abstracts).*

16. Rusnyak V.A. Оsnovni pryntsypy europeiskoyi polityky “Zdorovya – 2020” i shlyakhy yiyi realizatsiyi v interesakh ukrayinskoho narodu / G.O. Slabkiy, Yu.B.Yashchenko, N.P.Kryzyna, V.A. Rusnyak, О.І.Аvramenko, М.V.Shevchenko, N.F.Shyshatska// Міzhnarodna naukovo-praktychna konferentsiya “Aktualni pytannya formuvannya zdorovoho sposobu zhyttya ta vykorystannya ozdorovchykh tekhnolohiy”, Kherson, 6–8 veresnya 2012 r.: tezy dop. – S. 167–170. *(Candidate’s participation: accumulation of the data and analysis of the material).*

17. Rusnyak V.A. Shchodo informovanosti organizatoriv okhorony zdorovya pro rezultaty naukovykh doslidzhen iz reformuvannya okhorony zdorovya Ukrayiny/ М.А.Znamenska, G.O.Slabkiy, М.V.Shevchenko, V.A. Rusnyak / Меdiko-sotsialni pytannya u reformi sfery okhorony zdorovya: tezy nauk.-prakt. konf., prysvyachenoyi pamyati profesora Ponomarenka V.M., m. Кyiv, 24-25 zhovtnya 2013 r. – K., 2013. – S. 134–135.  *(Candidate’s participation: accumulation and analysis of the material, composing the abstracts).*

18. Rusnyak V.A. Kharakterystyka zasobiv naukovoyi komunikatsiyi za spetsialnistyu “sotsialna medicina” po zabezpechennyu reformy okhorony zdorovya v Ukrayini / G.O.Slabkiy, V.A. Rusnyak, А.Ye.Horban’, N.G.Levenets // Маterialy mizhnarodnoyi naukovo-praktychnoyi konferentsiyi “Меdicina ХХI stolittya: perspektyvni ta priorytetni napryamy naukovykh doslidzhen” Dnipropetrovsk. 19-20 lypnya 2013 - S. 29-32. *(Candidate’s participation: accumulation and analysis of the material,composing the abstracts).*

19. Rusnyak V.A. Pro naukoviy suprovid priorytetnoho rozvytku pervynnoyi medico-sanitarnoyi dopomohy na zasadakh simeynoyi nediciny / G.O.Slabkiy, V.V.Yevtushenko, V.A. Rusnyak // Теzy naukovo-praktychnoyi konferentsiyi z mizhnarodnoyu uchastyu “Аktualni problem simeinoyi mediciny v Ukrayini”, prysvyachenoyi 25-richyu simeynoyi mediciny v Ukrayini ta 15-richyu ukrayinskoyi asotsiatsiyi simeynoyi mediciny, m.Kyiv, 24-25 zhovtnya 2013 r. //Simeina medicina. 2013. №4.- S.174. *(Candidate’s participation: accumulation and analysis of the material, composing the abstracts).*

20. Rusnyak V.A. Do pytannya vartosti reformy systemy medychnoyi dopomohy naselennyu v pilotnykh regionakh /N.V.Nekrasova, V.A. Rusnyak, S.V.Zbitnyeva, М.V.Shevchenko // Маterialy XIV kongresu SFULT. Donetsk-Kyiv-Chicago. 04-06 zhovtnya 2012 r. - 2012. - S. 64. *(Candidate’s participation: accumulation and analysis of the material, composing the abstracts).*

21. Rusnyak V.A. Zabezpechennya prav patsientiv pry stvorenni zakladiv okhorony zdorovya novoho typu / N.F.Shyshatska, N.G.Levenets, V.A. Rusnyak, D.P.Troyanov, S.V.Istomin // Маterialy Mizhnarodnoho medichnoho kongresu “Vprovadzhennya suchasnykh dosyahnen medichnoyi nauky v praktyku okhorony zdorovya Ukrayiny”, Кyiv, 25–27 veresnya 2012 r. : tezy dop. – S. 8. *(Candidate’s participation: accumulation and analysis of the material, composing the abstracts).*

22. Rusnyak V.A. Оperativnyie funktsii obshchestvennogo zdravookhranieniya i ikh kratkoye soderzhaniye v interpretatsii VOZ/ G.O.Slabkiy, R.А. Аbryakhimov, V.A. Rusnyak, М.А.Znamenskaya, N.R.Got’ // Materialy mіzhnarodnoyi naukovo-praktychnoyi konferentsiyi “Aktualni pytannya formuvannya zdorovoho sposobu zhyttya ta vykorystannya ozdorovchykh tekhnolohiy”, Kherson 30-31 travnya 2013. - S. 195-201. *(Candidate’s participation: composing the abstracts and analysis of the material,).*

23. Rusnyak V.A. Realizatsiya prava patsientiv na zhodu dlya otrymannya medychnoyi dopomohy/V.М.Lobas, G.O.Slabkiy, N.F.Shyshatska, V.V. Glukhovskiy, О.Т.Dorokhova, N.G.Levenets, V.A. Rusnyak // Ukrayinski Medychni Visti. №1(21): Маterialy ХІІ zyizdu Vseukrayinskoho Likarskoho Tovarystva (VULT) m. Kyiv, 05–07 veresnya, 2013 r.: tezy dop. – S. 330. *(Candidate’s participation: accumulation and analysis of the material, composing the abstracts).*

24. Rusnyak V.A. Shchodo otsinky efektyvnosti komunikatyvnykh program v okhoroni zdorovya/G.O.Slabkiy, І.М. Rogach, М.А. Znamenska, R.Yu. Pogorilyak, L.О. Каchala, V.A. Rusnyak // Теzy dopovidey 69-yi pidsumkovoyi naukovoyi konferentsiyi profesorsko-vykladatskoho skladu UzhNU fakultet pislyadyplomnoyi osvity ta douniversytetskoyi pidhotovky. – Uzhhorod -2015.- S.54-55. *(Candidate’s participation: accumulation and analysis of the material, composing the abstracts).*

25. Rusnyak V.A. Shchodo zahalnykh koefitsientiv smertnosti nayavnoho naselennya Ukrayiny v regionalnomu aspekti / S.V.Dudnyk, G.O.Slabkiy, V.A. Rusnyak // Naukovo-praktychna konferentsiya z mizhnarodnoyu uchastyu “Оrganizatsiya ta upravlinnya okhoronoyu zdorovya 2016”, m. Кyiv, VC “Кyiv Екspo Plaza”, 2016 r., 18–20 zhovtnya: tеzy dop. –S. 35–36. *(Candidate’s participation: accumulation of the material, composing the abstracts).*

26. Rusnyak V.A. Меtodologiya rozrakhunkiv neobhinykhр vydatkiv na modernizatsiyu zakladiv okhorony zdorovya vtorynnoho rivnya medichnoyi dopomohy/N.V.Nekrasova, P.М.Lysenko, М.V.Shevchenko, V.А.Rusnyak// Маtеrіаly Міzhnarodnoho medichnoho kongresu “Vprovadzhennya suchasnykh dosyahnen’ medichnoyi nauky v praktyku okhorony zdorovya Ukrayiny”, Kyiv, 25-27 veresnya 2012 r.: tezy dop. – S. 7 *(Candidate’s participation: accumulation and analysis of the material).*

***Scientific papers additionally reflecting the results of the thesis***

27*.* Rusnyak V.A. Оptymizatsiya naukovo-metodychnoho zabezpechennya provedennya reformy okhorony zdorovya: меtod. rekomendatsiyi/ МОZ Ukrayiny, Donetskiy nats. medychniy un-t im.M.Gorkoho; uklad.: G.O.Slabkiy, V. М. Lobas, О.Yu. Каchur, О. К. Тоlstanov, О. М. Коchet, М. А. Znamenska, V.A. Rusnyak, N.G.Levenets. – К., 2013. – 16 s. *(Candidate’s participation: accumulation and analysis of the material).*

28. Rusnyak V.A. Моdel’ naukovo-metodychnoho zabezpechennya komunikatsiy z reformuvannya okhorony zdorovya / G.O.Slabkiy, А.Ye.Horban’, М.А. Znamenska, О.М. Dzyuba, V.A. Rusnyak // Perelik naukovoyi (naukovo-tekhnichnoyi) produktsiyi, pryznachenoyi dlya vprovadzhennya dosyahnen’ medichnoyi nauky v sferu okhorony zdorovya. Vypusk 1, Tom 1. Kyiv, 2015 - № 349/1/14 – S.213. *(Candidate’s participation: development of the model).*

29. Rusnyak V.A. Моdel’ naukovo-metodychnoho zabezpechennya reformy okhorony zdorovya/ G.O.Slabkiy, P.S.Melnyk, А.Ye.Horban’, V.A. Rusnyak // Perelik naukovoyi (naukovo-tekhnichnoyi) produktsiyi, pryznachenoyi dlya vprovadzhennya dosyahnen’ medichnoyi nauky v sferu okhorony zdorovya. Vypusk 1, Tom 1. Kyiv, 2015 - №. 350/1/14, S. 214. *(Candidate participated in the development of the model).*

30. Rusnyak V.A. Upravlinnya systemoyu komunikatsiy na rivni zakladu okhorony zdorovya/G.O.Slabkiy, М.А. Znamenska, V.V.Shafranskiy, P.S. Melnyk, L.О. Каchala, О.М. Dzyuba, V.A. Rusnyak **//** Perelik naukovoyi (naukovo-tekhnichnoyi) produktsiyi, pryznachenoyi dlya vprovadzhennya dosyahnen’ medichnoyi nauky v sferu okhorony zdorovya. Vypusk 2, Tom 1. Kyiv, 2016 - № 340/2/15. – S.277.*(Candidate participated in the development of the innovation).*

31.Rusnyak V.A. Rezultaty diyalnosti haluzi okhorony zdorovya. 2011 rik (Informatsiyno-analitychne vydannya )// К. : МОZ Ukrayiny, DU “UISD”. – 2012. – 151 s. *(Candidate’s participation: accumulation and analysis of the material).*

32. Міzhhaluzeva kompleksna programa “Zdorovya natsiyi”. 2010 / zа redaktsiyeyu І. М. Yemtsya, G.O.Slabkoho (Naukovo-informatsiyne vydannya)// К: МОZ, UISD, 2011. – 163 s. *(Candidate’s participation: accumulation and analysis of the material).*

33. Rusnyak V.A. Skryningovi doslidzhennya v praktytsi simeynoho likarya – skryning ta vyiavlennya hypertoniyi: metodychni rekomendatsiyi / О.І. Аntonyshyn, V.Ya Boyko, І.Ye.Zabolotna, S.V.Zbitnyeva, N.Yu. Коndratyuk, N.P.Kryzyna, О.V.Оleksiyenko, G.Ya.Parkhomenko, V.A. Rusnyak, V.G.Slabkiy, М.К.Khobzey, Yu.B.Yashchenko //К.: МОZ, DU “UISD”, 2011. – 24 s. *(Candidate’s participation: accumulation and analysis of the material).*

34. Rusnyak V.A. Skryningovi doslidzhennya v praktytsi simeynoho likarya: vyiavlennya zakhvoryuvan shchytovydnoyi zalozy ta glaukomy: metodychni rekomendatsiyi / L.V.Andreichyn, О.І. Аntonyshyn, V.Ya Boyko, D.D.Dyachuk, S.V.Zbitnyeva, N.Yu. Коndratyuk, N.P.Kryzyna, V.A. Rusnyak, V.G.Slabkiy, G.V.Shpak, L.V.Yashchenko, Yu.B.Yashchenko // К.: МОZ, UISD, 2011. – 29 s. *(Candidate’s participation: accumulation and analysis of the material).*

35. Rusnyak V.A. Skryningovi doslidzhennya v praktytsi simeynoho likarya: obstezhennya ta vyiavlennya tsukrovoho diabetu ta anemiyi: metodychni rekomendatsiyi /О.І. Аntonyshyn, І.Yu.Batmanova, V.Ya Boyko, Yu.Yu. Gaborets, М.V.Denysenko, D.D.Dyachuk, S.V.Zbitnyeva, N.Yu. Коndratyuk, V.A. Rusnyak, V.G.Slabkiy, М.К.Khobzey, О.К.Тоlstanov, G.V.Shpak, Yu.B.Yashchenko // К.: МОZ, UISD, 2011. – 19 s. *(Candidate’s participation: accumulation and analysis of the material).*

**Зміст**

|  |  |
| --- | --- |
| Перелік умовних скорочень | 30 |
| Вступ | 31 |
| ***Розділ 1.*** Аналіз досвіду реформування охорони здоров’я в сіті та Україні (аналітичний огляд наукової літератури) | 42 |
| * 1. Світовий досвід проведення реформ охорони здоров’я | 42 |
| * 1. Реформування системи охорони здоров’я в Україні | 45 |
| * 1. Питання реформування охорони здоров’я України в дисертаційних роботах | 55 |
| Про необхідність проведення подальших досліджень | 58 |
| ***Розділ 2.***Програма, матеріали, методи і обсягидослідження | 62 |
| ***Розділ 3.*** Аналіз проведення реформи охорони здоров’я за період 2011-2015 роки: заходи, результати, ризики, недоліки, причини | 71 |
| 3.1. Організація фінансового забезпечення реалізації пілотного проекту | 74 |
| 3.2. Реорганізація системи медичного обслуговування в пілотних регіонах | 93 |
| 3.3. Реформування системи екстреної медичної допомоги | 102 |
| 3.4. Реформування вторинної медичної допомоги | 106 |
| 3.5. Аналіз невиконаних законодавчо визначених напрямків реформи охорони здоров’я в пілотних регіонах | 110 |
| 3.6. Загальні тенденції реформування системи охорони здоров’я в 2015 р. | 113 |
| Висновки за розділом | 114 |
| ***Розділ 4.*** Характеристика законодавчої бази проведення реформи охорони здоров’я України | 117 |
| 4.1. Характеристика Законів України з реформування системи охорони здоров’я України 2012-2014 роках | 117 |
| 4.2. Характеристика Указів Президента України в 2012-2014 роках | 121 |
| 4.3. Характеристика урядових актів з забезпечення пілотного відпрацювання реформи охорони здоров’я в 2012-2014 роках | 122 |
| 4.4. Аналіз наказів МОЗ України в 2012-2014 роках | 124 |
| 4.5. Законодавче забезпечення реформи охорони здоров’я в 2015 році | 126 |
| Висновки за розділом | 131 |
| ***Розділ 5.*** Аналіз кадрового наукового потенціалу Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України і кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я вищих навчальних медичних закладів України та виконання ними науково дослідних робіт | 132 |
| 5.1. Аналіз кадрового наукового потенціалу Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України і кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я вищих навчальних медичних закладів України | 132 |
| 5.2. Система планування науково-дослідних робіт за спеціальністю «соціальна медицина» | 139 |
| 5.3. Результати виконання НДР за тематикою реформування охорони здоров’я України | 143 |
| Висновки за розділом | 145 |
| ***Розділ 6.*** Наукові комунікації в процесі реформування охорони здоров’я вУкраїні | 148 |
| 6.1. Характеристика засобів наукової комунікації з питань реформування системи охорони здоров’я | 148 |
| 6.2. Рівень ознайомлення організаторів охорони здоров’я з науковими розробками з питань реформування системи охорони здоров’я | 153 |
| 6.3. Модель наукових комунікацій з реформування охорони здоров’я | 158 |
| Висновки за розділом | 164 |
| ***Розділ 7.*** Характеристика функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні | 166 |
| 7.1. Теоретичні основи розробки функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні | 166 |
| 7.2. Характеристика функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні | 168 |
| 7.3. Функціонально-організаційна модель наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні | 174 |
| 7.4. Впровадження запропонованої оцінка функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні | 178 |
| 7.5. Експертна оцінка оцінка функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні | 179 |
| Висновки за розділом | 180 |
| Висновки | 183 |
| Практичні рекомендації | 188 |
| Список використаної літератури | 190 |
| Додатки | 214 |

Умовні скорочення

|  |  |
| --- | --- |
| АЗПСА | Амбулаторія загальної практики – сімейна амбулаторія |
| ВМД | Вторинна медична допомога |
| ВМНЗ | Вищий медичний навчальний заклад |
| ВООЗ | Всесвітня організація охорони здоров’я |
| ГО | Госпітальний округ |
| ЕМД | Екстрена медична допомога |
| ЗОЗ | Заклад охорони здоров’я |
| ЛЗП-СЛ | Лікар загальної практики-сімейний лікар |
| МД | Медична допомога |
| НАМН | Національна академія медичних наук України |
| НДО | Недержавна організація |
| НДР | Науково-дослідна робота |
| НДУ | Науково-дослідна установа |
| ОДА | Обласна державна адміністрація |
| ОЗ | Охорона здоров’я |
| ПМСД | Первинна медико-санітарна допомога |
| ФАП | Фельдшерсько-акушерський пункт |

**ВСТУП**

**Актуальність теми.**

В Україні проводиться реформування системи охорони здоров’я [1,2], пілотне відпрацювання якої було визначено на законодавчому рівні [3] в 2012-2014 роках [3,4]. Основними напрямками реформи охорони здоров’я було визначено запровадження сучасних фінансово-економічних засад в охороні здоров’я [5,6] та її структурна перебудова [7,8] з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини і формуванням госпітальних округів на вторинному рівні із створенням лікарень інтенсивного лікування та відтворенням закладів охорони здоров’я відновного лікування та паліативної допомоги [9,10].

При розробці стратегії реформи охорони здоров’я використовувалися рекомендації ВООЗ [11,12] і Світового банку [13] до створення сучасних систем охорони здоров’я, досвід інших країн з проведення реформи охорони здоров’я [14,15] та функціонування відповідних систем в країнах Європи [16,17].

Запрограмовані в пілотних регіонах заходи з відпрацювання сучасної національної систем и охорони здоров’я повністю не були відпрацьовані [18,19], пілотний проект не було продовжено, а в подальшому його досвід використовується фрагментарно без урахування ризиків [20,21], що вказує на відсутність наступності в реформі охорони здоров’я в Україні.

Однією із причин такої ситуаціє є відсутність науково обґрунтованого комплексного підходу до проведення реформи охорони здоров’я та її заходів, на необхідність чого вказує ВООЗ [22,23] та ведучі спеціалісти в області організації та управління охороною здоров’я [24-27].

Дане і визначило актуальність даного дисертаційного дослідження та його мету і програму.

**Зв’язок роботи з науковими програмами, темами, планами.**

Дисертаційна робота є фрагментом комплексних науково-дослідних робіт «Наукове обґрунтування розробки системи комунікаційних технологій в охороні здоров’я України», № держреєстрації 0112U002810 та «Наукове обґрунтування розробки комунікаційних елементів та їх взаємодії в інформаційній діяльності галузі охорони здоров’я», № держреєстрації 0115U002856, які виконувалися в ДУ „Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”. Дисертант був виконавцем окремих фрагментів цих науково-дослідних робіт.

**Мета роботи:** обґрунтувати та розробити функціонально-організаційну модель наукового забезпечення та супроводу реформи охорони здоров’я в Україні.

**Завдання дослідження**, обумовлені поставленою метою, передбачали:

1. Вивчити світовий та вітчизняний досвід з питань проведення реформи охорони здоров’я та її наукового забезпечення.
2. Вивчити та провести аналіз стратегії та практичного проведення попередніх реформ охорони здоров’я в Україні і їх позитивних і негативних результатів, складностей проведення та ризиків.

3.Провеcти системний аналіз законодавчого забезпечення попередніх реформ охорони здоров’я в Україні.

1. Оцінити кадровий науковий потенціал Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України і кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я вищих навчальних медичних закладів України.
2. Дослідити стан наукового супроводу реформ в охороні здоров’я.
3. Дослідити рівень впровадження наукових розробок з питань реформування системи охорони здоров’я в практичну діяльність.
4. Вивчити рівень ознайомлення організаторів охорони здоров’я з науковими розробками з питань реформування системи охорони здоров’я.
5. Здійснити медико-соціальне обґрунтування та розробити функціонально-організаційну модель наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні та оцінити її прийнятність для практичного впровадження.

**База наукового дослідження***.* Система охорони здоров’я України.

Термін дослідження 2012-2015 рр.

*Об’єкт дослідження:*наукове забезпечення реформування системи охорони здоров’я в Україні.

*Предмет дослідження:* організація, процес та результати, реформування системи охорони здоров’я, законодавче та наукове забезпечення реформування системи охорони здоров’я, рівень наукових комунікацій з питань реформування системи охорони здоров’я.

У дослідженнях безпосередньо та в різних комбінаціях використані наступні *методи наукового дослідження:*

1. *системного підходу та аналізу* – для проведення кількісного та якісного аналізу проблем наукового забезпечення реформування системи охорони здоров’я України;
2. *бібліосемантичний* – для вивчення існуючих світових та вітчизняних підходів до вирішення проблеми ефективного проведення реформи охорони здоров’я;
3. *соціологічний* – для дослідження інформованості організаторів охорони здоров’я про результати наукових здобутків з питань реформування системи охорони здоров’я України;
4. *медико-статистичний* – для аналізу основних показників результатів проведення реформи системи охорони здоров’я, результатів соціологічних досліджень та оцінки розробленої функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні;
5. *описового моделювання* – для проведення функціонально-структурного аналізу та представлення функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні;
6. SWOT-аналізу – з метою встановлення сильних та слабких сторін урядових актів з питань реформування системи охорони здоров’я;
7. *концептуального моделювання* – для моделювання та представлення функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні;
8. *експертних оцінок –* з метою оцінки прийнятності для практичного впровадження запропонованої функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні;
9. *організаційного експерименту* – для апробації обґрунтованої та розробленої функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні.

**Наукова новизна одержаних результатів**полягає в тому, що вперше в Україні*:*

* науково обґрунтовано функціонально-організаційну модель наукового забезпечення та супроводу реформи охорони здоров’я в Україні, яка підтримується комплексом правових, управлінських, організаційних, інформаційних, фінансових технологій та базується на міжсекторальному підході, що забезпечує системність, комплексність, наступність, координованість та безперервність процесу реформування системи охорони здоров’я в країні;
* оцінено кадровий науковий потенціал з наукової дисципліни «соціальна медицина»;
* вивчено стан наукового супроводу реформ в охороні здоров’я на центральному та регіональному рівнях управління;
* досліджено рівень впровадження наукових розробок з питань реформування системи охорони здоров’я в практичну діяльність;
* вивчено рівень поінформованості організаторів охорони здоров’я з науковими розробками з питань реформування системи охорони здоров’я;
* запропоновано модель методичних підходів до наукових комунікацій з реформування охорони здоров’я по забезпеченню управлінців всіх рівнів та організаторів охорони здоров’я науковими розробками з реформування охорони здоров’я;
* *удосконалено* підходи до аналізу законодавчого забезпечення попередніх реформ охорони здоров’я в Україні;
* *дістав подальшого розвитку* аналіз реформування системи охорони здоров’я в пілотних Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві.

**Теоретичне значення** одержаних результатів полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині наукового забезпечення реформи системи охорони здоров’я, зокрема запровадження функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні.

**Практичне значення** одержаних результатів полягає в тому, що вони стали підставою для:

* *розробки та впровадження:*
* функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони на центральному та регіональному рівнях;
* *запровадження:*
* проведення щорічного сумісного засідання експертної комісії МОЗ та НАМН України за спеціальністю «соціальна медицина», завідувачів кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я вищих навчальних медичних закладів України, представників МОЗ України та регіональних управлінь охорони здоров’я з питань результатів наукової діяльності за рік та планування наукової тематики на наступний рік;
* проведення семінарів на базі Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України для викладацького складу кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я ВМНЗ з питань організації наукових досліджень.

**Впровадження результатів дослідження** в практику проводилося на етапах його виконання на державному, галузевому та регіональному рівнях.

*На державному* рівні матеріали дослідження були використані при розробці Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров’я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від7 липня 2011 року N 3611-VI та Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від7 липня 2011 року N 3612-VI.

*На галузевому* рівні матеріали дослідження були використані при розробці наказів МОЗ України: від 22.10.2009 року № 765 « Про проведення наукових досліджень з соціальної медицини та організації охорони здоров’я»; від 20.05.2011 №301 «Про внесення зміни до Переліку закладів охорони здоров’я»;від 15.08.2011 №507 “Про затвердження комплексу показників для проведення оцінки стану реформування системи охорони здоров’я у пілотних регіонах”; від 15.07.2011 №420 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі»; від 05.10.2011 № 646 “Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров’я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» (Порядок планування та прогнозування розвитку мережі комунальних закладів охорони здоров’я у пілотних регіонах; Порядок медичного обслуговування громадян центрами первинної медичної (медико-санітарної) допомоги; Порядок організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров’я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу; Порядок розміщення та розрахунок кількості бригад швидкої медичної допомоги”; від 28.07.2011 № 443 “Про Порядок вибору лікаря, що надає первинну медичну допомогу”; від 15.08.2011 № 508 «Про планування наукової тематики на 2012 рік»; від 23.02.2012 № 131 «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи»; від 23.02.2012 № 132 «Про затвердження Примірного табеля оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров’я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу».

Розроблено методичні рекомендації,які затверджено МОЗ України: Оптимізація науково-методичного забезпечення проведення реформи охорони здоров’я. Скринінгові дослідження в практиці сімейного лікаря – скринінг на виявлення гіпертонії. Скринінгові дослідження в практиці сімейного лікаря : виявлення захворювань щитовидної залози та глаукоми. Скринінгові дослідження в практиці сімейного лікаря: обстеження на виявлення цукрового діабету та анемії . Результати дисертаційного дослідження використовуються в навчальному процесі та при організації наукової діяльності Національного медичного університету ім. О.О.Богомольця (акт впровадження від 14.XII.   
2016 р.), Харківській медичній академії післядипломної освіти (акт впровадження від 23.XI.2016р.), Львівського національного медичного університету ім. Д.Галицького (акт впровадження від 07. XII. 2016 р.), Запорізькій медичні академії післядипломної освіти (акт впровадження від 08.12.2016), Івано-Франківського національного медичного університету (акт впровадження від 20. XII. 2016), Департаменті охорони здоров’я Запорізької ОДА (акт впровадження від 19. X. 2015), Департаменті охорони здоров’я Полтавської ОДА (акт впровадження від 05. X. 2015).

Запропоновано видання практичного журналу «Журнал заступника головного лікаря», де дисертант є членом редакційної колегії.

**Особистий внесок автора.** Автором самостійно визначено мету та завдання дослідження; розроблено його програму; обрано методи для вирішення поставлених завдань; здійснено збір та викопіювання первинної документації; розроблено анкети та проведено соціологічні дослідження; розроблені комп’ютерні програми формування баз даних і статистичної обробки результатів дослідження на основі пакету статистичного аналізу Microsoft Excel, отримані дані оброблені на персональному комп’ютері за допомогою ліцензованої програми Statistika 6.0, проведена їх систематизація та наукова інтерпретація отриманих результатів. Досліджено технологію планування науково-дослідних робіт з питань реформування системи охорони здоров’я та використання наукових здобутків в ході проведення реформи на всіх рівнях управління. Оцінено кадровий науковий потенціал Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України та кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я вищих навчальних медичних закладів України. Оцінено результативність виконання НДР, які фінансувалися за бюджетні кошти.

Дисертантом самостійно узагальнені отримані результати, обґрунтовані наукові положення, розроблено функціонально-організаційну модель наукового забезпечення реформи охорони на центральному та регіональному рівнях і організовано оцінку її прийнятності для практичного впровадження.

Дисертантом особисто сформовані висновки, запропоновані практичні рекомендації, впроваджені результати дослідження в практику, що знайшло відображення в друкованих працях за темою дисертації.

**Апробація роботи.** Основні положення дисертації доповідались та обговорювались на:

*міжнародних конференціях:* Dni Medycyny Spolecznej i Zdrowia Publicznego – Zielona Gora 2012 “Polska 2012 – priorytety zdrovia publicznego”; Міжнародна науково-практична конференція “Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій”, Херсон, 6–8 вересня 2012 р.; Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю “Інноваційна система управління охороною здоров’я: галузь, регіон, лікарня”, Київ, 29–30 вересня 2011 р.; XIY конгрес СФУЛТ. Донецьк-Київ-Чікаго. 04-06 жовтня 2012 р.; Міжнародний медичний конгрес «Впровадження сучасних досягнень медичної науки в практику охорони здоров’я України», Київ, 25–27 вересня 2012 р.; конференція з міжнародною участю « Моделі організації надання медичної допомоги та їх вплив на основні показники здоров’я населення». Запоріжжя, 25-26 квітня, 2013р.; міжнародна науково-практична конференція «Медицина ХХ1 століття: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень» Дніпропетровськ. 19-20 липня 2013р.; науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми сімейної медицини в Україні», м.Київ, 2013 р.; міжнародна науково-практична конференція «Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій» м.Херсон 30-31 травня 2013р.; Науково-практична конференція з міжнародною участю “Організація та управління охороною здоров’я 2016”, м. Київ, ВЦ “КиївЕкспоПлаза”, 2016 р., 18–20 жовтня 2016 р., Науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання розвитку системи громадського здоров’я в Україні», 24-25 травня 2017, Ужгород.

*Національних з’їздах та конференціях*: ХІ з’їзд Всеукраїнського Лікарського Товариства (ВУЛТ), (100 років Українському Лікарському Товариству), м. Харків, 28-30 вересня 2011 р.; Y з’їзд спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров’я України, 11-12 жовтня 2012р., м. Житомир; ХІІ з’їзд Всеукраїнського Лікарського Товариства (ВУЛТ), м. Київ, 05–07 вересня, 2013 р.; конференція “Медико-соціальні питання у реформуванні сфери охорони здоров’я”, присвячена пам’яті професора В.М. Пономаренка. 24-25 жовтня 2013 р., м. Київ; 69-та підсумкова наукова конференція професорсько-викладацького складу УжНУ, факультет післядипломної освіти та до- університетської підготовки, Ужгород, 2015 рік.

**Публікації.** Матеріали дисертації знайшли відображення в 39 наукових працях. В тому числі в 8 статтях у наукових виданнях, затверджених ДАК України (1- за кордоном), 5– монографіях, 15-ти матеріалах наукових конференцій, 4 – інших наукових працях, 4 – методичних рекомендаціях та 3 – галузевих нововведеннях.

**Обсяг та структура дисертації.** Дисертацію викладено на 247 сторінках друкованого тексту, в тому числі 148 сторінках основного тексту. Робота складається із вступу, аналітичного огляду наукової літератури, програми дослідження, 5 розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій; ілюстрована 33 таблицями, 9 рисунками, має 15 додатків. Список використаної літератури містить 210 наукових джерела, у тому числі 63 латиною.

**Розділ 1**

**АНАЛІЗ ДОСВІДУ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я В СВІТІ ТА УКРАЇНІ (Аналітичний огляд наукової літератури)**

Ситуація в системі охороні здоров’я є однією з найбільш гострих у країні. Ця надзвичайно важлива соціальна галузь існує на межі виживання [28,29]. Громадяни країни, яким право на здоров’я відповідно до Конституції, має забезпечити держава, реально таке права мають обмежено [30].

Для покращення медико-демографічної ситуації в Україні потрібно підвищити ефективність системи охорони здоров’я, а відповідно провести її реформування. Стоїть потреба в корінному реформуванні галузі згідно нових економічних умов [31].

За роки незалежності в Україні проводилася низка проектів Євросоюзу з відпрацювання окремих напрямків реформування системи охорони здоров’я [32,33] які заклали основу для комплексного реформування системи за її складовими та рівнями надання медичної допомоги [34-36].

**1.1.Світовий досвід проведення реформ охорони здоров’я**

ВООЗ прийнятими документами вказує на необхідність створення національних систем охорони здоров’я які б задовольняли потреби населення в доступній та якісній медичній допомозі та забезпечували захист населення від фінансових ризиків в наслідок хвороби [37,38].

Згідно Талінської Хартії: системи охорони здоров’я для здоров’я та благополуччя, 2008 ріккожна країна має удосконалити діяльність системи охорони здоров’я з метою покращення здоров’я на основі рівності та справедливості з урахуванням конкретних потреб людей з охорони здоров’я які пов’язані зі статтю, віком, етнічною належністю, економічним станом [39].

ВООЗ визначила наступні ключові принципи дій [40]:

* Визначення заходів по відношенню до ризиків та використання можливостей, готовність до змін та вміння їх передбачувати.
* Інтегрування в єдину систему переконливих соціально-економічних аргументів, які підкріплені фактичними даними, з метою відстоювання інтересів здоров’я та благополуччя людей.
* Створення, узгодження та просування загальної системи стратегічних цілей та принципів як основи для сумісної роботи в ім’я здоров’я.
* Суворе дотримання підходу до забезпечення здоров’я і благополуччя, заснованому на правах та цінностях.
* Прихильність загальнодержавному підходу до забезпечення здоров’я і благополуччя людей.
* Розбудова конкретних стратегій з метою усунення розриву у відношення здоров’я між країнами та в середині країн.

Надзвичайно важливе значення ВООЗ надає питанням Надання послуг з охорони здоров’я на індивідуальному та суспільному рівнях [41]. При цьому вказується на наступне:

* Забезпечити надання високоякісних послуг всьому населенню при цьому особливу увагу надати соціально-незабезпеченим групам населення та створити умови для вибору населенням здорового способу життя.
* Надавачі медичних послуг мають опиратися на найбільш сучасні та адекватні медичні технології, які забезпечують високу ефективність та безпечність втручань.
* Взаємовідносини пацієнтів з персоналом мають бути на основі поваги особистості та збереження конфиденційності.
* Основу системи мають складати ефективні служби ПМСД.
* Системи ОЗ мають інтегрувати цільові програми в існуючі структури та служби для боротьби з конкретними хворобами для досягнення високих та стійких результатів.
* Системи ОЗ мають забезпечити цілісний підхід до обслуговування який включає сприяння покращенню здоров’я населення, профілактику та інтегровані програми боротьби з хворобами.

На сучасному етапі розвитку серед національних політиків та експертів по всій Європі існує консенсус, що первинна медична допомога (ПМД) повинна бути стрижнем добре організованої системи охорони здоров’я [42]. Результати міжнародних досліджень свідчать про наявність істотного позитивного впливу ПМCД на здоров’я населення, зменшення вартості медичної допомоги та збільшення рівності в здоров’ї [43].

Тому ВООЗ приділяє увагу розвитку та постійному удосконаленню форм і методів роботи системи первинної медико-санітарної допомоги [44].

У щорічній доповіді ВООЗ за 2010 рік «Фінансування систем охорони здоров'я - шлях до універсального покриття витрат на медичну допомогу» [45] відмічено, що «... консолідація пулів з самого початку реформування повинна бути частиною стратегії. Існування численних пулів неефективно, оскільки дублює один одного і збільшує вартість адміністративних та інформаційних систем. Вони також ускладнюють захист від фінансового ризику та досягнення соціальної справедливості. Для того, щоб система охорони здоров'я працювала, необхідно об'єднати пули, створити дійсно єдиний пул, в рамках якого можна було б вирівнювати ризики» [46].

Питанням оптимізації систем охорони здоров’я по забезпеченню медичних проблем населення присвячені і інші документи ВООЗ [47-50].

Стратегічним документом є концепція нової європейської політики охорони здоров’я «Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века».У вересні 2012 року представники 53 країн Європейського регіону на сесії Європейського регіону ВООЗ, затвердили основи нової, побудованої з посиланням на цінності та фактичні дані, регіональної політики охорони здоров’я – Здоров’я-2020. Основна мета цієї політики –покращення здоров’я для всіх та скорочення нерівності по відношенню до здоров’я шляхом удосконалення лідерства та стратегічного керівництва в інтересах здоров’я. Вона зосереджена на найбільш важливих проблемах охорони здоров’я сьогодення. В основах політики виділені чотири пріоритетних області стратегічних мір. При цьому вона носить інноваційний характер завдяки своїй направленості на дії за всіма рівнями та секторами держави та суспільства. В документі підкреслюється важливість розвитку ресурсів з підвищення стійкості систем охорони здоров’я до негативних зовнішніх дій, розширення прав та можливостей громадян і створення сприятливих умов зовнішнього середовища. Детально представлені аспекти які відносяться до укріплення ролі систем охорони здоров’я та охорони громадського здоров’я. Політика Здоров’я-2020 була затверджена в двох формах: документ для керівників та розробників політики – « Основи європейської політики в підтримку дій всієї держави та суспільства в інтересах здоров’я та благополуччя» [51], а також більш детальна версія – «Здоров’я-2020- основи політики і стратегія» [52].

Здійснення політики Здоров’я-2020 на національному рівні є фундаментальною пріоритетною задачею з розбудови систем охорони здоров’я та забезпечення ефективної діяльності систем громадського здоров’я у Європейському регіоні.

**1.2.Реформування системи охорони здоров’я в Україні**

В Україні проводилися реформи охорони здоров’я починаючи з перших років незалежності держави. Але ці реформи були фрагментарними і проводилися в окремих секторах галузі [53,54].

Найбільшу увагу в реформуванні галузі приділялося питанням оптимізації первинної медико-санітарної допомоги [55]. На окремих пілотних майданчиках відпрацьовувалися інноваційні для країни організаційно-економічні механізми. До таких напрацювань того часу можна віднести відпрацювання різних моделей організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини у Львівській області [56],   
м. Комсомольську Полтавської області [57], м. Вознесенську Миколаївської області [58]. До речі в м. Комсомольську Полтавської області вперше в країні впроваджено приклад приватної лікарської загальної практики – сімейної медицини [59].

В той же час почалося в Дніпропетровській області [60,61] практичне відпрацювання регіоналізації перинатальної допомоги, яке далі перейшло в національний проект і дало позитивні результати [62-64].

На окремих майданчиках відпрацьовувалися питання впровадження нових методів фінансування. Такими механізмами виступали подушна оплата, глобальний бюджет, договірні відносини та автономізація медичних закладів [65-67]. Позитивні результати були отримані в м. Комсомольську Полтавської області, Золочівському та Близьнюківському районах Харківської області, Попільнянському районі Житомирської області та інших містах.

Але, як правило, ці експерименти відбувалися на основі місцевих ініціатив і за підтримки проектів технічної допомоги з боку міжнародних донорських організацій [68]. Такими проектами були:

* Профілактика та первинна медична допомога;
* Фінансування та управління охороною здоров'я в Україні;
* Розвиток медичних стандартів;
* Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні.

Однак в більшості вони були локальними, носили фрагментарний характер і по закінченню міжнародного проекту не мали продовження. Їх досвід [69-79] залишався в підготовлених документах та методичних рекомендаціях.

Незадовільний стан з організації доступної та якісної медичної допомоги з часом потребував більш системного характеру в проведенні реформи охорони здоров’я в країні. Одним із перших кроків було прийняття

Постанови КМУ від 17.02.2010р. № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» [80] якою передбачалося утворення центрів первинної медико-санітарної допомоги; оптимізація мережі районних, міських і дільничних лікарень, спеціалізації та перепрофілювання лікарень з урахуванням потреб населення у медичній допомозі. Даною постановою визначався перехід від моделі охорони здоров’я Семашко до сучасної системи охорони здоров’я, яка орієнтована на задоволення реальних потреб населення в медичній допомозі і водночас адаптованої до ринкових реалій.

Необхідно відмітити, що при розробці вказаних вище підходів також враховувалися фактичні дані, отримані при аналізі перетворень систем охорони здоров’я в різних країнах Європи [81], а також результати численних рекомендацій національних та міжнародних експертів щодо розвитку системи охорони здоров’я України, серед яких особливе місце посідають Спільний звіт українських експертів та експертів із Всесвітнього банку і Європейської Комісії, в якому були узагальнені рекомендації для українського уряду стосовно шляхів поліпшення вітчизняної системи охорони здоров'я [82] .

При цьому необхідно відмітити, що основні напрями реформування системи охорони здоров'я України були визначені та закріплені наступними документами національного рівня: Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000 Концепції розвитку охорони здоров'я населення України [83]. Подальшого розвитку вказані напрямки реформування вітчизняної системи охорони здоров’я набули у затвердженій Постановою Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 р. № 14Міжгалузевій комплексній програмі "Здоров'я нації" на 2002 - 2011 роки [84], Указі Президента України від 6 грудня 2005 року № 1694/2005 "Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення" [85] , Національному плані розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року, затвердженому Постановою Кабінету Міністрів України від 13 червня 2007 року № 815 [86] , Програмі уряду "Український прорив: для людей, а не політиків», затвердженій Постановою Кабінету Міністрів України від 16.01.2008 № 14 [87] та в Постанові Кабінету Міністрів України, затвердженій 17.02.2010р. № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» [88] .

Набутий досвід України з реформування системи охорони здоров’я та висновки міжнародних експертів про надзвичайно низьку ефективність вітчизняної системи охорони здоров’я [89] спонукали керівництво країни до проведення комплексної реформи охорони здоров’я в країні. Заходи реформи охорони здоров’я були визначені Програмою економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [90].

Метою реформи системи охорони здоров’я було визначено забезпечення рівного і справедливого доступу всіх членів суспільства до медичних послуг, високу її якість та її своєчасність.

Необхідність проведення комплексної реформи з визначенням основних проблем та стратегічних напрямків реформи були представлені в роботі провідних спеціалістів з організації та управління країни «Стратегія розвитку системи охорони здоров’я: український вимір» [91].

Основними напрямками реформи були визначені:

* забезпечення доступної, якісної, кваліфікованої медичної допомоги всім громадянам, незалежно від їх соціально-економічного стану та місця проживання [92];
* пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини з оптимізацією мережі комунальних та підпорядкованих різним міністерствам і відомствам державних закладів охорони здоров'я [93];
* запровадження ефективної та прозорої моделі фінансування системи медичної допомоги, орієнтованої на реальні потреби пацієнтів; підвищення рівня та забезпечення сталості фінансування галузі; перехід до розподілу коштів за принципом оплати наданих послуг, а не за принципом утримання медичних закладів; вжиття заходів щодо запровадження в діяльність закладів охорони здоров'я сучасних економічних механізмів; чітке розмежування бюджетних асигнувань на первинну, вторинну та третинну лікувально-профілактичну допомогу; запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування із забезпеченням належної якості гарантованих державою безоплатних медичних послуг [94];
* запровадження дійових механізмів мотивації медичних працівників до якісного і ефективного надання медичних послуг [95];
* формування єдиного медичного простору під управлінням Міністерства охорони здоров'я України як один із шляхів оптимізації мережі закладів охорони здоров'я відповідно до потреб населення [96];
* запровадження ефективного механізму здійснення державного контролю за виробництвом, імпортом, реалізацією та рекламою фармацевтичної продукції, а також за якістю лікарських засобів і виробів медичного призначення в процесі їх виробництва та ввезення на територію України, підвищення конкурентоспроможності вітчизняної фармацевтичної продукції [97];
* запровадження системи управління реформами та ефективного менеджменту [98].

Керівництвом держави було прийнято рішення про пілотне відпрацювання майбутньої реформи системи охорони здоров’я, що визначено Законом України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» [99].

На впровадження даного закону в пілотних регіонах МОЗ України було видано наказ від 19.08.2011 № 524 «Про затвердження Плану заходів Міністерства охорони здоров'я України щодо організації підготовки проектів актів, необхідних для забезпечення реалізації Закону України від 7 липня 2011 року N 3612-VI "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» [100].

В пілотних регіонах, за роки його проведення, проводилося відпрацювання механізмів структурної перебудови системи охорони здоров’я та впровадження сучасних фінансово-економічних механізмів в галузі.

Пріоритетним напрямком реформи став розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини [101-105].

На запровадження даного принципу МОЗ України було розроблено низку нормативних документів, якими забезпечено механізм вільного вибору пацієнтами лікаря загальної практики-сімейного лікаря, механізм скерування пацієнтів на вищі рівні надання медичної допомоги, порядок надання невідкладної медичної допомоги, табель оснащення сімейної амбулаторії, тощо [106-114]:

* Наказ МОЗ України від 29.06.2011 № 384 «Про затвердження Примірного статуту Центру первинної медико-санітарної допомоги»;
* Наказ МОЗ України від 01.09.2011 № 555 «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів первинної медичної допомоги у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві - Наказ МОЗ України від 28.07.2011 № 443 «Про Порядок вибору лікаря, що надає первинну медичну допомогу»;
* Наказ МОЗ Українивід 15.08.2011 № 507 «Про затвердження комплексу показників для проведення оцінки стану реформування системи охорони здоров’я у пілотних регіонах»;
* Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної медичної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовується у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування» (зареєстровано в Мін’юсті від 28.04.2012 № 661/20974);
* Наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 129 «Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної ) допомоги»;
* Наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 130 «Про затвердження Примірного переліку лабораторних досліджень, що виконуються при наданні первинної медичної допомоги населенню»;
* Наказ МОЗ України від 26.04.2012 № 313 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо встановлення надбавок за обсяг та якість виконаної роботи працівникам закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я»;
* Наказ МОЗ України від 11.09.2012 № 713 «Про затвердження методичних рекомендацій МОЗ України щодо регіональних планів модернізації мережі закладів охорони здоров’я, що надають первинну медичну допомогу»;

В науковій літературі висвітлені питання позитивного досвіду розвитку первинної ланки охорони здоров’я, питання ресурсного забезпечення в тому числі кадрового, проблеми та перешкоди на шляху досягнення поставленої мети [115-118].

Кожний рік проводився ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні [119-121].

На вторинному рівні надання медичної допомоги була поставлена задача проведення структурної реорганізації системи охорони здоров’я у відповідності до потреб населення у різних видах медичної допомоги шляхом створення госпітальних округів, що об’єднують заклади декількох сільських районів або міст та районів в залежності від щільності та характеру розселення населення, з урахуванням стану транспортних комунікацій, матеріально-технічного та кадрового потенціалу стаціонарів, профілів їх діяльності та структури медичних послуг [122,123]. Механізм створення госпітальних округів було визначено Постановою КМУ від 24.10. 2012.   
№ 1113 «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» [124], а МОЗ України затверджено типові положення про лікарні госпітального округу [125].

В науковій літературі висвітлено проблемні питання щодо формування госпітальних округів, які створити в зазначений Законом України час не вдалося [126-129].

Аналіз літературних джерел показав недостатній рівень готовності організаторів охорони здоров’я до проведення реформи, недостатній рівень ефективної комунікації, що привело до низького рівня підтримки населення структурної перебудови системи надання медичної допомоги [130,131].

Одним із важливих напрямків реформи системи охорони здоров’я України стало впровадження сучасних економічних механізмів [132,133]. При розробці даного напрямку реформи використовувались рекомендації ВООЗ. Так, у доповіді ВООЗ за 2010 рік «Фінансування систем охорони здоров'я - шлях до універсального покриття витрат на медичну допомогу» заявлено, що «... консолідація пулів з самого початку реформування повинна бути частиною стратегії. Існування численних пулів неефективно, оскільки дублює один одного і збільшує вартість адміністративних та інформаційних систем. Вони також ускладнюють захист від фінансового ризику та досягнення соціальної справедливості. Для того, щоб система охорони здоров'я працювала, необхідно об'єднати пули, створити дійсно єдиний пул, в рамках якого можна було б вирівнювати ризики» [134].

В Україні Бюджетним кодексом України визначено жорстке розмежування видатків на потреби охорони здоров'я між бюджетами різних рівнів. що призводить до дезінтеграції територіальних систем медичного обслуговування, зберігає умови для існування на одній території паралельних медичних структур і створює перешкоди для оптимізації мережі медичних установ. Такий підхід також перетворює на декларовану формальність норму, зафіксовану в Основах законодавства про охорону здоров'я про право вибору пацієнтом лікаря та медичної установи. Крім того, пули на різних рівнях, які використовуються для утримання мережі медичних закладів, віднесених до їх відання, частково перекривають і заміщають один одного. Фрагментовані механізми об'єднання коштів стають головним джерелом неефективного функціонування системи охорони здоров'я [135].

Розпорошеність фінансових коштів, поки Україна дотримувалася принципу утримання медичних закладів, не створював істотних ризиків фінансової стабільності системи. Однак, при переході до контрактних відносин між постачальниками послуг і їх покупцями, коли бюджетний розподіл поступиться місцем моделі активної закупівлі медичних послуг (бюджети на ризиковій основі) дуже важливим стане прийняття рішення про те, який найнижчий рівень об'єднання коштів буде доцільним (район / місто або регіон) і який механізм перерозподілу ризиків буде задіяний [136].

Реформа передбачала наступне [137,138]:

* первинний рівень надання медичної допомоги: розмежування первинного та вторинного рівнів допомоги; об’єднання фінансових ресурсів для надання ПМСД на районному/міському рівнях;вільний вибір лікаря ЗП/СМ, який визначає медичний маршрут пацієнта;
* вторинний рівень надання медичної допомоги: об’єднання фінансових ресурсів для надання вторинної допомоги на обласному рівні;
* третинний рівень медичної допомоги: визначення МОЗ України квот для клінік НДІ для надання високоспеціалізованої високотехнологічної допомоги для всіх рівнів.

Запровадження сучасних механізмів оплати праці передбачало [139]:

* на первинному рівні: сполучення подушної оплати і стимулюючих надбавок за пріоритетні види діяльності (наприклад, % охоплення вакцинацією, % охоплення скринінговими програмами тощо);
* на вторинному рівні: для стаціонарів – “глобальний бюджет” залежно від структури та обсягів наданої допомоги, для поліклінік – за обсяг наданих послуг;
* на третинному рівні: “глобальний бюджет” в залежності від структури та обсягів наданої допомоги.

На впровадження реформи даного напрямку було прийнято ряд підзаконних актів [140-143]:

* Наказ МОЗ України від 15.05.2013 № 373 «Про затвердження Методики розподілу обсягу видатків між видами медичної допомоги»;
* Постанова Кабінету Міністрів України від 5 березня 2012 р. № 209 «Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров’я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров’я»;
* Наказ МОЗ України від 08.06.2011 № 346 «Про затвердження Тимчасового типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров’я» для пілотних проектів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві»;
* Методичні підходи щодо запровадження програмно-цільового методу складання та виконання місцевих бюджетів в системі охорони здоров’я к пілотних регіонах (Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській та м. Києві. Реєстр галузевих нововведень. – 2012. – Вип. 37. – Реєстр.   
  № 372/37/12. – С. 27.
* Методологія визначення обсягів фінансування закладів охорони здоров’я за видами надання медичної допомоги у пілотних регіонах / Реєстр галузевих нововведень. – 2012. – Вип. 37. – Реєстр. № 373/37/12. – С. 27–28.

Результати реформування економічних відносин в охороні здоров’я найшли своє відображення в друкованих роботах [144-147]. Але повного виконання запланованих заходів не вдалося.

Результати пілотних проектів аналізувалися. Були визначені проблемні питання та ризики, запропоновані заходи з їх усунення [148,149]. Але пілот продовжено не було. Набуті досягнення в подальшій реформі практично не використовуються, що вказує на відсутність наступності в проведенні реформи системи надання медичної допомоги в Україні. А значить дане знижує її ефективність і результативність.

* 1. **Питання реформування охорони здоров’я України в дисертаційних роботах**

Нами проведено аналіз дисертаційних робіт, які виконувалися за останні роки в Україні і які були присвячені реформі охорони здоров’я.

В результаті проведеного аналізу встановлено, що дисертаційні роботи, які були захищені за останні роки присвячені в основному наступним напрямками:

* реформа первинної медико-санітарної допомоги;
* реформа вторинної медичної допомоги;
* реформа фінансування в охороні здоров’я;
* механізми якості медичної допомоги.

До дисертацій в яких обґрунтовувалися механізми реформування первинної медико-санітарної допомоги необхідно віднести наступні роботи:

* Обґрунтування та розробка системи організації профілактичної діяльності закладів загальної практики / сімейної медицини. Дисертаційна робота на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук. Дисертант Марчук Н. В. Київ. 2008 [150];
* Організаційно-технологічна модель удосконалення первинної медико-санітарної допомоги (на прикладі сільського населення Харківської області). Дисертаційна робота на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук. Дисертант Шинкарьова І.М. Київ. 2009 [151];
* Медико-соціальне обґрунтування медичної допомоги населенню сільського району в умовах впровадження сімейної медицини. Дисертаційна робота на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук. Дисертант Гаврилюк О.Ф. Київ. 2010 [152];
* Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні. Дисертаційна робота на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук. Дисертант Матюха Л.Ф. Київ. 2011[153];
* Медико-соціальне обґрунтування системи організації позалікарняної хірургічної допомоги в умовах реформування галузі охорони здоров’я. Дисертаційна робота на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук. Дисертант Короп О.А. Харків. 2015 [154].

До дисертацій в яких обґрунтовувалися механізми реформування вторинної медичної допомоги необхідно віднести наступні роботи:

* Система вторинної стаціонарної медичної допомоги   
  (медико-соціальне обґрунтування). Дисертаційна робота на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук. Дисертант Бугро В.І. Київ. 2017 [155];
* Медико-соціальне обґрунтування стратегії розвитку вторинної стаціонарної медичної допомоги. Дисертаційна робота на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук. Дисертант Лисак В.П. Київ. 2011[156].

До дисертацій в яких обґрунтовувалися механізми реформування механізмів фінансування медичної допомоги необхідно віднести наступні роботи:

* Медико-соціальне обґрунтування нової системи фінансування охорони здоров'я в Україні. Дисертаційна робота на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук. Дисертант Шевченко М.В. Харків. 2016 [157];

До дисертацій в яких обґрунтовувалися механізми забезпечення якості медичної допомоги необхідно віднести наступні роботи:

* Медико-соціальне обґрунтування моделі системи управління якістю медичної допомоги. Дисертаційна робота на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук. Дисертант Гарачук В.В. Київ. 2015 [158];
* Медико-соціальне обґрунтування удосконаленої пацієнтоорієнтованої системи управління якістю медичного обслуговування (на прикладі стаціонарної хірургічної допомоги). Дисертаційна робота на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук. Дисертант Яворський А.М. Київ. 2014 [159];

В ході дослідження було вивчено дисертації, які присвячено оптимізації окремих напрямків системи охорони здоров’я. До них віднесені наступні роботи:

* Медико-соціальне обґрунтування якісно нової системи лабораторної служби на регіональному рівні. Дисертаційна робота на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук. Дисертант Толстанов О.К. Київ. 2010 [160];
* Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи стоматологічної ортопедичної допомоги на регіональному рівні. Дисертаційна робота на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук. Дисертант Бугорков І.В. Київ. 2014 [161];
* Медико-соціальне обґрунтування якісно нової системи спеціалізованої допомоги хворим з судинною патологією головного мозку. Дисертаційна робота на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук. Дисертант Зозуля А.І. Київ. 2014 [162];
* Медико-соціальне обґрунтування системи профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини. Дисертаційна робота на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук. Дисертант Жилка Н.Я. Київ. 2011 [163];
* Обґрунтування моделі удосконалення підготовки та підвищення кваліфікації медичного персоналу для надання паліативної допомоги. Дисертаційна робота на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук. Дисертант Золотарьова Ж.М. Київ. 2015[164].

Загальним висновком проведеного аналізу дисертаційних робіт є наступне:

* в дисертаційних роботах фрагментарно вирішувались окремі питання реформи системи охорони здоров’я країни;
* впровадження результатів дисертаційних робіт проводилося тільки дисертантом. Воно носило теж фрагментарний характер і здійснювалося в окремих закладах охорони здоров’я;
* висновки про ефективність впровадження здійснювалося на даних за короткий час, на базі локальних закладів охорони здоров’я і має недостатньо доказовий характер.

При цьому необхідно відмітити, що роботи виконувалися при ініціативі дисертанта і не мали фінансової державної підтримки.

* 1. **Про необхідність проведення подальших досліджень**

Необхідність проведення досліджень з зазначеної теми визначається перш за все рекомендаціями ВООЗ, якими визначається наукове обгрунтування всіх заходів з реформування, оптимізації систем охорони здоров’я чи впровадження нових напрямків діяльності [165-167].

Так, в документі ВООЗ «Научные исследования в целях достижения всеобщего охвата населения медицинскими услугами», доповідь про стан охорони здоров’я в світі, 2013 р. [168] вказується на те, що для досягнення загального охоплення медичними послугами необхідні наукові дослідження.

ВООЗ акцентує увагу на проблем двох типів. Перша і сама головна серія питань має пряме відношення до вибору потрібних у кожному випадку видів медичного обслуговування, покращення охоплення цими послугами і захисту від фінансових ризиків, а також оцінки способу дій завдяки якому забезпечується підвищення рівня здоров’я та благополуччя населення. Друга серія питань стосується процедури виміру індикаторів та даних, які необхідні для моніторингу повноти охоплення, захисту фінансових ризиків та користі для здоров’я [169,170].

Загальне охоплення медичними послугами розглядається як засіб не тільки покращення здоров’я, але і сприяння розвитку людського потенціалу [171].Дане ставить наукові дослідження загального охоплення населення медичними послугами в більш широкий контест наукового пошуку в інтересах розвитку систем охорони здоров’я [172,173]. Наукові дослідження мають відігравати значну роль в підвищенні стійкості систем охорони здоров’я до змін в суспільстві та до екологічних загроз [174]. Крім того наукові дослідження повинні відігравати значну роль в більш повному розумінні яким чином між секторальне співробітництво можуть сприяти підвищенню рівня здоров’я населення [175].

Для проведення наукових досліджень необхідні кваліфіковані дослідники, які володіють високими моральними якостями при наявності достатнього фінансування їх праці в добре оснащених закладах []. Більш того, щоб була впевненість в результативності наукових досліджень, які забезпечують позитивні зміни в сфері охорони здоров’я, потрібні механізми для трансформації фактичних даних в конкретні дії [176,177].

Особлива увага приділяється науковим дослідженням в інтересах здоров’я в усьому світі так як вони створюють основу для побудови більш оптимальних систем проведення наукових досліджень [178,179]. В наукових публікаціях [180-182] говориться про те, як наукові дослідження можуть бути орієнтованими на широкий спектр питань, які стосуються загального охоплення медичними послугами, а також як з їх допомогою можна отримати відповіді на питання про сутність політики і практики охорони здоров’я.

ВООЗ акцентує на підтримці людей, які займаються науковими дослідженнями [183-186]. Роль ВООЗ у здійсненні та підтримці наукових досліджень чітко визначена в Стратегії Організації по науковим дослідженням в області охорони здоров’я. Стратегія спрямована на створення оптимального середовища для організації наукових досліджень високої якості, щоб максимальна кількість людей могла використовувати найбільш значну користь в інтересах особистого здоров’я. При цьому визначаються дії в зв’яку з організацією наукових досліджень, головним чином в рамках національних систем проведення досліджень в області охорони здоров’я. Такі дії визначають наступне [187 -189].

Визначення пріоритетів наукових досліджень, особливо на національному рівні, на основі результатів якісної оцінки провідних причин порушення здоров’я населення.

Укріплення потенціалу наукових досліджень шляхом:надання статусу першочерговим питанням прийому на роботу, навчання та утримання спеціалістів, які займаються науково-дослідною роботою; організація та навчання не тільки методам, а і належному проведенню досліджень, що включає такі аспекти, як підзвітність, етичні норми, належне управляння інформаційними потоками; навчання осіб, які формують політику, правилам користування науково обгрунтованими фактичними даними, а також навчання дослідників розумінню процесу прийняття рішень та пропозицій практикуючих працівників системи охорони здоров’я.

Встановлення стандартів:розробка та впровадження кодексів належної практики проведення наукових досліджень з дотриманням етичних норм та відповідального відношення до процесу наукового дослідження; класифікаторів типів пошукових досліджень у відповідності до міжнародно узгоджених та співставимих стандартів.

В плані підтримки наукових досліджень акцентується увага на наступне [190-194].

Впровадження результатів наукових досліджень в сферу політики і практики охорони здоров’я: використання результатів наукових досліджень в процесі прийняття управлінських рішень як професійного діалогу між наукою та практикою охорони здоров’я; розробка формалізованих процедур з метою перетворення фактичних даних в практику охорони здоров’я; забезпечення гарантій використання при проведенні безперервного професійного розвитку з питань покращення якості медичної допомоги даних, що базуються на даних з доведеною ефективністю; посилення мотивації для здійснення наукових досліджень; залучення приватних науково-дослідних структур сумісно з державними закладами до процесів розробки та отримання нових організаційних та клінічних технологій.

Забезпечення широкої участі та сприйняття громадськості ідеїнаукових досліджень: залучення представників громадськості до процесу стратегічного керівництва науковими дослідженнями; розширення доступу до публічної дискусії та аналітичним матеріалам через ЗМІ і шляхом публічних слухань та круглих столів.

Таким чином практичні дії в підтримку наукових досліджень включають в себе наступне [195-197]:

* моніторинг, наприклад шляхом створення національних науково-дослідних обсерваторій;
* координацію від етапу обміну інформацією до сумісних пошукових досліджень;
* фінансування з гарантуванням виділення достатніх ресурсів в підтримку пріоритетних наукових досліджень;
* стратегічне планування науковими дослідженнями в області охорони здоров’я та керівництво ними.

Таким чином, проведений аналітичний огляд наукової літератури вказує на недостатню ефективність проведення реформ системи охорони здоров’я в Україні, відсутність наступності в проведені її стратегії та напрямків і заходів як на державному так і регіональному рівнях, непослідовність дій, недосконалість законодавчого забезпечення реформи. При цьому ВООЗ в свої багато чисельних документах вказує на необхідність наукового забезпечення стратегій та заходів реформування системи охорони здоров’я на національному рівні базуючись на фактичних даних та використовуючи дані з доведеною ефективністю.

Виходячи із зазначеного тему дисертаційного дослідження можна вважати актуальною для системи охорони здоров’я України.

**Розділ 2**

**Програма, матерИалИ, методи І и ОБЯГИ ДОСЛІДЖЕННЯ**

Досягнення мети дослідження потребувало розробки спеціальної програми, складеної з використанням системного підходу виконання якої передбачалося у сім організаційних етапів, що забезпечило комплексність дослідження та можливість отримання достовірної інформації для оцінки стану об’єкту дослідження. Рис.2.1.

Методики досліджувань затверджені на засіданні біоетичної комісії ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» (Протокол № 9 от 23 грудня 2011 року).

Використані методи дослідження представлено в табл. 2.1.

Для проведення дослідження були розроблені відповідна програма та робочий план. Програма включала наступні розділи:

1. Вивчення проблеми дослідження, визначення об’єкту та предмету дослідження.
2. Визначення мети та завдань дослідження.
3. Визначення генеральної сукупності дослідження та розрахунок репрезентативної вибірки.
4. Розробка інструментарію дослідження.
5. Сбір інформації.
6. Статистична обробка та аналіз отриманих результатів.
7. Комплексний аналіз отриманих результатів.
8. Формування системи комунікацій в охороні здоров’я та її складових.
9. Експертна оцінка та впровадження результатів, визначення ефективності.
10. Формування висновків та практичних рекомендацій.

Вивчення закордонного та вітчизняного досвіду

з питань наукового забезпечення реформи охорони здоров’я

Обґрунтування обсягів

і методів дослідження

Розробка спеціальних форм

збору інформаціі

Розробока анкет

соціологічного дослідження

**ІІ етап**

Вибір напрямку, формування мети, задач, програми, обґрунтування обсягів і методів дослідження

Системний аналіз наукової літератури - 210 джерел

(63 – закордонні)

Інтернет-мережі Medline, Pubmed, Medscape и др.

Нормативно-правова та регламентуюча база (17 джерел)

**V етап**

Дослідження наукового кадрового потенціалу, стану планування та результатів НДР

Наукові форуми

Засоби наукової комунікації

Рівень інформованості

про наукові здобутки

Аналіз наукового кадрового потенціалу –

28 одиниць спеціальних форм моніторингу

Накази МОЗ – 6 одиниць,

звіти НДУ – 158 одиниць

Інформаційна база –12 одиниць реєстрів, 17 одиниць щорічних звітів, 1201 анкет соц. опитування

**VІ етап**

Наукові комунікації в реформуванні системи охорони здоров’я України

**І етап**

**ІІІ етап**

Аналіз законодавчого забезпечення реформи охорони здоров’я в пілотних регіонах

**ІV етап**

Аналіз результатів реформи охорони здоров’я в пілотних регіонах

Аналіз проблем та шляхів рішення

Анализ реформи фінансування

Аналіз структурної перебудови

Інформаційна база – річні звіти регіонів країни, 12 одиниць; законодавчі акти – 37 одиниць

Укази Президента України

Закони України

Урядові акти

Накази МОЗ України

Інформаційна база – законодавча база. 1245 одиниць

Обґрунтування моделі наукового забезпечення реформи ОЗ та її оцінка

**VІІ етап**

Функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні

Впровадження результатів дослідження

Міжнародні документи

Результати власного

наукового дослідження

Аналіз наукових джерел

(210 джерел)

Оцінка експертами - 25

Статті в журналах, рекомендованих ДАК – 8,

в тому числі 1 за кордоном.

Монографії – 8

Методичні рекомендації – 4

Галузеві нововведення – 3

Інші друковані роботи – 19

Законопроекти – 2

Накази МОЗ України – 8

Виступи на конференціях – 15,

в тому числі міжнародних – 10

Рис. 2.1. Програма, матеріали та обсяг дослідження

При розробці програми враховувались методичні принципи її створення: системність, комплексність, достовірність результатів, наступність, практична значущість результатів.

*Перший етап дослідження* передбачав вивчення досвіду провідних країн світу, країн СНД та України з організації реформування системи охорони здоров’я України та наукового супроводу реформ, а також виявлення проблемних питань з даного питання в системі охорони здоров’я України.

Інформаційною базою дослідження стало 210 джерел наукової літератури в тому числі 147 кирилицею та 63 латиною.

*Другий етап дослідження* включав вибір напрямку дослідження, визначення мети та завдань дослідження, об’єкту та предмету дослідження , обґрунтування його методів та обсягу дослідження. Під час вибору напрямку дослідження та визначення його мети за основу взято результати аналізу наукової літератури та наукових розробок останніх часів з зазначеної проблеми [198-210]. Визначені та обґрунтовані методи наукового дослідження, які повинні використовуватися в дослідження для досягнення поставленої мети. На другому етапі дослідження розроблено уніфіковану програму збору первинної інформації. Перед розробкою спеціальних форм отримання первинної достовірної інформації були визначені основні вимоги, які передбачали узгодженість даних документів з чинною нормативною базою в охороні здоров’я відсутністью в термінах подвійної інтерпретації, простоту заповнення та можливість статистичної обробки. Розроблені форми були прорецензованими та затвердженими рішенням вченої ради ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» .

*Метою третього організаційного етапу* з використанням методу SWOT-аналізу було вивчення та проведення комплексного аналізу законодавчої бази України з питань проведення реформи в пілотних регіонах: Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях та м. Києві.

Інформаційною базою, на даному етапі дослідження, стали Закони України, Укази Президента України, урядові акти, накази МОЗ України за період 2012-2015 рр. Всього проаналізовано 1245 законодавчих актів.

*Таблиця 2.1*

**Методичне забезпечення дослідження**

|  |  |
| --- | --- |
| Методи дослідження | Етапи |
| Системного підходу та аналізу | I-YII |
| Бібліосемантичний | I,II,YII |
| Соціологічний | YI,YII |
| Медико-статистичний | IY-YII |
| SWOT-аналізу | III, YI |
| Cтруктурно-логічного аналізу | Y,YI |
| Описового моделювання | YII |
| Концептуального моделювання | YII |
| Експертних оцінок | IY, YII |
| Організаційного експерименту | YII |

Під час виконання *четвертого організаційного етапу* було, з використанням статистичного методу та методу структурно-логічного аналізу було вивчено та проаналізовано результати проведення реформи в пілотних регіонах.

Інформаційною базою дослідження стали статистичні звіти регіонів, які підлягали дослідженню за період 2012-2014 рр. Всього опрацьовано 18 форм статистичної галузевої звітності. Крім того під час проведення реформування системи охорони здоров’я в названих регіонах використано дані моніторингової оцінки проведення реформи охорони здоров’я, який проводить ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». Всього опрацьовано 12 форм моніторингової оцінки проведення реформи охорони здоров’я в пілотних регіонах України.

Під час виконання п’ятого організаційного етапубуло проведено дослідження наукового кадрового потенціалу, стану планування та результатів НДР.

Під час виконання даного етапу дослідження було проаналізовано 28 звітів кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я Вищих медичних навчальних закладів України підпорядкування МОЗ та МОН України з питань кадрового забезпечення та наукової роботи в тому числі з наукового забезпечення реформи охорони здоров’я на національному та регіональному рівнях. Форма звіту наведена в додатку А-1. Також були вивчені та проаналізовані щорічні накази МОЗ України в кількості 6 одиниць з питань затвердження тем НДР в системі МОЗ України, які виконуються на замовлення МОЗ України за державний кошт. Також проаналізовано 158 звітів Вищих медичних навчальних закладів України за результатами виконання НДР.

Окремо були проаналізовані 5 звітів ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» із зазначених питань.

Метою *шостого організаційного етапу* стало вивчення питання щодо стану наукових комунікацій в системі охорони здоров’я України.

На початку дослідження було проведене вивчення та аналіз щодо засобів наукової комунікації з питань реформування системи охорони здоров’я в Україні.

З використання методу експертних оцінок проведено аналіз щорічних реєстрів з’їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій; матеріалів наукових форумів та реєстри галузевих нововведень за період 2010-2015 рр. Всього охоплено аналізом 12 джерел інформації.

Також проаналізовано щорічні звіти «Укрпатентінформу», МОЗ України та ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» щодо видання інформаційних листів про галузеві нововведення та методичних рекомендацій з питань організації охорони здоров’я та її реформування безпосередньо.

Далі було проведене соціологічне дослідження серед організаторів охорони здоров’я та працівників кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я ВМНЗ III-IY рівнів акредитації та працівників НДУ щодо їх інформованості з питань наукових результатів обґрунтованості заходів реформи охорони здоров’я та потреби в засобах наукової комунікації.

За спеціально розробленою анкетою (Додаток А- 2), яка затверджена комісією з біоетики ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» (протокол від18 травня 2016 року № 2) методом соціологічного дослідження охоплено 1 134 організатори охорони здоров’я в усіх регіонах України, в тому числі 135 начальників управлінь охорони здоров’я обласного, міського і районного рівнів, 189 керівників закладів охорони здоров’я третинного рівня медичної допомоги, 540 керівників закладів охорони здоров’я вторинного рівня медичної допомоги, 270 керівників закладів охорони здоров’я первинного рівня медичної допомоги. Анкета є анонімною і забезпечила збереження конфіденційності інформації про респондентів. Анкети були розроблені з урахуванням принципів пабликрелейшин з тим, щоб при найменш можливій кількості запитань отримати максимум інформації та включенням перевіряючих запитань Заповнення анкети проводилося в інтерактивному режимі. Заповнення анкет проводилося після попереднього знайомства респондентів з метою дослідження. Участь у дослідженні була за згодою респондентів. Проведені розрахунки вибіркової сукупності наведені в додатку А-3.

Соціологічним дослідженням також охоплено 24 наукових працівників НДУ та 43 викладачі ВМНЗ III-IY рівнів акредитації в тому числі: професора – 5, доценти 16, асистенти 22. Активність респондентів склала 60,0%. Дане дослідження не є репрезентативним і вказує тільки на тенденції.

Базуючись на отриманих результатах, за допомогою методу, структурно-логічного аналізу, було визначені основні підходи до розробки структури спеціалізованого реферативного журналу за спеціальністю «Соціальна медицина».

*На сьомому заключному етапі* базуючись на отриманих в ході дослідження результатах розроблено модель наукового забезпечення реформи ОЗ та проведена її оцінка.

Для розробки моделі наукового забезпечення реформи ОЗ та її складових використано методи описового та концептуального моделювання, структурно-логічного аналіз. Базою дослідження був системний підхід.

З метою визначення прийнятності запропонованої функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні була проведена експертна оцінка системи. До проведення експертної оцінки були залучені незалежні експерти та розроблена спеціальна анкета. Анкета наведена в додатку А- 4. Групу експертів склали 10 управлінців охороною здоров’я центрального та регіонального рівня, 7 завідувачів кафедр організації охорони здоров’я та соціальної медицини ВМНЗ IY рівня акредитації, 8 керівників (заступників) наукових установ МОЗ та НАМН України. Всього 25 осіб.

Анкета складалася із 10 позицій-нововведень. Експерти оцінювали кожну позицію-нововведення за 10 бальною системою: від одиниці до 10 балів.

На початку експертизи дисертант доповів експертам результати дисертаційного дослідження та відповів на питання.

Далі експерти оцінювали запропоновані систему та інновації. Питання сформульовані у загально прийнятих термінах. Відповіді формувалися по типу «Так», «Ні». Для їх обробки застосовувався альтернативний аналіз, який включав підрахунки в абсолютних та відносних показниках. Результати дослідження підлягали статистичній обробці даних, а також здійснювався їх аналіз і пояснення отриманих даних.

Відомо, чим менший коефіцієнт варіації, тим більша ступінь узгодженості думок експертів, яка вважається низькою, якщо коефіцієнт варіації становить більше, ніж 20%, середньою 10-20%, та високою – менше ніж 10%.

При проведені аналізу враховувалось, що експертиза є ефективним інструментом аналізу об’єкта, що вивчається, слугує вивченню його якісних характеристик та практичної цінності.

У проведеному досліджені застосовувались два типи методів статистичного аналізу: представлення (опис) дослідження і пояснення одержаних фактів (встановлення зв’язків між типами відповідей на запитання анкети, оцінка характеру і спрямованості цих зв’язків та залежностей між даними).

Цей метод статистичного аналізу спрямований на пошук причинно-наслідкових відношень у проблемі і ґрунтується на статистичних методах множинного аналізу (порівняльний аналіз тримірних розподілів). При обробці статистичного матеріалу для відповіді на запитання: чи узгоджуються результати експерименту з гіпотезою про те, що і генеральна сукупність, використовувався критерій узгодженості λ Пірсона. Він дозволяє порівняти емпіричний і припустимий теоретичний розподіл.

Зв'язок між ознаками встановлюється за допомогою статистичного критерію Пірсона.

Медико-статистична обробка даних включала визначення помилки репрезентативності для оцінки достовірності результатів дослідження та визначення довірчого інтервалу. Таким чином, структура аналізу дослідження включала: систематизоване надання й опис первинної інформації, виявлення чинників та закономірностей; формування висновків дослідження; розробка практичних рекомендацій на ґрунті висновків.

Методичною основою теорії системи є системна методологія, складовими якої є системний підхід і системний аналіз. Системний аналіз застосовувався під час виконання роботи для вирішення прикладних, практичних завдань і розглядався як метод системного підходу. Системний підхід розглядався в ході проведення дослідження як метод і процес дослідження.

Формування основних компонентів дослідження у відповідності до поставленої мети включав використання шести аспектів системного підходу, як методичної основи.

* 1. Системно-компонентного (визначення і формування елементного складу).
  2. Системно-функціонального (визначення взаємодії між компонентами).
  3. Системно-структурного (установлення взаємозв’язку між компонентами).
  4. Системно-інтеграційного (використання нових методів, методик, технологій, тощо).
  5. Системно-комунікаційного (розробка правових основ зовнішньої взаємодії).
  6. Системно-історичного (вивчення попереднього досвіду, знання теперішнього становища та перспективи розвитку).

На основі зазначеного механізму з використанням системного підходу та аналізу було науково обґрунтовано функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні.

На етапах виконання дисертаційного дослідження було здійснено впровадження окремих результатів дослідження та елементів запропонованої системи.

Таким чином, використання сучасних методів наукового дослідження як самостійно, так і в комплексі дозволило отримати репрезентативні результати які покладені в основу наукового обґрунтування функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні.

**Розділ3**

**АНАЛІЗ ПРОВЕДЕННЯ РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я ЗА ПЕРІОД 2012-2015 РОКИ: ЗАХОДИ, РЕЗУЛЬТАТИ, РИЗИКИ, НЕДОЛІКИ, ПРИЧИНИ**

Законодавчо було визначено відпрацювання реформи охорони здоров’я в пілотних регіонах: Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві.

Реалізація пілотного проекту передбачала:

* створення на базі існуючої в пілотних регіонах мережі закладів охорони здоров’я структурованої за видами медичної допомоги системи медичного обслуговування шляхом відокремлення (або об’єднання) закладів охорони здоров’я, які задовольняють потреби населення у первинній, вторинній, третинній та екстреній медичній допомозі;
* організацію та забезпечення функціонування у пілотних регіонах центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги для задоволення потреб населення у такій медичній допомозі;
* перепрофілювання пілотних регіонів ЗОЗ, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, з урахуванням інтенсивності її надання;
* організацію діяльності у пілотних регіонах госпітальних округів, які повинні забезпечити умови для надання населенню вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
* створення у пілотних регіонах центрів екстреної медичної допомоги для задоволення потреб населення в такій медичній допомозі;
* перерозподіл ресурсів в пілотних регіонах між ЗОЗ, що надають первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) та ЕМ допомогу на території зазначених регіонів;
* розмежування видатків між місцевими бюджетами на охорону здоров’я за видами медичної допомоги;
* починаючи з 2012 року здійснення фінансового забезпечення в пілотних регіонах ЗОЗ за видами медичної допомоги відповідно до договорів про медичне обслуговування населення;
* починаючи з 2012 року впровадження системи індикаторів якості ПМСД, ВМД, ТМД та ЕМД, які враховуються під час оцінювання якості медичної допомоги відповідного виду;
* застосування у бюджетному процесі на рівні місцевих бюджетів елементів програмно-цільового методу у частині видатків на ОЗ за відповідними видами медичної допомоги.

Програма економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» передбачала наступне.

Для підвищення якості медичних послуг необхідно забезпечити:

– перехід до закупівлі державою послуг у закладів охорони здоров'я на контрактній основі.

Закупівля обладнання й інших матеріально-технічних засобів здійснюватиметься у тому числі і за рахунок цільових бюджетних програм;

– повсюдне впровадження клінічних протоколів;

– розроблення системи індикаторів якості роботи медичних закладів, створення незалежних центрів оцінювання якості медичних послуг;

– зміна системи оплати праці медичних працівників за рахунок виділення двох складників: постійного (на основі єдиної тарифної сітки), змінного – залежно від обсягу і якості наданої медичної допомоги;

Підвищення доступності медичних послуг досягатиметься таким чином:

* + чітке структурне розмежування первинного, вторинного й третинного рівнів медичної допомоги в нормативних актах;
  + структурна реорганізація сфери шляхом створення центрів первинної медико-санітарної допомоги, госпітальних округів з урахуванням радіуса доставляння пацієнтів;
  + розвиток інституту сімейного лікаря на основі зміцнення ролі первинної медичної допомоги;
  + підтримка розвитку приватного сектору медичних послуг, забезпечення доступу до державного фінансування на конкурсній основі.

Для поліпшення ефективності фінансування сектору охорони здоров'я необхідними є:

– скорочення 4-рівневої системи фінансування до 2-ох, 3-ох рівнів на основі об'єднання фінансових ресурсів: для первинної медико-санітарної допомоги – на районному й міському рівнях, для вторинної й третинної – на обласному (для державних спеціалізованих центрів і клінік НДІ – на державному);

– зміна адміністрування видатків медичних закладів на основі розроблення й впровадження єдиної методики розрахунків медичних послуг, формування системи єдиних національних тарифів, переходу від кошторисного фінансування до самостійного перерозподілу коштів (глобальний бюджет);

На первинному рівні – оплата за кількість осіб, які мешкають у межах певної території; на вторинному, третинному –залежно від обсягів, структури і якості наданої медичної допомоги.

Медичні заклади з правами юридичної особи, до складу яких входять амбулаторії загальної практики/сімейної медицни та ФАПи, що забезпечують надання первинної лікарської та долікарської допомоги населенню окремого сільськогорайону або міста з кількістю населення від 30 до 100 тис. осіб.

Функціональне об'єднання кількох адміністративно-територіальних одиниць, населення яких забезпечено вторинною медичною допомогою з боку комплексу медичних закладів, що спеціалізуються залежно від інтенсивності наданої допомоги.

– підвищення частки первинної медичної допомоги в загальному обсязі фінансування медичних послуг, стимулювання проведення профілактичних заходів.

Створення стимулів для здорового способу життя населення:

– перехід до міжвідомчих і міжсекторальних програм формування здорового способу життя й програм здорових умов праці;

– створення умов для здорового способу життя населення за допомогою розвитку інфраструктури для занять масовим спортом та активного відпочинку;

– підвищення акцизів на алкоголь і тютюнові вироби зі спрямуванням їх до спеціального фонду державного бюджету з подальшим використанням для фінансування заходів охорони здоров'я.

Підготовка умов для переходу на страхову модель охорони здоров'я (систему соціального медичного страхування) буде забезпечена за рахунок досягнення фінансової стійкості медичних закладів, оптимізації їх мережі, збільшення самостійності керівників медичних закладів щодо управління фінансовими коштами, підвищення конкуренції у системі охорони здоров'я.

Далі проаналізуємо стан виконання запрограмованих на державному рівні напрямків та заходів реформи охорони здоров’я в пілотних регіонах.

**3.1.Організація фінансового забезпечення реалізації пілотного проекту**

3.1.1. Формування показників проектів бюджетів на 2012–2014 роки з урахуванням концентрації бюджетних коштів для надання первинної медичної допомоги на рівні районних бюджетів та бюджетів міст обласного значення, коштів для надання ВМД, ТМД, ЕМД на рівні обласних бюджетів пілотних робластей та бюджетних коштів для наданняПМСД, ВМД, ТМД, ЕМД на рівні бюджету міста Києва.

В ході дослідження встановлено, що Бюджетним Кодексом (статті 89–90) врегульовано об’єднання бюджетних коштів для надання ПМСД на рівні районних бюджетів та бюджетів міст обласного значення, коштів на надання ВМД, ТМД, ЕМД – на рівні обласних бюджетів, однак термін дії цієї норми закінчівся 31 грудня 2014 року, що в свою чергу потребувало в 2015 році прийняття рішення щодо механізмів фінансування вже реорганізованих ЗОЗ, які надають ПМСД та ВМД.

У Дніпропетровській області в рамках реформи системи ОЗ здійснено структурно-функціональне розмежування між ПМСД та ВМД– створено і функціонує 53 центри ПМСД, які є юридичними особами з мережею підпорядкованих структурних підрозділів, наближених до місць проживання населення. При цьому майнові комплекси ЗОЗ, що надають ВМД передано у власність областих громад. Таким чином їх фінансування здійсьнюється з бюджету обласного рівня.

У Вінницькій області створено і функціонує 33 центри ПМСД в якості юридичних осіб. При цьому райони передали ЗОЗ ВМД на обласний рівень (за винятком м. Вінниця, м. Ладижин, Немирівський район області. В зв»язку з цим ЗОЗ, що розташовані в цих адміністративних територіях фінансуються шляхом передачі субвенцій з обласного бюджету за механізмом, передбаченим Бюджетним Кодексом України(стаття 101).

У Донецькій також проводилася робота в даному напрямку. Там створено в якості юридичних осіб 72 центри ПМСД. В області не проведена передача ЗОЗ ВМД на обласний рівень. В результаті вказані ЗОЗ фінансуються шляхом передачі субвенцій з обласного бюджету за механізмом, передбаченим Бюджетним Кодексом України(стаття 101).

Для м. Києва, яке є пілотним регіоном, питання об’єднання фінансових ресурсів не є актуальним, оскільки вся система надання як ПМСД, ВМД та ЕМД фінансується з бюджету міського рівня. В м. Києві теж відбулося розмежування ПМСД і ВМД. Було створено 28 центрів ПМСД (9 в пілотних районах (Дніпровський та Дарницький райони столиці) та 19 в інших восьми районах). Також створено 13 консультативно-діагностичних центрів (КДЦ) в тому числі 2 КДЦ для обслуговування виключно дитячого населення та 2 – виключно для надання допомоги дорослому населенню, а також створено 9 КДЦ для обслуговування як дорослого, так і дитячого населення.

Здійснити оцінку об’єднання фінансових ресурсів для надання ВМД, ТМД і ЕМД можна лише на прикладі Дніпропетровської області, оскільки лише в ній було здійснено «чистий експеримент», коли відбулося не тільки організаційне, але і фінансове розмежування. В Вінницькій області ці положення не були повністю здійсненні у зв’язку з низкою причин, які пов’язані не лише з питаннями охорони здоров’я, а і з передачею майнових комплексів на рівень громад області. В окремих моментах це стосувалося і окремого бачення керівників, які представляли інтереси громад щодо питання розмежування та об’єднання ресурсів. Також певний вплив мали недостатність комукаційної політики щодо запровадження більш потужних джерел фінансування, переваг та можливих ризиків для окремої території чи громади.

Якщо відзначати позитивні аспекти, то враховуючи «чистоту» відпрацювання зазначених інновацій, це можна зробити проаналізувавши досвід Дніпропетровської області. Об’єднання фінансових ресурсів на рівні обласного бюджету дозволило забезпечити принцип екстериторіальністі, рівнодоступності спеціалізованої медичної допомоги, сформувати більш потужні фінансові пули для забезпечення рівня гарантій для населення, в т.ч. для покращення забезпечення лікарськими засобами та харчуванням хворих, які знаходилися на лікуванні. Зокрема, забезпечено 100% фінансування невідкладної допомоги, збільшено на 46,3% фінансування забезпечення пільгових категорій населення безоплатними лікарськими засобами за рецептами лікарів – з 19,2 млн грн у 2011 р. до 33,9 млн грн у 2013 р., приведено видатки на медикаменти та харчування до єдиних нормативів і збільшення їх більше, ніж у 2 рази (видатки на медикаменти зросли з 43,4 млн грн у 2011 р. до 78,2 млн грн; на харчування відповідно з 24,1 млн грн до 43,2 млн грн.

Об’єднання фінансових ресурсів на обласному бюджеті для фінансування надання ВМД незалежно від адміністративної території дозволило забезпечити видатки на лікарські засоби для лікування одного хворого в день у реанімаційних відділеннях на рівні 60 грн, хірургічних – 10–25 грн, пологових –18 грн, терапевтичних – 5–7 грн, патології новонароджених – 50 грн (для порівняння до об’єднання ці витрати в середньому становили 1,5–3 грн). Видатки на харчування були приведені до єдиних нормативів незалежно від адміністративно-територіальної одиниці регіону.

В Дніпропетровській області було розпочато процес виваженої концентрації матеріально-технічних і кадрових ресурсів на рівні більш потужних лікарень, що сприяє запровадженню сучасних медичних технологій та дозволило збільшити чисельність пролікованих хворих з територї обслуговування, зросла кількість малоінвазивних методів оперативного втручання, що в свою чергу вплинуло на зменшення середнього терміну перебування хворого на лікуванні.

Підвищено рівень фізичної доступності ПМСД для населення області: упродовж періоду пілотного проекту відкрито 25 амбулаторій, наближених до місця проживання населення, оснащених відповідним обладнанням(на загальну суму 78,9 млн грн), проведено ремонти (на загальну суму 37,6 млн грн). Проведена реорганізація дільничних лікарень у територіальні центри соціального захисту населення з розташованими на їх базі амбулаторіями дозволила вивільнити кошти на утримання таких лікарень при одночасному забезпеченні людей похилого віку, які не потребують лікування, соціальним супроводом та наглядом на стаціонарних ліжках при закладах соціального забезпечення (до проведення реформи видатки на фінансування дільничних лікарень становив 28,0 млн грн, з яких 26,3 млн грн (93,9%) спрямовувалося на їх утримання, і тільки 6,1% (1,7 млн грн – на лікування пацієнтів).

Досвід Дніпропетровської області свідчить, що концентрація на рівні області фінансових, кадрових та матеріальних ресурсів дозволила юридично забезпечити маршрутизацію пацієнта відповідно до потреби за напрямом надання медичної допомоги, реалізацію єдиних підходів у фінансуванні закладів охорони здоров»я, виділення першочергових заходів (реанімаційна допомога, спеціалізована хірургічна допомога, перинатальна допомога, тощо).

*Проблеми та ризики*

Рішення щодо пулінгу коштів для надання вторинної та екстреної допомоги з передачею відповідних майнових комплексів на обласний рівень викликало шквал невдоволення органів місцевої (міської та районного рівнів) влади внаслідок втрати контролю над відповідними фінансовими потоками. В результаті передача зазначених ЗОЗ на обласний рівень в повному обсязі відбулася лише в Дніпропетровській області, в інших пілотних регіонах - частково. Для того, щоб органи місцевого самоуправління не були відсторонені від процесів реформування вторинної медичної допомоги в Дніпропетровському регіоні при кожному закладі було створено наглядові ради, до складу яких ввійшли представники місцевого самоврядування та громадськості відповідних територіальних громад. Однак таке рішення проблему радикально не вирішило і місцеві органи влади практично самоусунулися від підтримки розвитку ЗОЗ, що надають вторинну та екстрену допомогу.

У випадку не вирішення питання щодо забезпечення розмежування фінансування за видами надання медичної допомоги після 31 грудня 2014 року необхідно повернути заклади охорони здоров’я, що надають ВМД (лікарні широкого профілю, пологові будинки, поліклініки, загальні стоматологічні поліклініки) у власність міст та районів області. Це стосується і проведення сесій обласної, міських та районих рад для прийняття зворотного рішення щодо майнових комплексів, проведення перереєстрації у державного реєстратора, фондах соціального страхування, податкових органах, органах статистики та державної казначейської служби, внести зміни в статутні документи, отримати нові ліцензії на медичну практику, зебезпечити переєстрацію транспортних засобів, здійснити виплату коштів медичним працівникам та керівникам за невикористані відпустки.

Всі ці заходи потребують як відповідних коштів, що не передбачено у бюджеті на поточний рік і враховуючи складну фінансово-економічну ситуацію в країні такі витрати можуть бути віддані для рішення керівниками і колективами закладів охорони здоров’я. Крім того, підготовка і проведення сесій потребує певного часу, що може створити правовий вакуум у функціонуванні цих закладів, і як результат, матиме негативний вплив на доступність і якість медичної допомоги населенню.

Крім того, при цих умовах буде порушено принцип екстериторіальності, оскільки лікування пацієнта, в закладі охорони здоров’я, який розміщено на іншій адміністративно-територіальній одиниці потребуватиме передачі відповідних коштів у вигляді міжбюджетних трансфертів, тобто практично буде повернуто практику отримання спеціалізованої допомоги тільки за місцем проживання та поновлення принципу госпіталізації/консультування «за домовленістю» коштом пацієнта.

Ще одним із ризиків може стати нерівномірність фінансування закладів охорони здоров’я, оскільки спроможність бюджетів різна.

В подальшому, з прийняттям Закону України «Про добровільне об’єднання територіальних громад» (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2015, № 13, ст.91) та проведенням децентралізації в країні даний позитивний досвід пілотних регіонів не враховується. Запроваджено принцип фінансування ПМСД та ВМД через громади. Ця позиція унормована Бюджетним кодексом.

Вирішити цю проблему можливо шляхом створення Національної агенції з фінансуванням охорони здоров’я, яка через свої регіональні відділення здійснює контрактування постачальників послуг всіх рівнів та форм власності з метою закупівлі медичних послуг. Щодо переходу країни до надання ПМД приватними ЛЗП-СЛ – необхідно ретельне обґрунтування такої трансформації з врахуванням соціальних, економічних, політичних та інших ризиків.

**3.1.2. Визначення у пілотних регіонах обсягу видатків за рівнями місцевих бюджетів на охорону здоров'я: на первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) та екстрену медичну допомогу для формування показників проектів бюджетів на 2012–2014 роки**

Це питання врегульовано положеннями постанови Кабінету Міністрів України Кабінету Міністрів України від 08 грудня 2010 року № 1149 «[Деякі питання розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів](http://zakon.rada.gov.ua/go/1149-2010-%D0%BF)».

Для дотримання єдиних підходів при проведенні розподілу обсягу видатків між закладами охорони здоров'я у пілотних регіонах за видами медичної допомоги, яка ними надається, розроблено відповідну Методику, яку затверджено наказом МОЗ України від 15.05.2013 № 373 (зареєстровано в Міністерстві юстиції України 20 червня 2013 р. за № 1044/23576) «Про затвердження Методики розподілу обсягу видатків між видами медичної допомоги». Положеннями цієї Методики визначено Порядок проведення розрахунку обсягу видатків між видами медичної допомоги як у пілотних регіонів, так і непілотних регіонах.

На базі розрахунків внесено коефіцієнти коригування частки обсягу видатків місцевих бюджетів на охорону здоров’я, які застосовуються для визначення обсягу видатків бюджетів міст обласного значення, районів, обласних бюджетів у [Формулі розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до державного бюджету) між державним та місцевими бюджетами](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1149-2010-%D0%BF), затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 08 грудня 2010 року № 1149 «[Деякі питання розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів](http://zakon.rada.gov.ua/go/1149-2010-%D0%BF)».

Коефіцієнти коригування частки обсягу видатків місцевих бюджетів на охорону здоров’я, які застосовуються для визначення обсягу видатків обласних бюджетів, визначено пунктом 17 [Формули розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до державного бюджету) між державним та місцевими бюджетами](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1149-2010-%D0%BF):

* обласних бюджетів на надання вторинної та екстреної медичної допомоги у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях відповідно до Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві». Для бюджетів міст обласного значення дорівнює 0,72, бюджетів районів – 0,652;
* інших обласних бюджетів на надання екстреної медичної допомоги в інших областях відповідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу». Для бюджетів міст обласного значення дорівнює 0,109, бюджетів районів – 0,085.

Коефіцієнти коригування частки обсягу видатків місцевих бюджетів на охорону здоров’я, які застосовуються для визначення обсягу видатків бюджету міста обласного значення, району, визначено пунктом 18 [Формули розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до державного бюджету) між державним та місцевими бюджетами](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1149-2010-%D0%BF):

* первинної медичної допомоги у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях відповідно до [Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3612-17). Для бюджетів міст обласного значення дорівнює 0,28, для бюджетів районів – 0,348;
* первинної та вторинної медичної допомоги в інших областях відповідно до [Закону України «Про екстрену медичну допомогу»](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/5081-17). Для бюджетів міст обласного значення дорівнює 0,891, для бюджетів районів – 0,915.

Врегульовано питання чіткого розмежування видатків бюджетних установ та одержувачів бюджетних коштів за економічними характеристиками операцій, які здійснюються відповідно до функцій держави та місцевого самоврядування та забезпечення єдиного підходу до всіх учасників бюджетного процесу з точки зору виконання бюджету (наказ Міністерства фінансів від 12.03.2012 № 333 «Про затвердження Інструкції щодо застосування економічної класифікації видатків бюджету та Інструкції щодо застосування класифікації кредитування бюджету», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 27.03.2012 за № 456/20769).

Виник ризик незабезпеченості видатків на заробітну плату працівників закладів охорони здоров’я, що надають вторинну та екстрену медичну допомогу (особливо це важливо для міст Дніпропетровської та Донецької областей). Це пов’язано як з формуванням оптимальної штатної чисельності в центрах ПМСД, так і наявністю існуючої мережі закладів охорони здоров'я, які надають ВМД.

Значна частина вузьких спеціалістів залишилася у Центрах ПМСД і формує їх штатний розпис і відповідно видатки на виплату заробітної плати з нарахуванням, які мають найбільшу питому вагу в загальній сумі видатків на охорону здоров’я, що в свою чергу спричиняє «відтік» частини видатків на надання ВМД. Це одна складова – недосконалий механізм розподілу бюджету між ПМСД і ВМД (величина коефіцієнту коригування при визначенні обсягу видатків для бюджетів міст обласного значення на надання ПМД дорівнює 0,28).

Можливий варіант вирішення –перегляд коефіцієнтів коригування для первинної медичної допомоги, які включено до [Формули розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до державного бюджету) між державним та місцевими бюджетами](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1149-2010-%D0%BF), особливо для міст обласного значення, та вирішення питання щодо залишення певної частини коштів в обласному бюджеті в якості резерву для вирівнювання потреб у фінансових з врахуванням особливостей існуючої мережі закладів охорони здоров'я.

**3.1.3. Застосування елементів програмно-цільового методу у бюджетному процесі на рівні місцевих бюджетів у частині видатків на охорону здоров'я за відповідними видами медичної допомоги**

Розроблено низку нормативних актів, які регулюють застосування елементів програмно-цільового методу у бюджетному процесі на рівні місцевих бюджетів Зокрема, наказом Міністерства фінансів України та Міністерства охорони здоров’я України від 25.07.2013 № 693/633 «Про затвердження Змін до Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я» внесено зміни до Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я». Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08.06.2011 № 347 «Про затвердження Тимчасового типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я» для пілотних проектів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» затверджено Типовий перелік бюджетних програм та результативні показники їх виконання.

Наказом Міністерства фінансів України від 14.01.2011 №11 «Про бюджетну класифікацію» затверджено функціональну класифікацію видатків та кредитування бюджету, в якій виділено окремі функції щодо Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги (код 0724), Центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (код 0726), Перинатальні центри (код 0733), що дозволяє визначити обсяги фінансування на надання медичної допомоги саме в цих типах закладів.

Виділення окремої функції «Центри первинної медичної (медико-санітарної допомоги)» у функціональній класифікації видатків і кредитування бюджету дає змогу простежувати дані про обсяги видатків на надання ПМСД у центрах ПМСД. У цілому видатки на їх фінансування в країні становили 8,09% від загального обсягу фінансування охорони здоров’я з місцевих бюджетів Вони зросли практично вдвічі порівняно з 2012 р. (4,33%). Зростання зареєстровано в 1,9 разу ( р≤0,005).

Аналіз розмежування фінансування надання первинної та вторинної медичної допомоги у пілотних регіонах показав, що на фінансування надання ПМСД у Вінницькій області спрямовано 22,4% зведеного бюджету області на охорону здоров’я (2012 р. − 21,96%), у Дніпропетровській та Донецькій – відповідно 18,53% (2012 р. − 17,96%) та 17,8% (16,81 %). У м. Києві частка видатків на їх фінансування у зведеному бюджеті міста на охорону здоров’я склала 13,6%. Гранична різниця показника між пілотними регіонами склала 1,6 разу ( р≤0,005).

Продовжує зростати частка видатків у зведеному бюджеті областей на фінансування екстреної медичної допомоги за функцією «Станції швидкої та невідкладної допомоги» до 5,1% (1,9 (р≤0,05) разів) (2012 р. − 3,43%; 2011 р. – 2,7%). Це пов’язано з продовженням реформування системи екстреної медичної допомоги та реорганізацією ЗОЗ і їх структурних одиниць, які входять до їх складу.

Оцінка виконання бюджетних програм «Первинна медична допомога» у 2012 р., яка проведена за Методикою здійснення порівняльного аналізу ефективності бюджетних програм, які виконуються розпорядниками місцевих бюджетів, розробленою Міністерством фінансів України спільно з Інститутом бюджету та соціально-економічних досліджень засвідчила, що загальна ефективність такої програми у Дніпропетровській, Вінницькій областях була середня, Донецькій – висока. За даними виконання паспортів бюджетних програм у 2013 р., загальну ефективність бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню» у Дніпропетровській області можна оцінити як високу з урахуванням показників її виконання у 2012 р. Загальну ефективність бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню» за 2013 р. у Вінницькій області оцінено як низьку, оскільки це було пов’язано з недофінансуванням видатків на придбання обладнання та проведення ремонтних робіт, а також відсутністю показників якості за двома завданнями цієї програми., що негативно вплинуло на ефективність виконання бюджетної програми.

Аналіз використання бюджетних коштів в розрізі відповідних програм за видами надання медичної допомоги, зокрема ВМД, не вдалося провести у зв’язку з гальмуванням організаційно-функціональних змін відповідних закладів охорони здоров’я, які надавали ВМД.

В цілому, використання елементів програмно-цільового методу у бюджетному процесі на рівні місцевих бюджетів у частині видатків на охорону здоров'я можна оцінити позитивно. При цьому необхідно в подальшому забезпечити чіткий зв'язок договорів з програмно-цільовим методом планування бюджетів закладів охорони здоров’я та враховувати передбачені відповідно до цього методу індикатори витрат, продуктивності, якості та ефективності діяльності, крім того необхідно більш детально виписувати кількісні та якісні показники.

**3.1.4. Впровадження механізму фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я у пілотних регіонах за видами медичної допомоги на підставі договорів про медичне обслуговування населення**

Положення Закону було виконано тільки частково на рівні ПМСД, хоча опрацьовано підходи щодо запровадження укладення договорів про медичне обслуговування населення на рівні закладів охорони здоров’я, які надають і інші види медичної допомоги (наказ МОЗ України від 01.11.2011 № 742 «Про затвердження примірного договору про медичне обслуговування населення» (зі змінами від 28.12.2011 № 992).

Причини, які не дозволили запровадити договірні відносини.

Запровадити договірні відносини в охороні здоро’я невдалося оскільки: а) не були підготовлені фінансово-економічні структури органів та закладів охорони здоров'я; б) контроль за їх запровадженням на всіх рівнях системи був практично відсутнім; в) не були відпрацьовані технології застосування сучасних методик фінансування (зокрема капітації – для ПМСД, глобального бюджету та DRG – для вторинної допомоги), що не дозволяло поширити досвід первинної ланки на інші види допомоги; г) при розподілі фінансових коштів між закладами охорони здоров’я зберігалася фактична прив’язка обсягів фінансування до потужностних характеристик закладів (дія горезвісного наказу МОЗ України від 23.02.2000 № 33 "Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я") тощо.

Шляхи вирішення проблеми

Для запровадження контрактних відносин необхідно: а) забезпечити адекватну підготовку керівників та працівників фінансово-економічних підрозділів органів та закладів охорони здоров’я щодо роботи на договірних засадах; б) чітко визначити критерії відповідальності закладів охорони здоров’я за результати роботи; в) використовувати для планування видатків типовий перелік бюджетних програм, визначений з використанням програмно-цільового методу; г) поетапно підвищувати можливості прийняття закладами охорони здоров’я самостійних рішень щодо розподілу фінансових, а також кадрових та інших ресурсів шляхом автономізації підготовлених до роботи в таких умовах закладів охорони здоров’я з відповідною зміною їх статусу з бюджетних установ у некомерційні державні або комунальні медичні підприємства; д) здійснити перехід від розподілу фінансових коштів між закладами охорони здоров’я за ресурсними показниками до фінансування медичних установ відповідно до обсягів та складності виконуваної роботи.

Також необхідно розробити нові нормативи навантаження на медичний персонал, які відображають обсяги та складність і якість виконаної роботи (наприклад, нормативне число пролікованих пацієнтів / проведених операцій на рік тощо). Початок такої роботи було почато в 2013р., коли була розроблена та затверджена наказом МОЗ України методика нормування навантаження лікарів стаціонарних відділень лікарень, яка базувалася на даних фотохронометражних досліджень - основного методу, який застосовується при нормуванні праці і представляє собою комбіноване спостереження , що поєднує фотографію робочого часу і хронометраж (Наказ МОЗ України від 28.03.2013 №249 «Про затвердження Методичних рекомендацій визначення нормативів навантаження на медичних працівників (лікарів) у закладах охорони здоров’я, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу»). З використанням методики були успішно розроблені нормативи навантаження для лікарів стаціонарних відділень окремих спеціальностей. Однак ця робота була призупинена і не отримала подальшого розвитку.

**3.1.5. Запровадження фінансування закладів охорони здоров’я за скороченою економічною класифікацією видатків бюджету**

З метою забезпеченнягнучкості у використанні фінансових ресурсів внесено зміни до нормативних актів (постанови Кабінету Міністрів України прийнято постанову від 08.02.2012 № 86 «Про внесення змін до Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ», наказ Міністерства фінансів України від 12.03.2012 № 333 «Про затвердження Інструкції щодо застосування економічної класифікації видатків бюджету та Інструкції щодо застосування класифікації кредитування бюджету»), що дозволило фінансувати заклади охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу у пілотних регіонах за двома кодами економічної класифікації видатків: КЕКВ 2282 (до 01.01.2013 р. –1172) «Окремі заходи по реалізації державних (регіональних) програм, не віднесені до заходів розвитку» та КЕКВ 3210 (до 01.01.2013 р. – 2410) «Капітальні трансферти підприємствам (установам, організаціям)».

Переваги такого фінансування: спрощення та зменшення документообігу в ЦПМСД; прискорення оплати платіжних доручень в органах Державної казначейської служби України; підвищення оперативності внесення змін до розпису асигнувань по розпорядниках нижчого рівня; спрощення порядку перерозподілу бюджетних коштів в частині внесення змін до планів використання бюджетних коштів; можливість самостійно визначати першочерговість платежів.

Вказану норму з 1 січня 2014 року (постанова Кабінету Міністрів України від 19 червня 2013 року № 465«Про внесення змін до Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ») поширено на порядок фінансування за двома кодами економічної класифікації видатків узакладах охорони здоров'я пілотних регіонів, які надають вторинну та екстрену медичну допомогу; закладах охорони здоров'я, що надають первинну медико-санітарну допомогу на всій території України. Однак, ***існує ризик*** відміни цього положення, що може призвести до повернення до фінансування за кошторисами, які включають всі коди економічної класифікації видатків і знищення тих переваг, які вже реально були відчутними для керівників та працівників фінансово-економічних служб.

Можливий варіант вирішення **–** поширення порядку фінансування за двома кодами економічної класифікації видатків у закладах охорони здоров'я незалежно від виду медичної допомоги на всій території України.

**3.1.6. Умови оплати праці працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я, в тому числі порядок встановлення заохочувальних виплат медичним працівникам виходячи з обсягу та якості виконаної роботи**

Реалізація цього положення здійснено для медичних працівників, що надають ПМСД. Відповідний [Порядок встановлення надбавок за обсяг та якість виконаної роботи медичним працівникам закладів охорони здоров’я, що надають первинну медичну допомогу](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/977-2013-%D0%BF#n32#n32) змінювався тричі ([постанови Кабінету Міністрів України від 5 березня 2012 р. № 209](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/209-2012-%D0%BF" \t "_blank) «Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров’я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров’я»; [від 20 травня 2013 р. № 395](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/395-2013-%D0%BF) «Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров’я»; від 30 грудня 2013 р. № 977 «Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу»).

Основні зміни стосувалися показників, за якими оцінювали якість виконаної роботи, а також запровадження єдиних підходів до формування фонду оплати праці лікарів загальної практики - сімейних лікарів, лікарів-педіатрів дільничних, лікарів-терапевтів дільничних, лікарів інших спеціальностей, молодших спеціалістів з медичною освітою, у тому числі фельдшерів, що працюють разом із зазначеними лікарями та обслуговують прикріплене до закладів охорони здоров’я населення.

Постановою Кабінету Міністрів України від 30 грудня 2013 р. № 977 «Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу» врегульовано встановлення надбавок за якість не лише медичним працівникам, що надають первинну медичну допомогу, а і керівникам закладів та їх заступникам, медичним працівникам таких закладів, які забезпечують збір та обробку інформації, необхідної для визначення показників якості.

Запровадження надбавок за обсяг та якість виконаної роботи у 2012 році дозволило в цілому у пілотних регіонах підвищити на 39,5% порівняно з 2011 р. рівень оплати праці лікарів (середній рівень заробітної плати 3707,9 грн), на 57,9% – середньому медичному персоналу (середній рівень заробітної плати 2869,4 грн); у 2013 р. – відповідно до 2012 р. підвищено ще на 26,8% рівень оплати праці лікарів (середній рівень заробітної плати 4701 грн), на 35,3% – середньому медичному персоналу (середній рівень заробітної плати 3883 грн). У лютому 2014 р. середній рівень заробітної плати лікарів становив 4650,6 грн, середнього медичного персоналу – 3565,3 грн, тобто порівняно з 2011 р. заробітна плата лікарів зросла в 1,7 (р≤0,005) разу, середнього медичного персоналу майже вдвічі.

Крім того, дію порядків, затверджених цією постановою, поширено на медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу в інших регіонах країни – з 1 жовтня 2014 року.

Не запроваджено виплату надбавок за обсяг та якість для медичних працівників, що надають ВМД, у зв’язку з відсутністю відповідних нормативів навантаження на медичних працівників у закладах охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу. Треба зазначити, що було затверджено Методичні рекомендації визначення нормативів навантаження на медичних працівників (лікарів) у закладах охорони здоров’я, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (наказ МОЗ України від 28.03.2013 № 249 «Про затвердження Методичних рекомендацій визначення нормативів навантаження на медичних працівників (лікарів) у закладах охорони здоров’я, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу»). Визначено відповідальних виконавців для проведення визначення таких нормативів для лікарів відділень лікарень інтенсивного лікування та наказом МОЗ України від 23.12.2013 № 1121 «Про затвердження Нормативів навантаження на медичних працівників у закладах охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу (для багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування), залежно від обсягу наданої допомоги» було затверджено відповідні нормативи для наступних відділень ЛІЛ: отоларингологічне (лікар-отоларинголог), офтальмологічне (лікар-офтальмолог), пологове (для ЛІЛ 1-го і ЛІЛ 2, ЛІЛ 2-го рівня)/перинатального центру ІІ рівняго рівня рівня) (лікар-акушер-гінеколог, лікар-неонатолог) патології вагітності (ЛІЛ 2-го рівня) (лікар-акушер-гінеколог), анестезіології та реанімації (лікар-анестезіолог),анестезіології та реанімації (лікар-анестезіолог), хірургічне (лікар-хірург), гнійно - септичне (лікар-хірург), інфекційне (лікар-інфекціоніст), терапевтичне (лікар- терапевт). Також визначено підходи до нормативів навантаження медичних сестер, нормування праці та визначення необхідної чисельності медичних працівників (лікарів) лікарень інтенсивного лікування, виходячи з обсягів та складності роботи.

Однак у зв’язку з тим, що даний наказ підлягав державній реєстрації, але не був зареєстрований у Міністерстві юстиції України, його було скасовано (наказ МОЗ України від 28.01.2014 № 85 «Про скасування наказу МОЗ України від 23 грудня 2013 року № 1121 «Про затвердження Нормативів навантаження на медичних працівників у закладах охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу (для багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування), залежно від обсягу наданої допомоги».

Крім того, розроблення нормативів навантаження на лікарів проходило в умовах не сформування багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування і за відсутності в Україні відділень екстреної (невідкладної) допомоги, що стало на перешкоді для їх розробки.

Також негативним аспектом стало введення в дію положень Закону України від 23.02.2014 № 772-VII «[Про введення мораторію на ліквідацію та реорганізацію закладів охорони здоров’я](http://zakon.rada.gov.ua/go/772-18)», що фактично призупинило організаційно-функціональну реорганізацію закладів охорони здоров’я державної та комунальної форм власності.

Ризики. У зв’язку з економічною ситуацією в країні та з метою економного і раціонального використання державних коштів, поширення дії порядків на інші області можливе за умови забезпечення у повному обсязі бюджетними коштами обов’язкових виплат із заробітної плати працівникам закладів охорони здоров’я, що в свою чергу несе ризики щодо можливого невиконання положень постанови, і як результат – дескримінації відпрацьованого механізму стимулювання медичного персоналу за обсяг і якість виконаної роботи навіть на основі відпрацьованих механізмів для працівників, які надають ПМСД.

Відпрацювання зміни господарського статуту (комунальні некомерційні підприємства або комунальні некомерційні установи), закладів, що надають первинну медичну допомогу

Цей механізм було відпрацьовано в м. Києві, де всі Центри ПМСД були реорганізовані у комунальні некомерційні підприємства. В органах державної податкової служби ці підприємства зареєстровані як неприбуткові організації.

Однак, в ході проведення пілотного проекту не вдалося вирішити питання щодо поширення цього досвіду на всю територію держави. Комунальні некомерційні підприємства є правонаступниками прав та обов’язків амбулаторно-поліклінічних закладів, здійснюють ті ж самі функції та проводять господарську некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення економічних, соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку. Разом з тим, вони не підпадають під визначення бюджетної установи, оскільки є одержувачами бюджетних коштів.

В результаті, втративши статус бюджетної установи, у таких закладах, створених у формі комунальних некомерційних підприємств, виникли проблеми з оподаткуванням, а також з оплатою комунальних послуг, енергоносіїв тощо.

Можливий варіант вирішення **–** внесення змін до Податкового кодексу України щодо особливостей оподаткування закладів охорони здоров'я, створених у формі комунальних некомерційних підприємств, як неприбуткових підприємств:

* у підпункт 14.1.121 пункту 14.1 статті 14 щодо визначення терміну;
* у підпункт (б) пункту 157.1 статті 157 щодо оподаткування неприбуткових установ та організацій закладів охорони здоров’я, створених у формі комунальних некомерційних підприємств як неприбуткових підприємств;
* у підпункт 197.1.5 пункту 197.1 статті 197 щодо звільнення від оподаткування постачання послуг з медичної допомоги та/або медичного обслуговування закладами охорони здоров’я на основі відповідної ліцензії;
* у підпункт 282.1.8 пункту 282.1 статті 282 стосовно пільг щодо сплати податків для закладів охорони здоров’я, створені у формі комунальних некомерційних підприємств як неприбуткових підприємств;
* у абзац другий пункту 284.3 статті 284 щодо особливостей застосування пільгового оподаткування податку за земельні ділянки закладам охорони здоров’я, створеним у формі комунальних некомерційних підприємств як неприбуткових підприємств.

В 2017 році прийнято Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров’я» яким законодавчо передбачено механізми зміни правового статусу закладів охорони здоров’я на комунальні неприбуткові некомерційні підприємства.

***3.2. Реорганізація системи медичного обслуговування в пілотних регіонах***

Проведення суттєвих перетворень в такій складній системі як охорона здоров’я потребує обов’язкового визначення пріоритетів, тобто виділення тих завдань, вирішення яких є першочергово необхідними. Пріоритетами на 2012-2014 рр. були обрані реформи базових видів МД (первинної та екстреної), які повинні були стати локомотивом для змін в секторах вторинної та третинної МД.

**3.2.1.Реформування первинної медичної допомоги.**

Впроцесі реформи системи охорони здоров'я відбувався повномасштабний перехід до моделі первинної допомоги, що базується на засадах загальної практики / сімейної медицини. До числа основних компонентів нової моделі відносяться: розмежування первинної та вторинної медичної допомоги; формування розгалуженої і відповідно оснащеної інфраструктури первинної допомоги; впровадження системи надання первинної допомоги за сімейним принципом; застосування контрольно-пропускної системи (принцип «воротаря») для формування оптимального маршруту пацієнта; введення вільного вибору пацієнтом лікаря первинної ланки; фінансування закладів первинної допомоги з міських та районних бюджетів за подушним принципом; договірні відносини між головними розпорядниками коштів та провайдерами первинної допомоги; оплата праці медичного персоналу, виходячи з обсягу та якості виконаної роботи.

За період експерименту у пілотних регіонах повністю сформовано мережу ЗОЗ, які надають ПМСД. Відкриті Центри ПМСД. Усі відкриті ЦПМСД мають статус юридичних осіб, реєстраційні посвідчення та ліцензії МОЗ України на медичну практику. Табл.3.1.

*Таблиця 3.1*

**Дані про відкриті Центри первинної медико-санітарної допомоги**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Адміністративно-територіальна одиниця | Кількість ЦПМСД | | | | | | Відсоток від запланованого |
| усього | | сільська місцевість | | міста | |
| Вінницька обл. | 33 | | 6 | | 27 | | 100 |
| Дніпропетровська обл. | 53 | | 30 | | 23 | | 100 |
| Донецька обл. | 72 | | 55 | | 17 | | 100 |
| м. Київ | 28 | | – | | 28 | | 100 |
| Відповідно до даних, що наведені в табл.3.1 в пілотних регіонах були створені центри первинної медико-санітарної допомоги у відповідності до планів реформуванні. Таким чином первинна і вторинна медична допомога за рівнями юридично, а значить і фінансово були розмежовані.  Далі, в табл.3.2 наведені дані про кількість відкритих АЗПСМ та кількість ФАПів, які обслуговують понад 1000 осіб.  *Таблиця 3.2*  **Кількість всього АЗПСМ та ФАПів, які обслуговують понад 1000 осіб** | | | | | | | |
| Адміністративно-територіальна одиниця | Кількість АЗПСМ, усього | | | | | Кількість ФАПів,  які обслуговують понад 1000 осіб | |
| усього | сільська  місцевість | | міста | |
| Вінницька обл. | 302 | 68 | | 234 | | 62 | |
| Дніпропетровська обл. | 376 | 141 | | 235 | | 15 | |
| Донецька обл. | 357 | 205 | | 152 | | 24 | |
| м. Київ | 257 | − | | 257 | | − | |

За даними, що наведені в табл.3.2 видно, що в пілотних регіонах функціонувало 101 ФАПів, які обслуговують понад 1000 осіб. Дані ФАПи, згідно програми реформування, повинні були реформованими у АЗПСМ.

Разом із формуванням і розвитком мережі закладів, які надають ПМСД, введено більшість штатних посад ЛЗПСЛ та їх укомплектування за рахунок навчання в інтернатурі та перепідготовки лікарів інших лікарських спеціальностей. Табл.3.3 , 3.4.

*Таблиця 3.3*

**Штатні посади лікарів загальної практики-сімейних лікарів в пілотних регіонах, 2011-2015 рр (кількість)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Адміністративно-територіальна одиниця | Кількість штатних посад ЛЗПСЛ | | | |
| 2011 р. | 2012 р. | 2013 р. | динаміка |
| Вінницька обл. (усього) | 755,50 | 855,25 | 961,25 | +205,75 |
| міста | 397,00 | 372,00 | 441,25 | +44,5 |
| сільська місцевість | 358,50 | 483,25 | 520,00 | +161,5 |
| Дніпропетровська обл. (усього) | 2200,75 | 1061,25 | 1478,75 | -722,0 |
| міста | 1543,75 | 509,75 | 912,5 | -631,25 |
| сільська місцевість | 657,00 | 551,50 | 566,25 | -90,75 |
| Донецька обл. (усього) | 544,25 | 937,75 | 1250,00- | +705,75 |
| міста | 387,50 | 650,00 | 865,75- | +478,25- |
| сільська місцевість | 156,50 | 287,75 | 384,25- | + 227,75- |
| м. Київ (усього) | 335,75 | 525,50 | 747,25 | + 411,5 |

Аналіз наведених в табл.3.3 даних вказує на оптимізацію штатних посад лікарів первинної ланки, яка полягає як в збільшенні посад лікарів загальної практики-сімейних лікарів і виведенні з штатних розписів первинної ланки лікарів-спеціалістів, які були введені туди під час розмежування первинної та вторинної медичної допомоги.

*Таблиця 3.4*

**Укомплектованість штатних посад лікарів загальної практики-сімейних лікарів в пілотних регіонах, 2011-2015 рр, %**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Адміністративно-територіальна одиниця | Укомплектованість | | | | | |
| 2011 р. | 2012 р. | 2013 р. | 2014 р. | 2015 р. | Динаміка |
| Вінницька обл. (усього) | 77,04 | 75,18 | 78,02 | 79,43 | 77,64 | +0,6 |
| Дніпропетровська обл. (усього) | 72,0 | 65,05 | 65,71 | 72,74 | 75,31 | +3,31 |
| Донецька обл. (усього) | 70,21 | 65,70 | 68.05 | - | - | - |
| м. Київ (усього) | 59,87 | 62,38 | 68.50 | 76,09 | 76,94 | +17,07 |

Далі в табл. 3.4 наведені дані про укомплектованість штатних посад ЛЗП-СЛ в пілотних регіонах за роки дослідження. При приведення аналізу дані по Донецькій області у зв’язку з АТО за 2014 та 2015 роки не враховувалися.

Аналіз наведених в табл. 3.4 даних вказує на те, що за період дослідження рівень укомплектованості штатних посад ЛЗП-СЛ підвищився в усіх пілотних регіонах. При цьому найвищі темпи зростання рівня укомплектованості штатних посад зареєстровано в м. Києві та Дніпропетровській області.

Далі вивчалася забезпеченість населення пілотних регіонів АЗПСМ. Забезпеченість АЗПСМ у м. Києві становить 0,90 на 10 тис. населення, у Донецькій області: для міського населення – 0,85 на 10 тис. населення, для сільського населення – 2,82 на 10 тис. населення, у Вінницькій області: відповідно 0,79 та 2,85 на 10 тис. населення (при нормативі, затвердженому МОЗ України, для міст – 1 амбулаторія на 10 тис. населення, для сільської місцевості – 3,30 на 10 тис. населення). Досягнення нормативу відбуватиметься поступово до 2020 року.

Граничні показники забезпеченості населення ЛЗП-СЛ в пілотних регіонах мають суттєві відмінності:

Далі в вивчався стан матеріально-технічного оснащення закладів ПМСД. Встановлено, що стан матеріально-технічного оснащення закладів ПМСД має тенденцію до поліпшення виключно в пілотних регіонах (за рахунок централізованих закупок обладнання та автотранспорту). Отримані дані представлено в табл.3.5 та 3.6.

*Таблиця 3.5*

**Рівень оснащених АЗПСА відповідно до табелю матеріально-технічного оснащення, 2011-2014 рр, %**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Адміністративно-територіальна одиниця | Відсоток амбулаторій оснащених відповідно до табелю матеріально-технічного оснащення | | | | |
| 2011 р. | 2012 р. | 2013 р. | 2014 р. | динаміка |
| Вінницька обл. (усього) | 18,6 | 32,4 | 37,8 | 42,1 | +23,5% |
| Дніпропетровська обл. (усього) | 26,70 | 33,50 | 40,10 | 67,7 | +41,0% |
| Донецька обл. (усього) | 43,2 | 49,7 | 83,4 | -  - | - |
| м. Київ (усього) | 21,2 | 24,8 | 32.3 | 35,4 | +14,2% |

Аналіз наведених в табл.3.5 даних вказує на те, що менше половини АЗПСА оснащені медичним обладнанням відповідно до табелю матеріально-технічного оснащення з достовірною різницею показника в розрізі пілотних регіонів. Найвищий рівень оснащення зареєстровано в Дніпропетровській області (67,7%), а найнижчий в м. Києві (35,4%). Гранична різниця показника складає 1,9 разів. Далі в табл.3.6 наведено дані щодо рівня оснащення АЗПСА транспортними засобами.

*Таблиця 3.6*

**Рівень оснащення АЗПСА транспортними засобами, 2011-2015 рр, %**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Адміністративно-територіальна одиниця | Відсоток амбулаторій оснащених транспортними засобами | | | | | |
| 2011 р. | 2012 р. | 2013 р. | 2014 р. | 2015 р. | динаміка |
| Вінницька обл. (усього) | 43,8 | 44,7 | 47,5 | 50,2 | 51,55 | +7,75 |
| Дніпропетровська обл. (усього) | 58,40 | 91,10 | 99,20 | 99,5 | 100,0 | +41,6 |
| Донецька обл. (усього) | 72,4 | 77,5 | 78,3 | 79,3 | 80,4 | +8,0- |
| м. Київ (усього) | н/д\* | н/д\* | н/д\* | 34,3 | 34,3 | +34,3 |

Аналіз наведених в табл.3.6 даних вказує на достовірну різницю в забезпеченості АЗПСА пілотних регіонів транспортними засобами та різну динаміку даного процесу. При цьому необхідно відмітити, що забезпеченість АЗПСА транспортними засобами є вкрай важливим чинником забезпеченості доступності та своєчасності надання ПМСД населенню на дому.

Граничні показники забезпеченості АЗПСА транспортними засобами в пілотних регіонах мають суттєві відмінності і складають 2,9 разів.

Порівняльна характеристика матеріально-технічного забезпечення АЗПСА в пілотних регіонах та країні в цілому наведена на рис.3.1.

В ході проведення реформи ПМСД проводилися не тільки структурними перетвореннями з розвитку мережі ЗОЗ.. Проводилося робота з їх оснащення укомплектування медичними кадрами. Значна кількість амбулаторій в пілотних регіонах повністю укомплектовані обладнанням відповідно до табелю оснащення (52,1% та 69,5 % в Дніпропетровській та Донецькій областях), автоматизованими робочими місцями (АРМами) – 44,4% та 79,9%, автомобілями – 100% та 80,4% відповідно (рис.3.1).

Наявність санітарного транспорту в кожній СА дозволяє повноцінно виконувати функції невідкладної допомоги, які входять до сфери компетенцій первинної допомоги. Дещо нижчі показники зареєстровані в ЗОЗ м. Києва, що може бути обумовлено недостатньою системністю прийняття взаємопов’язаних рішень. В цілому рівень матеріально-технічного забезпечення СА в пілотних регіонах перевищує такий в країні в цілому, що є свідченням пріоритетності розвитку ПМСД в цих регіонах.

Позитивні наслідкирозмежування ПМСД та ВМД допомоги:

1. Запроваджене цільове фінансування первинної ланки дозволило змінити структуру видатків на користь ПМСД - з 4-6% зведеного бюджету на початку реформи до 17,8-22,4% в пілотних регіонах уже в 2013р., що показано на рис. 3.2.

Рис. 3.1. Порівняльна характеристика матеріально-технічного забезпечення амбулаторій загальної практики-сімейної медицини в пілотних областях та країні в цілому, 2015 р.

1. Фінансування органами місцевого самоврядування лишеПМСД, оскільки відповідальність за фінансування інших видів допомоги відійшла до органів регіональної влади, сприяла зосередженню їх уваги та відповідної матеріальної підтримки розвитку первинної ланки.

Кумулятивний ефект від поєднання обох заходів при підтримці державної субвенції в сумі 327 млн. гривень (40,9 млн. доларів), наданої в 2012 р. для придбання автотранспорту та обладнання медичного призначення для центрів ПМСД, отримав своє вираження в реалізації комплексу заходів, який охоплював: а) підвищення рівня гарантій щодо ПМСД для населення; б) розвиток мережі амбулаторій; в) проведення капітальних ремонтів існуючих закладів/підрозділів ПМСД, г)устаткування амбулаторій медичним обладнанням, АРМ, автомобілями, що стало передумовою для підвищення доступності, якості створення комфортних умов для надання первинної допомоги; д) підвищення рівня забезпеченості медичним персоналом для надання ПМСД.

Рис.3.2. Питома вага витрат на ПМСД від загального фонду зведеного бюджету в пілотних регіонах, 2013 р.

Вільний вибір населенням лікаря ПМСД та визначення останнім медичного маршруту пацієнта

Можливість вибору і зміни лікаря ЗПСМ є правом пацієнта і є обов'язковою передумовою для переорієнтації системи охорони здоров'я з на потреби населення. Саме ЛЗП-СЛ здатний визначити найбільш раціональний варіант лікування і оптимальний медичний маршрут пацієнта в системі ОЗ. в зв’язку з цим сполучення вільного вибору населенням ЛЗПСМ з наданням останньому права визначати медичний маршрут пацієнта є однією з найважливіших умов керованості медичної допомоги, яка виражається в наданні допомоги на тому рівні і тим фахівцем, який найкращим чином відповідає стану здоров’я пацієнта.

В рамках пілотного відпрацювання реформи ОЗ законодавчо регламентовані вільний вибір населенням ЛЗП-СЛ і система направлень пацієнтів для отримання медичної допомоги вищого рівню. Законодавчо визначено випадки, коли пацієнт може отримувати медичну допомогу на вищому рівні без направлення ЛЗП-СЛ. До них відносяться: екстрені випадки, звернення до лікарів окремих спеціальностей - акушера-гінеколога, стоматолога, педіатра; звернення хронічних хворих до лікарів - фахівців, у яких вони перебувають на диспансерному обліку.

В пілотних регіонах реформи ОЗ реалізація права на вільний вибір ЛЗП-СЛ почалася з 2013р.

До останнього часу доступ до вторинної медичної допомоги не регулювався, оскільки не було чіткого розмежування між первинною і вторинною допомогою. В рамках пілотного відпрацювання реформи ОЗ в впроваджувалося, хоча повільними темпами контрольно-пропускна система, що передбачає доступ до вторинної допомоги за направленням ЛЗП-СЛ. В рамках пілотного відпрацювання реформи ОЗ жорстка територіальна прив'язка населення до певних закладів ОЗ вторинної допомоги була формально скасована, чому сприяло об'єднання коштів для вторинної допомоги на регіональному рівні, і почала відпрацьовуватися система, коли ЛЗП-СЛ може скерувати пацієнта до будь-якого закладу вторинної допомоги на території регіону.

*Проблеми*

Не готовність, а тому пасивність населення щодо вільного вибору лікаря загальної практики-сімейного лікаря ЛЗП-СЛ з низькою зацікавленістю даного процесу медичного персоналу. Повільно відбувалося і впровадження контрольно-пропускної системи в наслідок наступного:

а) широкий спектр законодавчо визначених контингентів, що можуть вільно звертатися на вищий рівень медичної допомоги;

б) супротив певних груп населення та лікарів-спеціалістів.

*Можливі шляхи вирішення проблем*

З метою підвищення активізації процесу вільного вибору ЛЗП-СЛ пропонується: проведення комплексної роз’яснювальної роботи серед населення, розробка та запровадження конкурентних переваг для лікарів, яких населення обирає активно.

Більш широкому застосуванню системи направлень може сприяти: формування довіри пацієнтів до лікарів ЗПСМ; реальне обмеження географічної прив’язки до закладів вторинної допомоги, куди ЛЗПСМ може скеровувати пацієнта; формування об’єктивних та доступних як для лікарів, так і для пацієнтів рейтингів лікарів різних спеціальностей; поступове запровадження матеріальної відповідальності пацієнтів за необґрунтовано самостійне звернення на вищі рівні надання медичної допомоги без клінічних показань.

**3.3. Реформування системи екстреної медичної допомоги**

В пілотних регіонах реформування ЕМД було віднесено до пріоритетних напрямків. Були створені регіональні центри ЕМД та медицини катастроф, на які покладено забезпечення організації та надання ЕМД на території відповідного регіону та які фінансуються з регіонального (обласного) бюджету. Визначено, що до складу центрів входять територіальні відділення ЕМД. Для підвищення доступності ЕМД передбачено формування пунктів постійного і тимчасового базування бригад ЕМД та оптимізацію забезпеченості бригадами ЕМД. Крім того реформа служби передбачає розмежування екстреної та невідкладної медичної допомоги. Функції надання допомоги при невідкладних станах покладалися на ПМСД.

В пілотних регіонах з реформування ОЗ тільки в 2013 році створено 250 пунктів постійного/тимчасового базування бригад ЕМД. Автотранспорт ЕМД був обладнаний GPS-навігацією, всі бригади екстреної допомоги були забезпечені засобами радіо- та мобільного зв'язку. Табл.3.7.

Згідно з наведеними в табл.3.7. даними кількість пунктів постійного та тимчасового базування бригад ЕМД в розрізі регіонів відрізняється ( постійних в 3,5 рази; тимчасових в 6,0 рази), що пов’язано з територією регіону та густотою розселення населення.

Згідно із Законом України «Про екстрену медичну допомогу», визначено нормативну 1 бригада ЕМД створюється на 10 тис. населення. Цей показник є наближеним до нормативного у Дніпропетровській та Донецькій областях, значно нижчим за норматив − у м. Києві табл.3.8.

*Таблиця 3.7.*

Формування мережі пунктів постійного та тимчасового базування (станом на 01.01.2014 р.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Адміністративно-територіальна одиниця | Кількість існуючих пунктів постійного базування / % від запланованих | Кількість існуючих пунктів тимчасового базування / % від запланованих |
| Вінницька обл. | 19 / 100,00% | 23 / 100,00% |
| Дніпропетровська обл. | 63 / 100,00% | 36 / 100,00% |
| Донецька обл. | 66 / 89,20% | 6 / 100,00% |
| м. Київ |  | 25 / 100,00% |

*Таблиця 3.8*

**Забезпеченість населення екстреною медичною допомогою (станом на 01.01.2014 р.)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Адміністративно-територіальна одиниця | Кількість бригад на  10 тис. нас. | Питома вага фельдшерських бригад ЕМД (%) | Питома вага лікарських бригад ЕМД (%) | Питома вага спеціалізованих бригад ЕМД |
| Вінницька обл. | 0,75 | 59,2 | 33,3 | 7,5 |
| Донецька обл.. | 0,83 | 46,3 | 42,1 | 11,6 |
| Дніпропетровська обл. | 0,85 | 64,2 | 32,3 | 3,6 |
| м. Київ | 0,43 | 8,5 | 91,5 | 10,5 |

Нормативи своєчасності надання ЕМД визначено відповідними положеннями Закону України «Про екстрену медичну допомогу»: 10 хв. у містах і 20 хв. у сільських районах. Протягом 2011–2013 рр. ці показники поступово зросли в усіх регіонах (як у містах, так і в сільській місцевості). Табл.3.9. Рис.3.3.

Водночас об'єктивність характеристик доїзду викликає сумніви. Реальні дані будуть отримані після введення в експлуатацію централізованих диспетчерських служб, коли реєстрація часу доїзду буде здійснюватися без втручання людського фактора.

Незважаючи на короткий період з початку функціонування нової системи екстреної допомоги, число бригад екстреної медичної допомоги

*Таблиця 3.9*

**Своєчасність надання екстреної медичної допомоги , 2011-2015 рр, %**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Адміністративно-територіальна одиниця | Відсоток викликів ЕМД з доїздом у визначений нормативом час | | | | | |
| 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | динаміка |
| Вінницька обл. (усього) | − | − | − | - | - | - |
| міста | 83,90 | 86,40 | 88,70 | 88,5 | 88,9 | +5,0% |
| сільська місцевість | 72,80 | 79,60 | 83,60 | 83,8 | 84,5 | +11,7 |
| Дніпропетровська обл. (усього) | − | − | − | - | - | - |
| міста | 92,10 | 92,70 | 91,30 | 91,3 | 91,5 | -0,6% |
| сільська місцевість | 91,40 | 92,60 | 90,20 | 90,2 | 90,4 | -1,0% |
| Донецька обл. (усього) | - | - |  | - | - | - |
| міста | 86,10 | 85,00 | 86,10 | - | - | - |
| сільська місцевість | 80,10 | 86,70 | 84,80 | - | - | - |
| м. Київ (усього) | 50,90 | 54,30 | 85,90 | 86,2 | 87,0 | +36,1 |

Рис.3.3. Своєчасність доїзду бригад та частота викликів ЕМД, 2015 , %

збільшилася - до 3407 або 0,75 на 10 000 населення. Піддалася змінам і структура бригад: питома вага загальнолікарських бригад практично не змінилася (34%), в той же час зменшилася частка спеціалізованих бригад - до6,4% і зросла частка фельдшерських бригад - до 60%, що сприяло зменшенню непрофільності виїздів (табл.3.10).

*Таблиця 3.10*

**Характеристики екстреної медичної допомоги в пілотних регіонах та Україні в цілому, 2015р.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Адміністративно-територіальна одиниця | Центри ЕМД та МК\* | Станції ЕМД (самостійні)\* | Станції ЕМД  (в складі центру)\*\* | Підстанції (відділення) ЕМД\*\* | Пункти постійного базування бригад ЕМД\*\* | Пункти тимчасового. базування бригад ЕМД\*\* |
| Вінницька | 1 | 0 | 6 | 31 | 15 | 35 |
| Дніпропетровська | 1 | 6 | 3 | 36 | 63 | - |
| Донецька | - | 7 | - | 26 | 55 | - |
| м. Київ | 1 | - | 3 | 16 | - | 28 |
| **Україна** | **23** | **29** | **76** | **466** | **789** | **188** |

*Проблеми функціонування ЕМД*

Ключова роль у функціонуванні нової системи ЕМД належить оперативно - диспетчерським службам - структурним підрозділам центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, які з використанням телекомунікаційних мереж, програмних, технічних та інших засобів повинні забезпечувати в цілодобовому режимі прийняття викликів екстреної медичної допомоги з усієї території області, їх обробку та оперативне реагування на них, зокрема - передачу відділенням і відповідним бригадам ЕМД інформації про виклик, визначення закладів охорони здоров'я, куди бригада повинна здійснювати перевезення пацієнта, та інформування про це бригад екстреної допомоги та відповідних установ.

Проте плани реалізації національного проекту «Вчасна допомога», спрямованого на створення єдиних регіональних оперативно диспетчерських служб не виконані. В експлуатацію введена лише одна централізована диспетчерська в Дніпропетровській області в 2015р. , яка поступово виходить на заплановану потужність. При цьому відсутні стандартизовані опитувальники для диспетчерів, не опрацьовані сучасні технології направлення бригад ЕМД для обслуговування викликів.

Потребують удосконалення механізми розмежування невідкладної та екстреної медичної допомоги та взаємодія відповідних служб (первинної допомоги та ЕМД).

Ефективність діяльності служби ЕМД залежить значною мірою від позагалузевих чинників – стану доріг, освітлення вулиць, наявності нумерації будинків тощо.

**3.4. Реформування вторинної медичної допомоги**

Реформа вторинного рівня медичної допомоги в пілотних регіонах була віднесена до другого етапу перетворень (після визначення і апробації основних форм та механізмів організації первинної та екстреної медичної допомоги). В 2012-2013рр. проводилася підготовча робота до структурної реорганізації вторинної допомоги - розроблені плани реорганізації існуючих лікарень залежно від інтенсивності наданої в них допомоги в лікарні інтенсивного, планового, відновного лікування, хоспіси або спеціалізовані центри зі схемами так званих госпітальних округів, плани перспективного розвитку кожного закладу охорони здоров'я, який надає вторинну допомогу). В 2014 році повинно було проведено створення госпітальних округів та відпрацьована їх організаційна структура і механізми надання населенню спеціалізованої медичної допомоги.

В цей період було проведено аудит стану надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги згідно з наказом МОЗ України від 17.08.2012 № 637 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо порядку проведення аудиту стану надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги» та здійснено інвентаризацію обладнання в ЗОЗ, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, відповідно до постанови КМУ від 14.09.2013 № 711 «Про затвердження Порядку проведення інвентаризації обладнання в державних та комунальних закладах охорони здоров’я, що надають вторинну (спеціалізовану) і третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу» та наказу МОЗ України від 28.10.2013 № 918.

На підставі результатів самоаналізу кожним ЗОЗ вторинного рівня підготовлено перспективні плани розвитку.

Розроблено та затверджено обласними (у м. Києві – міською) державними адміністраціями плани-схеми госпітальних округів і плани перспективного розвитку закладів охорони здоров’я (ЛІЛ) з урахуванням положень постанови КМУ від 24.10.2012 № 1113 «Про затвердження порядку створення госпітальних округів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві», якою затверджено порядок створення госпітальних округів.

На підставі базових критеріїв (кількість і щільність населення, що обслуговується госпітальним округом, радіус території обслуговування), з огляду на стан матеріально-технічної бази ЗОЗ у кожній окремо взятій адміністративно-територіальній одиниці регіону та стан доріг, транспортні сполучення між ЗОЗ, встановлено, що створення госпітальних округів обумовлює певну етапність, яка залежить від усунення несприятливих чинників і вирішення проблем щодо відповідності матеріально-технічної бази ЗОЗ вторинного рівня (будівель та їх матеріального оснащення) існуючим стандартам. До впровадження кожного з етапів створення госпітальних округів, усі ЗОЗ мають залишатися у статусі ЦРЛ.

Подальша структурна реформа вторинної медичної допомоги мала дати змогу зменшити вплив надмірної децентралізації та фрагментацію фінансових потоків на фінансування закладів, які її надають. Адже, крім закладів, що знаходяться в системі МОЗ України, існує низка паралельних медичних служб інших міністерств і відомств, що, своєю чергою, у деякій мірі може приводити до розпорошення фінансових ресурсів і дублювання в наданні вторинної медичної допомоги.

Усі зміни в структурі та кількості ліжкового фонду здійснювалися з урахуванням потреб населення в медичній допомозі і не перешкоджають наданню допомоги та роботі лікарняних ліжок. Таблиця 3.11.

*Таблиця 3.11*

**Динаміка забезпеченості населення лікарняними ліжками у 2011–2015 рр. (на 10 тис. населення)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Адміністративно-територіальна одиниця | Рік | | | | | Динаміка  скорочення (%) |
| 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| Вінницька обл. | 79,80 | 75,37 | 64,10 | 63,9 | 63,1 | -20,9 |
| Дніпропетровська обл. | 79,00 | 77,73 | 68,80 | 67,4 | 67,2 | -14,9 |
| Донецька обл. | 85,00 | 83,97 | 74,90 | -- | -- | -- |
| м. Київ | 76,60 | 74,15 | 71,20 | 71,0 | 70,5 | -7,9 |

Реальне реформування вторинної медичної допомоги відбулося тільки в Дніпропетровській області де концентрація коштів для надання вторинної допомоги була здійснена на обласному рівні.

Проміжні результати, отримані в Дніпропетровській області свідчать, що об'єднання коштів для надання вторинної медичної допомоги на регіональному рівні дозволило підвищити доступність цього виду за рахунок її регіональної екстериторіальності та забезпечення можливості вибору для отримання допомоги медичного закладу, адекватного стану пацієнта, привести видатки на медикаменти та харчування у закладах, що надають спеціалізовану медичну допомогу, до єдиних нормативів з їх збільшенням в 2 рази про що було представлено в науковій літературі [6,18,19,149]. Особлива увага в області приділялася формуванню раціональних маршрутів пацієнтів, насамперед тих, що потребують ургентної допомоги для їх доставки службою екстреної допомоги в ЗОЗ вторинного рівня, в яких є можливості для надання якісної медичної допомоги . розроблені маршрути для хірургічних хворих (з гострими хірургічними захворюваннями) та вагітних.

За один рік (з 2012р. до 2013р.) впровадження маршрутизації з формуванням маршрутів доставки хворих з гострими хірургічними захворюваннями в ЗОЗ області, які забезпечені кадровим та матеріально-технічним ресурсом для надання цілодобової інтенсивної допомоги, дозволило зменшити в 5,3 рази перетранспортування хворих; в 2,8 рази кількість виїздів санітарної авіації та в 4,3 рази число оперативних втручань, виконаних цією службою; зменшити післяопераційну летальність при гострому апендициті з 0,038 до 0; при гострій кишковій непрохідності з 4,97 до 3,88; при гострому панкреатиті з 0,5 до 0,45; при кровотечах з 17,2 до 4,8 (табл.3.12).

*Таблиця 3.12*

**Динаміка деяких показників медичної допомоги при невідкладних захворюваннях черевної порожнини, Дніпропетровська область**

**2012-2013рр.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показники | 2012 | 2013 |
| Кількість виїздів санавіації |  | Зменшилася в 2,8 рази |
| Кількість операцій, виконаних санавіацією |  | Зменшилася в 4,3 рази |
| Перетранспортування хворих в інші ЗОЗ |  | Зменшилася в 5,3 рази |
| Летальність при:  -- проривній виразці | 4,1% | 3,4% |
| -- кровотечах | 17,02% | 4,8% |
| -- кишковій непрохідності | 4,97% | 3,88 |

Об’єднання коштів на обласному рівні дозволило збільшити рівень гарантій та справедливість видатків при наданні спеціалізованої (вторинної) медичної допомоги. Видатки на медикаменти та харчування були приведені до єдиних нормативів і збільшені в середньому більше, ніж у 2 рази та диференційовані за профілем ліжок: фінансування одного ліжко/дня було збільшено з 1,5 до 3 грн. в ЗОЗ на різних територіях до 60 грн. в реанімаційних, 25 грн. в хірургічних, 18 грн. в пологових; 5-7 грн. - терапевтичних відділеннях, 50 грн. в відділеннях патології новонароджених незалежно від територіальної приналежності закладу; видатки на харчування були збільшені у всіх закладах від 1 грн. до 7 грн.

*Проблеми*

Реформи вторинної допомоги це складна ресурсоємна задача, вирішення якої потребує як значних інвестицій, так і розробки складних управлінських рішень, напрацювання великого обсягу нових методичних та нормативних документів, навчання та перенавчання персоналу, що без пріоритезації такої діяльності може всю роботу звести нанівець без отримання очікуваних результатів.

*Шляхи вирішення*

Відмовитися на сучасному етапі реформ від існуючого змістовного наповнення поняття госпітальний округ, яке передбачає реорганізацію всієї мережі закладів вторинної допомоги, і зосередитися в першу на закладах, що надають інтенсивну допомогу, забезпечивши приведення у відповідність функціям їх кадрові та матеріально-технічні ресурси. Створення реальних лікарень інтенсивного лікування призведе до зміни функцій і реорганізація закладів інших типів буде відбуватися поступово природнім шляхом.

**3.5. Аналіз невиконаних законодавчо визначених напрямків реформи охорони здоров’я в пілотних регіонах**

За період проведення пілотного відпрацювання реформи охорони здоров’я в Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях та місті Києві частина визначених на законодавчому рівні заходів не було виконаною. Дані про невиконані заплановані заходи реформи наведено в табл.3.13.

Аналіз наведених в табл.3.13 даних щодо невиконаних законодавчо визначених заходів реформи охорони здоров’я в пілотних регіонах вказує на наступні загальні основні причини.

* 1. Недостатній рівень обгрунтованості законодавчо визначених напрямків реформи охорони здоров’я в пілотних регіонах як в заходах так і в термінах їх проведення. При підготовці законодавчих актів проводиться їх аналіз на відповідність Європейському законодавству, але не проводиться аналіз можливих наслідків (і в першу чергу негативних) в результаті їх прийняття, можливих перепон та ризиків на шляху їх втілення в життя. Не обраховуються реальні терміни необхідні для їх виконання.

*Таблиця 3.13*

**Невиконані законодавчо визначені заходи реформи охорони здоров’я в пілотних регіонах, 2012-2014 рр**

|  |  |
| --- | --- |
| Заходи реформування | Пояснення |
| Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 7 липня 2011 року № 3612 – VI, | |
| **Стаття 2.** Порядок планування та прогнозування розвитку мережі комунальних закладів охорони здоров’я у пілотних регіонах, а також нормативи щодо медичного обслуговування населення за видами медичної допомоги визначає центральний орган виконавчої влади у сфері охорони здоров’я. | Методика щодонормативів медичного обслуговування населення за видами медичної допомоги визначає не розроблена і не затверджена. |
| **Стаття 4**. 2. Надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги забезпечується в стаціонарних умовах багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування, лікарнями відновного (реабілітаційного), планового лікування, хоспісами, спеціалізованими медичними центрами; в амбулаторних умовах — консультативно-діагностичними підрозділами лікарень, центрами з медичних консультацій та діагностики (консультативно-діагностичними центрами). | Реформа вторинного рівня медичної допомоги (крім Дніпропетровської області) не проведена із-за супрттива місцевої та регіональної влади і відсутності чіткіх механізмів і індикаторів. |
| 3.Критерії визначення закладів охорони здоров’я, які можуть задовольняти потреби населення в пілотних регіонах у вторинній (спеціалізованій) медичній допомозі, їх типи та види визначаються центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров’я. | Центральним органом влади не визначені. |
| 4.Організація медичного обслуговування громадян у закладах охорони здоров’я вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги здійснюється у порядку, визначеному центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров’я. | Порядок центральним органом влади не затверджено. |
| 5. Для забезпечення ефективного надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги на території пілотних регіонів у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України, створюються госпітальні округи, до складу яких входять заклади охорони здоров’я відповідного профілю та спеціалізації. | Регіональні органи влади відповідний урядовий акт не виконали, відповідних рішень не прийняли. |
| 6. Координація діяльності закладів охорони здоров’я, що входять до складу госпітального округу, здійснюється в межах повноважень органом управління охороною здоров’я обласної (Київської міської) державної адміністрації відповідного пілотного регіону. | Механізм не розроблений |
| **Стаття 5.** 3. Критерії визначення закладів охорони здоров’я, які можуть задовольняти потреби населення у третинній (високоспеціалізованій) медичній допомозі, їх типи та види визначаються центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров’я. | Критерії не затверджені |
| **Стаття 5.**4. Порядок направлення пацієнтів до закладів охорони здоров’я, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, встановлюється центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров’я.  Організація медичного обслуговування громадян у закладах охорони здоров’я третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги здійснюється у порядку, визначеному центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров’я. | Порядок центральним органом влади не затверджено. |
| **Стаття 6**. 2. Організація надання екстреної медичної допомоги у пілотних регіонах здійснюється шляхом створення у кожному регіоні системи екстреної медичної допомоги, яка складається з центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги та відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги. | Регіональні органи влади відповідний урядовий акт не виконали, відповідні рішення не прийняли. |
| **Стаття 7**. Впровадження механізму фінансового забезпечення закладів охорони здоров’я у пілотних регіонах за видами медичної допомоги на підставі договорів про медичне обслуговування населення, які укладаються згідно з вимогами цього Закону. | Механізм не відпрацьовано. |
| **Стаття 9.** 1. Штатний розпис закладу охорони здоров’я пілотного регіону визначається керівником такого закладу і затверджується за його поданням головним розпорядником бюджетних коштів. Штатний розпис формується залежно від обсягу медичної допомоги, що надається таким закладом охорони здоров’я. | Відсутність методики. Не готовність керівників ЗОЗ. |
| **Стаття 10**. 1. Умови оплати праці працівників закладів охорони здоров’я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров’я відповідно до цього Закону, в тому числі порядок встановлення заохочувальних виплат медичним працівникам виходячи з обсягу та якості виконаної роботи, визначаються Кабінетом Міністрів України. | На вторинному рівні не впроваджено за причини відсутності механізму. |
| **Стаття 11**. 1. Моніторинг реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві проводиться центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров’я з використанням системи індикаторів. | Індикатори затвердженні тільки для ПМСД. |

* 1. Недостатній рівень готовності населення, регіональної та місцевої влади і системи охорони здоров’я до проведення реформи при відсутності комплексної стратегії інформаційної політики та системи комунікацій в охороні здоров’я.
  2. Низький рівень залучення науковців до розробки підзаконних актів.
  3. Відсутність відповідальності осіб, що приймають рішення, за невиконання відповідного Закону України.
  4. Прийняття Закону України 23.02.2014 № 772-VII «[Про введення мораторію на ліквідацію та реорганізацію закладів охорони здоров’я](http://zakon.rada.gov.ua/go/772-18)», яким було практично призупинено проведення реформи охорони здоров’я в пілотних регіонах.

**3.6.** **Загальні тенденції реформування системи охорони здоров’я в 2015 році**

Результати проведення реформи в пілотних регіонах були проаналізовані, обговорювалися в науковому колі сумісно з організаторами охорони здоров’я всіх рівнів управління де були розроблені рекомендації на подальші кроки для продовження реформи. Додаток Б-1. Було рекомендовано на законодавчому рівні продовжити термін дії Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» та відпрацювати невирішені та складні питання.

Однак на рівні ВР України, АП України, КМУ України та МОЗ України ітоги пілотного відпрацювання реформи охорони здоров’я не були підведені із за результатами не прийнято управлінських рішень.

В 2015 році закон щодо продовження терміну дії Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» прийнято не було.

МОЗ України за участі експертної групи була розроблена «Національна стратегія реформування системи охорони здоров’я в Україні на період 2015 – 2020 років». Експертна група складаася із 12 експертів: Аїн Авіксу (Естонія), Тетяна Думенко (Україна), Антоніо Дюран (Іспанія), Роман Фіщук (Україна), Андрій Гук (Україна), Александр Квіташвілі (Грузія), Володимир Курпіта (Україна), Олег Петренко (Україна), Микола Проданчук (Україна), Тихомир Стрітцреп (Хорватія), Ігор Яковенко (Україна), Роберт Єйтс (Велика Британія).

Як було зазначено у вступному слові до неї Міністра охорони здоров’я України Національна стратегія реформування системи охорони здоров’я в Україні на період 2015–2020 роки є складовою Національного плану дій з реформування, котрий був проголошений Указом Президента України від 12 січня 2015 року №5/2015 «Про Стратегію сталого розвитку «Україна - 2020» та урядом України ([Програма діяльності Кабінету Міністрів України](http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/26-19#n7), схвалена постановою Верховної ради України від 11 грудня 2014 року № 26-VIII).

Розроблена стратегія не була затверджена. Також не було розроблено план заходів з її реалізації. Тому система охорони здоров’я розвивалася базуючись на нормативних-актах попередніх років з акцентом на розвиток ПМСД.

**Висновки за розділом**

В пілотних регіонах відповідно до Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 7 липня 2011 року № 3612 – VI проводилося відпрацювання реформи охорони здоров’я країни.

Основними напрямками реформи охорони здоров’я було впровадження сучасних механізмів фінансування системи: та структурна перебудова системи з пріоритетним розвитком ПМСД на засадах ЗЛП-СМ та формування госпітальних округів із створенням лікарень інтенсивного лікування.

В пілотних регіонах за час проведення експерименту було здійснено концентрацію бюджетних коштів для надання ПМСД на районних рівнях, юридичне розмежування первинної та вторинної медичної допомоги. В Дніпропетровській області здійснено об’єднання ресурсів для надання ВМД, ТМД та ЕМД на обласному рівні.

Застосовано елементи програмно-цільового методу у бюджетному процесі на рівні місцевих бюджетів у частині видатків на охорону здоров’я за відповідними видами медичної допомоги, що дало змогу підвищити рівень фінансування ПМСД та ЕМД.

На первинному рівні надання медичної допомоги впроваджено економічні мотиваційні механізми до ефективної і в першу чергу профілактичної роботи ЛЗП-СЛ.

Також проводилася робота із запровадження фінансування ЗОЗ за скороченою економічною класифікацією та впровадження механізму фінансового забезпечення закладів охорони здоров’я за видами медичної допомоги на підставі договорів на медичне обслуговування.

Що стосується пріоритетного розвитку ПМСД, то в усіх регіонах було створено Центри ПМСД, проводилася робота з введення та укомплектування штатних посад ЛЗП-СЛ, та укомплектування амбулаторій медичним обладнанням та автотранспортом. Вказані показники за пілотними регіонами мають відмінності.

Пілотне відпрацювання реформування ВМД відповідно до визначених законодавчо відходів проводилося тільки в Дніпропетровській області, що дало свої позитивні результатів в плані підвищення доступності, якості та результативності медичної допомоги.

В цілому за законодавчо визначений термін проведення експерименту значну частину визначених заходів реформи апробувати не вдалося. Основними причинами такої ситуації є наступне. Недостатній рівень обгрунтованості законодавчо визначених напрямків реформи охорони здоров’я в пілотних регіонах як в заходах так і в термінах їх проведення. При підготовці законодавчих актів проводиться їх аналіз на відповідність Європейському законодавству, але не проводиться аналіз можливих наслідків (і в першу чергу негативних) в результаті їх прийняття, можливих перепон та ризиків на шляху їх втілення в життя. Не обраховуються реальні терміни необхідні для їх виконання. Недостатній рівень готовності населення, регіональної та місцевої влади і системи охорони здоров’я до проведення реформи при відсутності комплексної стратегії інформаційної політики та системи комунікацій в охороні здоров’я. Низький рівень залучення науковців до розробки підзаконних актів.

**Список особистих друкованих робіт за матеріалами розділу [221, 225, 230, 241].**

**Розділ 4**

**ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАКОНОДАВЧОЇ БАЗИ ПРОВЕДЕННЯ РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ**

В 2011 році на законодавчому рівні було запроваджено проведення комплексної реформи системи охорони здоров’я України. На початку проведення реформи її пілотне відпрацюванню було запропоновано в Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях та м. Києві з наступним впровадженням результатів в систему охорони здоров’я країни.

Проведення пілотного відпрацювання реформи системи охорони здоров’я країни забезпечувалося низкою законодавчих актів.

**4.1. Характеристика Законів України з реформування системи охорони здоров’я України в 2012-2014 роках**

Законодавчим підґрунтям ходу реформування галузі охорони здоров’я були прийняті в 2011 р. Закони України «Про внесення змін до Основ законодавства про охорону здоров’я України» і «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві».

Законодавчим підґрунтям реформування екстреної медичної допомоги стало прийняття у 2012 р. Закону України «Про екстрену медичну допомогу».

***Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства про охорону здоров’я України»*** від7 липня 2011 року№ 3611 – VI.

Даний Закон України розроблено з метою вдосконалення правової бази у сфері охорони здоров’я та створення ефективної системи організації надання медичної допомоги населенню для забезпечення конституційного права громадян на охорону здоров’я і медичну допомогу.

Законом розширено термінологічний словник, зокрема, наведено визначення понять «здоров’я», «заклад охорони здоров’я», «медична допомога», «медичне обслуговування», «пацієнт», визначено систему стандартів у сфері охорони здоров’я.

Крім того, законом встановлено наступне:

* порядок створення, припинення ЗОЗ, їх класифікація та особливості діяльності;
* призначення керівників державних, комунальних ЗОЗ на посаду здійснюватиметься шляхом укладення з ними контракту;
* за рахунок бюджетних коштів медична допомога надається безоплатно ЗОЗ та лікарями, які здійснюють господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи – підприємці, з якими укладені договори про надання такої допомоги. Особливості укладання договорів про надання безоплатної медичної допомоги визначатимуться окремим законом.

Даним законом встановлено чіткий поділ медичної допомоги за видами (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована), третинна (високоспеціалізована)). Новим є введення на законодавчому рівні поняття паліативної допомоги. Законом передбачається створення госпітальних округів.

Окремі його положення спрямовані на поліпшення умов оплати праці медичних працівників, зокрема, шляхом встановлення доплат, надбавок за обсяг і якість виконаної роботи .

Таким чином прийняття даного Закону України забезпечіло систематизацію правового регулювання у сфері охорони здоров’я, сприяє поліпшенню організації надання медичної допомоги, створенню умов для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування, створює передумови для запровадження багатоканального фінансування галузі охорони здоров’я та проведення реформування системи охорони здоров’я.

***Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»*** від 7 липня 2011 року № 3612 – VI, яким визначено структурно-організаційні та фінансово-економічні перетворення, що мали бути реалізовані у пілотних регіонах до 2014 року.

Метою реалізації пілотного проекту щодо реформування системи охорони здоров’я стало відпрацювання нових організаційно-правових та фінансово-економічних механізмів, що спрямовані на підвищення ефективності та доступності медичного обслуговування населення і є необхідними для розвитку системи охорони здоров’я України.

Реалізація пілотного проекту передбачала:

* створення на базі існуючої мережі ЗОЗ структурованої за видами медичної допомоги системи медичного обслуговування шляхом відокремлення (або об’єднання) ЗОЗ, які задовольняють потреби населення у всіх видах медичної допомози;
* організацію та забезпечення функціонування центрів ПМСД для задоволення потреб населення у первинній медичній допомозі;
* перепрофілювання ЗОЗ, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, з урахуванням інтенсивності її надання;
* організацію діяльності госпітальних округів, які повинні забезпечити умови для надання населенню вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
* створення у центрів ЕМД для задоволення потреб населення в такій медичній допомозі;
* перерозподіл ресурсів між ЗОЗ, що надають первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) та екстрену медичну допомогу на території зазначених регіонів;
* розмежування видатків між місцевими бюджетами на охорону здоров’я за видами медичної допомоги;
* здійснення починаючи з 2012 року фінансового забезпечення ЗОЗ за видами медичної допомоги відповідно до договорів про медичне обслуговування населення;
* застосування елементів програмно-цільового методу у бюджетному процесі на рівні місцевих бюджетів у частині видатків на охорону здоров’я за відповідними видами медичної допомоги.
* Дія Закону закінчилася в 2014 році. Напрямки реформи визначені Законом були виконані не повністю на подальший термін дія Закону не була подовжена при подовжені дії підзаконних актів, що поставило під повно загрозу досягнуті позитивні результати пілотного відпрацювання реформи, а частину проведених перетворень відмінити.

***Закон України «Про екстрену медичну допомогу»***

Законом визначено шляхи реформування екстреної медичної допомоги. Основною метою раціоналізації та подальшого розвиткуекстреної медичної допомоги є забезпечення не тільки доступності, але й своєчасності ШМД населенню. Закон всупив в дію з 01.01.2013 р. З метою його практичної реалізації прийнято 9 постанов та одне розпорядження Уряду, затверджено 4 комплексні накази МОЗ України.

Як першочергові для ефективного проведення реформи були підготовленні та скеровані до Верховної Ради України проекти законів “Про загальнообов’язкове державне соціальне медичне страхування”, “Про особливості діяльності закладів охорони здоров’я”, “Про забезпечення прав пацієнтів”, “Про лікарське самоврядування”, оскільки вони визначатимуть подальший розвиток вітчизняної системи охорони здоров’я і основи її діяльності не тільки на даному етапі, а і процесі створення якісно нової національної системи охорони здоров’я.

В подальшому актуальним є розробка та прийняття, після всебічного громадського обговорення, Медичного кодексу України.

Актуальність і важливість створення кодифікованого акту пояснюється багатьма обставинами, а саме:

1. необхідністю комплексного реформування вітчизняної системи охорони здоров′я, в тому числі її законодавчого забезпечення як фундаменту для усіх інших перетворень;
2. відсутністю науково обґрунтованої концепції законотворчої діяльності у цій сфері;
3. прагненням забезпечити підвищення рівня правової освіти медичних і фармацевтичних працівників;
4. необхідністю сприяння і допомоги юристам при розгляді і вирішенні медичних прав;
5. неузгодженістю у деяких випадках окремих законів у сфері охорони здоров′я з галузевим законодавством;
6. необхідністю чіткої регламентації правового статусу медиків і пацієнтів;
7. потребою правового регулювання різних систем охорони здоров′я.

Багато розвинених країн (Австрія, США, Франція, Італія, Іспанія тощо) у своєму національному законодавстві про охорону здоров′я мають так звані медичні, або лікарські, кодекси, норми яких регулюють відносини між медичними працівниками та пацієнтами, а також їх родинами, професійні відносини медиків між собою, з адміністрацією ЗОЗ і державними органами. У такому кодексі слід регламентувати права людини на здоров'я і охорону здоров′я, зокрема на отримання медичної допомоги.

Розробка такого документу потребує глибокого та всебічного наукового обґрунтування при між секторальній взаємодії всіх зацікавлених сторін як на центральному так і регіональному та місцевому рівні.

**4.2. Характеристика Указів Президента України в 2012-2014 роках**

Указ Президента України № 187/2012 «Про Національний план дій на 2012 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава».

Указ Президента України від 12.03.2013 № 128/2013 «Про Національний план дій на 2013 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010 - 2014 роки "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава".

Даними Указами Президента України було затверджено плани заходів національного рівня з реформування системи охорони здоров’я .

**4.3. Характеристика урядових актів з забезпечення пілотного відпрацювання реформи охорони здоров’я в 2012-2014 роках**

За 2012-2014 роки була прийнята низка законодавчих актів по забезпеченню пілотного відпрацювання реформи охорони здоров’я в пілотних регіонах. Дані урядові акти були скеровані на нормативне забезпечення структурної перебудови системи надання медичної допомоги, запровадження нових фінансових механізмів та мотивації медичного персоналу до ефективної та якісної праці. SWOD - аналіз окремих урядових актів наведено в табл.4.1.

*Таблиця 4.1*

**SWOD-аналіз окремих урядових актів щодо нормативного проведення реформи системи охорони здоров’я в пілотних регіонах, 2012-2014 рр.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Урядовий акт | Позитивні сторони | Слабкі сторони |
| Постанова КМУ від 5 березня 2012 р. № 209 «Деякіпитання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров’я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров’я» | Запровадження єдиних підходів до формування фонду оплати праці лікарів загальної практики - сімейних лікарів, лікарів-педіатрів дільничних, лікарів-терапевтів дільничних, лікарів інших спеціальностей, молодших спеціалістів з медичною освітою, у тому числі фельдшерів, що працюють разом із зазначеними лікарями та обслуговують прикріплене до закладів охорони здоров’я населення. | Постанова не поширюється на керівників ЗОЗ первинного рівня надання медичної допомоги. |
| Постанова КМУ від 24 жовтня 2012 №1113 «Про затвердження порядку створення госпітальних округів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» | Унормовано порядок створення госпітальних округів та запроваджено нові типи лікарень | Складність процесу. Залежність прийняття рішення від надзвичайно великої кількості осіб на всіх рівнях управління. |
| Постанова Кабінету Міністрів України від 08 грудня 2010 року № 1149 «[Деякі питання розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів](http://zakon.rada.gov.ua/go/1149-2010-%D0%BF)». | Врегульовано питання чіткого розмежування видатків бюджетних установ та одержувачів бюджетних коштів за економічними характеристиками операцій, які здійснюються відповідно до функцій держави та місцевого самоврядування та забезпечення єдиного підходу до всіх учасників бюджетного процесу з точки зору виконання бюджету | Незабезпеченість видатків на заробітну плату працівників ЗОЗ, що надають вторинну та екстрену медичну допомогу (особливо це важливо для міст Дніпропетровської та Донецької областей). Це пов’язано як з формуванням оптимальної штатної чисельності в центрах ПМСД, так і наявністю існуючої мережі закладів охорони здоров'я, які надають ВМД. |
| Постанова КМУ від 08.02.2012 № 86 «Про внесення змін до Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ», | Спрощення та зменшення документообігу в ЦПМСД; прискорення оплати платіжних доручень в органах Державної казначейської служби України; підвищення оперативності внесення змін до розпису асигнувань по розпорядниках нижчого рівня; спрощення порядку перерозподілу бюджетних коштів в частині внесення змін до планів використання бюджетних коштів; можливість самостійно визначати першочерговість платежів. | Можливість відміни цього положення, що може призвести до повернення до фінансування за кошторисами, які включають всі коди економічної класифікації видатків і знищення тих переваг, які вже реально були відчутними для керівників та працівників фінансово-економічних служб. |
| Постанова КМУ від 30 грудня 2013 р. № 977 «Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу» | Врегульовано встановлення надбавок за якість не лише медичним працівникам, що надають первинну медичну допомогу, а і керівникам закладів та їх заступникам, медичним працівникам таких закладів, які забезпечують збір та обробку інформації, необхідної для визначення показників якості. | Унормована постановою система оплати праці не поширюється на працівників ЗОЗ ВМД. |

Проведений, та представлений в табл.4.1 SWOD-аналіз окремих урядових актів щодо нормативного проведення реформи системи охорони здоров’я в пілотних регіонах вказує на те, що всі урядові акти мають як позитивні так і слабкі сторони. Слабкі сторони урядових актів негативно впривають на процес реформування системи охорони здоров’я в країні.

**4.4. Аналіз наказів МОЗ України в 2012-2014 роках**

Нормотворча діяльність МОЗ України по забезпеченню реформи охорони здоров’я проводилася на виконання Законів України, Указів Президента України та урядових актів.

Основні завдання стосовно нармативно-правового забезпечення реформування галузі в пілотних регіонах були спрямовані на завершення структурного оформлення ПМСД, зокрема, на створення мережі з її кадровим укомплектуванням і матеріально-технічним оснащенням, забезпечення реалізації права пацієнтів на вільний вибір ЛЗП/СЛ, розвиток і запровадження нових медичних технологій, підвищення доступності лікарських засобів для сільського населення.

В цей період було розпочато проведення заходів щодо модернізації ВМД, реалізації завдань реформи екстреної медичної допомоги. Узагальнені дані щодо нормотворчої діяльності МОЗ України з питань реформування системи охорони здоров’я наведено в табл.4.2.

За період проведення пілотного відпрацювання реформи охорони здоров’я України МОЗ України з даного напрямку було видано 1235 .наказів.

Найбільша частка наказів стосувалася структурної перебудови системи надання медичної допомоги - 37,1%, а із них пріоритетному розвитку ПМСД на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини присвячено - 61,8% наказів. Значна частка наказів МОЗ України була присвячена реформуванню системи фінансування сфери охорони здоров’я -8,7%.

*Таблиця 4.2*

**Кількість наказів МОЗ України з нормативного забезпечення реформи охорони здоров’я в пілотних регіонах, 2012-2014 рр**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Напрямок вирішення проблеми | 2012 | 2013 | 2014 | Кількість наказів, які були відмінені (внесені зміни) |
| Виконання законодавчих актів | 37 | 25 | 29 | 2 |
| Структурна перебудова | | | | |
| * пріоритетний розвиток ПМСД | 102 | 86 | 94 | 21 |
| * розвиток ВМД | 24 | 32 | 39 | 11 |
| * розвиток ЕМД | 26 | 24 | 31 | 3 |
| Реформи система фінансування | 39 | 27 | 41 | 6 |
| Кадрове забезпечення | 11 | 9 | 27 | 2 |
| Забезпечення лікарськими засобами | 74 | 102 | 94 | 24 |
| Підвищення якості медичної допомоги | 42 | 38 | 31 | 6 |
| Інші | 54 | 39 | 33 | 17 |
| Всього | 409 | 407 | 419 | 78 |

Із загальної кількості наказів МОЗ України 7,4% було відмінено або внесено зміни. Основною причиною їх відімнення (внесення змін), на наш погляд, є відсутність їх наукового обґрунтування

Аналіз результатів нормотворчої діяльності МОЗ України доводить, що перспективними напрямами формування нормативно-правової бази охорони здоров’я є:

* + - пріорітний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на за садах загальної лікарської прктики-сімейної медицини;
    - підготовка до реформи системи вторинної медичної допомоги;
    - розвиток системи екстреної медичної допомоги;
* - впровадження сучасних механізмів ефективного та раціонального використання кадрових, фінансових і матеріально-технічних ресурсів галузі;
* - створення дієвої системи управління якістю медичної допомоги з урахуванням міжнародного досвіду;
* - розвиток стандартизації медичної допомоги;
* - забезпечення участі представників медичної громадськості та пацієнтів у реалізації заходів з реформування галузі;
* - вдосконалення нормативного регулювання вимог професійної етики медичних працівників;
* - впровадження постійного моніторингу громадської думки стосовно процесів і результатів реформування галузі, відстеження негативних наслідків перетворень та оперативне реагування на них тощо.

**4.5. Законодавче забезпечення реформи охорони здоров’я в 2015 році**

У 2015 р. в Україні реформа системи охорони здоров’я проводилася на виконання завдань і заходів, визначених постановою КМУ від 09.12.2014 №695 «Про затвердження Програми діяльності Кабінету Міністрів України» та Планом заходів з виконання у 2015 році Програми діяльності Кабінету Міністрів України та Стратегії сталого розвитку «Україна-2020», затвердженим постановою КМУ від 04.03.2015 №213-р.

Важливим документом також стала Угода про Коаліцію депутатських фракцій у Верховній Раді України восьмого скликання.

Основними напрямами реформування системи ОЗ в Україні згідно положень розділу XVI Угоди про Коаліцію депутатських фракцій у Верховній Раді України восьмого скликання є:

* забезпечення якості та доступності медичних послуг;
* структурна реорганізація системи медичного обслуговування;
* формування системи забезпечення і підтримки якості медичної допомоги;
* популяризація здорового способу життя та розроблення та впровадження системи громадського здоров’я «Україна 80+» з метою збільшення тривалості життя громадян України тощо.

Розвиток законодавства та нормативно-правової бази з охорони здоров’я в Україні в 2015 році проводився на реалізацію визначених положень зазначеної Угоди.

Так, Законом України «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо реформ міжбюджетних відносин» від 28.12.14 №79-VIII, Бюджетний кодекс України доповнено статтею 1034 «Медична субвенція», згідно якої за рахунок медичної субвенції з місцевих бюджетів здійснюються видатки на:

* первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу; консультативну амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (лікарні республіканського та обласного значення), центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги; програми медико-санітарної освіти; інші державні програми медичної та санітарної допомоги; санаторно-курортну допомогу (санаторії для хворих на туберкульоз, санаторії для дітей та підлітків, санаторії медичної реабілітації) тощо.

Необхідно зазначити, що підвищенню доступності медичних послуг, забезпеченню належної їх якості сприяло включення до Переліку інвестиційних програм і проектів регіонального розвитку, що можуть реалізовуватися у 2015 році за рахунок коштів державного фонду регіонального розвитку, затвердженого розпорядженням КМУ від 17.07.2015 №766-р, дванадцяти інвестиційних програм у сфері охорони здоров’я та реалізація постанови КМУ від 27.05.2015 №350 «Про затвердження Порядку та умов надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на реформування регіональних систем охорони здоров’я для здійснення заходів з виконання спільного з Міжнародним банком реконструкції та розвитку проекту «Поліпшення охорони здоров’я на службі у людей».

При цьому постановою КМУ від 23.01.2015 №11 «Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам», встановлено, що протягом бюджетного періоду видатки на фінансування ЗОЗ дозволяється здійснювати одночасно з державного та місцевого бюджету. Але обсяги медичної субвенції обмежуються обсягом, затвердженим у Законі України «Про Державний бюджет України». З метою усунення зазначеної колізії Законом України «[Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо видатків на охорону здоров’я](http://zakon.rada.gov.ua/go/791-19)» від 12.11.2015 №791-VIII внесено зміни до ст. 1034 Бюджетного кодексу України шляхом викладення частини першої статті у новій редакції, що дає можливість забезпечити реалізацію зазначеної постанови КМУ та здійснювати додаткові видатки з місцевих бюджетів на галузь охорони здоров’я понад обсяги медичної субвенції.

Структурна реорганізація системи медичного обслуговування передбачає реорганізацію структури МОЗ України відповідно до європейських норм та принципів із метою позбавлення його невластивих функцій. Для забезпечення реалізації зазначеного напрямку постановою КМУ від 25.03.2015 №267 затверджено Положення про Міністерство охорони здоров’я України. Далі відповідно до наказів МОЗ України від 15.01.2015 №12 та від 04.03.2015 №110 проведено громадську експертизу діяльності МОЗ України. Крім того, відповідно до п. 324 «Плану заходів МОЗ України з виконання Програми діяльності Кабінету Міністрів України та Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020» у 2015 році», наказом МОЗ України від 20.10.2015 №684 створено Робочу групу з питань реформування системи державних закупівель у сфері охорони здоров’я та затверджено її персональний склад.

З метою підвищення ефективності процесу реформування сфери охорони здоров’я, відповідно до Протоколу засідання Національної ради реформ від 17.02.2015 р., наказом МОЗ України від 05.03.2015 №116 створено робочу групу «Цільова команда реформ при Міністерстві охорони здоров’я України», затверджено її склад та Положення про неї.

Іншим напрямком здійснення перетворень у системі медичної допомоги є стимулювання розвитку ПМСД шляхом підвищення рівня професійних знань та професійних вмінь медичних працівників, формування прозорих механізмів їх фінансової мотивації, формування обсягів державного замовлення на підготовку та підвищення кваліфікації спеціалістів, наукових та науково-педагогічних кадрів відповідно до потреб сфери ОЗ.

Для забезпечення реалізації програмних завдань МОЗ України наказом від 01.09.2015 №558 «Про утворення робочої групи з питань удосконалення системи надання первинної медичної допомоги в Україні» та наказом від 27.11.2015 №800 затверджено склад робочої групи з питань реформи фінансування сфери охорони здоров’я України, якій на виконання п. 314 Програми діяльності КМУ доручено розробити проекти:

* концепції (стратегічного плану) реформи фінансування сфери охорони здоров’я на 2015–2020 роки;
* плану дій з реформи фінансування сфери охорони здоров’я на 2016 рік.

Відповідно до постанови КМУ від 05.08.2015 №566 «Про внесення зміни до пункту 4 постанови Кабінету Міністрів України від 30 серпня 2002 №1298», постанови КМУ від 16.09.2015 №731 «Про підвищення оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери», до Умов оплати праці працівників ЗОЗ та установ соціального захисту населення, затверджених спільним наказом Мінпраці та соцполітики України і МОЗ України від 05.10.2005 №308/519, внесено відповідні зміни.

На виконання доручення Прем’єр-міністра України від 31.03.2015 №7773/1/1-15 до постанови Верховної Ради України від 11.02.2015 №182-VIII «Про рекомендації парламентських слухань на тему: «Про стан та законодавче забезпечення розвитку науки та науково-технічної сфери держави»» спільним наказом МОЗ та НАМН України від 12.05.2015 №270/32 затверджено робочу групу з розробки Доктрини (концепції) розвитку медичної науки в Україні.

Для забезпечення приведення програм підготовки лікарів та медичних сестер первинної ланки надання медичної допомоги у відповідність до європейської практики, удосконалення системи їх безперервного професійного розвитку, оновлення програм підготовки менеджерів у системі охорони здоров’я МОЗ України проведено роботу щодо розроблення нового стандарту освіти на основі компетентнісного підходу та нової редакції Положення про інтернатуру та резидентуру, затверджено накази МОЗ України «Про затвердження Типового положення про університетську клініку вищого навчального закладу (закладу післядипломної освіти)» від 06.07.2015 №408.

Забезпеченню реалізації принципу вільного вибору пацієнтами лікаря, розвитку лікарського самоврядування та створенню рівних прав для медичних закладів усіх форм власності, удосконаленню механізму реалізації права на здійснення приватної медичної практики у сімейній медицині та принципів функціонування ринку гарантованих державою медичних послуг сприятиме затвердження Верховною Радою України розроблених МОЗ України законопроектів щодо внесення змін до Основ законодавства з охорони здоров’я, Бюджетного кодексу України та Податкового кодексу України (реєстр. №2309а, №2310а та №2311а від 07.07.2015).

Аналіз результатів нормотворчої діяльності у сфері охорони здоров’я дає підстави зробити висновок, що до перспективних напрямів діяльності МОЗ України в 2016 р., у контексті виконання Програми діяльності Уряду, належать:

* створення єдиного простору медичних закладів усіх форм власності;
* проведення інвентаризації ЗОЗ;
* затвердження методики визначення вартості медичних послуг;
* розроблення генеральних планів мережі лікарень;
* затвердження планів розвитку мережі закладів, що надають ВМД;
* затвердження переліку захворювань і станів, медична допомога за якими надається ЗОЗ третинного рівня;
* затвердження клінічних маршрутів пацієнтів за основними нозологічними формами захворювань щодо отримання ТМД.

**Висновки за розділом**

Проведений аналіз законодавчого забезпечення проведення реформи сфери охорони здоров’я в країні дозволяє зробити наступні висновки.

Стратегія та основні напрями і терміни проведення реформи охорони здоров’я в пілотних регіонах визначені Законами України і полягають в запроваджені сучасної системи фінансування закладів охорони здоров’я та структурній перебудові системи надання медичної допомоги населенню з пріоритетним розвитком ПМСД на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини і реформуванням системи вторинної медичної допомоги з формуванням госпітальних округів.

На виконання Законів України президентом своїми Указами затверджені заходи з реформування системи охорони здоров’я національного рівня.

КМУ прийнята низка урядових актів по забезпеченню виконання Законів та Указів президента, які мають як позитивні так і слабкі сторони які негативно впливають на процес реформи охорони здоров’я.

За період проведення пілотного відпрацювання реформи охорони здоров’я України МОЗ України з даного напрямку було видано 1235 .наказів.

Найбільша частка наказів стосувалася структурної перебудови системи надання медичної допомоги - 37,1%, а із них пріоритетному розвитку ПМСД на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини присвячено - 61,8% наказів. Значна частка наказів МОЗ України була присвячена реформуванню системи фінансування сфери охорони здоров’я -8,7%. Із загальної кількості наказів МОЗ України 7,4% було відмінено або внесено зміни. Основною причиною наявності слабких сторін, відміни або зміни нормативно-правових актів є відсутність їх наукового обґрунтування та прорахунку наслідків і ризиків в результаті їх прийняття.

**Список особистих робіт за темою розділу [213, 231, 233, ].**

**Розділ 5**

**АНАЛІЗ КАДРОВОГО НАУКОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ УКРАЇНСЬКОГО ІНСТИТУТУ СТРАТЕГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ МОЗ УКРАЇНИ І КАФЕДР СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ВИКОНАННЯ НИМИ НАУКОВО ДОСЛІДНИХ РОБІТ**

**5.1. Аналіз кадрового наукового потенціалу Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України і кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я вищих навчальних медичних закладів України**

Всього в Україні функціонує 26 кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я ВМНЗ IY рівня акредитації. В тому числі 20 кафедр в ВМНЗ IY рівня акредитації системи МОЗ України, 4 кафедри ВНЗ IY рівня акредитації системи МОН України та 2 кафедри в приватних ВМНЗ IY рівня акредитації .

На початку дослідження було вивчено та проаналізовано склад завідувачів кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я ВМНЗ IY рівня акредитації. Дані про завідувачів кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я ВНЗ IY рівня акредитації наведено в табл. 5.1.

*Таблиця 5.1*

**Дані про завідувачів кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я ВНЗ IY рівня акредитації (%)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показник | Вчена ступінь | | Спеціальність | | |
| Доктор | Кандидат | Соц. мед | Клінічна | Теоретична |
| Система МОЗ | 90,0 | 10,0 | 60,0 | 15,0 | 25,0 |
| Система МОН | 75,0 | 25,0 | 50,0 | 25,0 | 25,0 |
| Приватні | 100,0 | - | 50,0 | 50,0 | - |
| Всього | 88.5 | 11,5 | 57.8 | 19.2 | 23.0 |

Наведені в табл.5.1 дані вказують на те, що серед завідувачів кафедрами соціальної медицини та організації охорони здоров’я 11,5% відсотків є кандидати наук. Із загальної кількості завідувачів кафедрами 57,8% захищали дисертації за спеціальністю 14.02.03- соціальна медицина, а 42,2% за іншими спеціальностями ( 19,2% клінічного профілю та 23,0% теоретичного профілю).

Далі було вивчено питання наявності докторів наук за спеціальністю «соціальна медицина» в ВМНЗ, в яких завідувачі кафедр кандидати медичних наук. В ході дослідження встановлено, що із 3 ВНЗ доктори наук за вказаною спеціальністю є в 1(33,3%) закладі. Та вивчено наявність докторів наук за спеціальністю «соціальна медицина» в ВНЗ де завідувачами кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я є фахівці інших спеціальностей. В ході дослідження встановлено, що із 11 ВМН дані спеціалісти є в 4 (36,4%).

Далі було вивчено вік завідувачів кафедр в тому числі пенсійний та передпенсійний. Отримані дані наведено табл.5.2.

*Таблиця 5.2*

**Частка завідувачів кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я ВНЗ IY рівня акредитації пенсійного та передпенсійного віку (%)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показник | Передпенсійного віку | Пенсійного віку |
| Система МОЗ | 10.0 | 65.0 |
| Система МОН | 25.0 | 50.0 |
| Приватні | - | 50.0 |
| Всього | 11.5 | 61.5 |

За даними, що наведені в табл. 5.2 із загальної кількості завідувачів кафедрами 61,5% є особи пенсійного віку та 11,5% - передпенсійного віку.

Виходячи з цього далі вивчалося питання підготовки завідувачами кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я дійового резерву, яким можуть бути доктори наук за вказаною спеціальністю. Дані наведено в табл.5.3.

*Таблиця 5.3*

**Підготовка завідувачами кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я ВМНЗ IY рівня акредитації докторів наук за спеціальністю «соціальна медицина», 2011-2015рр (%)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показник | Захищено | | Заплановано | |
| Працівник кафедри | Не працівник кафедри | Працівник кафедри | Не працівник кафедри |
| Система МОЗ | 10,0 | 20,0 | 10,0 | 25,0 |
| Система МОН | - | - | - | - |
| Приватні | - | - | - | - |
| Всього | 7,8 | 15,6 | 7,8 | 19,2 |

Наведені в табл.5.3 дані вказують на те, що завідувачі кафедрами соціальної медицини практично не займаються підготовкою дієвого резерву та не готують із числа працівників кафедр докторів наук за визначеною спеціальністю.

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу наукового потенціалу штатних працівників кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я ВМНЗ IY рівня акредитації. Отримані результати наведено в табл.5.4.

За наведеними в табл.5.4 даними можна зробити висновок, що на кафедрах, які проаналізовано працює основними працівниками 90 викладачів із яких 8,8% складають професори (57,1% за фахом соціальні медики), 43,3 % доценти (46,2% за фахом соціальні медики), 47,9% асистенти із яких 20,5% мають науковий ступінь (44,4% за фахом соціальні медики).

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу наукового потенціалу сумісників кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я ВМНЗ IY рівня акредитації. Отримані результати наведено в табл.5.5.

*Таблиця5.4*

**Штатні працівники кафедр соціальної медицини та організації**

**охорони здоров’я ВМНЗ IY рівня акредитації**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ВМНЗ | Професора | | Доценти | | Асистенти | | |
| Всього | Спеціальність  «соціальна медицина» | Всього | Спеціальність  «соціальна медицина» | Всього | З науковим  ступенем | Спеціальність  «соціальна медицина» |
| Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров’я ВМНЗ «Харьківський національний медичний університет МОЗ України» | 3 | 2 | 4 | 2 | 10 | - | - |
| Кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров’я ВМНЗ «Львівський національний медичний університет ім. Д.Галицького МОЗ України» | - | - | 1 | - | 6 | 1 | - |
| Кафедра соціальної медицини, організації і управління охороною здоров’я та медико-соціальної експертизи ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України» | 1 | 1 | 3 | - | 4 | 2 | 1 |
| Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров’я ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» | - | - | 8 | 4 | 6 | 2 | 1 |
| Кафедра організації і управління охороною здоров’я ВМНЗ «Львівський національний медичний університет ім. Д.Галицького МОЗ України» | - | - | 3 | 2 | 4 | 2 | 1 |
| Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров’я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України» | 2 | 1 | 7 | 3 | 2 | 1 | 1 |

Продовження табл. 5.4

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Кафедра соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров’я ВМНЗ «Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України» | - | - | 5 | 1 | - | - | - |
| Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров’я ВМНЗ «Сумський державний університет МОН України» | - | - | - | - | 4 | 1 | - |
| Кафедра громадського здоров’я Ужгородського національного університету | **-** | - | 2 | 1 | 2 | - | - |
| Кафедра соціальної медицини, організації і управління охороною здоров’я Дніпропетровської медичної академії МОЗ України | 1 | - | 6 | 5 | 6 | - | - |
| Всього | 7 | 4 | 39 | 18 | 44 | 9 | 4 |

*Таблиця5.5*

**Сумісники кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я ВМНЗ IY рівня акредитації**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ВМНЗ | Професора | | Доценти | | Асистенти | | |
| Всього | Спеціальність  «соціальна медицина» | Всього | Спеціальність  «соціальна медицина» | Всього | З науковим  ступенем | Спеціальність  «соціальна медицина» |
| Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров’я ВМНЗ «Харьківський національний медичний університет МОЗ України» | 1 | - | 1 | - | 3 | 3 | - |
| Кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров’я ВМНЗ «Львівський національний медичний університет ім. Д.Галицького МОЗ України» | - | - | - | - | 3 | 1 | 1 |

Продовження табл. 5.5

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Кафедра соціальної медицини, організації і управління охороною здоров’я та медико-соціальної експертизи ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України» | - | - | - | - | - | - | - |
| Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров’я ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» | 1 | - | 2 | 2 | 8 | 2 | 1 |
| Кафедра організації і управління охороною здоров’я ВМНЗ «Львівський національний медичний університет ім. Д.Галицького МОЗ України» | - | - | - | - | 3 | - | - |
| Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров’я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України» | - | - | - | - | - | - | - |
| Кафедра соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров’я ВМНЗ «Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України» | 2 | - | 1 | 1 | 1 | 1 | - |
| Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров’я ВМНЗ «Сумський державний університет МОН України» | - | - | - | - | 2 | 1 | - |
| Кафедра громадського здоров’я Ужгородського національного університету | **-** | **-** | **-** | **-** | 5 | 1 | - |
| Кафедра соціальної медицини, організації і управління охороною здоров’я Дніпропетровської медичної академії МОЗ України | **-** | **-** | **-** | **-** | 2 | 1 | - |
| Всього | 4 | - | 4 | 3 | 27 | 10 | 2 |

За наведеними в табл.5.5 даними можна зробити висновок, що на кафедрах, які проаналізовано працює сумісниками 35 викладачів із яких 11,4% складають професори ( за фахом соціальні медики не має), 11,4% доценти (75,0% за фахом соціальні медики), 77,2% асистенти із яких 37,0% мають науковий ступінь (20,0% за фахом соціальні медики).

Далі було проаналізовано кадровий потенціал ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», як провідного інституту країни з питань наукового забезпечення організації та управління охорони здоров’я. Отримані результати наведено в табл.5.6.

*Таблиця 5.6*

**Наукові працівники ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», 2015 р**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Категорія | Штатні | Фізичні  особи | Укомпле-ктованість | З науковим ступенем | | % | Спеціальність  «соціальна медицина» | % |
| Д.н. | К.н. |
| Керівники інституту | 6 | 5 | 83,3 | 2 | 1 | 50,0 | 2 | 40,0 |
| Керівники структурних підрозділів | 18,0 | 10 | 55,6 | 1 | 4 | 50,0 | 2 | 40,0 |
| Наукові співробітники | 27,5 | 24 | 87,3 | - | 2 | 8,3 | - | - |
| Сумісники зовнішні | **-** | 5 | - | 1 | 2 | 60,0 | - | - |

Аналіз наведених в табл.5.6 даних вказує на те, що із 6 штатних посад керівників інститут укомплектовано 5 (83,3%) із яких з науковим ступенем є 3 (50,0%) в тому числі 2 (40,0%) за спеціальністю «соціальна медицина. Із 18 штатних посад керівників структурних підрозділів укомплектовано фізичними особами 10 (55,6%) із яких з науковим ступенем 5 (50,0%) осіб в тому числі 2 (40,0%) за спеціальністю «соціальна медицина. Із 27,5 посад наукових співробітників укомплектовано фізичними особами 24 (87,3%) з яких 2 (40,0%)особи мають науковий ступінь і жодний з них не має наукового ступеня за спеціальністю соціальна медицина.

Таким чином можемо константувати надзвичайно низький рівень наукового потенціалу ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» де працює тільки 3 (5,8%) штатних працівника доктора медичних наук і 4 (7,8%) спеціаліста які мають науковий ступінь за спеціальністю «соціальна медицина». Всього рівень укомплектованості штатних посад наукових працівників фізичними особами становить 75,7%.

Крім того в інституті працює 5 зовнішніх сумісника із яких мають науковий ступінь 5 (60,0%), але не за спеціальністю «соціальна медицина».

**5.2. Система планування науково-дослідних робіт за спеціальністю «соціальна медицина»**

В МОЗ України існує затверджена система планування науково-дослідних робіт, які виконуються за державний кошт. Вона передбачає певну етапність подачі документів до МОЗ і їх наступний перегляд, проходження конкурсу та затвердження.

До МОЗ подається певний перелік документів який включає:

-запит на виконання НДР;

\_-заключення по даній темі провідного Департаменту МОЗ, що вказує на те, що ця тема є замовленням МОЗ;

-заключення головного позаштатного спеціаліста;

-експертний висновок проблемної експертної комісії МОЗ та АМН України за відповідної спеціальності.

Конкурсна комісія розглядає дані пропозиції і її рішення затверджується відповідним наказом МОЗ України яким визначається і обсяг фінансування кожної теми НДР.

Далі, в табл.5.7 наведено дані про заплановані теми НДР на замовлення МОЗ України, які виконувалися за державний кошт.

*Таблиця 5.7*

**Кількість НДР, що виконувалися на замовлення МОЗ України,**

**2012-2015 рр**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Напрямок дослідження | Характеристика за термінами | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| Всього | Первинна | 72 | 68 | 63 | 58 |
| Перехідна | 157 | 148 | 166 | 130 |
| Клінічний | Первинна | 31 | 25 | 19 | 31 |
| Перехідна | 77 | 54 | 79 | 70 |
| Теоретичний | Первинна | 27 | 28 | 27 | 18 |
| Перехідна | 59 | 65 | 61 | 37 |
| Організація та управління ОЗ | Первинна | 11 | 14 | 13 | 7 |
| Перехідна | 18 | 24 | 22 | 20 |
| Реформування ОЗ | Первинна | 3 | 1 | 4 | 2 |
| Перехідна | 3 | 5 | 4 | 3 |

Частка НДР по науковому забезпеченню реформи охорони здоров’я із загальної кількості НДР, що виконувалися на замовлення МОЗ України:

2012 рік - 4,2% із первинних, 1,9% перехідних;

2013 рік - 1,5 % із первинних, 3,4 % перехідних;

2014 рік - 1,8% із первинних, 1,8% перехідних;

2015 рік - 3,4% із первинних, 2,3% перехідних.

Наведені в табл.5.7 дані дають право говорити про незацікавленість МОЗ України в науковому забезпечені реформування системи охорони здоров’я України.

Далі, в табл.5.8 наведено дані щодо розподілу НДР з організації та управління охорони здоров’я та безпосередньо з реформування ОЗ за науковими установами та вищими навчальними закладами.

Наведені в табл. 5.8 результати дослідження, що за тематикою з організації та управління охорони здоров’я та безпосередньо з реформування ОЗ фінансування на виконання науково-дослідних робіт отримують в основному наукові установи та вищі навчальні заклади які розташовані в м. Києві.

*Таблиця 5.8*

**Виконання науково-дослідних робіт з організації охорони здоров’я та наукового забезпечення реформи охорони здоров’я**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| НДІ, ВМНЗ | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | |
| Всього | Реформа охорони здоров’я | Всього | Реформа охорони здоров’я | Всього | Реформа охорони здоров’я | Всього | Реформа охорони здоров’я |
| Національний медичний університет  ім. О.О.Богомольця | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| НМАПО ім. П.Л. Шупика | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Вінницький національний медичний університет | 1 | - | 1 | - | 1 | - | 1 | - |
| ХМАПО | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | - | 1 | - |
| ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» | 12 | 4 | 12 | 4 | 13 | 3 | 12 | 2 |
| Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи | 1 | - | 1 | - | - | - | - | - |
| ДП «Інститут паліативної та хоспісної медицини» | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | - | 2 | - |
| Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності | 1 | - | 1 | - | 1 | - | 1 | - |

Основними темами НДР з питань реформування системи організації охорони здоров’я *окремі питання* організації ПСМП, паліативної та екстреної допомоги, запровадження нових механізмів фінансування системи охорони здоров’я, механізмів адаптації українського законодавства з охорони здоров’я до Європейських правових норм, інформатизації галузі.

Повністю відсутні науково-дослідні роботи з питань реформування вторинного рівня медичної допомоги та реформування системи перинатальної допомоги.

З другого боку можна константувати, що більшість наукових установ та вищих навчальних закладів не подають заявки на виконання відповідних тем НДР так як зацікавлені у виконанні клінічних досліджень.

Нами було досліджено виконання кафедрами соціальної медицини та організації охорони здоров’я ініціативних науково-дослідних робіт. Отримані дані наведено в табл. 5.9.

*Таблиця 5.9*

**Дані про виконання кафедрами соціальної медицини та організації охорони здоров’я АМНЗ ініціативних НДР, 2012-2015 рр**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ВМНЗ | Виконано НДР | |
| Організація ОЗ | Реформа ОЗ |
| Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров’я ВМНЗ «Харьківський національний медичний університет МОЗ України» | 2 | - |
| Кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров’я ВМНЗ «Львівський національний медичний університет ім. Д.Галицького МОЗ України» | 2 | 1 |
| Кафедра соціальної медицини, організації і управління охороною здоров’я та медико-соціальної експертизи ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України» | 2 | 1 |
| Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров’я ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» | 1 | 1 |
| Кафедра організації і управління охороною здоров’я ВМНЗ «Львівський національний медичний університет ім. Д.Галицького МОЗ України» | 1 | 1 |
| Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров’я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України» | 3 | 1 |
| Кафедра соціальної медицини, управління та бізнесу в охороні здоров’я ВМНЗ «Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України» | 1 | - |
| Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров’я ВМНЗ «Сумський державний університет МОН України» | - | - |
| Кафедра громадського здоров’я Ужгородського національного університету | 2 | 1 |
| Кафедра соціальної медицини, організації і управління охороною здоров’я Дніпропетровської медичної академії МОЗ України | 2 | 2 |
| Кафедра соціальної медицини та гігієни Ужгородського національного університету | 1 | - |

В ході дослідження встановлено та представлено в табл. 5.9 дані, що практичні всі кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров’я виконують ініціативні теми з організації та управління охорони здоров’я в тому числі наукового забезпечення реформування ОЗ.

**5.3. Результати виконання НДР за тематикою реформування охорони здоров’я в Україні**

Наступним кроком дослідження було проведення аналізу щорічних звітів НДІ та ВНЗ за виконання замовлених МОЗ НДР. Проаналізовані заключні звіти щодо виконання НДР за тематикою з наукового забезпечення реформування системи охорони здоров’я. Отримані в ході проведення аналізу дані наведені нижче.

*Тема НДР «Наукове обґрунтування запровадження нового фінансового механізму в охороні здоров’я». Термін виконання: 2014-2016рр.*

На підставі проведених досліджень науково обґрунтовано і розроблено якісно нову систему фінансування медичної допомоги в Україні з об’єднанням видатків на первинну медичну допомогу на рівні районних бюджетів і бюджетів міст, вторинної, третинної та екстреної – обласних бюджетів; розмежування видатків місцевих бюджетів за видами надання медичної допомоги, виходячи з обґрунтованих потреб населення у різних видах медичної допомоги; запровадження планування та розподілу видатків на охорону здоров’я з місцевих бюджетів на основі бюджетних програм за видами надання медичної допомоги та економічної мотивації медичних працівників до ефективної праці.

Результати дослідження використані на галузевому рівні: розроблені та затверджені МОЗ України методичні рекомендації: Методичні рекомендації щодо визначення необхідних ресурсів для досягнення цілей модернізації охорони здоров’я та напрямків їх використання (2013); Інструмент моніторингу модернізації галузі охорони здоров’я на рівні регіону та окремої території із застосуванням комплексної системи індикаторів (Методичні рекомендації) (2014).

*Тема НДР «Наукове забезпечення і моніторинг реформування системи медичної допомоги в пілотних регіонах: Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві». Термін виконання: 2012-2014рр.*

Розроблена система моніторингу реформування системи медичної допомоги в пілотних регіонах: Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та в місті Києві яка затверджена наказом МОЗ України. За визначеними індикаторами проводився збір інформації з пілотних регіонів та аналізувалася надана інформація. Аналіз представлявся в МОЗ України.

*Тема НДР «Наукове обґрунтування підвищення ефективності системи фінансування охорони здоров’я при проведенні економічних реформ в Україні. РК 0111U004017». Термін виконання: 2011–2013 рр*

Проведено систематизацію світового досвіду планування та фінансування медичних послуг; аналіз економічних засад при запровадженні заходів з оптимізації системи ОЗ, планування потреби в медичних послугах та їх фінансуванні; пропозиції щодо оптимальних моделей фінансування для закладів охорони здоров’я з урахуванням нових напрямків реформування надання медичної допомоги, які враховано при розробці Закону України "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві (від 7 липня 2011 року № 3612 – VI) та низки наказів МОЗ України на його виконання (від 08.06.2011 №347 "Про затвердження Тимчасового типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі "Охорона здоров'я" для пілотних проектів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві", від 08.06.2011 р. №346 **"Про затвердження Тимчасових методичних рекомендацій щодо запровадження програмно-цільового методу складання та виконання місцевих бюджетів в системі охорони здоров'я у пілотних регіонах**"**,** від 20.05.2011 № 304 "Про затвердження Тимчасових методичних рекомендацій з визначення обсягів фінансування закладів охорони здоров'я за видами надання медичної допомоги у пілотних регіонах", від 29.06.2011 № 384 "Про затвердження Примірного статуту Центру первинної медико-санітарної допомоги", від 15.07.2011 № 420 "Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі"**)**, проекту постанови Кабінету Міністрів України "Про додаткові Умови оплати праці працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я", опубліковано методичні рекомендації: "Методичні рекомендації щодо планування видатків та використання бюджетних коштів для надання медичної допомоги закладами охорони здоров’я (МОЗ України, ДУ УІСД МОЗ України)".

*Тема НДР «Наукове обґрунтування напрямів удосконалення інституціонального механізму адаптації законодавства України з питань охорони здоров’я до законодавства Європейського Союзу. РК 0111U004018». Термін виконання: 2011–2013рр. Тема НДР «Наукове обґрунтування механізму моніторингу та оцінки процесу наближення законодавства України з питань охорони здоров’я до законодавства ЄС та прогнозування наслідків прийняття законодавчих актів. РК 0115U002855». Термін виконання: 2015–2017рр*

За результатами виконання НДР розроблено методологію адаптації законодавства України з питань охорони здоров’я до законодавства Європейського Союзу яка затверджена МОЗ України. Методика прогнозування наслідків прийняття законодавчих актів розроблена не була. За розробленою методикою проводилася експертна оцінка і підготовка довідок на відповідність законодавства України з питань охорони здоров’я законодавству Європейського Союзу. При цьому не створено реєстр законодавства Європейського Союзу до якого необхідно проводити адаптацію.

*Тема НДР «Науковий супровід, моніторинг та оцінка моделей розвитку сфери охорони здоров’я в Україні на регіональному рівні. РК 0115U2852». Термін виконання: 2015–2017рр*

Розроблено методологію та електронну програму оцінки регіональних систем охорони здоров’я. Щоквартально та щорічно проводиться рейтингова оцінка стану здоров’я та діяльності регіональних систем охорони здоров’я яка представляється в МОЗ України.

**Висновки за розділом**

Показано незначний науковий кадровий потенціал за спеціальністю «соціальна медицина». Із загальної чисельності затверджених МОЗ України тем НДР частка наукових тем щорічно складає не більше 5%, що говорить про незацікавленість МОЗ України в науковому забезпечені реформування системи охорони здоров’я України.

Частка НДР по науковому забезпеченню реформи охорони здоров’я із загальної кількості НДР, що виконувалися на замовлення МОЗ України склала:

2012 рік - 4,2% із первинних, 1,9% перехідних;

2013 рік - 1,5 % із первинних, 3,4 % перехідних;

2014 рік - 1,8% із первинних, 1,8% перехідних;

2015 рік - 3,4% із первинних, 2,3% перехідних.

Основними темами НДР з питань реформування системи організації охорони здоров’я окремі питання організації ПСМП, паліативної та екстреної допомоги, запровадження нових механізмів фінансування системи охорони здоров’я, механізмів адаптації українського законодавства з охорони здоров’я до Європейських правових норм, інформатизації галузі.

Також більшість наукових установ та вищих навчальних закладів не подають заявки на виконання відповідних тем НДР так як зацікавлені у виконанні клінічних досліджень.

Результати виконання НДР є фрагментарними і не можуть забезпечити комплексний науковий супровід проведення реформи охорони здоров’я в країні.

**Особисті роботи за темою розділу [211, 214, 215, 217, 218, 220, 222, 223, 229, ].**

**Розділ 6**

**НАУКОВІ КОМУНІКАЦІЇ В ПРОЦЕСІ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я В УКРАЇНІ**

Метою даного етапу дисертаційного дослідження було дослідження стану наукових комунікацій на всіх рівнях надання медичної допомоги по забезпеченню реформи системи медичної допомоги населенню України.

**6.1. Характеристика засобів наукової комунікації з питань реформування системи охорони здоров’я в Україні**

Враховуючи, що на рівні галузі охорони здоров’я важливе значення приділяється такому важливому засобу наукової комунікації як проведення наукових форумів з великою кількістю учасників як науковців так і організаторів охорони здоров’я нами проведено вивчення засобів наукової комунікації за спеціальністю «Соціальна медицина» по забезпеченню проведення реформи системи охорони здоров’я в Україні.ДУ «Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України» щорічно на основі заявок на проведення наукових форумів формує відповідний Реєстр, який є має бути доступним для організаторів охорони здоров’я закладів охорони здоров’я всіх рівнів надання медичної допомоги та науковців і є підставою для участі в закладі на законодавчій підставі. Дані про наукові форуми, що проведені за 2010-2012 рр з організації охорони здоров’я наведено в табл.6.1.

За період 2010 -2015 рр. проведено 19 наукових форумів, але тільки 2 було присвячено безпосередньо реформі системи охорони здоров’я в країні. Важливим науковим заходом, в якомy прийняло участь більше 350 організаторів охорони здоров’я та науковців з усіх регіонів України, був Y з’їзд спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров’я проведений в 2012 році та підготовлений ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», Житомирським інститутом

*Таблиця 6.1*

**Наукові форуми з соціальної медицини та організації охорони здоров’я за спеціальністю «соціальна медицина», 2010-2015 рр**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Роки | З’їзди | | Конгреси, симпозіуми | | НПК | |
| Всього по організації охорони здоров’я | З питань проведення реформи охорони здоров’я | Всього по організації охорони здоров’я | З питань проведення реформи охорони здоров’я | Всього по організації охорони здоров’я | З питань проведення реформи охорони здоров’я |
| 2010 | - | - | - | - | 9 | - |
| 2011 | - | - | - | - | 4 | - |
| 2012 | 1 | 1 | 1 | - | 4 | 1 |
| 2013 |  |  |  |  |  |  |
| 2014 | 1 | 1 | 1 | - | 4 | 1 |
| 2015 |  |  |  |  |  |  |

медсестринства, Українською асоціацією організаторів охорони здоров’я України та головним управлінням охорони здоров’я Житомирської обласної державної адміністрації. Як показали результати подальшого дослідження більше 60% опитаних головних лікарів закладів охорони здоров’я різних рівнів надання медичної допомоги в регіонах України не інформовані про його проведення, а більше 85% не інформовані з питань, які розглядалися на з’їзді та його резолюцією.

Наступним кроком дослідження стало вивчення та проведення аналізу кількості та структури галузевих нововведень в системі охорони здоров’я України за 2011-2015 рр. Отримані результати наведено в табл.6.2.

*Таблиця 6.2*

**Галузеві нововведення в системі охорони здоров’я України, 2011-2015 рр**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Рік | Всього | Охорона здоров’я | | Реформа охорони здоров’я | |
| абс | % | абс | % |
| 2011 | 32 | 25 | 78,2 | 7 | 21,8 |
| 2012 | 18 | 13 | 72,3 | 5 | 27,7 |
| 2013 | 20 | 15 | 75,0 | 5 | 25,0 |
| 2014 | 42 | 32 | 76,2 | 10 | 23,8 |
| 2015 | 47 | 34 | 72,4 | 13 | 27,6 |
| Всього | 159 | 119 | 74,8 | 40 | 25,2 |

За даними, щонаведено в табл.6.2 видно, що щорічно за спеціальністю «Організація та управління охороною здоров’я» затверджується від 18 (2012 рік) до 47 (2015 рік) галузевих нововведень. Із загальної кількості нововведень за спеціальністю «Організація та управління охороною здоров’я» частка нововведень, які стосуються реформи охорони здоров’я складає від 21,8% (2011рік) до 27,7% (2012 рік), що в період активного проведення реформи є вкрай недостатнім.

Проведений аналіз по визначенню частки нововведень за спеціальністю «Організація та управління охороною здоров’я» в загальній кількості нововведень в системі охорони здоров’я за 2015 рік вказує на їх незначну частку 5,4 %, а питань реформування системи охорони здоров’я – 1,5%. Всього в 2015 році було внесено та затверджено МОЗ та НАМН України 877 галузевих нововведень.

Далі вивчалося питання щодо забезпеченості системи охорони здоров’я інформаційними листами по галузеві нововведення в системі охорони здоров’я України за період 2011-2015 рр. Отримані результати наведено в табл.6.3.

*Таблиця 6.3*

**Інформаційні листи в сфері охорони здоров’я України зі спеціальності «Соціальна медицина» за даними «Укрмедпатентінформ», 2011-2015 рр.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Рік | Всього | Охорона здоров’я | | Реформа охорони здоров’я | |
| абс | % | абс | % |
| 2011 | 10 | 8 | 80,0 | 2 | 20,0 |
| 2012 | 10 | 7 | 70,0 | 3 | 30,0 |
| 2013 | 12 | 10 | 83,4 | 2 | 16,6 |
| 2014 | 10 | 8 | 80,0 | 2 | 20 |
| 2015 | 4 | 4 | 100,0 | - | - |
| Всього | 46 | 37 | 81,2 | 9 | 18,8 |

Відповідно до наведених в табл.6.3 даних за роки дослідження «Укрмедпатентінформ» було видано та поширено в системі охорони здоров’я України 46 інформаційних листів про галузеві нововведення за спеціальністю соціальна медицина. Із загальної кількості інформаційних листів 37 (81,2%) було присвячено нововведенням в організації та управлінні охороною здоров’я і тільки 9 (18,8%) присвячено безпосередньо питанням реформування системи охорони здоров’я в Україні. Навіть в період проведення реформи вказаний ефективний, доступний та мало затратний вид наукової комунікації практично не використовувався – по 2 інформаційних листи за рік.

Далі вивчалося питання щодо забезпеченості системи охорони здоров’я методичними рекомендаціями з питань організації та управління охороною здоров’я і її реформування безпосередньо. Отримані дані щодо кількості методичних рекомендацій, які були рецензованими та затвердженими МОЗ України з реєстрацією в «Укрпатентінформі» наведено в табл.6.4. Дані методичні рекомендації направлялися до виконавців згідно з реєстром.

*Таблиця 6.4*

**Методичні рекомендації в системі охорони здоров’я України за даними,**

**«Укрпатентінформ»,** **2011-2015 рр**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Рік | Всього | Охорона здоров’я | | Реформа охорони здоров’я | |
| 2011 | 3 | 3 | 100 | - | - |
| 2012 | 8 | 6 | 75,0 | 2 | 25,0 |
| 2013 | 17 | 13 | 76,4 | 4 | 23,6 |
| 2014 | 12 | 10 | 83,4 | 2 | 16,6 |
| 2015 | 8 | 6 | 75,0 | 2 | 25,0 |
| Всього | 48 | 38 | 79,2 | 10 | 20,8 |

За даними табл.6.4. видно, що з питань організації та управління в «Укрпатентінформ» за роки дослідження було зареєстровано достовірно відмінну кількість методичних рекомендацій: від трьох в 2011 році до 17 в 2013 році. За роки дослідження частка методичних рекомендацій, які присвячені питанням реформування системи охорони здоров’я коливається від 16,6% до 25,0%.

Всього за цей період в «Укрпатентінформ» було зареєстровано 48 методичних рекомендацій з питань організації та управління охороню здоров’я з яких 10 (20,8%) присвячено актуальним питання реформи охорони здоров’я.

В ході дослідження було встановлено, що частина методичних рекомендацій з питань реформування охорони здоров’я, в тому числі ті, що розроблялися робочими групами МОЗ України та в ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» в «Укрпатентінформі» не реєструвалися. Такі методичні рекомендації поширюються в системі через посту МОЗ України. Отримані дані представлено в табл.6.5.

*Таблиця 6.5*

**Методичні рекомендації в системі охорони здоров’я України за даними МОЗ України та ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», 2011-2015 рр**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Рік | Охорона здоров’я | Реформа охорони здоров’я | |
| абс | % |
| 2011 | 7 | 3 | 42,8 |
| 2012 | 19 | 15 | 78,9 |
| 2013 | 26 | 21 | 80,7 |
| 2014 | 9 | 6 | 66,7 |
| 2015 | 7 | 1 | 14,3 |
| Всього | 68 | 46 | 67,6 |

За даними табл.6.5 видно, що за період дослідження МОЗ України та ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»,без реєстрації в «Укрпатентінформі» було видано 68 методичних рекомендацій з питань організації та управління в охороні здоров’я. Із загальної кількості методичних рекомендацій питанням методичного забезпечення реформи охорони здоров’я присвячено 46 (67,6%). Із них питанням методичного забезпечення розвитку ПМСД на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини присвячено 29 (63,0%).

Далі, на рис.6.1 представлено узагальнені дані про засоби наукової комунікації реформи охорони здоров’я.

1. Наукові форуми.
2. Галузеві нововведення.
3. Інформаційні листи про галузеві нововведення.
4. Методичні рекомендації за даними «Укрпатентінформ».
5. Методичні рекомендації за даними МОЗ України та ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України».

Рис.6.1. Узагальнені дані про наявність засобів засоби наукової комунікації реформи охорони здоров’я, 2011-2015 рр (абсолютна кількість)

**6.2. Рівень ознайомлення організаторів охорони здоров’я з науковими розробками з питань реформування системи охорони здоров’я**

За результатами проведеного соціологічного дослідження серед організаторів охорони встановлено, що доступ до системи Інтернет на робочому місці мають всі начальники управлінь охорони здоров’я та головні лікарі закладів охорони здоров’я третинного рівня медичної допомоги. Серед головних лікарів лікарень вторинного рівня медичної допомоги доступ до системи Інтернет на робочому місці має 71,1±2,2%, а первинного рівня – 55,1±2,5%. Взагалі не мають доступу до системи Інтернет 7,3±1,4% опитаних.

Наступним кроком дослідження було вивченні питання доступності до організаторів охорони здоров’я до засобів наукової комунікації. Отримані результати наведено в табл.6.6.

*Таблиця 6.6*

**Доступність для організаторів охорони здоров’я засобів наукової комунікації (%)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Засіб наукової комунікації | Начальники управлінь охорони здоров’я | | | | | Головні лікарі лікарень відповідного рівня | | | | | | | | | | | | | | |
| Третинного | | | | | Вторинного | | | | | | Первинного | | | |
| абс | % | | | | абс | | % | | | абс | | % | | | | абс | % | | |
| Реєстр галузевих нововведень | 109 | 80,7±2,0 | | | | 137 | | 72,5±2,2 | | | 79 | | 14,6±1,8 | | | | 3 | 1,1±0,5 | | |
| Інформаційні листи про галузеві нововведення | 87 | 64,4±2,4 | | | | 51 | | 26,9±2,2 | | | 54 | | 10,0±1,5 | | | | - | - | | |
| Реєстр з’їздів, конгресів, конференцій | 118 | 87,4±1,7 | | | | 129 | | 68,2±2,3 | | | 102 | | 18,9±2,0 | | | | 12 | 4,4±1,0 | | |
| Науково-практичних та практичних журналів | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Україна. Здоров’я нації | 58 | | | | 42,9±2,5 | 49 | | | | 25,9±2,2 | 53 | | | 9,8±1,5 | | | 9 | | | 3,3±0,9 |
| Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України. | 24 | | | | 17,8±1,9 | 15 | | | | 7,9±1,3 | 9 | | | 1,7±0,7 | | | - | | | - |
| Східноєвропейський журнал громадського здоров’я | 17 | | | | 12,6±1,7 | 13 | | | | 6,8±1,3 | 5 | | | 0,9±0,4 | | | - | | | - |
| Управління закладом охорони здоров’я | 83 | | 61,5±2,4 | | | 112 | | | | 59,3±2,5 | 358 | 66,3±2,4 | | | | | 176 | | 65,2±2,4 | |
| Практика управління закладом охорони здоров’я | 79 | | 58,6±2,5 | | | 98 | | | | 51,8±2,5 | 373 | 69,1±2,4 | | | | | 197 | | 72,9±2,2 | |
| Главный врач | 37 | | 27,4±2,2 | | | 27 | | | | 14,3±1,7 | 47 | 8,7±1,4 | | | | | - | | - | |
| Журнали інших країн | 32 | | 23,7±2,1 | | | 14 | | | | 7,4±1,3 | 12 | 2,2±0,7 | | | | | - | | - | |
| **Дисертаційні роботи, автореферати** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Докторські | 14 | | | 10,4±1,5 | | 5 | 2,6±0,8 | | | | 7 | | | | 1,3±0,6 | | - | | - | |
| Кандидатські | 27 | | | 20,0±2,0 | | 9 | 4,8±1,1 | | | | 7 | | | | 1,3±0,6 | | - | | - | |
| **Методичні рекомендації, що видані** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| МОЗ України | 96 | | | | 71,1±2.3 | 68 | | | 35,9±2,4 | | 239 | | | | | 44,3±2,5 | 37 | 13,7±1,7 | | |
| Українським інститутом стратегічних досліджень | 72 | | | | 53,3±2.5 | 43 | | | 22,7±2,1 | | 197 | | | | | 36,9±2.4 | 15 | 5,6±1,1 | | |
| Науковим закладом регіонального рівня | 46 | | | | 34,0±2,4 | 72 | | | 38,0±2.4 | | 162 | | | | | 30,0±2,3 | 9 | 3,3±0,9 | | |

Згідно отриманих та наведених в табл. 6.6 даних маються достовірні відмінності в доступності до організаторів охорони здоров’я різних рівнів надання медичної допомоги засобів наукової комунікації. Найбільш високою вона є для керівників управлінь охороною здоров’я і найнижчою – для керівників закладів охорони здоров’я первинної ланки медичної допомоги. Крім того встановлено, що найменш доступним засобом наукової комунікації для всіх опитаних організаторів охорони здоров’я є дисертаційні роботи та їх автореферати.

Результати вивчення доступності засобів наукової комунікації для науково-педагогічного складу кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я ВМНЗ III-IY рівнів акредитації та наукових працівників НДУ наведено в табл.6.7.

Аналіз наведених в табл. 6.7 даних вказує на достатньо низький рівень доступності навіть для наукових працівників НДУ та професорсько-викладацького складу кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я ВМНЗ IY рівня акредитації засобів наукової комунікації.

Так, науково-практичні журнали, які є спеціалізованими і публікують результати наукових досліджень з організації та управління охороною здоров’я є доступними для наукових співробітників НДУ в межах 62,5±2,4%- 16,7±1,9%, професорів ВМНЗ 100,0% - 60,0%, доцентів 81,5±1,9%-37,5±2,4%, асистентів 13,6±1,7%-31,8±2,3%. Така ситуація пов’язана з наступним. Ні одна НДУ та жодний ВМНЗ і обласні медичні бібліотеки не роблять підписку на дані науково-практичні журнали. Науковці знайомляться з публікаціями в даних журналах тому, що там публікуються в тому числі при підготовці дисертаційних робіт і дають журнали своїм колегам. Особиста підписка на наукові журнали за визначенням респондентів є дорогою.

Встановлено більш високий рівень ознайомлення з методичними рекомендаціями, які видає ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» ніж тими, що видає МОЗ України: 50,0±2,5% проти 20,8±2,0%. Різниця складає 2,4 (р≤0,05) рази. Це повʼязано з тим, що в

*Таблиця 6.7*

**Доступність для викладачів кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я ВМНЗ III-IY рівнів акредитації та наукових працівників НДУ засобів наукової комунікації (%)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Засіб наукової комунікації | Наукові працівники НДУ | | | | | Займана посада | | | | | | | | | | | | | | | |
| Професор | | | | | Доцент | | | | | | Асистент | | | | |
| абс | % | | | | абс | | % | | | абс | | % | | | | абс | % | | | |
| Реєстр галузевих нововведень | 11 | 45,8±2,5 | | | | 2 | | 40,0±2,5 | | | 4 | | 25,0±2,2 | | | | 7 | 31,8±2,3 | | | |
| Інформаційні листи про галузеві нововведення | 9 | 37,5±2,4 | | | | 4 | | 80,0±2,0 | | | 6 | | 37,5±2,4 | | | | 4 | 18,2±1,9 | | | |
| Реєстр з’їздів, конгресів, конференцій | 9 | 37,5±2,4 | | | | 4 | | 80,0±2,0 | | | 11 | | 68,8±2,3 | | | | 9 | 40,9±2.5 | | | |
| Науково-практичних та практичних журналів | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Україна. Здоров’я нації | 15 | | | | 62,5±2,4 | 5 | | | | 100,0 | 13 | | | 81,5±2,0 | | | 7 | | | 31,8±2,3 | |
| Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України. | 6 | | | | 25,0±2,2 | 3 | | | | 60,0±2,4 | 8 | | | 50,0±2,5 | | | 3 | | | 13,6±1,7 | |
| Східноєвропейський журнал громадського здоров’я | 4 | | | | 16,7±1,8 | 3 | | | | 60,0±2,4 | 6 | | | 37,5±2,4 | | | 3 | | | 13,6±1,7 | |
| Управління закладом охорони здоров’я | 2 | | 8,3±1,4 | | | - | | | | - | 2 | 12,5±1,7 | | | | | 5 | | 22,7±2,1 | | |
| Практика управління закладом охорони здоров’я | - | | - | | | - | | | | - | 1 | 6,3±1,2 | | | | | 3 | | 13,6±1,7 | | |
| Главный врач | - | | - | | | 1 | | | | 20,0±2,0 | 2 | 12,5±1,7 | | | | | 4 | | 18,2±1,9 | | |
| Журнали інших країн | 11 | | 45,8±2,5 | | | 4 | | | | 80,0±2,0 | 7 | 43,8±2,5 | | | | | 13 | | 59,1±2,5 | | |
| **Дисертаційні роботи, автореферати** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Докторські | 8 | | | 33,3±2,4 | | 4 | 80,0±2,0 | | | | 6 | | | | 37,5±2,4 | | 8 | | 36,4±2,4 | | |
| Кандидатські | 10 | | | 41,7±2,5 | | 4 | 80,0±2,0 | | | | 7 | | | | 43,8±2,5 | | 8 | | 36,4±2,4 | | |
| **Методичні рекомендації, що видані** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| МОЗ України | 5 | | | | 20,8±2,1 | 2 | | | 40,0±2,5 | | 4 | | | | | 25,0±2,2 | 4 | | | | 18,2±2,0 |
| Українським інститутом стратегічних досліджень | 12 | | | | 50,0±2,5 | 4 | | | 80,0±2,0 | | 5 | | | | | 100,0 | 5 | | | | 22,7±2,1 |

основну розсилку наукової продукції включені кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров’я ВМНЗ та деякі НДУ.

Базуючись на отриманих даних ми вивчали питання щодо бажання організаторів охорони здоров’я отримання наукової інформації з актуальних питань організації охорони здоров’я та реформування галузі в країні. Отримані в ході соціологічного дослідження дані вказують на те, що 86,9±1,7% опитаних бажають отримувати спеціалізований реферативний журнал з висвітленням рефератів та режиму доступу до джерел наукової інформації. В табл. 6.8 наведена узагальнена оцінка розділів такого журналу за бажанням організаторів охорони здоров’я.

*Таблиця 6.8*

**Позитивна оцінка організаторами охорони здоров’я розділів спеціалізованого реферативного журналу**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Назва розділу | абс | % |
| Реферати статей з країн Європи | 965 | 85,1±1,8 |
| Реферати статей з країн Америки | 152 | 13,4±1,7 |
| Реферати статей з країн СНД | 874 | 77,1±2,1 |
| Реферати статей українських авторів | 1097 | 96,7±0,9 |
| Реферати основних документів ВООЗ | 582 | 51,3±2,5 |
| Реферати основних видань ВООЗ | 791 | 69,7±2,3 |
| Анотації, висновки та практичні рекомендації українських дисертацій | 639 | 56,3±2,5 |
| Анотації, висновки та практичні рекомендації дисертацій з країн СНД | 327 | 28,8±2,2 |
| Анотації, висновки та практичні рекомендації дисертацій з країн Європи | 201 | 17,7±1,9 |
| Анотації, висновки та практичні рекомендації дисертацій з країн Америки | 84 | 7,4±1,3 |
| Дані про методичні рекомендації, які видані в Україні | 1128 | 99,5±0,4 |
| Дані про методичні рекомендації, які видані в СНД | 793 | 69,9±2,3 |
| Дані про галузеві нововведення | 821 | 72,4±2,2 |
| Реферати монографій українських авторів | 836 | 73,7±2,2 |
| Реферати монографій авторів з СНД | 529 | 46,6±2,5 |
| Реферати монографій авторів з країн Європи | 217 | 19,1±2,0 |
| Реферати монографій авторів з країн Америки | 59 | 5,2±1,1 |

За даними табл. 6.8 найбільший інтерес організатори охорони здоров’я висловили до вітчизняних та країн СНД джерел наукової інформації. Достатньо високий інтерес проявляють організатори охорони здоров’я до засобів наукової комунікації з країн Європи і найменший - з країн Америки.

Отримані результати дослідження були використанні при обґрунтуванні пропозицій до МОЗ України з заснування реферативного медичного журналу за спеціальністю «соціальна медицина» з його випуском на паперових та електронних носіях з доступом до нього організаторів охорони здоров’я всіх рівнів надання медичної допомоги з висвітленням рефератів та режиму доступу до наступних джерел інформації: документи та публікації ВООЗ, основні монографії в країн Європи, СНД та України, статті спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров’я країн СНД та України, методичні рекомендації з організації охорони здоров’я, а також дисертаційні роботи за спеціальністю «Соціальна медицина», які були захищені в Україні та країнах СНД.

**6.3. Модель наукових комунікацій з реформування охорони здоров’я**

Розроблені методичні підходи до наукових комунікацій з реформування системи охорони здоров’я які складаються з (рис.6.2):

* існуючих елементів наукової комунікативної діяльності в системі охорони здоров’я;
* існуючих складових, але частково змінених за рахунок їх функціональної оптимізації ( об’єкт впливу, форми реалізації, інструмент впливу).

Метою моделі є забезпечення осіб, що приймають рішення з охорони здоров’я, управлінців та організаторів охорони здоров’я та медичних працівників науковими розробками з реформування охорони здоров’я.

При розробці моделі наукових комунікацій з питань реформування системи охорони здоров’я цільовою групою комунікативного впливу нами визначені:

* на центральному рівні: депутати Верховної Ради, працівники адміністрації Президента України та Кабінету Міністрів України;

Забезпечення аналітичними науковими оглядами та опублікованими результатами досліджень. Інтернет-ресурси

Центральний рівень

(влада)

Регіональний рівень

Місцевий рівень

Публічне обговорення наукових розробок з формуванням проектів управлінських рішень.

Законодавча влада

Виконавча

Організатори ОЗ

Влада

Забезпечення осіб, що приймають рішення засобами наукової комунікації.

Проведення конференцій, міжвідомчих нарад, круглих столів тощо з науковообгрунтованих заходів реформи ОЗ.

Забезпечення осіб, що приймають рішення та головних лікарів засобами наукової комунікації.

Зустрічі осіб, що приймають рішення та мед. працівників з правниками кафедр соціальної медицини ВМНЗ

Забезпечення населення інформацією про обґрунтовані результати реформи ОЗ

Проведення днів

Спеціаліста.

Забезпечення

метод.рекомендаціями, інформаціними листами

Інформація на паперових та електронних носіях

Усна публічна інформація

**Організаційне забезпечення представників цільових груп науковою інформацією**

**профілактичної роботи**

47

9

Рис. 6.2. Модель форм та методів наукової комунікації з реформування охорони здоров’я

* на галузевому рівні: працівники МОЗ України та закладів і установ, які МОЗ підпорядковані; працівники НАМН України;
* на регіональному рівні: депутати обласних Рад, працівники ОДА які опікуються охороною здоров’я в тому числі управлінь ОЗ, керівники ЗОЗ регіонального підпорядкування;
* на місцевому рівні: керівники місцевих органів самоврядування та керівники ЗОЗ.

Особливою цільовою групою наукового комунікативного впливу визначено працівників ЗМІ, які опікуються проблемами охорони здоров’я.

Структурну основу моделі накових комунікацій складають наявні ресурси діючої системи охорони здоров’я. Її впровадження не вимагає значних додаткових фінансових ресурсів.

Стратегічним напрямком моделінаукової комунікації з реформування системи охорони здоров’я є забезпечення на всіх рівнях управління осіб, що приймають рішення з питань охорони здоров’я та управлінців, організаторів охорони здоров’я та медичних працівників і працівників ЗМІ комплексною,

об’єктивною інформацією про вітчизняні та іноземні наукові розробки з питань розвитку охорони здоров’я.

Тактичним напрямком моделі є регулярне інформування всіх цільових груп задіяних в реформуванні сфери охорони здоров’я про результати наукових розробок (досліджень) з питань найкращих організаційних практик організації медичної допомоги населенню.

Як видно з рис. 6.3 запропонована комплексна модель наукових комунікацій з питань реформування системи охорони здоров’я визначає задачі та функції; рівень, об’єкт, інструмент впливу; форми реалізації; необхідні ресурси; моніторинг і оцінку.

Задачі та функціїнаукових комунікацій є різноманітними і залежать від мети комунікації та цільової групи комунікативного впливу.

Основними функціями в рамках запропонованої моделі є:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Рівень впливу*** | ***Суб’єкт впливу*** | ***Об’єкт***  ***впливу*** | ***Задачі,***  ***функції*** | ***Форма реалізації*** | ***Ресурси*** | ***Інструмент впливу*** | ***Моніторинг і оцінка*** *Індикатори* |
| Центральний | МОЗ України | Особи, що приймають рішення на центральному рівні.  Працівники ЗМІ. | Адвокація серед осіб, що приймають рішення на всіх рівнях управління найкращих організаційних практик, передового світового досвіду та вітчизняних наукових розробок з питань оптимізації системи охорони здоров’я;  Ознайомлення осіб, що приймають рішення на всіх рівнях управління та організаторів охорони здоров’я з кращим вітчизняним досвідом організації медичної допомоги та його результатами;   * Забезпечення участі управлінців та організаторів охорони здоров’я в публічному обговоренні результатів наукових досліджень та розробці на їх базі управлінських рішень. | Доступність представникам всіх цільових груп засобів наукової комунікації (науково-практичних журналів, реєстрів, звітів про виконання НДР тощо).  Спеціалізовані сайти.  Спеціалізований реферативний журнал.  Регулярна організація галузевих та регіональних наукових семінарів, конференцій та круглих столів | Кадри.  Інформаційні технології.  Інформаційні матеріали. | Адвокація прийняття науковообгрунтованих  рішень | *Cтруктури:*  1.Наявність та доступність науковообгрунтованих інформаційних матеріалів  2. Охоплення науковими комунікаціями максимальну частку представників цільових груп.  3. Регулярна організація масових наукових заходів на різних рівнях управління.  *Процесу:*   1. Управлінські рішення на всіх рівнях управління прийняті на науковообгрунтованих даних.   *Результату:*   1. Заходи з реформування охорони здоров’я не переглядаються, а корегуються. 2. Мінімізація ризиків проведення певних заходів реформи охорони здоров’я. 3. Підвищення рівня задоволеності населення та медичних працівників реформою охорони здоров’я |
| Галузевий | ДУ «Укрпатентінформ»,  ДУ «УІСД МОЗ України» | Особи, що приймають рішення  на галузевому рівні |
| Регіональний | ДУ «Укрпатентінформ»,  ДУ «УІСД МОЗ України»  Кафедри соціальної медицини ВМНЗ | Особи, що приймають рішення  на регіональному рівні. | Інформаційні технології.  Інформаційні матеріали. | Адвокація прийняття науковообгрунтованих  рішень  Інформування організаторів охорони здоров’я та медичних працівників, щодо вірності управлінських рішень з питань напрямків та заходів реформи. |
| Місцевий | ДУ «Укрпатентінформ»,  ДУ «УІСД МОЗ України»  Кафедри соціальної медицини ВМНЗ | Особи, що приймають рішення  на регіональному рівні.  Керівники ЗОЗ.  Медпрацівники. |

Рис. 6.3. Модель методичних підходів до наукової комунікації з реформування охорони здоров’я

* адвокація серед осіб, що приймають рішення на всіх рівнях управління найкращих організаційних практик, передового світового досвіду та вітчизняних наукових розробок з питань оптимізації системи охорони здоров’я;
* ознайомлення осіб, що приймають рішення на всіх рівнях управління та організаторів охорони здоров’я з кращим вітчизнянимдосвідом організації медичної допомоги та його результатами;
* забезпечення участі управлінців та організаторів охорони здоров’я в публічному обговоренні результатів наукових досліджень та розробці на їх базі управлінських рішень;
* забезпечення прийняття управлінських рішень з питань реформування системи охорони здоров’я, які ґрунтуються на науковообгрунтованих результатах;
* інформування працівників ЗМІ про науково обґрунтовані підходи про проведення реформи охорони здоров’я, ризи та можливі шляхи їх усунення.

Рівень**.**Рівень наукової комунікативної діяльності залежить від поставленої задачі. В науковій комунікативній діяльності виділено центральний, галузевий, регіональний та місцевий, а також колективний та індивідуальний рівні комунікативного впливу.

Суб’єкт впливу**.**Суб’єкт наукового комунікативного впливу залежить від рівня впливу. В системі охорони здоров’я головним суб’єктом наукового комунікативного впливу виступає МОЗ України, яке має свою діяльність проводити через ДУ «Укрпатентінформ» та ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». На регіональному рівні суб’єктами наукового комунікативного впливу має виступати працівники кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я ВМНЗ IY рівня акредитації.

Об’єкт впливу**.** Основним об’єктом наукового комунікативного впливу є особи, що приймають рішення з питань охорони здоров’я на всіх рівнях управління, організатори охорони здоров’я та медичні працівники. Особливим об’єктом комунікативного впливу є працівники ЗМІ, які висвітлюють питання охорони здоров’я.

В міжсекторальному плані об’єктом наукового комунікативного впливу є працівники органів місцевого самоврядування, керівники провідних недержавних організацій, професійні лікарські асоціації.

Форма реалізації**.** Управлінськими формами реалізації поставлених функцій та завдань є прийняття на всіх рівнях управління науковообгрунтованих рішень з питань реформування системи охорони здоров’я в країні.

Організаційними формами реалізації є забезпечення доступності до представників всіх цільових груп засобів наукової комунікації (науково-практичних журналів, реєстрів, звітів про виконання НДР тощо) в тому числі розповсюдження інформаційних матеріалів через засоби масової інформації (створення відповідних узагальнюючих доступних сайтів).

Особливою формою доступності наукових матеріалів в теперішній час стає випуск спеціального реферативного журналу з соціальної медицини та підготовка і поширення аналітичних наукових оглядів.

Для більш ефективного наукового комунікативного впливу для певних цільових груп має регулярна організація галузевих та регіональних наукових семінарів, конференцій та круглих столів.

Ресурси**.** Для реалізації визначених завдань та функцій необхідні певні ресурси. До них відносяться: кадрове забезпечення, наявність інформаційних наукових матеріалів зміст та подача яких розрахована на різні цільові групи інформаційного впливу, забезпечення доступності та можливості отримання по ним консультативної допомоги.

Інструмент впливу**.** Інструменти впливу залежать від поставлених завдань, рівня впливу та суб'єкту впливу і форми реалізації завдань.

Інструментом впливу є адвокація науковообгрунтованих управлінських рішень з питань реформування системи охорони здоров’я.

При рішенні практичних задач проведення реформи інструментом впливу є інформування організаторів охорони здоров’я та медичних працівників, як самої консервативної цільової групи по відношенню до реформи охорони здоров’я, щодо вірності управлінських рішень з питань напрямків та заходів реформи.

Моніторинг і оцінка**.**Моніторинг та оцінка ефективності запропонованої моделі здійснюється через індикатори структури, процесу та результативності. Нами запропоновані наступні індикатори.

Індикатори структури:

1.Наявність та доступність науковообгрунтованих інформаційних матеріалів

2. Охоплення науковими комунікаціями максимальну частку представників цільових груп.

3. Регулярна організація масових наукових заходів на різних рівнях управління.

Індикатори процесу:

1. Управлінські рішення на всіх рівнях управління прийняті на науковообгрунтованих даних.

Індикатори результату:

1. Заходи з реформування охорони здоров’я не переглядаються, а корегуються.
2. Мінімізація ризиків проведення певних заходів реформи охорони здоров’я.
3. Підвищення рівня задоволеності населення та медичних працівників реформою охорони здоров’я

Запровадження запропонованих інновацій дозволить забезпечити всі цільові групи комунікативного впливу комплексною науковообгрунтованою інформацією з питань реформування системи охорони здоров’я. .

**Висновки за розділом:**

Встановлено низький рівень забезпеченості системи охорони здоров’я України засобами наукової комунікації з реформування системи охорони здоров’я: 25,2% галузевими нововведеннями, 18,8% інформаційними листами про галузеві нововведення, 20,8% методичними рекомендаціями (від їх загальної кількості з організації та управління охороною здоров’я). Також встановлено, що щорічно проводяться поодинокі наукові форуми з соціальної медицини та організації охорони здоров’я за проблем реформування сфери охорони здоров’я.

В ході проведеного соціологічного дослідження встановлено недостатній рівень інформування організаторів охорони здоров’я регіонального рівня та низький рівень інформування керівників закладів охорони здоров’я первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги і викладачів кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я ВМНЗ III-IY рівнів акредитації та наукових працівників НДУ щодо наукових здобутків щодо реформування охорони здоров’я України та їх можливість участі у роботі наукових зібрань організаторів охорони здоров’я та спеціалістів із соціальної медицини.

Запропоновано організувати випуск на паперових та електронних носіях спеціалізованого реферативного журналу за спеціальністю «соціальна медицина».

Розроблено модель наукових комунікацій з реформування охорони здоров’я по забезпеченню управлінців всіх рівнів та організаторів охорони здоров’я науковими розробками з реформування охорони здоров’я.

**Особисті роботи за темою розділу [216, 227, 228, 234, 238, 240].**

**Розділ 7**

**ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ НАУКОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я В УКРАЇНІ**

Відповідно до програми дослідження на даному етапі дослідження було обґрунтовано та розроблено функціонально – організаційні моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я на центральному та регіональному рівнях та проведено їх оцінку.

**7.1. Теоретичні основи розробки функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні**

Необхідність обґрунтування та розробки функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні базується на тому, що в Україні всі роки її незалежності проводиться реформування системи охорони здоров’я. При цьому реформи характеризувалися:

* відсутністю чітко позначених цілей;
* відсутністю комплексності перетворень в охороні здоров’я, що забезпечувало її фрагментарність ;
* постійним переглядом стратегії реформування системи охорони здоров’я в цілому або її окремих напрямків;
* відсутністю чіткої політики, що забезпечує виконання прийнятих рішень;
* ігноруванням науково доведених або перевірених практикою підходів, форм та методів перетворень;
* істотним впливом на прийняття рішень що певних заходів реформи лобістських груп;
* низькими темпами реалізації затверджених заходів реформи;
* непослідовністю та суперечністю дій в ході проведення реформи.

Відсутність комплексного наукового обґрунтованого підходу до проведення реформи системи охорони здоров’я призводило до того, що результати проведених реформ: позитивні, негативні, ризики, перешкоди не аналізувалися, або аналізувалися часткового і практично не використовувалися для прийняття управлінських рішень при проведені наступних кроків реформи. Це вказує на відсутність наступності в реформуванні системи охорони здоров’я в країні. А в умовах частої зміни керівництва галузі охорони здоров’я негативно впливає на діяльність системи охорони здоров’я в цілому.

Вказане вище, з урахуванням рекомендацій ВООЗ [167-172] щодо необхідності наукового забезпечення реформування та розвитку систем охорони здоров’я на забезпечення потреб населення в доступній медичній допомозі і визначає потребу в обґрунтуванні та розробці функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні.

Науковий супровід реформи системи охорони здоров’я України має забезпечити:

* визначення стратегії та методичного її забезпечення в цілому та по окремим напрямках;
* перевірку дієвості, результативності та ефективності запропонованої моделі реформи, внесення коректив до неї за результатами апробації;
* широке запровадженняапробованих підходів до реформування системи охорони здоров’я на всій території України з моніторуванням процесів перетворень і результатів;
* проведенняширокої роз’яснювальної роботи та інформування щодо мети, завдань, сутності та результатів системних перетворень серед*:* осіб, які приймають рішення на всіх рівнях управління; медичної спільноти; широких верств населення;
* залучення професійних медичних асоціацій, координаційних рад при органах управління охороною здоров’я, наглядових рад при медичних закладах до прийняття рішень щодо перетворень на відповідних рівнях;
* професійну підготовку організаторів охорони здоров’я в сфері менеджменту у відповідності до сучасних вимог.

**7.2. Характеристика функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні**

Наукове забезпечення проведення реформи охорони здоров’я є складним процесом, який має свої складові:

* формування замовлення на виконання НДР, що полягає в визначені тематики необхідних наукових розробок; формування чітких завдань; визначенні оптимального виконавця дослідження та його термінів;
* затвердження теми НДР для конкретної наукової установи чи ВМНЗ IY рівня акредитації та розгляд питання комплексування процесу виконання НДР;
* забезпечення виконання НДР необхідним фінансуванням включаючи видатки на всі складові наукового процесу;
* визначення наукових баз виконання НДР, джерел та методів представлення первинного матеріалу та способів його статистичної обробки;
* залучення до процесу наукового дослідження професійних лікарських об’єднань та НДО, які опікуються питаннями організації охорони здоров’я та осіб, що приймають рішення на різних рівнях управління;
* широке професійне та громадське обговорення результатів наукових досліджень;
* обґрунтування та розробка оптимального способу рішення поставленої задачі;
* поточні звіти перед МОЗ України про хід виконання НДР та проміжні результати;
* професійне представлення отриманих результатів для обговорення їх експертиза і апробація;
* представлення замовнику отриманих заключних результатів для прийняття управлінських рішень.

Базуючись на вище зазначеному розроблена комплексна функціонально-організаційна модель наукового забезпечення реформи охорони здоров’я на центральному рівні, яка представлена на рис.7.1.

*Стратегічним напрямком* моделі є наукове забезпечення процесу прийняття управлінських рішень, на всіх рівнях управління, з реформування системи медичної допомоги населенню України.

*Тактичним напрямком* моделі є удосконалення процесу планування НДР з максимальним залученням до їх виконання науковців та організаторів охорони здоров’я та проведення їх комплексування з широким професійним обговоренням отриманих результатів та їх правовою експертизою.

Рішення про проведення в країні комплексної реформи системи охорони здоров’я скерованої на забезпечення населення якісною доступною медичною допомогою у відповідності до реальних потреб населення при підвищенні ефективності використання ресурсів прийнято Президентом України та затверджено на законодавчому рівні і підкріплено урядовими актами. Головним виконавцем вказаних документів на центральному рівні управління є Міністерство охорони здоров’я України, яке забезпечує впровадження державної стратегії оптимізації системи медичної допомоги населенню та підвищення ефектності її діяльності на всіх рівнях надання медичної допомоги.

Міжнародний досвід з реформування систем охорони здоров’я показує, що найбільш ефективно вони проходили в тих країнах де були науково обґрунтованими і були забезпечені науковим супроводом. Крім того, що галузеві нормативно-правові акти мають бути науково обґрунтованими, необхідно здійснити правову експертизу їх проектів щодо можливих



Рис. 7.1. Функціонально-організаційна модель наукового забезпечення реформи охорони здоров'я на центральному рівні

негативних наслідків їх прийняття для: держави, населення, системи охорони здоров’я, медичних працівників.

Запропонована модель передбачає прийняття нормативно-правових актів Міністерством охорони здоров’я України та законодавчих актів центральними органами законодавчої та виконавчої влади шляхом їх наукового обґрунтування. Для чого передбачено формування МОЗ України замовлення на виконання відповідних НДР.

Формування напрямків наукових досліджень проводиться МОЗ України ( керівники структурних підрозділів, головні позаштатні спеціалісти, керівники постійно діючих та тимчасових робочих груп) за консультацій з ВООЗ та іншими міжнародними організаціями (технічна в т.ч. консультативна підтримка), НАМН України (сумісні дослідження), відомчі системи охорони здоров’я (сумісна робота з реформування системи медичної допомоги населенню). Далі МОЗ України залучає до подальшої роботи проблемну комісію МОЗ та НАМН України за спеціальністю «соціальна медицина».

Крім уже проведеної роботи вказана проблемна комісія проводить організаційну роботу:

- за визначеними МОЗ України напрямками наукових досліджень формує теми НДР та їх мету і завдання, визначає оптимальних виконавців виходячи з ресурсних можливостей та досвіду їх наукової роботи з максимальним залученням до вказаної діяльності НДІ системи МОЗ України та НАМН України, кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я ВМНЗ III-IY рівнів акредитації;

- з можливого проведення сумісних досліджень з проблемними комісіями МОЗ та НАМН України з інших спеціальностей;

- з залучення до проведення наукових досліджень лікарські професійні асоціації і в першу чергу «Спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров’я України» та «Головних лікарів», НДО які опікуються питаннями організації медичної допомоги населенню та представниками об’єднань пацієнтів, які діють на центральному рівні та в пілотних регіонах з реформування системи охорони здоров’я;

- узгоджує необхідні наукові розробки між темами НДР, що замовляються МОЗ України та дисертаційними роботами, що плануються для виконання за спеціальності «соціальна медицина».

Крім того проблемна комісія опрацьовує питання можливого комплексування при виконанні НДР між кафедрами соціальної медицини та організації охорони здоров’я ВМНЗ III-IY рівнів акредитації та НДІ та оптимальні терміни виконання робіт.

Напрацювання проблемна комісія передає МОЗ України, а потенційні виконавці НДР готують необхідні документи-заявки на їх виконання і подають до конкурсної комісії МОЗ та НАМН України для проходження конкурсу і отримання бюджетного фінансування.

Головним джерелом в отриманні всебічної статистичної інформації щодо медико-демографічної ситуації в країні та показників діяльності системи охорони здоров’я виступає Центр медичної статистики МОЗ України. Визначені бази наукового дослідження затверджуються наказом МОЗ України, що дає можливість безперешкодно отримувати необхідну інформацію та проводити експертні оцінки та соціологічні дослідження.

В запропонованій моделі значне місце відводиться наступним науково-дослідним закладам:

1. Інститут стратегічних досліджень МОЗ України. Крім проведення наукових досліджень на виконання НДР проводить аналіз та експертний прогноз ефективності та ризиків прийняття законодавчих актів з реформування системи охорони здоров’я України і їх відповідність Європейським правовим нормам;
2. Укрпатентінформ. Проводить моніторинг наукових розробок в Україні, країнах СНД та за кордоном з організації охорони здоров’я та знайомить з ними як науковців країни так і організаторів охорони здоров’я.

Отримані поточні та заключні результати наукових досліджень широко представляються та обговорюються на наукових та професійних зібраннях; доповідаються особам, що приймають рішення; висвітлюються в друкованих та електронних засобах наукової комунікації через засоби масової комунікації представляються як всьому загалу населення так і цільовим групам впливу.

Результати наукових досліджень згідно затвердженого МОЗ України плану доповідаються керівництву галузі, а при необхідності – країни для прийняття управлінських рішень.

Управлінські рішення впроваджуються в систему охорони здоров’я України та проводиться за визначеними індикаторами моніторинг ефективності структурної перебудови і використання ресурсів, а також результативності діяльності оптимізованої системи. Результати моніторингу є основою для проведення подальших наукових досліджень. Такий процес є безперервним і від забезпечує постійне удосконалення організаційних процесів з надання медичної допомоги населенню.

Складовими запропонованої моделі є органи регіональної влади, які є відповідальними за реалізацію державної політики з охорони здоров’я в регіоні.

На відміну від існуючої ситуації використання даної моделі дозволить забезпечити процес реформування системи охорони здоров’я країни науково обґрунтованими управлінськими рішеннями при одночасному формуванні підтримки реформи серед населення в цілому та його окремих цільових груп впливу.

Центральним елементом запропонованої моделівиступає Міністерство охорони здоров’я України, як центральний орган виконавчої влади в сфері охорони здоров’я, яке визначає потребу в науковому обґрунтуванні як стратегії реформи охорони здоров’я в цілому так і окремих її напрямків і заходів та здійснює фінансування наукових розробок і використовує результати для прийняття конкретних управлінських рішень.

Особливістю даної моделіє те, що на всіх етапах планування науково-дослідних робіт, їх виконання, представлення результатів та використання результатів максимально використовується науковий потенціал системи за спеціальністю «соціальна медицина» та організаторів охорони здоров’я схильних до наукових досліджень в тому числі опонентів до реформи системи медичної допомоги населенню з комплексуванням як різних наукових закладів так і з іншими спеціальностями, що підвищує науково-методичний рівень та результативність їх виконання.

Умовами впровадження представленої моделі є:

* зміна системи планування НДР з ситуації коли науковий колектив сам вибирає напрямок та тему дослідження, які як правило не пов’язані з нагальними потребами галузі на цільове замовлення НДР у відповідності до першочергових потреб галузі охорони здоров’я;
* заінтересованість працівників МОЗ України в науково обґрунтованих підходах в розробці законодавчих актів;
* залучення до проведення комплексних наукових досліджень широкого кола професіоналів в тому числі із числа опонентів реформи;
* оптимальне ресурсне забезпечення наукових досліджень з мотивацією виконавців до отримання об’єктивних, репрезентативних результатів.

**7.3. Функціонально-організаційна модель наукового забезпечення реформи охорони здоров’я на регіональному рівні**

Враховуючи, що кожний регіон України має свої особливості, які пов’язані як із соціально-економічним станом регіону, географічними особливостями, типом розселення населення, розвитком інфраструктури регіону так і з медико-демографічною ситуацією та станом організації медичної допомоги населенню на всіх рівнях її надання заходи з реформування системи надання медичної допомоги населенню при загальній стратегії мають свої регіональні особливості. Реформування системи охорони здоров’я населенню з урахуванням регіональних особливостей має бути науково обґрунтованим, що забезпечить ефективність проведення реформи та відповідність оптимізованої системи потребам населення відповідного регіону.

Розроблена комплексна функціонально-організаційна модель наукового забезпечення реформи охорони здоров’я на регіональному рівні представлена на рис. 7.2.



Рис. 7.2. Функціонально-організаційна модель наукового забезпечення реформи ОЗ на регіональному рівні

Прийняті на центральному рівні управління законодавчі акти з проведення реформи охорони здоров’я отримуються для виконання на рівні регіону до:

* ОДА та комітету економічних реформ регіону;
* безпосередньо Департаменту охорони здоров’я ОДА.

На рівні регіону приймається програма реформування системи охорони здоров’я та проводиться моніторинг її виконання за визначеними для конкретного регіону індикаторами для чого створюється група з моніторингу та оцінки.

Департамент хорони здоров’я по обговоренню з професійними лікарськими асоціаціями та НДО, які опікуються питаннями організації медичної допомоги населенню та організаціями пацієнтів визначає теми наукових досліджень на рівні регіону з обґрунтування заходів програми реформування системи охорони здоров’я. Визначаються бази та учасники досліджень.

*Виконавцями* необхідних наукових досліджень є науково-педагогічні працівники відповідних кафедр ВМНЗ III-IY рівнів акредитації ( основний виконавець – кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров’я). В якості волонтерів для проведення соціологічних досліджень залучаються (після відповідної підготовки) викладачі та студенти старших курсів ВМНЗ I –II рівнів акредитації. Також до проведення наукових досліджень залучаються організатори охорони здоров’я, особливо із числа тих хто має науковий ступінь, а відповідно певний досвід наукової роботи.

*Базами наукового дослідження* являються заклади охорони здоров’я першого – третього рівнів надання медичної допомоги. Наказом по Департаменту охорони здоров’я визначаються конкретні заклади охорони здоров’я та обсяги дослідження які маються проводитися в них.

*Планування тем НДР* може здійснюватися наступним чином:

* в якості пошукових ініціативних тем з урахуванням науково-педагогічним працівникам участі в їх виконанні при рейтинговій оцінці в ВМНЗ; організаторам охорони здоров’я - під час атестації на отриманні (підтвердження) кваліфікаційної категорії, студентам – при державній атестації;
* в якості госпрозрахункових досліджень з оплатою за проведення наукових досліджень в межах чинного законодавства України;
* з оплатою замовником – Департаментом охорони здоров’я ОДА.

Виконання НДР з проведенням наукових досліджень відбувається згідно до затвердженого плану-графіку з доповіддю проміжних результатів замовнику. Як проміжні так і заключні результати дослідження підлягають широкому професійному обговоренню в колі як науковців так і організаторів охорони здоров’я та лікуючих лікарів. Формами обговорення можуть бути розширенні засідання Вчених Рад ВМНЗ, конференції, семінари, дні спеціаліста, круглі столи і т.д. Результати досліджень, висновки та обґрунтовані заходи з реформи системи медичної допомоги населенню через засоби масової інформації та з використанням інших засобів комунікацій регулярно доводяться до відома як загального населення регіону так і окремих цільових груп, що сприяю формуванню їх прихильності до реформи охорони здоров’я.

В кінцевому рахунку отримані результати використовуються для прийняття управлінських рішень з метою як формування регіональної програми реформування охорони здоров’я так і її корекції за результатами контролю виконання та отримання нових наукових та статистичних даних.

Обгрунтовано та розроблено функціонально-організаційну модель наукового забезпечення реформи охорони здоров’я на центральному рівні та функціонально-організаційну модель наукового забезпечення реформи охорони здоров’я на регіональному рівні.

Запропоновані моделі передбачають наукове забезпечення процесу прийняття управлінських рішень, на всіх рівнях управління, з реформування системи медичної допомоги населенню України. Основою цьому є удосконалення процесу планування НДР з максимальним залученням до їх виконання науковців та організаторів охорони здоров’я та проведення їх комплексування з широким професійним обговоренням отриманих результатів та їх правовою експертизою.

Особливістю даної моделі є те, що на всіх етапах планування науково-дослідних робіт, їх виконання, представлення результатів та використання результатів максимально використовується науковий потенціал системи за спеціальністю «соціальна медицина» та організаторів охорони здоров’я схильних до наукових досліджень в тому числі опонентів до реформи системи медичної допомоги населенню з комплексуванням як різних наукових закладів так і з іншими спеціальностями, що підвищує науково-методичний рівень та результативність їх виконання.

Науковий супровід проведення реформи повинен забезпечити ефективність її проведення.

**7.4. Впровадження запропонованої функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні**

Впровадження результатів дослідження проводилося на етапах його виконання.

Так, наказом МОЗ України від 22.10.2009 року № 765 «Про проведення наукових досліджень з соціальної медицини та організації охорони здоров’я» (Додаток Г-1) були затверджені: пріоритетні напрямки наукових досліджень з питань соціальної медицини та організації охорони здоров’я на 2009-2011 роки; виконавці комплексних наукових робіт; графік стажування відповідальних за наукову роботу на кафедрах соціальної медицини та організації охорони здоров’я ВМНЗ III-IY рівнів акредитації в ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», розподіл адміністративних територій для проведення наукових досліджень з соціальної медицини та організації охорони здоров’я.

В 2012 році було запровадження проведення щорічних розширених засідань Проблемної експертної комісії МОЗ та НАМН України за спеціальністю «соціальна медицина» за участю членів комісії, керівників МОЗ України, керівників регіональних управлінь охорони здоров’я, завідувачів кафедр організації охорони здоров’я та соціальної медицини ВМНЗ IY рівня акредитації, керівників наукових установ, які підпорядковані МОЗ та НАМН України і займаються питаннями організації охорони здоров’я. На даних засіданнях розглядаються питання наукового забезпечення реформування системи охорони здоров’я в тому числі консолідації зусиль наукових установ та кафедр організації охорони здоров’я та соціальної медицини з проведення наукових досліджень, обговорення результатів виконання НДР та впровадження їх в практику охорони здоров’я.

В 2012-2013 роках на базі ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» було організовано проведення семінарів-тренінгів для викладачів кафедр організації охорони здоров’я та соціальної медицини ВМНЗ IY рівня акредитації з питань організації та проведення наукових досліджень із застосуванням сучасних методів дослідження та статистичної обробки результатів.

З метою інформування організаторів охорони здоров’я про сучасні наукові здобутки в журналі «Журнал заступника головного лікаря» запроваджено рубрику “Наукові комунікації в охороні здоров’я».

**7.5. Експертна оцінка функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні**

Була проведена експертна оцінка функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні. В якості експертів виступали 10 управлінців охороною здоров’я центрального та регіонального рівня, 7 завідувачів кафедр організації охорони здоров’я та соціальної медицини ВМНЗ IY рівня акредитації, 8 керівників (заступників) наукових установ МОЗ та НАМН України. Всього 25 осіб. Модель доповідалась експертом з відповідями на поставлені ними питання. Далі експерти заповнили запропоновану анкету. Оцінка проводилася за 10 бальною системою. Вони відображені в табл. 7.1.

Результати статистично опрацьовані. Результати експертної оцінки незалежними експертами запропонованих інновацій засвідчили їх важливість при створенні функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні - (9,6 балів) в тому числі:

найвища оцінка:

*Таблиця 7.1*

**Оцінка експертами складових функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні (бали)**

|  |  |
| --- | --- |
| Запропоновані інновації | Бали |
| Функціонально-організаційна модель наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні в цілому | 9,6 |
| Функціонально - організаційна модель наукового забезпечення реформи охорони здоров’я на регіональному рівні в цілому | 9,8 |
| Комплексний підхід до планування та виконання НДР | 9,9 |
| Комісійне рішення напрямків наукових досліджень | 9,9 |
| Залучення лікарських асоціацій до планування та виконання НДР | 9,7 |
| Узгодження тем дисертаційних робіт з темами НДР | 9,4 |
| Запровадження системи наукових комунікацій в охороні здоров»я | 9,3 |
| Оптимальне ресурсне забезпечення НДУ | 9,9 |
| Широке громадське обговорення результатів виконання НДР | 9,2 |
| Прийняття тільки науковообгрунтованих управлінських рішень з реформи ОЗ | 9,7 |

* комплексний підхід до планування та виконання НДР – 9,9 балів;
* комісійне рішення напрямків наукових досліджень – 9,9 балів;
* оптимальне ресурсне забезпечення НДУ – 9,9 балів.
* *низька оцінка:*
* широке громадське обговорення результатів виконання НДР – 9,2 бали;
* запровадження системи наукових комунікацій в охороні здоров’я – 9,3 бали;
* узгодження тем дисертаційних робіт з темами НДР – 9,4 бали.

Запропонована модель в цілому оцінена експертами в 9,6 балів із 10 можливих.

Розраховано коефіцієнт варіації узгодженості думок експертів. Він становить 9,4%, що вказує на високу ступінь узгодженості думок експертів в позитивній оцінці функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні.

**Висновки за розділом**

Обгрунтована та розроблена функціонально-організаційна модель наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні.

Стратегічним напрямком моделі є наукове забезпечення процесу прийняття управлінських рішень, на всіх рівнях управління, з реформування системи медичної допомоги населенню України.

Тактичним напрямком моделі є удосконалення процесу планування НДР з максимальним залученням до їх виконання науковців та організаторів охорони здоров’я та проведення їх комплексування з широким професійним обговоренням отриманих результатів та їх правовою експертизою.

Особливістю даної моделіє те, що на всіх етапах планування науково-дослідних робіт, їх виконання, представлення результатів та використання результатів максимально використовується науковий потенціал системи за спеціальністю «соціальна медицина» та організаторів охорони здоров’я схильних до наукових досліджень в тому числі опонентів до реформи системи медичної допомоги населенню з комплексуванням як різних наукових закладів так і з іншими спеціальностями, що підвищує науково-методичний рівень та результативність їх виконання.

Умовами впровадження представленої моделі є:

* зміна системи планування НДР з ситуації коли науковий колектив сам вибирає напрямок та тему дослідження, які як правило не пов’язані з нагальними потребами галузі на цільове замовлення НДР у відповідності до першочергових потреб галузі охорони здоров’я;
* заінтересованість працівників МОЗ України в науково обґрунтованих підходах в розробці законодавчих актів;
* залучення до проведення комплексних наукових досліджень широкого кола професіоналів в тому числі із числа опонентів реформи;
* оптимальне ресурсне забезпечення наукових досліджень з мотивацією виконавців до отримання об’єктивних, репрезентативних результатів.

2.Обґрунтована та розроблена функціонально - організаційна модель наукового забезпечення реформи охорони здоров’я на регіональному рівні.

Замовником науково-дослідних робіт виступає регіональне управління охороною здоров’я.

Виконавцями необхідних наукових досліджень є науково-педагогічні працівники відповідних кафедр ВМНЗ III-IY рівнів акредитації ( основний виконавець – кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров’я). В якості волонтерів для проведення соціологічних досліджень залучаються

(після відповідної підготовки) викладачі та студенти старших курсів ВМНЗ I –II рівнів акредитації. Також до проведення наукових досліджень залучаються організатори охорони здоров’я, особливо із числа тих хто має науковий ступінь, а відповідно певний досвід наукової роботи.

Базами наукового дослідження являються заклади охорони здоров’я першого – третього рівнів надання медичної допомоги. Наказом по Департаменту охорони здоров’я визначаються конкретні заклади охорони здоров’я та обсяги дослідження які маються проводитися в них.

3.Запропоновані інновації частково впроваджені в охороні здоров’я України.

1. Модель позитивно оцінена незалежними експертами на 9,6 балів із 10 можливих при високому ступені узгодженості думок експертів - 9,4%.

**Особисті роботи за темою розділу [ 224, 226, 237, 243, 244, 245].**

**ВИСНОВКИ**

В роботі вирішено актуальне наукове завдання обґрунтування функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні.

1. Систематизація та узагальнення існуючих підходів у провідних країнах світу щодо до створення сучасних систем охорони здоров’я, досвіду інших країн з проведення реформи охорони здоров’я та функціонування відповідних систем в країнах Європи і відсутність науково обґрунтованого комплексного підходу до проведення реформи охорони здоров’я та її заходів в країні, на необхідність чого вказує ВООЗ, визначили необхідність розробки функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні.
2. Показано, що стратегія та основні напрями і терміни проведення реформи охорони здоров’я в пілотних регіонах визначені Законами України і полягають в запроваджені сучасної системи фінансування закладів охорони здоров’я та структурній перебудові системи надання медичної допомоги населенню з пріоритетним розвитком первинної медичної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини, реформуванням системи вторинної медичної допомоги з формуванням госпітальних округів та створення сучасної системи екстреної медичної допомоги. На виконання Законів України розроблена низка підзаконних актів, якими фрагментарно вирішується певні напрями реформи. Із загальної кількості наказів МОЗ України в 7,4% було відмінено або внесено зміни. Основною причиною наявності слабких сторін, відміни або зміни нормативно-правових актів є недостатня глибина їх наукового обґрунтування та відсутність прорахунку наслідків і ризиків в результаті їх прийняття.
3. Встановлено, що в пілотних регіонах за час проведення експерименту було здійснено концентрацію бюджетних коштів для надання первинної медичної допомоги на районних рівнях, проведено юридичне розмежування первинної та вторинної медичної допомоги. В Дніпропетровській області здійснено об’єднання ресурсів для надання вторинної, третинної та екстреної медичної допомоги на обласному рівні. Застосовано елементи програмно-цільового методу у бюджетному процесі на рівні місцевих бюджетів за відповідними видами медичної допомоги, що дало змогу підвищити рівень фінансування первинної (1,9 разу) та екстреної (до 46,3%) медичної допомоги. На первинному рівні надання медичної допомоги впроваджено економічні мотиваційні механізми до ефективної і в першу чергу профілактичної роботи лікарями загальної практики-сімейними лікарями. Проведена робота із запровадження фінансування закладів охорони здоров’я за скороченою економічною класифікацією та впровадження механізму фінансового забезпечення закладів охорони здоров’я за видами медичної допомоги
4. Показано, що в регіонах створено Центри первинної допомоги та проводилася робота з введення та укомплектування штатних посад лікарів загальної практики-сімейних лікарів (до77,6%), та медичним обладнанням (від 28,0% до 69,5%) та автотранспортом (від 35,0 % до100%) при достовірних відмінностях за регіонами. Пілотне відпрацювання реформування вторинної медичної допомоги відповідно до визначених законодавчо підходів не проведено. Досвід, недоліки та ризики пілотного відпрацювання реформи не вивчені та не проаналізовані, результати не підведені та на законодавчому рівні не визначені, що не дало змогу забезпечити наступність в подальших кроках реформування галузі в країні. Основними причинами такої ситуації є недостатній рівень обґрунтованості законодавчо визначених напрямків реформи охорони здоров’я як в заходах так і в термінах їх проведення, недостатній рівень готовності населення, представників влади і системи охорони здоров’я до проведення реформи при відсутності комплексної стратегії інформаційної політики та низькому рівні залучення науковців до розробки підзаконних актів.
5. Показано недостатній рівень наукового кадрового потенціалу за спеціальністю «соціальна медицина» вищих медичних навчальних закладів та українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України. Із загальної чисельності затверджених МОЗ України тем науково-дослідних робіт частка тем з питань наукового забезпечення реформи системи охорони здоров’я щорічно складає не більше 5%, що говорить про незацікавленість МОЗ України в науковому забезпечені реформування системи охорони здоров’я України. Аналіз результатів виконання науково-дослідних робіт на замовлення МОЗ України вказує на їх фрагментарність, в більшості випадків несвоєчасність, що унеможливлює наукове забезпечення комплексних заходів реформування системи охорони здоров’я.
6. Встановлено низький рівень забезпеченості системи охорони здоров’я України засобами наукової комунікації з реформування системи охорони здоров’я з часткою 25,2% галузевих нововведень, 18,8% інформаційних листів про галузеві нововведення, 20,8% методичних рекомендацій (від їх загальної кількості з організації та управління охороною здоров’я), щорічно проводяться поодинокі наукові форуми з соціальної медицини та організації охорони здоров’я за проблемами реформування сфери охорони здоров’я. За допомогою соціологічного дослідження виявлено недостатній рівень доступу організаторів охорони здоров’я регіонального рівня (80,7±2,0%-10,4±1,5%) та низький рівень керівників закладів первинного (13,6±1,7% - 3,3±0,9%) та вторинного (72,5±2,2% - 1,1±0,5%) рівнів надання медичної допомоги і викладачів кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я ВМНЗ III-IY рівнів акредитації (81,5±1,9%-37,5±2,4%,) і наукових працівників науково-дослідних установ (62,5±2,4%- 16,7±1,9%,) до наукових здобутків щодо реформування охорони здоров’я України .
7. Запропоновано модель методичних підходів до наукових комунікацій з реформування охорони здоров’я по забезпеченню управлінців всіх рівнів та організаторів охорони здоров’я науковими розробками з реформування охорони здоров’я. Структурну основу моделі наукових комунікацій складають наявні ресурси діючої системи охорони здоров’я. Її впровадження не вимагає значних додаткових фінансових ресурсів. Стратегічним напрямком моделінаукової комунікації з реформування системи охорони здоров’я є забезпечення на всіх рівнях управління осіб, що приймають рішення з питань охорони здоров’я та управлінців, організаторів охорони здоров’я, медичних працівників і працівників засобів масової інформації комплексною, об’єктивною інформацією про вітчизняні та іноземні наукові розробки з питань розвитку охорони здоров’я. Тактичним напрямком моделі є регулярне інформування всіх цільових груп задіяних в реформуванні сфери охорони здоров’я про результати наукових розробок (досліджень) з питань найкращих практик організації медичної допомоги населенню.
8. Обґрунтована та розроблена функціонально-організаційна модель наукового забезпечення реформи охорони здоров’я на галузевому та регіональному рівнях. Стратегічним напрямком моделі є наукове забезпечення процесу прийняття управлінських рішень, на всіх рівнях управління, з реформування системи медичної допомоги населенню України. Тактичним напрямком моделі є удосконалення процесу планування науково-дослідних робіт з максимальним залученням до їх виконання науковців та організаторів охорони здоров’я та проведення їх комплексування з широким професійним обговоренням отриманих результатів та їх правовою експертизою. Особливістю даної моделіє те, що на всіх етапах планування науково-дослідних робіт, виконання, представлення результатів та їх використання максимально використовується науковий потенціал системи за спеціальністю «соціальна медицина» та організаторів охорони здоров’я схильних до наукових досліджень в тому числі опонентів до реформи системи медичної допомоги населенню з комплексуванням як в рамках установ соціальної медицини так і з іншими спеціальностями, що підвищує науково-методичний рівень та результативність їх виконання. Розроблені умови впровадження запропонованої моделі.
9. Впровадження окремих елементів обґрунтованої та розробленої моделі, яка відповідає рекомендаціям ВООЗ, в практичну діяльність при позитивній оцінці експертами (9,6 балів) та високому ступеню узгодженості думок експертів дозволяють рекомендувати її для використання в системі охорони здоров’я України.

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

Отримані в ході дисертаційного дослідження результати дозволяють рекомендувати:

Міністерству охорони здоров’я України:

Запровадити обґрунтовану та розроблену функціонально-організаційну модель наукового забезпечення реформи охорони здоров'я на центральному рівні.

* Розробити перелік тем НДР та розробити до них технічні завдання за тематикою наукового забезпечення реформування системи охорони здоров’я в країні та запропонувати їх на конкурсній основі кафедрам соціальної медицини вищих навчальних закладів України та науковим установам.
* Створити робочу групу для проведення аналізу результатів наукових розробок, які отримані в результаті виконання науково-дослідних робіт та виконання дисертаційних робіт для вивчення можливого їх впровадження в систему охорони здоров’я країни.
* Розробити та представити кафедрам соціальної медицини вищих навчальних закладів України та науковим установам можливий перелік тем дисертаційних робіт для проведення необхідних для галузі наукових досліджень.

Департаментам охорони здоров’я обласних та м. Києва державних адміністрацій:

* Дати замовлення кафедрам соціальної медицини вищих навчальних закладів для проведення науково-дослідних робіт з метою обгрунування заходів (окремих напрямків) реформування системи охорони здоров’я в регіоні.

Вищим навчальним закладам України підпорядкування МОН та МОЗ України в яких функціонують кафедри соціальної медицини:

* При підготовці запитів на планування наукової тематики яка буде виконуватися за державний кошт надавати пріоритетне значення темам НДР виконання яких забезпечить наукове обґрунтування заходів реформування системи охорони здоров’я в регіоні.

Кафедрам соціальної медицини вищих навчальних закладів України:

* Забезпечити інформування організаторів охорони здоров’я регіонів про результати вітчизняних та закордонних наукових досліджень в області організації та управління охороною здоров’я.

**Список використаної літератури**

1. Реформування галузі охорони здоров’я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення. – Київ, 2014. – 207 с.

2. Слабкий Г.О. Стратегічні напрямки та підходи до розвитку лікарень в XXI столітті/Г.О.Слабкий // Всеукраїнська науково-практична конференція. Лікарня в XXI столітті: управління та організація медичної допомоги. 5-6 червня 2008 року. м. Київ. – С.3–5.

3. Закон України від 07.07. 2011 № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській Донецькій областях та місті Києві».

4. Слабкий Г. О. Пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини / Г. О. Слабкий, І. С. Зозуля, А. І. Зозуля // Сімейна медицина. 2014. – № 3 (53). – С. 25–27.

5. Шевченко М. В. Пілотний проект реформування системи охорони здоров’я (застосування елементів програмно-цільового методу, перехід до стратегічних закупівель) / М. В. Шевченко, Г. О. Слабкий // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров’я України. – 2014. – № 4. – С. 17–21.

6. Щорічна доповідь про стан здоров’я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров’я України. 2013 рік. – Київ, 2014. – 438 с.

7. Лехан В.М. Модернізація первинної медичної допомоги населенню України в руслі світових тенденцій / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, В.Г.Гінзбург, Л.В.Крячкова, М.В.Шевченко //. Україна. Здоров'я нації. - 2012. - № 2 (22). - С. 63-69.

8. [Лехан В. М.](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?Z21ID=&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&S21STN=1&S21REF=10&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=A=&S21COLORTERMS=1&S21STR=%D0%9B%D0%B5%D1%85%D0%B0%D0%BD%20%D0%92$) Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони здоров’я в Україні / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Е. В. Борвінко // [Медицина сьогодні і завтра](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?Z21ID=&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&S21STN=1&S21REF=10&S21FMT=JUU_all&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=IJ=&S21COLORTERMS=1&S21STR=%D0%9616676). - 2013. - № 4. - С. 99-105.

9. Пархоменко Г. Я. Лікарня інтенсивної допомоги – лікарня європейського зразка / Г. Я. Пархоменко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров’я України. – 2011. – № 2. – С. 39–41.

10. Слабкий Г.О. Модель лікарні майбутнього. [монографія]/Г.О. Слабкий, Г.Я. Пархоменко. - Київ, 2011. – 50 с.

11. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagеn, 2013 [Electronic resource]. – Access mode : http://www.euro.who.int/ru/homo. – Title from screen.

12. Портер М. Переосмысление системы здравоохранения. Как создать конкуренцию, основанную на ценности и ориентированную на результат / Майкл Портер, Тайсберг Элизабет Ольмстед. – К. : Издательство Алексея Капусты (подразделение Агенства «Стандарт»»), 2007. – 620 с.

13. Трагедія, якої можна уникнути. Подолання в Україні кризи здоров’я людини. Досвід Європи. /світовий банк. – К.: ВЕРСО-04-2009- 72.

14. Has payment byresults affected the way that English hospitals provide care? Difference-in-differences analysis / Farrar S, Yi D, Matt Sutton M, Chalkley M, Sussex Jб Scott A // British Мedical Journal. – 2009. − №339. – Р. 3047.

15. Edwards N, McKee M. The future role of the hospital / J Health Serv Res Pol . – 2002.– №7. – Р. 1–2;

16. Реформа больниц в новой Европе под ред. Martin McKee и Judith Healy Open University Press, 2002, World Health Organization, 2002. – 295 р.

17. Health promoting hospitals: meeting the needs of the people //Journal of Health Gain. – 2001. – №5 (2). – Р.3–7.

18. Охорона здоров’я України: стан, проблеми, перспективи : спеціалізоване видання / В. В. Лазоришинець, Н. О. Лісневська, Л. Я. Ковальчук [та ін.]. – Київ, 2014. – 608 с.

19. Результати діяльності галузі охорони здоров'я України: 2013р. Матеріали до підсумкової колегії Міністерства охорони здоров'я. Київ, 2014. - 172 с.

20. Реформування галузі охорони здоров’я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення. – Київ, 2014. – 207 с.

21. Національна стратегія реформування системи охорони здоров’я в Україні на період 2015-2020 років [Електронний ресурс] / Стратегічна дорадча групаз питань реформування системи охорони здоров'я в Україні,. 2015. – 41 с.- Режим доступу: http://healthsag.org.ua/strategiya/

22.The world health report 2008 − primary health care, now more than ever. Geneva, World Health Organization, 2008.

23. United Nations General Assembly Resolution A/RES/67/81. Global health and foreign policy. Sixty-seventh session. Agenda item 123, 2012.

24. Evans DB, Marten R, Etienne C. Universal health coverage is a development issue. Lancet, 2012, 380:864-865. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61483-4 PMID:22959373

25. World social security report 2010/11. Providing coverage in times of crisis and beyond. Geneva, International Labour Office, 2010.

26. Chan M. Address at the Conference of Ministers of Finance and Health. Achieving value for money and accountability for health outcomes, Tunis, 4 July 2012. (http://www.who.int/dg/speeches/2012/tunis\_20120704, accessed 7 March 2013).

27. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco. Geneva, World Health Organization, 2011.

28. Куценко В. Здоров’я нації як стратегічний ресурс держави / В. Куценко // Вісник НАН України. – 2009. – №6. – С. 44-51

29. Князевич В. М. Розвиток національної системи охорони здоров’я: стан, перспективи та шляхи розбудови / В. М. Князевич // Програмні доповіді ІV з’їзду спеціалістів з соц. медицини та орг. охорони здоров’я, Житомир, 23–25 жовт. 2008 р. – Київ-Житомир, 2008. – С. 4–35.

30. Конституція України. Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року, №254/96-ВР.

31. Охорона здоров’я: агонія чи реформи?// http://novosti.mif-ua.com/archive/issue-242/article-317

32. Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні: акредитація медичних закладів / Василь Ананьєв, О. М. Новічкова, Грета Росс [та ін.]; представництво Європейської комісії в Україні. – К., 2009. – 64 с. – (Посібник підготовлений в рамках проекту ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні»).

33. Юридичні рекомендації з підтримки системи стандартизації надання медичної допомоги населенню//Штайнхаус Л., Гривцова Р., Рудий В., Слабкий Г. та інші. К., 2006. - 68 с.

34. Посібник для розробників клінічних рекомендацій/медичних стандартів/ В.М. Пономаренко, Г.О. Слабкий, О.О. Дудіна, А.В.Степаненко та інші. К., 2006. - 166 с

35. Глуховський В.В. Україна крізь призму Європейської хартії прав пацієнтів: результати виконання в Україні другого етапу європейських досліджень на відповідність стандартам ЄС з прав пацієнтів/ В.В.Глуховський, Г.О.Слабкий, О.В. Ангелов, Л.П. Білоконь - К.: Вид ТОВ “Дизайн і поліграфія”, 2012. – 158 с.

36. Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні // Рекомендації щодо реорганізації системи охорони здоров’я в Україні: базова проблематика і варіанти рішень : матеріали підс. конф. Проекту ЄС. – К., 2009. – 96 с.

37. Новая европейская политика здравоохранения Здоровье- 2020. ЕРБ ВОЗ Копенгаген. 2012. – 125 с.

38. Реформа больниц в новой Европе /Фигерас Ж., Макки М., Моссиалос Э., Солтман Р.Б./ Пер. с англ. - М: : Издательство “Весь мир”, 2002. - 320 с.

39. Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние: Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения: Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г.: отчет.Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (http://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0003/78951/E92150R.pdf).

40.Резолюция EUR/RC58/R4 Европейского регионального комитета ВОЗ “Стратегическое управление/руководство системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ”. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 (http://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0019/70246/RC58\_rres04.pdf).

41.Стратегии и услуги в сфере здравоохранения: анализ ситуации в Европейском регионе (на англ. яз). Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 (http://www.euro.who.int/ru/what-we-do/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications2/2010/youth-friendly-health-policies-and-services-in-the-european-region2).

42. Saltman R.B. Primary care in the driver’s seat? Organizational reform in European primary care / R.B. Saltman, A. Rico, W.G.W. Boerma. – European Observatory on Health Systems and Policies Series : Open University Press, 2006. – 286 р.

43. Building primary care in a changing Europe. Case studies / D.S. Kringos, W.G.W. Boerma, A. Hutchinson, R.B. Saltman. - European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, 2015. – 315p.;

44. Schoen C. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries / C. Schoen, R. Osborn, P.T. Huynh [et al.] // Health Affairs. - 2005. - W5. – Р. 509 - 525.

45.Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь — сегодня актуальнее, чем когда-либо. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 (<http://www.who.int/whr/2008/whr08_ru.pdf>).

46. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью*.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 (http://www.who.int/whr/2010/whr10\_ru.pdf).

47.Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения.Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (документ EUR/RC62/12).

48. Kickbusch I, Buckett K eds. Implementing health in all policies. Adelaide 2010. Adelaide, Department of Health, Government of South Australia, 2010 (http://www.who.int/sdhconference/resources/implementinghiapadel-sahealth-100622.pdf).

49.Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/gender/mainstreaming/tools/en/index1.html).

50. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf,

51. Основы Европейской политики поддержки государства и общества в интересах здоровья и благо­получия. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe. 2012: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>

52. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. Copenhagеn, WHO Regional Office for Europe, 2012 (документ EUR/RC62/12). – 52 c.

53. Князевич В. М. Розвиток національної системи охорони здоров’я: стан, перспективи та шляхи розбудови / В. М. Князевич // Охорона здоров’я України. – 2008. – № 3 (31). – С. 5–19.

54. Охорона здоров’я України: проблеми та напрямки розвитку / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко [та ін.] // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров’я України. – 2011. – № 4. – С. 5–18.

55. Аналіз розвитку первинної медико-санітарної допомоги та стаціонарозамінних форм медичної допомоги населенню / Н. Ю. Кондратюк, О. А. Семенюк, В. Г. Слабкий [та ін.] // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров’я України. 2011 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2012. – С. 97–108.

56. Матюха Л.Ф. Аналіз діяльності мережі закладів первинної медико-санітарної допомоги у сільській місцевості. / Л.Ф. Матюха, Н.Г. Гойда, М.П. Жданова // Україна. Здоров’я нації. - 2009. - № 1-2 (9-10). - С. 153-159.

57. Лисак В. П. Витрати на надання стаціонарної допомоги в різних типах закладів охорони здоров’я Полтавської області / В. П. Лисак // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров’я України. – 2011. – № 1. – С. 50–56.

58. Щорічна доповідь про стан здоров’я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров’я України. 2012 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2013. – 415 с.

59. Щорічна доповідь. Приватна медицина в Україні. 2010 рік [монографія] / Г. О. Слабкий, Ю. Б. Ященко, Л. А. Чепелевська [та ін.]. – К., 2011. – 105 с.

60. Гінзбург В.Г. Результати регіоналізації перинатальної допомоги в Дніпропетровській області / В.Г. Гінзбург // Україна. Здоров’я нації. - 2012. - №2-3 (22-23). - С. 27-31.

61. Дудіна О. О. Сучасні перинатальні технології – важлива складова поліпшення здоров’я дітей / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко, Р. О. Моісеєнко // Современная педиатрия. – 2015. – № 4. – С. 24–29.

62. Дудіна О. О. Нормативно–правове забезпечення регіоналізації перинатальної допомоги в Україні / О. О. Дудіна, У. В. Волошина // Економіка і право охорони здоров’я. –2015. – № 1 (1). – С. 64–69.

63. Дудіна О. О. Перші результати впровадження заходів національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства» / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров’я України. – 2014. – № 1. – С. 5–12.

1. Дудіна О. О. Регіоналізації перинатальної допомоги як важливий чинник збереження здоров’я населення України / О. О. Дудіна, А. В. Терщенко // Актуальні питання форм. здорового способу життя та використання оздоровчих технологій : матеріали міжн. наук.-практ. конф., м. Херсон, 25–27 червня 2014 р. : тези доп. – Херсон : ПП «РА Ельф», 2014. – С. 27–30.

65. Здоров’я населення та діяльність системи охорони здоров’я України: реалії, проблеми та шляхи вирішення : [аналіт. матеріали] /   
В. В. Лазоришинець, В. Г. Бідний, М. В. Банчук; за ред. З. М. Митника. – К. : МОЗ, УІСД, 2010. – 107 с.

66. Оцінка структури та надання первинної медичної допомоги в Україні [монографія] / Винки Г. В. Буерма, Дионн С. Крингос, Г. О. Слабкий. – К., 2010. – 124 с.

67. Скляр С. І. Реформування системи охорони здоров’я: світовий досвід та Україна (огляд літератури) / С. І. Скляр, Н. Ю. Кондратюк // Україна. Здоров’я нації. – 2008. – № 2 (6). – С. 82–87.

68. Lekhan V. The Ukrainian health financing system and options for reform/ V. Lekhan, V.Rudiy, S. Shishkin - Copenhagen, WHO, 2007.- 33p. Електронний документ: E90754.pdf

69. Шевченко М. В. Деякі аспекти реформи системи охорони здоров’я / М. В. Шевченко, О. Г. Шекера // Медичні перспективи. – 2013. – Т. ХVIII, № 2, ч. 1. – С. 8–15.

70. Рекомендації по вдосконаленню потоків статистичної інформації та економічних показників діяльності// Проект Європейського союзу «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». - Київ, 2009. – 30 с.

71. План стратегічного розвитку вторинної медичної допомоги в Полтавській області// Проект Європейського союзу «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». - Київ, 2009. – 80 с.

72.Модель фінансового відшкодування (на прикладі DRG), адаптована до застосування в пілотних областях. Індикатори результативності роботи// Проект Європейського союзу «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». - Київ, 2009. – 27 с.

73. Рекомендації щодо реорганізації системи охорони здоров’я в Україні: базова проблематика і варіанти рішень// Проект Європейського союзу «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». - Київ, 2009. – 36 с.

74. Роль управління кадровими ресурсами у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров’я України// Проект Європейського союзу «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». - Київ, 2009. – 72 с.

75. Посібник з управління лікарнею для керівників лікарень// Проект Європейського союзу «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». - Київ, 2009. – 48 с.

76.Програма післядипломної підготовки керівників медичних закладів за спеціальністю «Управління охороною здоров’я»// Проект Європейського союзу «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». - Київ, 2009. – 44 с.

77. Роль зв’язків з громадськістю в забезпеченні інформаційного супроводу реформи системи охорони здоров’я в Україні// Проект Європейського союзу «Фінансування та управління у сфері охорони здоров’я в Україні». - Київ, 2006. – 40 с.

78. Ангелов О.В. Громадські ради в системі охорони здоров'я: створеня і робота. Методичний посібник/ О.В. Ангелов, В.В. Глуховський, О.Д. Корвецький, Г.О. Слабкий - М.: ТОВ «Дизайн і поліграфія», 2008. - 124 с.

78.Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні: стандартизація медичної допомоги / Майкл Б’юс, М. В. Гуляєва, О. О. Дзізінська [та ін.]; представництво Європейської комісії в Україні. – К., 2009. – 40 с. – (Посібник підготовлений в рамках проекту ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні»).

79. Реформування вторинної медичної допомоги в Україні: базова проблематика та варіанти вирішення Зведений звіт Проекту «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні», 2007-2009. [Електронний ресурс] : [Веб-сайт]. – Режим доступу: <http://www.eu-shc.com.ua/UserFiles/File/SR_V04_ua.pdf>. – Назва з екрану.

80. Постанови КМУ від 17.02.2010р. № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я»

81. McKee M., Healy J. Hospitals in a changing Europe: options for Europe. – European Observatory on Health Care. Buckingem: Open University Press. – 2002.

82.Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я *в* Україні / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К.: Вид во Раєвського, 2005.– 168 с.83. Указ Президента України від 7.12.2000 р. №1313/2000 «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України».

84. Постанова КМУ України від 10.01. 2002 р. № 14 «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки».

85. Указ Президента України від 6.12.2005 року № 1694/2005 "Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення".

86. Постанова КМУ України від 13.06.2007р. № 815 «Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010р.

87. Постанова КМУ України від 16.01.2008 № 14 «Програма діяльності уряду України "Український прорив: для людей, а не політиків»

88. Постанова Кабінету Міністрів України від 17.02.2010р. № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я».

89. Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню у 2010 році : підсумки діяльності системи охорони здоров’я та реалізація Програми економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» / за ред. першого заступника Міністра охорони здоров’я О. В. Аніщенка. – К. : МОЗ України, 2011. – 104 с.

90. Програма економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» / Комітет з економічних реформ при Президентові України, 2010. – 87 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.president.gov.ua/content/ker-program.html>. – Назва с екрану.

91. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров’я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Украина. Здоров’я нації. – 2010. – № 1 (13). – С. 5–23.

92. Шевченко М. Основні напрямки реформування системи охорони здоров’я / М. Шевченко // Баланс-бюджет (Спецвипуск. Реформуванню медичної галузі – фінансове підґрунтя) . – 2011. – № 25 ( 332). – С. 29–31.

93. Слабкий Г. Нові підходи до організації первинної медико-санітарної допомоги/ Г. Слабкий, К. Надутий, Л. Матюха // Практика управляння медичним закладом. – 2011. – № 7. – С. 16–22.

94. Шевченко М. Основні напрямки реформування системи охорони здоров’я / М. Шевченко // Баланс-бюджет (Спецвипуск. Реформуванню медичної галузі – фінансове підґрунтя) . – 2011. – № 25 ( 332). – С. 29–31.

95. Шевченко М. В. Подальші напрямки реформування системи фінансування сфери охорони здоров’я в Україні / М. В. Шевченко // Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій : матеріали міжн. наук.-практ. конф., м. Херсон, 25–27 червня 2014 р. – Херсон : ССП «Ельф», 2014. – С. 110–112.

96. Слабкий Г.О. Концептуальні підходи до створення та розвитку єдиного медичного простору / Г.О. Слабкий, В.І.Стриженко, О.Ю. Булах, М.В.Кудренко // “Україна. Здоров’я нації” . 2015 - № 3 (спецвипуск). С. 108-111.

97. Проблеми доступності медикаментів для жителів сільської місцевості / В. М. Бодак, Г. О. Слабкий, О. І. Ремінник, В. С. Швецов // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров’я України. – 2009. – № 3. – С. 49–53.

98. Слабкий Г. О. Основи державної політики в галузі охорони здоров’я на 2012 рік / Г. О. Слабкий, Ю. Б. Ященко, М. В. Шевченко // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров’я України. 2011 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2012. – С. 10–13.

99. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві: Закон України від 07.07.2011 № 3612-VI[Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.

100. Наказ від 19.08.2011 № 524 «Про затвердження Плану заходів Міністерства охорони здоров'я України щодо організації підготовки проектів актів, необхідних для забезпечення реалізації Закону України від 7 липня 2011 року N 3612-VI "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»

101. Нова модель надання первинної медико-санітарної допомоги – досвід пілотних регіонів / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Л. В. Крячкова, М. В. Шевченко // Widomosci Lekarskie (Medline, EBSCO, MniSW, Index Copernicus .PBL). – 2014. – Том LХVII, № 2. – С. 210–214.

102. Матюха Л. Ф. Стан модернізації первинної медичної допомоги в Україні / Л. Ф. Матюха, К. О. Надутий, Н. Ю. Кондратюк // Україна. Здоров’я нації. – 2013. – № 2 (26). – С. 76–83.

103. Лехан В. М. Інноваційні підходи до забезпечення доступності первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню / В. М. Лехан, К. О. Надутий, Г. О. Слабкий // Україна. Здоров’я нації. – 2011. – № 3 (19). – С. 86–91.

104. Лехан В.М.Модернізація первинної медичної допомоги населенню України в руслі світових тенденцій / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, В.Г.Гінзбург, Л.В.Крячкова, М.В.Шевченко //. Україна. Здоров'я нації. - 2012. - № 2 (22). - С. 63-69.

105. Первинна медико-санітарна допомога/сімейна медицина : [монографія] / З. М. Митник, Г. О. Слабкий, Н. П. Кризина; за ред. В. М. Князевича; МОЗ України. – К., 2010. – 404 с.

106. Про затвердження Примірного статуту Центру первинної медико-санітарної допомоги від 29.06.2011 № 384

107. Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів первинної медичної допомоги у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві від 01.09.2011 № 555

108. Про Порядок вибору лікаря, що надає первинну медичну допомогу від 28.07.2011 № 443

109. Про затвердження комплексу показників для проведення оцінки стану реформування системи охорони здоров’я у пілотних регіонах від 15.08.2011 № 507

110. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної медичної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовується у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування» (зареєстровано в Мін’юсті від 28.04.2012 № 661/20974).

111. Наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 129 «Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної ) допомоги».

112. Наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 130 «Про затвердження Примірного переліку лабораторних досліджень, що виконуються при наданні первинної медичної допомоги населенню».

113. Наказ МОЗ України від 26.04.2012 № 313 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо встановлення надбавок за обсяг та якість виконаної роботи працівникам закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я».

114. Наказ МОЗ України від 11.09.2012 № 713 «Про затвердження методичних рекомендацій МОЗ України щодо регіональних планів модернізації мережі закладів охорони здоров’я, що надають первинну медичну допомогу».

115. Механізм розмежування медичної допомоги між первинним, вторинним та третинним рівнями медичної допомоги / Г. О. Слабкий, Ю. Б, Ященко, М. В. Шевченко [та. ін.] // Реєстр галузевих нововведень. – 2012. – Вип. 37. – Реєстр. № 375/37/12. – С. 29.

116. Механізм розмежування медичної допомоги між первинним, вторинним та третинним рівнями медичної допомоги / Г. О. Слабкий, Ю. Б, Ященко, М. В. Шевченко [та. ін.] // Реєстр галузевих нововведень. – 2012. – Вип. 37. – Реєстр. № 375/37/12. – С. 29.

117. Результати діяльності галузі охорони здоров'я України: 2013р. Матеріали до підсумкової колегії Міністерства охорони здоров'я. Київ, 2014. - 172 с.

118. Лехан В.М. Нова модель надання первинної медико-санітарної допомоги - досвід пілотних регіонів / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, В.Г.Гінзбург, Л.В.Крячкова, М.В.Шевченко // Wiadomosci Lekarskie. - 2014, Tom LXVII, gr.2czesc. II, P.210-214.

119. Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні. 2010 р. / О. І. Антонишин, П. С. Бондарчук, М. В. Денисенко [та ін.]; за ред. Г. О. Слабкого : МОЗ України, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». – К. 2011. – 28 с.

120. Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні протягом 2007–2011 рр. / за ред. Г. О. Слабкого. К. : МОЗ; УІСД, 2012. – 34 с.

121. Рейтингова оцінка стану здоров’я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров’я України за попередніми даними моніторингу 2011 року/ за ред. Г. О. Слабкого. К: МОЗ; УІСД, 2012. – 63 с.

122. Качур О. Ю. Характеристика проекту госпітальних округів Житомирської області / О. Ю. Качур // Україна. Здоров’я нації. – 2013. – № 4. – С.73–77.

123. Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров’я регіонів / О. В. Аніщенко, Р. О. Моісеєнко, О. К. Толстанов [та ін.]. – К., 2011. – 149 с.

124. Постанова КМУ України від 24.10. 2012. № 1113 «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві»;

125. Про затвердження положень про заклади охорони здоров’я, які входять до складу госпітальних округів та їх структурних підрозділів від 31.10.2011 № 732

126. Регіональні системи охорони здоров’я України. Частина І : [монографія] / за ред. З. М. Митника, Г. О. Слабкого. – Київ, 2010. – 393 с.

127. Ященко Ю. Б. Результати оптимізації вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у пілотних регіонах у 2012 році / Ю. Б. Ященко, М. В. Шевченко // Східноєвроп. журн. громад. здоров’я : матеріали міжн. наук.-практ. конф., присвяченої Всесвітньому дню здоров’я 2013 р. : тези доп. – 2013. – № 1 (21). – С. 288–289.

128. Характеристика стану, проблем та оптимізації стаціонарної і спеціалізованої медичної допомоги / Н. Ю. Кондратюк, Ю. Б. Ященко, Н. А. Острополец [та ін.] // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров’я України. 2011 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2012. – С. 108–130.

129. Наказ МОЗ України від 21.12.2012 № 1080 «Про затвердження Порядку складання планів-схем госпітальних округів, включаючи підготовку плану перспективного розвитку закладів охорони здоров'я».

130. Лобас В. М. До питання підготовки керівників закладів охорони здоров’я для роботи в умовах реформованої системи охорони здоров’я / В. М. Лобас, О. Б. Петряєва, Г. В. Шпак // Стратегия качества в промышленности и образовании : материалы 1Х Межд. конф., 31 мая – 7 июня 2013 г., Варна, Болгария. – С. 611–613.

131. Пархоменко Г. Я. Ставлення керівників закладів охорони здоров’я до реформування системи надання медичної допомоги / Г. Я. Пархоменко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров’я України. – 2011. – № 4.

132. Напрями удосконалення системи фінансово-економічних відносин охорони здоров’я (аналітичний огляд наукової літератури) / М. В. Шевченко, О. О. Заглада, Л. А. Карамзіна, В. Я. Бойко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров’я України. – 2010. – № 4. – С. 58–64.

133. Перелік нових бюджетних програм та їх індикативних показників на основі програмно-цільового методу складання та виконання місцевих бюджетів в системі охорони здоров’я / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко [та ін.] // Реєстр галузевих нововведень. – 2012. – Вип. 37. – Реєстр. № 378/37/12. – С. 31–32.

134. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью*.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 (http://www.who.int/whr/2010/whr10\_ru.pdf).

135. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо реформи міжбюджетних відносин : Закон України №79-VIII від 28.12.2014 р. [Електронний ресурс] // Офіційний вісник України. – 2015. – № 3. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/card/79-19>. – Назва з екрану.

136. Шевченко М. В. Фінансування системи охорони здоров’я України у 2009–2010 роках / М. В. Шевченко // Україна. Здоров’я нації. – 2011. – № 4. – С. 113–116.

137. Методичні рекомендації щодо встановлення надбавок за обсяг та якість виконаної роботи працівникам закладів охорони здоров’я, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров’я / уклад. : А. В. Купліванчук, В. М. Лехан, М. В. Шевченко [та ін.]. – К., 2012. – 13 с.

138. Методичні рекомендації щодо планування видатків та використання бюджетних коштів для надання медичної допомоги закладами охорони здоров’я / уклад. : Г. О. Слабкий, О. І. Левицький, М. Г. Вовк [та ін.] // Главный врач. – 2011. – № 4. (120). – С. 28–38.

139. Постанова Кабінету Міністрів України від 20 травня 2013 р. № 395 «Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров’я»

140. Наказ МОЗ України від 15.05.2013 № 373 «Про затвердження Методики розподілу обсягу видатків між видами медичної допомоги»

141. Постанова Кабінету Міністрів України від 5 березня 2012 р. № 209 «Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров’я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров’я»

142. Наказ МОЗ України від 08.06.2011 № 346 «Про затвердження Тимчасового типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров’я» для пілотних проектів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві».

143. Шевченко М. В. Методичні підходи щодо запровадження програмно-цільового методу складання та виконання місцевих бюджетів в системі охорони здоров’я к пілотних регіонах (Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській та м. Києві) / М. В. Шевченко, А. А. Климак, М. М. Максимчук // Реєстр галузевих нововведень. – 2012. – Вип. 37. – Реєстр. № 372/37/12. – С. 27.

144. Методологія визначення обсягів фінансування закладів охорони здоров’я за видами надання медичної допомоги у пілотних регіонах / М. В. Шевченко, О. О. Дорошенко, О. І. Левицький // Реєстр галузевих нововведень. – 2012. – Вип. 37. – Реєстр. № 373/37/12. – С. 27–28.

145. Правові засади реформування механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров’я / С. В. Істомін, В. В. Поканевич, С. В. Збітнєва, Г. Я. Пархоменко // Інновації в медицині (наук.-практ. видання) : Інноваційна система управління охороною здоров’я: галузь, регіон, лікарня : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. з міжн. участю, м. Київ, 29–30 вересня 2011 р. : тези доп. – К., 2011. – С. 48.

146. Слабкий Г. О. Пропозиції щодо удосконалення системи фінансування охорони здоров’я України / Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, В. М. Лехан // Україна. Здоров’я нації. – 2011. – № 2 (18). – С. 126–132.

147. Сучасні механізми фінансування системи охорони здоров’я / Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, О. О. Заглада // Реєстр галузевих нововведень. – 2012. – Вип. 37. – Реєстр. № 383/37/12. – С. 34–35.

148. Пілотний проект "Реформа медичного обслуговування": цілі та кроки реалізації / В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург, Г.О. Слабкий [та ін.] // Україна. Здоров’я нації. – 2010. – № 3 (15). – С. 7–15.

149. Аналітична довідка про стан реформування системи охорони здоров’я за 2013 р. (на виконання наказу МОЗ України від 11.06.2013 № 494 "Про удосконалення моніторингу реформи системи охорони здоров'я"/Укладач М.В.Шевченко. . К.: 2014, – 51 с.

150. Марчук Н. В. Обґрунтування та розробка системи організації профілактичної діяльності закладів загальної практики / сімейної медицини : автореф. дис… к. мед. наук / Н. В. Марчук. – К., 2008. – 24 с.

151. Шинкарьова І.М. Організаційно-технологічна модель удосконалення первинної медико-санітарної допомоги (на прикладі сільського населення Харківської області): автореф. дис…..к.мед.н./І.М.Шинкарьова - Київ, 2009, - 21 с.

152. Гаврилюк О.Ф. Медико-соціальне обґрунтування медичної допомоги населенню сільського району в умовах впровадження сімейної медицини: автореф. дис…..к.мед.н./О.Ф.Гаврилюк - Київ, 2010, - 21с.

153. Матюха Л.Ф. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні: автореф. дис…..д.мед.н./Л.Ф. Матюха - Київ, 2011, - 45с.

154. Короп О.А. Медико-соціальне обгрунтування системи організації позалікарняної хірургічної допомоги в умовах реформування галузі охорони здоров’я: автореф. дис…..д.мед.н./ О.А. Короп - Харьків, 2014, - 40с.

155. Бугро В.І. Система вторинної стаціонарної медичної допомоги   
(медико-соціальне обгрунтування): автореф. дис…..д.мед.н./ В.І. Бугро - Київ, 2017, - 40с.

156. Лисак В.П. Медико-соціальне обґрунтування стратегії розвитку вторинної стаціонарної медичної допомоги: автореф. дис…..к.мед.н./ В.П.Лисак - Київ, 2011, - 24с.

157. Шевченко М. В. Медико-соціальне обґрунтування нової системи фінансування охорони здоров'я в Україні: автореф. дис…..д.мед.н./ М.В.Шевченко - Харьків, 2016, - 41 с.

158. Гарачук В.В. Медико-соціальне обґрунтування моделі системи управління якістю медичної допомоги: автореф. дис…..д.мед.н./В.В.Гарачук - Київ, 2015, - 36с.

159. Яворський А.М. Медико-соціальне обґрунтування удосконаленої пацієнтоорієнтованої системи управління якістю медичного обслуговування (на прикладі стаціонарної хірургічної допомоги): автореф. дис…..к.мед.н./А.М.Яворський - Київ, 2014, - 23 c.

160. Толстанов О.К. Медико-соціальне обґрунтування якісно нової системи лабораторної служби на регіональному рівні: автореф. дис…..д.мед.н./0.К. Толстанов - Київ, 2012, - 36 с.

161. Бугорков І.В. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи стоматологічної ортопедичної допомоги на регіональному рівні: автореф. дис…..д.мед.н./І.В.Бугорков - Київ, 2013, - 36с.

162. Зозуля А.І. Медико-соціальне обґрунтування якісно нової системи спеціалізованої допомоги хворим з судинною патологією головного мозку: автореф. дис…..д.мед.н./А.І.Зозуля - Київ, 2014, - 40с.

163. Жилка Н.Я. Медико-соціальне обґрунтування системи профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини: автореф. дис…..д.мед.н./ Н.Я.Жилка - Київ, 2011, - 39с.

164. Золотарьова Ж.М. Обгрунтування моделі удосконалення підготовки та підвищення кваліфікації медичного персоналу для надання паліативної допомоги: автореф. дис…..к.мед.н./ Ж.М. Золотарьова - Київ, 2015, - 26 с.

165. The world health report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva, World Health Organization, 2010.

166. Constitution of the World Health Organization. Geneva, World Health Organization, 2006.

167. Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. In: Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16−25 May 2005. Volume 1. Resolutions and decisions. Geneva, World Health Organization, 2005 (Document WHA58/2005/REC/1).

168. The world health report 2008 − primary health care, now more than ever. Geneva, World Health Organization, 2008.

169. United Nations General Assembly Resolution A/RES/67/81. Global health and foreign policy. Sixty-seventh session. Agenda item 123, 2012.

170. Evans DB, Marten R, Etienne C. Universal health coverage is a development issue. Lancet, 2012, 380:864-865. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61483-4 PMID:22959373

171. World social security report 2010/11. Providing coverage in times of crisis and beyond. Geneva, International Labour Office, 2010.

172. Chan M. Address at the Conference of Ministers of Finance and Health. Achieving value for money and accountability for health outcomes, Tunis, 4 July 2012. (http://www.who.int/dg/speeches/2012/tunis\_20120704, accessed 7 March 2013).

173**.** Haines A et al. From the Earth Summit to Rio+20: integration of health and sustainable development. Lancet, 2012, 379:2189-2197. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60779-X PMID:22682465

174. Foster A. Poverty and illness in low-income rural areas. *The American Economic Review*, 1994, 84:216-220.

175. Bloom DE, Canning D. The health and wealth of nations. Science, 2000, 287:1207-1209. doi: http://dx.doi.org/10.1126/sci­ence.287.5456.1207 PMID:10712155

176. Rodin J, de Ferranti D. Universal health coverage: the third global health transition? Lancet, 2012, 380:861-862. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61340-3 PMID:22959371

177. Busse R, Schreyögg J, Gericke C. Analysing changes in health financing arrangements in high-income countries. A comprehen­sive framework approach. Washington, DC, The World Bank, 2007.

178. Chisholm D, Evans DB. *Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage*. Geneva, World Health Organization, 2010.

179. Improving value in health care: measuring quality. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010.

180. Tantivess S, Teerawattananon Y, Mills A. Strengthening cost-effectiveness analysis in Thailand through the establishment of the health intervention and technology assessment program. PharmacoEconomics, 2009, 27:931-945. doi: http://dx.doi.org/10.2165/11314710-000000000-00000 PMID:19888793

181. Hanson K et al. Scaling up health policies and services in low- and middle-income settings. BMC Health Services Research, 2010, 10 Suppl 1:I1. doi: http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-S1-I1 PMID:20594366

182. Praditsitthikorn N et al. Economic evaluation of policy options for prevention and control of cervical cancer in Thailand. PharmacoEconomics, 2011, 29:781-806. doi: http://dx.doi.org/10.2165/11586560-000000000-00000 PMID:21838332

183. Uplekar M et al. Tuberculosis patients and practitioners in private clinics in India. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 1998, 2:324-329. PMID:9559404

184. Porter JDH, Grange JM, eds. Tuberculosis: an interdisciplinary perspective. London, Imperial College Press, 1999.

185. Long NH. Gender specific epidemiology of tuberculosis in Vietnam. Stockholm, Karolinska Institutet, 2000.

186. Diwan V, Thorson A, Winkvist A. Gender and tuberculosis. Göteborg, Nordic School of Public Health, 1998.

187. Ananthakrishnan R et al. Expenditure pattern for TB treatment among patients registered in an urban government DOTS program in Chennai City, South India. Tuberculosis Research and Treatment, 2012, 2012:747924. doi: http://dx.doi.org/10.1155/2012/747924 PMID:23213507

188. Tool to estimate patients’ costs. Geneva, Stop TB Partnership, 2012. (http://www.stoptb.org/wg/dots\_expansion/tbandpov­erty/spotlight.asp, accessed 7 March 2013).

189. Mauch V et al. Free TB diagnosis and treatment are not enough - patient cost evidence from three continents. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 2013, 17:381-387. doi: http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.12.0368 PMID:23407227

190. Mladovsky P et al. Health policy responses to the financial crisis in Europe. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2012.

191. Scherer P, Devaux M. The challenge of financing health care in the current crisis. An analysis based on the OECD data. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010 (OECD Health Working Papers, No. 49).

192. Knaul FM et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. Lancet, 2012, 380:1259-1279. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61068-X PMID:22901864

193. Global health expenditure database. Geneva, World Health Organization, 2012. (apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx, accessed 7 March 2013).

194. ADePT: STATA software platform for automated economic analysis. Washington, DC, The World Bank, 2012. (web.worldbank.org, accessed 24 March 2013).

195. World health statistics 2012. Geneva, World Health Organization, 2012.

196. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending. Health Affairs (Project Hope), 2007, 26:972-983. doi: http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.26.4.972 PMID:17630440

197. Measurement of trends and equity in coverage of health interventions in the context of universal health coverage. Rockefeller Foundation Center, Bellagio, September 17–21, 2012. UHC Forward, 2012 (http://uhcforward.org/publications/measurement-trends-and-equity-coverage-health-interventions-context-universal-health-co, accessed 7 March 2013)

198. McIntyre D, et al . What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? Social Science & Medicine, 2006, 62:858-865. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.socsci­med.2005.07.001 PMID:16099574

199. Hanson K et al. Scaling up health policies and services in low- and middle-income settings. BMC Health Services Research, 2010, 10 Suppl 1:I1. doi: http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-S1-I1 PMID:20594366

200. The world health report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva, World Health Organization, 2010.

201. Evans DB, Marten R, Etienne C. Universal health coverage is a development issue. Lancet, 2012, 380:864-865. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61483-4 PMID:22959373

202. Chan M. Address at the Conference of Ministers of Finance and Health. Achieving value for money and accountability for health outcomes, Tunis, 4 July 2012. (http://www.who.int/dg/speeches/2012/tunis\_20120704, accessed 7 March 2013).

203. World social security report 2010/11. Providing coverage in times of crisis and beyond. Geneva, International Labour Office, 2010.

204. United Nations General Assembly Resolution A/RES/67/81. Global health and foreign policy. Sixty-seventh session. Agenda item 123, 2012.

205. Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. In: Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16−25 May 2005. Volume 1. Resolutions and decisions. Geneva, World Health Organization, 2005 (Document WHA58/2005/REC/1).

206. Chisholm D, Evans DB. Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage. Geneva, World Health Organization, 2010.

207. Yothasamut J et al. Scaling up cervical cancer screening in the midst of human papillomavirus vaccination advocacy in Thailand. BMC Health Services Research, 2010, 10 Suppl 1:S5. doi: http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-S1-S5 PMID:20594371

208. Rodin J, de Ferranti D. Universal health coverage: the third global health transition? *Lancet*, 2012, 380:861-862. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61340-3 PMID:22959371

209. Haines A et al. From the Earth Summit to Rio+20: integration of health and sustainable development. *Lancet*, 2012, 379:2189-2197. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60779-X PMID:22682465

210. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco. Geneva, World Health Organization, 2011

**Додаток**

**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

*Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:*

211.Русняк В.А. Науковий вклад ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» в оптимізацію системи медичної допомоги населенню України / Ю.Б. Ященко, Н.В. Медведовська, В.А.Русняк // Україна.Здоров’я нації. – 2012.– №2-3 (22-23) – С. 9–12 (Дисертантові належить ідея написання статті, *збір даних, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків).*

212. Русняк В.А. Міжгалузева комплексна програма “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки як крок до втілення політики ЗДВ-21 в Україні/ О.Р. Ситенко, В.І. Аксенова, Т.М. Смірнова, В.А.Русняк // Україна. Здоров’я нації. – 2012. – №1 (21) – С. 86–89 *(Дисертантові належить збір та аналіз і обробка матеріалу, написання статті).*

213. Русняк В.А. Загальна характеристика законодавства України з питань організації охорони здоров’я/ Г.О. Слабкий, В.А. Русняк, С.В.Істомін // Сучасні медичні технології. 2013. – № 2(18). - С.109-112 *(Дисертантові належить ідея написання статті, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків).*

214. Русняк В.А. Результати наукової діяльності з проблеми «соціальна медицина»/ О.М.Кочет, Г.О.Слабкий, Ю.Б.Ященко, П.Р.Петрашенко, Т.В.Єльшиц, В.А.Русняк//Вісник соціальної медицини та організації охорони здоров’я України. 2011- №4. – С.56-66. *(Дисертантові належить збір та аналіз і обробка матеріалу, написання статті, формування висновків).*

215. Русняк В.А. До питання наукового забезпечення проведення реформи системи охорони здоров’я в Україні/ Г.О.Слабкий, В.А. Русняк // Україна. Здоров’я нації. – 2013. – №4 (28). – С. 78–82 *(Дисертантові належить ідея написання статті, аналіз і обробка матеріалу, написання статті та формування висновків).*

216. Русняк В.А. Наукові комунікації в процесі реформування охорони здоров’я в Україні./ В.М.Лобас, Г.О.Слабкий, В.А.Русняк //Український журнал телемедицини та медичної телематики. 2013. №2- С.137-141. *(Дисертантові належить ідея написання статті, аналіз матеріалу, написання статті).*

217. Русняк В.А. Роль кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я в науковому забезпеченні реформи охорони здоров’я/ В.А.Русняк, Г.О. Слабкий, Л.О.Качала // Іnтеrmedical journal (Словакія), IY (6) 2015 – С. 36–42. *(Дисертантові належить збір даних, аналіз і обробка матеріалу та формування висновків).*

218. Русняк В.А. Наукова діяльність ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» у 2016 році/ П.С.Мельник, О.М. Дзюба, М.В. Кудренко, В.А. Русняк // Україна. Здоров’я нації. – 2016. – № 4 (40). – С. 7–11. *(Дисертантові належить аналіз і обробка матеріалу та написання статті).*

219. Русняк В.А. Загальні закономірності стану здоров’я населення України/ Н.В.Медведовська, В.А. Русняк, А.С. Кутуза, І.Ю. Батманова, В.С.Комар // Щорічна доповідь про стан здоров’я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2011 рік. [Монографія]. За ред. Р.В. Богатирьової. – Київ, 2012. - С. 54–59. *(Дисертантові належить узагальнення та аналіз статистичних даних, написання розділу монографії).*

220. Русняк В.А. Аналіз результатів наукової діяльності науково-дослідних установ, вищих медичних навчальних закладів і закладів післядипломної освіти, підпорядкованих Міністерству охорони здоров’я України/ О.П. Волосовець, О.М. Кочет, П.Р.Петрашенко, Т.В. Єльчиць, В.А. Русняк, І.О. Трубка, І.І.Шевчук// Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров’я України. 2011 рік: [монографія]. За ред. Р.В. Богатирьової.– Київ, 2012. - С. 20–44 *(Дисертантові належить аналіз звітів наукових закладів та ВМНЗ про діяльність за 2011рік, написання розділу монографії).*

221. Русняк В.А. Основи державної політики в галузі охорони здоров’я на 2013 рік/С.В. Істомін, О.Ю.Качур, В.А.Русняк// Щорічна доповідь про стан здоров’я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров’я України. 2012 рік [монографія]. За ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2013. – С.183-187. *(Дисертантові належить узагальнення основ державної політики на основі законодавчих та урядових актів, написання розділу монографії).*

222. Русняк В.А. Аналіз наукових здобутків в охороні здоров’я/ О.М. Дзюба, Т.М. Старча, П.Р. Петрашенко, В.А. Русняк // Щорічна доповідь про стан здоров’я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров’я України. 2014 рік [монографія]. За ред. Квіташвілі О. Київ, 2015 –. – С. 367–394. *(Дисертантові належить аналіз звітів наукових закладів та ВМНЗ про діяльність за 2014рік, написання розділу монографії).*

223. Русняк В.А. Основні результати наукової та інноваційної діяльності науково-дослідних установ, вищих медичних навчальних закладів і закладів післядипломної освіти МОЗ України/Л.Г. Карпінська, О.П. Волосовець, Г.О.Слабкий, О.М.Кочет , П.Р.Петрашенко, К.В. Баранніков, І.І. Шевчук, І.О. Трубка, С.В. Уваренко, В.А. Русняк, С.М.Рудинська // Щорічна доповідь про стан здоров’я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров’я України. 2015 рік [монографія]. За ред. Шафранського В.В. Київ, 2016 – С. 302–330. *(Дисертантові належить аналіз звітів наукових закладів та ВМНЗ про діяльність за 2015 рік, написання розділу монографії).*

*Опубліковані наукові праці апробаційного характеру:*

224. Rusniak W. Technologe wprowadzania medycyny dowodowej do praktycznej medycyny/G. Slabky, J.Hrzbbybovskyy, P.Pismenna, N. Lewenec, Lupej–Tkacz., W.Komar , O. Oleksejenko, G. Parchomenko, W. Rusniak, O. Walijew, J. Pylpec // Dni Medycyny Spolecznej i Zdrowia Publicznego – Zielona Gora 2012 “Polska 2012 – priorytety zdrovia publicznego” Honorowy Patronat Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Bronislawa Komorowskiego Pod redakcja: Tomasz Gajewski, Agnieszka Janiak - Osajca Irena Woznica. - Р. 61. (*Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу).*

225. Русняк В.А. Іноваційні підходи до розвитку первинної медико-санітарної допомоги в Україні/ Н.П.Кризина, В.Г.Слабкий, В.А.Русняк, В.В. Якимець, О.О. Шпита // Східноєвропейський журнал громадського здоров’я. Спеціальний випуск. Матеріали Y з’їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров’я України. 11-12 жовтня 2012 р. – С. 57. *(Дисертантові належить аналіз матеріалу, написання тез).*

226. Русняк В.А. Основні принципи нової європейської політики “Здоров’я - 2020” і шляхи її реалізації в інтересах українського народу/ Г.О.Слабкий, Ю.Б. Ященко, Н.П. Кризина, В.А.Русняк, О.І.Авраменко, М.В.Шевченко, Н.Ф.Шишацька // Міжнародна науково-практична конференція “Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій”, Херсон, 6–8 вересня 2012 р.: тези доп. – С. 167–170. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу).*

227. Русняк В.А. Щодо інформованості організаторів охорони здоров’я про результати наукових досліджень із реформування охорони здоров’я України // М. А. Знаменська, Г. О. Слабкий, М.В. Шевченко, В. А. Русняк // Медико-соціальні питання у реформуванні сфери охорони здоров’я: тези наук.-практ. конф., присвяченої пам’яті проф. В. М. Пономаренка, м. Київ, 24–25 жовт. 2013 р. – К., 2013. С. 134–135. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу, написання тез).*

228. Русняк В.А. Характеристика засобів наукової комунікації за спеціальністю «соціальна медицина» по забезпеченню реформи охорони здоров’я в Україні/ Г.О.Слабкий, В.А. Русняк, А.Є.Горбань, Н.Г.Левенець // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Медицина ХХ1 століття: перспективні та пріоритетні напрями наукових досліджень» Дніпропетровськ. 19-20 липня 2013 - С. 29-32. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу, написання тез).*

229. Русняк В.А. Про науковий супровід пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини/ Г.О.Слабкий, В.В.Євтушенко, В.А. Русняк // Тези науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми сімейної медицини в Україні», присвяченої 25-річчю сімейної медицини в Україні та 15-річчю української асоціації сімейної медицини, м.Київ, 24-25 жовтня 2013р. //Сімейна медицина. 2013. №4.- С.174. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу, написання тез).*

230. Русняк В.А. До питання вартості реформи системи медичної допомоги населенню в пілотних регіонах/ Г.О.Слабкий, Н.В.Некрасова, В.А. Русняк, С.В.Збітнєва, М.В.Шевченко // Матеріали XIY конгресу СФУЛТ. Донецьк-Київ-Чікаго. 04-06 жовтня 2012 р. - 2012.- С. 64. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу, написання тез).*

231. Русняк В.А. Забезпечення прав пацієнтів при створенні закладів охорони здоров’я нового типу / Н.Ф.Шишацька, Н.Г.Левенець, В.А. Русняк, Д.П.Троянов, С.В.Істомін // Матеріали Міжнародного медичного конгресу «Впровадження сучасних досягнень медичної науки в практику охорони здоров’я України», Київ, 25–27 вересня 2012 р. : тези доп. – С. 8. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу, написання тез).*

232. Русняк В.А. Оперативные функции общественного здравоохранения и их кратное содержание в интерпритации ВОЗ/ Г.О.Слабкий, Р.А. Абряхимов, В.А.Русняк, М.А.Знаменская, Н.Р. Готь // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій» м. Херсон 30-31 травня 2013. –С.195-201. *(Дисертантові належить ідея написання тез та аналіз матеріалу).*

233. Русняк В.А. Реалізація права пацієнтів на згоду для отримання медичної допомоги/ В.М. Лобас, Г.О. Слабкий, Н.Ф. Шишацька, В.В.Глуховський, О.Т.Дорохова, Н.Г.Левенець, В.А.Русняк // Українські Медичні Вісті. №1(21): Матеріали ХІІ з’їзду Всеукраїнського Лікарського Товариства (ВУЛТ), м. Київ, 05–07 вересня, 2013 р.: тези доп. – С. 330. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу, написання тез).*

234. Русняк В.А. Щодо оцінки ефективності комунікативних програм в охороні здоров’я/Г.О.Слабкий, І.М. Рогач, М.А. Знаменська, Р.Ю. Погріляк, Л.О. Качала, В.А.Русняк// Тези доповідей 69-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу УжНУ факультет післядипломної освіти та до університетської підготовки.-Ужгород-2015.- С.54-55. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу, написання тез).*

235. Русняк В.А. Щодо загальних коефіцієнтів смертності наявного населення України в регіональному аспекті/ С.В.Дудник, Г.О. Слабкий, В.А. Русняк // Науково-практична конференція з міжнародною участю “Організація та управління охороною здоров'я 2016”, м. Київ, ВЦ “Київ ЕкспоПлаза”, 2016 р., 18–20 жовтня: тези доп. – С. 35–36. *(Дисертантові належить збір матеріалу, написання тез).*

236. Русняк В.А. Методологія розрахунків необхідних видатків на модернізацію закладів охорони здоров’я вторинного рівня медичної допомоги / Н.В.Некрасова, П.М.Лисенко, М.В.Шевченко, В.А. Русняк // Матеріали Міжнародного медичного конгресу «Впровадження сучасних досягнень медичної науки в практику охорони здоров’я України», Київ, 25–27 вересня 2012 р. : тези доп. – С. 7. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу).*

*Наукові праці, які додатково відображають результати дисертаційної роботи:*

237.Русняк В.А. Оптимізація науково-методичного забезпечення проведення реформи охорони здоров’я : метод. рекомендації / МОЗ України, Донецький нац. медичний ун-т ім. М. Горького; уклад. : Г. О. Слабкий, В. М. Лобас, О.Ю. Качур, О. К. Толстанов, О. М. Кочет, М. А. Знаменська, В. А. Руснак, Н.Г.Левенець. – К., 2013. – 16 с. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу).*

238. Русняк В.А. Модель науково-методичного забезпечення комунікацій з реформування охорони здоров’я/ Г.О.Слабкий, А.Є. Горбань, М.А.Знаменська, О.М.Дзюба, В.А.Русняк // Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров’я. Випуск 1, Том 1. Київ, 2015 - №349/1/14. – С.213. *(Дисертантові належить розробка моделі).*

239. Русняк В.А. Модель науково-методичного забезпечення реформи охорони здоров’я/ Г.О.Слабкий, П.С.Мельник, А.Є. Горбань, В.А. Русняк// Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров’я. Випуск 1, Том 1. Київ, 2015 - № 350/1/14, С. 214. *(Дисертант брала участь у розробці моделі).*

240. Русняк В.А. Управління системою комунікацій на рівні закладу охорони здоров’я/ Г.О.Слабкий,, М.А.Знаменська, В.В. Шафранський, П.С. Мельник, Л.О. Качала, О.М. Дзюба, В.А.Русняк**//** Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров’я. Випуск 2, Том 1. Київ, 2016 - № 340/2/15. – С.277. *(Дисертантові брала участь у розробці нововведення).*

241.Русняк В.А. Результати діяльності галузі охорони здоров’я. 2011 рік (Інформаційно-аналітичне видання)/ К. : МОЗ України, ДУ “УІСД”. – 2012. – 151 с. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу).*

342. Міжгалузева комплексна програма “Здоров’я нації”. 2010 / за редакцією І. М. Ємця, Г.О. Слабкого (Науково-інформаційне видання)// К: МОЗ, УІСД, 2011. – 163 с. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу).*

243. Русняк В.А. Скринінгові дослідження в практиці сімейного лікаря – скринінг на виявлення гіпертонії : методичні рекомендації/ О.І. Антинишин, В.Я.Бойко, І.Є. Заболотна, С.В.Збітнєва, Н.Ю.Кондратюк, Н.П.Кризина, О.В.Олексієнко, Г.Я.Пархоменко, В.А.Русняк, В.Г.Слабкий, М.К.Хобзей, Ю.Б.Ященко//К.: МОЗ, ДУ “УІСД”, 2011. – 24 с. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу).*

344. Русняк В.А. Скринінгові дослідження в практиці сімейного лікаря : виявлення захворювань щитовидної залози та глаукоми: методичні рекомендації / Л.В.Андрейчин, О.І.Антонишин, В.Я.Бойко, Д.Д.Дячук, С.В.Збітнєва, Н.Ю.Кондратюк, Н.П.Кризина, В.А. Русняк, В.Г.Слабкий, Г.В.Шпак, Л.В. Ященко, Ю.Б.Ященко// К.: МОЗ, УІСД, 2011. – 29 с. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу).*

345. Русняк В.А. Скринінгові дослідження в практиці сімейного лікаря : обстеження на виявлення цукрового діабету та анемії: методичні рекомендації /О.І. Антонишин, І.Ю.Батманова, В.Я.Бойко, Ю.Ю.Габорець, М.В.Денисенко, Д.Д. Дячук, С.В.Збітнєва, Н.Ю. Кондратюк, В.А.Русняк, В.Г. Слабкий, М.К.Хобзей, О.К.Толстанов, Г.В.Шпак, Ю.Б.Ященко // К.: МОЗ, УІСД, 2011. – 19 с. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу).*

Додаток А-1

**Форма звіту кафедри соціальної медицини ВМНЗ та НДІ**

**Завідувачам кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров’я Вищих медичних навчальних закладів України**

**Директору ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України**

З метою підготовки звіту про вклад соціальної медицини, як науки, в процес розвитку системи охорони здоров’я та розробки моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні просимо Вас надати інформацію за формою, що додається.

Прохання інформацію надати на паперовому та електронному носіях.

Адреси:

* для направлення паперових носіїв – 02099, м. Київ, провулок Волго-Донський, 3, Інститут стратегічних досліджень МОЗ України;

Повна назва ВМНЗ

Повна назва кафедри

Прізвище, ім’я та по батькові завідувача кафедри, науковий ступінь та наукове звання.

**Дані про працівників кафедри, основні працівники**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| П.І.Б. | Рік народження | Посада | Науковий ступінь та спеціальність захищеної дисертації | Наукове звання |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Дані про працівників кафедри, сумісники**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ПІБ | Посада | Обсяг роботи | Науковий ступінь та спеціальність захищеної дисертації | Наукове звання | Основне місце роботи | Посада за основним місцем роботи |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Дані про підготовку наукових кадрів за 5 останніх років, захищені дисертації**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ПІБ  Дисертанта | Здобутий науковий ступінь | Спеціальність | Тема дисертації | Місце роботи та посада здобувача | Рік захисту | ПІБ керівника, консультанта |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Дані про підготовку наукових кадрів, дисертації що виконуються**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ПІБ  Дисертанта | Науковий ступінь | Спеціальність | Тема дисертації | Місце роботи та посада здобувача | Рік планування | ПІБ керівника, консультанта |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Дані про підготовку аспірантів за 5 останніх років, навчання з відривом від виробництва**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ПІБ  аспіранта | Роки навчання | Тема дисертації | Рік захисту | Місце роботи та посада після закінчення аспірантури | ПІБ керівника |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Дані про підготовку аспірантів за 5 останніх років, навчання без відриву від виробництва**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ПІБ  аспіранта | Роки навчання | Тема дисертації | Рік захисту | Місце роботи та посада до навчання в аспірантурі аспірантури | Місце роботи та посада після закінчення аспірантури | ПІБ керівника |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Дані про теми науково - дослідних робіт, які виконані за державний кошт**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Назва теми | Роки виконання | Керівник | Відповідальний виконавець | Найбільш вагомі результати (за даними анотованого звіту) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Дані про теми науково - дослідних робіт, які виконані як ініціативні**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Назва теми | Роки виконання | Керівник | Відповідальний виконавець | Найбільш вагомі результати (за даними анотованого звіту) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Дані про участь працівників кафедри у міжнародних та національних наукових товариствах та організаціях**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ПІБ | Посада на кафедрі | Членом яких товариств та організацій являється |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Дані про участь працівників кафедри у розробці законодавчих та нормативно-правових актів на міжнародному рівні за 5 останніх років**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ПІБ | Посада на кафедрі | Назва документу та дані про його прийняття, затвердження |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Дані про участь працівників кафедри у розробці законодавчих та нормативно-правових актів на державному та галузевому рівнях за 5 останніх років**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ПІБ | Посада на кафедрі | Назва документу та дані про його прийняття, затвердження |
| ***Державний рівень*** | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ***Галузевий рівень*** | | |

**Дані про участь працівників кафедри у розробці законодавчих та нормативно-правових актів на регіональному рівні за 5 останніх років**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ПІБ | Посада на кафедрі | Назва документу та дані про його прийняття, затвердження |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Дані про участь працівників кафедри у заходах з реформування охорони здоров»я на державному, галузевому та регіональному рівнях за 5 останніх років**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ПІБ | Посада на кафедрі | Назва заходу, робочої групи |
| ***Державний рівень*** | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ***Галузевий рівень*** | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ***Регіональний рівень*** | | |
|  |  |  |

**Дані про методичні рекомендації розроблені на кафедрі для практичної охорони здоров’я (навчально-методичного характеру не вказувати) за 5 останніх років**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Назва методичних рекомендацій | Рік видання | Рівень затвердження | Автори | Рівень впровадження |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Дані про інформаційні листи про галузеві нововведення розроблені на кафедрі для практичної охорони здоров’я (навчально-методичного характеру не вказувати) за 5 останніх років**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Назва інформаційних  листів | Рік та № видання | Рівень затвердження | Автори | Рівень впровадження |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |

**Дані про галузеві нововведення розроблені на кафедрі для практичної охорони здоров’я (навчально-методичного характеру не вказувати) за 5 останніх років**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Назва інформаційних  листів | Рік та | № реєстру видання | Автори | Рівень впровадження |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |

**Дані про наукові заходи підготовлені та проведені за участю кафедри за 5 останніх років**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Назва наукового  заходу | Рік та дата проведення | Місто проведення (вказати тільки населений пункт) | Кількість учасників | Країни учасники |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |

**Перелік монографій підготовлених та виданих співробітниками кадри за 5 останніх років**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Назва монографії | Автори | Тираж | Рівень розповсюдження |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Перелік публікацій за кордоном співробітників кадри за 5 останніх років**

|  |
| --- |
| Вказати бібліографію видання відповідно до існуючих вимог |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Перелік періодичних фахових видань, які видаються кафедрою (за участю кафедри) які висвітлюють проблеми соціальної медицини та організації охорони здоров’я, або мають постійний розділ з соціальної медицини та організації охорони здоров’я**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Назва видання | Дані про затвердження ВАК України | Головний редактор | Періодичність видання | Тираж | Рівень  розповсюдження |
| ***Повністю присвячений проблемам соціальної медицини та організації охорони здоров’я*** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| ***Має розділ присвячений проблемам соціальної медицини та організації охорони здоров’я*** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |

**Дані про публікації з проблем соціальної медицини та організації охорони здоров’я (публікації з питань педагогіки та клінічної медицини не включаються) (кількість)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Характеристика |  |  |  |  |  |
| Статті у періодичних виданнях, рекомендованих ВАК України |  |  |  |  |  |
| Статті у інших періодичних виданнях |  |  |  |  |  |
| Матеріали та тази міжнародних та з міжнародною участю конференцій, конгресів тощо |  |  |  |  |  |
| Матеріали та тази національних конференцій, конгресів тощо |  |  |  |  |  |
| Публікації в інших виданнях |  |  |  |  |  |

Описати участь кафедри в оптимізації системи охорони здоров’я на регіональному рівні. (до 2-х сторінок).

Описати сумісну роботу з регіональними органами управління охорони здоров’я ( до 2-х сторінок).

Представити інші дані, які позитивно характеризують наукову діяльність кафедри та участь у розбудові системи охорони здоров’я.

Додаток А-2

**Анкета соціологічного опитування**

Шановні організатори охорони здоров’я!

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України вивчає питання рівня комунікацій в охороні здоров’я з питань реформування охорони здоров’я. Просимо Вас відповісти на питання анкети. Участь у дослідженні проводиться за Вашим бажанням. Анкета є анонімною тому жодних посилань на Вас як на автора відповідей зроблено не буде.

Результати анкетування будуть використані в узагальненому виді виключно з науковою метою.

**Просимо Вас указати наступне:**

Ви працюєте: (підкресліть) начальником управління охорони здоров’я (заступником), головним лікарем лікарні (заступником головного лікаря).

Рівень надання медичної допомоги закладом охорони здоров’я в якому Ви працюєте; первинний, вторинний, третинний.

Просимо Вас відповісти на питання Щодо доступності Вам засобів наукової комунікації. Чи доступні Вам наступні засоби наукової інформації?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Засіб масової комунікації | Так | Ні |
| Реєстр галузевих нововведень |  |  |
| Інформаційні листи про галузеві нововведення |  |  |
| Реєстр з’їздів, конгресів, конференцій |  |  |
| Науково-практичних та практичних журналів | | |
| Україна. Здоров’я нації |  |  |
| Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України. |  |  |
| Східноєвропейський журнал громадського здоров’я |  |  |
| Управління закладом охорони здоров’я |  |  |
| Практика управління закладом охорони здоров’я |  |  |
| Главный врач |  |  |
| Журнали інших країн |  |  |
| Дисертаційні роботи, автореферати | | |
| Докторські |  |  |
| Кандидатські |  |  |
| Методичні рекомендації, що видані | | |
| МОЗ України |  |  |
| Українським інститутом стратегічних досліджень |  |  |
| Науковим закладом регіонального рівня |  |  |

Чи бажаєте Ви отримувати спеціалізований реферативний журнал з організації та управління охорони здоров’я: так, ні.

Якщо Ви бажаєте отримувати спеціалізований реферативний журнал з організації та управління охорони здоров’я, то які розділи в ньому мають бути:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Назва розділу | Так | Ні |
| Реферати статей з країн Європи |  |  |
| Реферати статей з країн Америки |  |  |
| Реферати статей з країн СНД |  |  |
| Реферати статей українських авторів |  |  |
| Реферати основних документів ВООЗ |  |  |
| Реферати основних видань ВООЗ |  |  |
| Анотації, висновки та практичні рекомендації українських дисертацій |  |  |
| Анотації, висновки та практичні рекомендації дисертацій з країн СНД |  |  |
| Анотації, висновки та практичні рекомендації дисертацій з країн Європи |  |  |
| Анотації, висновки та практичні рекомендації дисертацій з країн Америки |  |  |
| Дані про методичні рекомендації, які видані в Україні |  |  |
| Дані про методичні рекомендації, які видані в СНД |  |  |
| Дані про галузеві нововведення |  |  |
| Реферати монографій українських авторів |  |  |
| Реферати монографій авторів з СНД |  |  |
| Реферати монографій авторів з країн Європи |  |  |
| Реферати монографій авторів з країн Америки |  |  |

Дякуємо Вам за відповіді.

Бажаємо творчих успіхів.

Додаток А-3

**Розрахунок**

**обсягу вибіркової сукупності для проведення соціологічного дослідження серед організаторів охорони здоров’я**

53195 – генеральна сукупність

****,

де N – чисельнiсть генеральної сукупностi;

n – чисельнiсть вибiркової сукупності, необхiдне число спостережень;

σ 2 – середньоквадратичне відхилення (дисперсія 0,25);

t – довiрчий коефiцiєнт (дорівнює 2);

Δх – гранична похибка вибірки (0,05, що забезпечує достовірність результатів в 95 випадках зі 100 із граничної похибкою ±5%).

53195 х 2² х0,25

N = --------------------------------------- ≈ 400

53195 х 0,05² +2² х 0,25

Таким чином обсяг вибіркової сукупності становить 400 респондентів.

Додаток А-4

**Анкета експертної оцінки**

Шановні експерти!

Просимо Вас оцінити за 10-бальною шкалою складові функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні.

|  |  |
| --- | --- |
| Запропоновані інновації | Бали |
| Функціонально-організаційна модель наукового забезпечення реформи охорони здоров’я в Україні в цілому |  |
| Функціонально - організаційна модель наукового забезпечення реформи охорони здоров’я на регіональному рівні в цілому |  |
| Комплексний підхід до планування та виконання НДР |  |
| Комісійне рішення напрямків наукових досліджень |  |
| Залучення лікарських асоціацій до планування та виконання НДР |  |
| Узгодження тем дисертаційних робіт з темами НДР |  |
| Запровадження системи наукових комунікацій в охороні здоров»я |  |
| Оптимальне ресурсне забезпечення НДУ |  |
| Широке громадське обговорення результатів виконання НДР |  |
| Прийняття тільки науковообгрунтованих управлінських рішень з реформи ОЗ |  |

***Примітка:*** оцінка експертами проводиться за 10 бальною шкалою.

0 балів - відсутність позитивної оцінки;

10 балів – найвища оцінка.

Додаток Б-1

**Рекомендації**

**щодо подальшого реформування системи охорони здоров’я в країні**

**(розроблені за нашою участю)**

1. ***Визначити, що існуючий стан системи охорони здоров’я України не задовольняє нагальні потреби населення та не відповідає сучасним досягненням медичної науки і європейським підходам.***
2. ***Рекомендувати КМ України продовжити реформування системи охорони здоров’я з визначенням пріоритетними напрямками:***

2.1 Створення потужних об’єднань бюджетних коштів – для фінансування закладів, що надають первинну медичну допомогу, на рівні районних бюджетів та бюджетів міст обласного значення, закладів, які надають вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) та екстрену медичного допомоги – на регіональному рівні (обласний бюджет)

2.2. Відпрацювання диференційованого, перш за все з врахуванням характеру місцевості (міська, сільська), механізму розподілу бюджетних коштів, що виділяються на первинну та вторинну медичну допомогу. Перегляд коефіцієнтів коригування для первинної медичної допомоги, які включено до [Формули розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до державного бюджету) між державним та місцевими бюджетами](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1149-2010-%D0%BF), особливо для міст обласного значення, та вирішення питання щодо залишення певної частини коштів в обласному бюджеті в якості резерву для вирівнювання потреб у фінансових з врахуванням особливостей існуючої мережі закладів охорони здоров'я.

2.3. Забезпечення фінансування закладів охорони здоров’я за скороченою класифікацією видатків.Поширення порядку фінансування за скороченою класифікацією видатків (за двома кодами економічної класифікації видатків) у закладах охорони здоров'я незалежно від виду медичної допомоги на всій території України

2.4. Відпрацювання чіткого зв’язку договорів про медичне обслуговування з програмно-цільовим методом планування бюджетів закладів охорони здоров’я (результативні показники виконання бюджетних програм). Формування реальних договірних відносин між головними розпорядниками бюджетних коштів та постачальниками медичних послуг в первинній ланці з їх поступовим поширенням на інші рівні медичного обслуговування.

2.5. Розробку ефективних механізмів фінансування, зокрема із застосуванням: для ПМД – подушного нормативу, коригованого за ризиками та характером розселення (сільська місцевість/місто*)*; для амбулаторної та стаціонарної ВМД і ТМД – глобального бюджету та з подальшим поступовим переходом на фінансування за діагностично-спорідненими групами.

2.6. Затвердження нормативів навантаження на лікарів-спеціалістів, які надають медичну допомогу на вторинному рівні, що базуються на обсягах наданої допомоги

2.7. Удосконалення системи оплати праці медичного персоналу за обсяг та якість роботи з запровадженням колективної відповідальності за результати діяльності.

2.8. Запровадження системи референтних цін на лікарські засоби та розширення переліку захворювань та станів, при яких забезпечення лікарськими засобами населення проводиться з застосуванням механізму реімбурсації.

2.9. Розвиток первинної медичної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини з формуванням мережі відокремлених підрозділів ПМСД, що забезпечують її оптимальну територіальну доступність .

2.10. Структурну перебудову вторинної медичної допомоги з формуванням відповідно до потреб населення мережі ЗОЗ вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги необхідної спеціалізації (інтенсивного, планового, відновного лікування, хоспіси).

2.11. Подальший розвиток системи екстреної медичної допомоги з створенням єдиних регіональних диспетчерських служб.

2.12. Інтеграцію мережі перенатальних центрів, створених при виконанні проекту "Нове життя" в загальну систему медичної допомоги.

2.13. Передачу відомчих закладів охорони здоров’я, а також ЗОЗ, що мають прикріплене населення та знаходяться у підпорядкуванні МОЗ, у спільну власність громад регіонів.

2.14. Створення в рамках системи соціального забезпечення мережі підрозділів територіальних центрів для надання соціально-медичної допомоги вразливим групам населення.

2.15. Створення єдиної системи комунікаційного та інформаційного супроводу реформ в системі охорони здоров’я.

2.16. Можливість створення системи підготовки на після дипломному рівні менеджерів охорони здоров’я у відповідності до сучасних вимог управління.

2.17. Започаткувати комплексну підготовку країни до впровадження загальнообов’язкового соціального медичного страхування.

1. ***На законодавчому рівні вирішити наступні питання:***

3.1. Прийняття Закону щодо продовження терміну дії Закону України "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві" до 31 грудня 2015 р.

3.2. Забезпечення термінового скасування Закону України від 23 лютого 2014 року № 772-VII "Про введення мораторію на ліквідацію та реорганізацію закладів охорони здоров’я".

3.3. Забезпечення прийняття Закону [України "Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування"](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20140505_0.html).

3.4. Внесення змін до Податкового кодексу щодо:

3.4.1. введення цільових для охорони громадського здоров'я акцизів на абак та алкоголь;

3.4.2.встановлення податкових пільг для підприємств та організацій, які страхують своїх працівників на добровільній основі;3.4.3. особливостей оподаткування закладів охорони здоров'я, створених у формі комунальних некомерційних підприємств, як неприбуткових підприємств:

у підпункт 14.1.121 пункту 14.1 статті 14 щодо визначення терміну;

у підпункт (б) пункту 157.1 статті 157 щодо оподаткування неприбуткових установ та організацій закладів охорони здоров’я, створених у формі комунальних некомерційних підприємств як неприбуткових підприємств;

у підпункт 197.1.5 пункту 197.1 статті 197 щодо звільнення від оподаткування постачання послуг з медичної допомоги та/або медичного обслуговування закладами охорони здоров’я на основі відповідної ліцензії;

у підпункт 282.1.8 пункту 282.1 статті 282 стосовно пільг щодо сплати податків для закладів охорони здоров’я, створені у формі комунальних некомерційних підприємств як неприбуткових підприємств;

у абзац другий пункту 284.3 статті 284 щодо особливостей застосування пільгового оподаткування податку за земельні ділянки закладам охорони здоров’я, створеним у формі комунальних некомерційних підприємств як неприбуткових підприємств.

3.5. Врегулювання питання щодо встановлення для закладів охорони здоров'я, що функціонують як комунальні некомерційні підприємства, тарифів на енергоносії як для бюджетних установ.

3.6. Затвердження єдиної методики розрахунку вартості медичних послуг.

3.7. Внесення змін до частини 3 статті 2 Закону України № 1197-VII від 10.04.2014 "Про здійснення державних закупівель" в частині виключення із сфери його застосування випадків, коли предметом закупівлі є послуги державних та комунальних закладів охорони здоров'я з медичного обслуговування населення.

3.7 Нормативне врегулювання питання забезпечення медичними працівниками загальноосвітніх навчальних закладів для збереження права дітей на медичне обслуговування в закладах освіти відповідно до вимог чинного законодавства.

3.8. Затвердження механізму забезпечення медичних працівників первинної ланки житлом та пільг для лікарів та медичних сестер, які працюють у сільській місцевості.

3.9.Забезпечити прийняття закону про впровадження загальнообов’язкового соціального медичного страхування з подальшою розробкою заходів на 4 роки з підготовки країни до його впровадження.

***4. Рекомендувати Міністерству охорони здоров’я України:***

4.1.Провести тренінг з керівниками структурних підрозділів з питань охорони здоров’я обласних та Київської міської державних адміністрацій з актуальних питань реформування сфери охорони здоров’я, методології формування госпітальних округів в адміністративного-території реформи охорони здоров’я.

4.2. Створити єдину систему комунікаційного та інформаційного супроводу реформ.

4.3. Забезпечити дієвий контроль за формуванням штатних розписів Центрів первинної медичної допомоги в регіонах відповідно до покладених на них функцій

4.4. Переглянути положення наказу МОЗ України від 27.08.2010 № 728 "Про диспансеризацію населення" з метою впровадження скринінгу та планового лікування на засадах доказової медицини.

4.5. Визначити та затвердити перелік захворювань та станів, при яких медична допомога надається в закладах вторинного та третинного рівнів.

4.6. Розробити нормативи навантаження на лікарів-спеціалістів, які надають медичну допомогу на вторинному рівні.

4.7.Розробити нормативи навантаження для медичних сестер, які надають первинну та вторинну медичну допомогу.

4.8. Провести адаптацію системи фінансування за діагностично-спорідненими групами та її пілотну апробацію в закладах охорони здоров’я вторинного рівня різних регіонів

4.9. Доручити ДП "Державний експертний центр МОЗ України" переглянути медико-технологічні документи зі стандартизації медичної допомоги на первинному рівні надання медичної допомоги;.

4.10. Передбачити при плануванні наукової тематики на 2015 рік науково-дослідні роботи щодо наукового обгрунтування окремих складових реформи та результатів її проведення в цілому.