



МАУП

МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ
НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО СТУДЕНТІВ І МОЛОДИХ ВЧЕНИХ МАУП
ГО “Всеукраїнська Асамблея докторів наук з державного управління”
Інститут професійно-технічної освіти НАПН України
Інститут професійних кваліфікацій



ІНСТИТУТ ПРОФЕСІЙНИХ
КВАЛІФІКАЦІЙ

**Всеукраїнська науково-практична
конференція студентів та молодих вчених
“Проблеми реалізації
євроінтеграційного та євроатлантичного
курсів України”**

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

Частина I

13 травня 2020 р.

Київ
2020

УДК (327+323+321):(351+342+338)

Редакційна колегія:

Є. О. Романенко, д-р наук з держ. упр., проф. (голова);
А. А. Ігнатченко, канд. техн. наук (відповідальний редактор);
І. П. Бідзюра, д-р політ. наук, проф.;
Н. І. Верхоглядова, д-р екон. наук, проф.;
В. І. Воронін, д-р іст. наук, доц.;
А. М. Кислий, д-р юрид. наук, проф.;
Л. В. Янюк (виконавчий редактор).

*Схвалено Вченою радою Міжрегіональної Академії управління персоналом
(протокол № 3 від 25.03.2020 р.)*

Всеукраїнська науково-практична конференція студентів та молодих вчених “Проблеми реалізації євроінтеграційного та євроатлантичного курсів України”: тези доповідей : [Ч. І: збірник матеріалів конференції, м. Київ, 13 травня 2020 р.]. Київ: Міжрегіональна Академія управління персоналом, 2020. 148 с.

У пропонованому збірнику подано тези Всеукраїнської науково-практичної конференції студентів та молодих вчених “Проблеми реалізації євроінтеграційного та євроатлантичного курсів України”.

Тексти тез надано в авторській редакції. Автори несуть повну відповідальність за зміст публікацій, а також добір, точність наведених фактів, цитат, власних імен та інших відомостей.

УДК (327+323+321):(351+342+338)

© Міжрегіональна Академія
управління персоналом, 2020

ЗМІСТ

Дмитренко Геннадій Анатолійович, Головач Наталія Василівна Інноваційна технологія цифровізації системи освіти	7
Мелков Юрій Олександрович Європейські цінності та стратегії розвитку вищої освіти України: виклики стійкого розвитку	12
Щокін Ростислав Георгійович, Дацій Олександр Іванович, Романенко Євген Олександрович, Радкевич Валентина Олександрівна, Бородієнко Олександра Володимирівна, Короткова Ліна Ігорівна, Мірошніченко Олексій Валентинович, Колишко Родіон Анатолійович, Притоманов Сергій Олексійович Створення центрів професійної досконалості	15
Дуднік Андрій Сергійович, Дяченко Михайло Петрович, Дзюбан Андрій Сергійович Методи організації процесу розробки сайтів на основі технологій PHP та JAVASCRIPT	20
Бубнов Максим Юрійович, Згалат-Лозинська Любов Олександрівна, Молчанова Стелла Геннадіївна Європейський досвід реорганізації структури системи охорони здоров'я як інструмент підвищення доступності медичних послуг	23
Костюк Євген Сергійович Діяльність національного центру з питань євроатлантичної інтеграції України: 2003–2010 рр.	27
Рєпнова Тетяна Петрівна Психологічні аспекти самореалізації молоді в умовах карантину через поширення у світі епідемії COVID-19	31
Заверуха Володимир Георгійович Нормотворча діяльність в Київській Русі та Галицько-Волинському князівстві	35
Андрійчик Андрій Вікторович Перспективні напрями застосування результатів оцінювання персоналу та підвищення його ефективності на основі європейського досвіду	37

БУБНОВ Максим Юрійович

магістрант, НН ІМЕФ МАУП

ЗГАЛАТ-ЛОЗИНСЬКА Любов Олександрівна

канд. екон. наук, доц., НН ІМЕФ МАУП

МОЛЧАНОВА Стелла Геннадіївна

асист. каф. фарм., біол. та токс. хімії, НМУ імені О. О. Богомольця

ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ДОСВІД РЕОРГАНІЗАЦІЇ СТРУКТУРИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ІНСТРУМЕНТ ПІДВИЩЕННЯ ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Актуальність дослідження пов'язана з тим, що функціонування сучасних моделей організації охорони здоров'я характеризується тенденцією до оптимізації медичного обслуговування. В країнах ЄС з розвинутою ринковою економікою система охорони здоров'я реалізується принцип переорієнтації служб охорони здоров'я з лікування на ранню діагностику та профілактику захворюваності. Такі заходи дозволяють знизити загальну захворюваність, тяжкість протікання хвороби, рівень інвалідизації, і, відповідно, видатки на лікування.

Сьогодні в Україні кількість лікарів на сто тисяч населення удвічі більше, ніж у розвинених країнах. При цьому рівень медичного обслуговування значно нижчий. Тому головним напрямом реформи повинно стати впровадження моделей організації охорони здоров'я (ООЗ), яка максимально дозволить оптимізувати та переорієнтувати фінансування системи зі спеціалізованої медичної допомоги (другий, третій рівень) на первинну (перший рівень) [1]. Наразі в Україні з квітня 2020 р. стартував другий етап реформи охорони здоров'я, що має на меті реформувати модель охорони здоров'я з моделі Семашка на ринкову модель. Нагадаємо, що в моделі Семашка заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) були виключно бюджетними установами і перебували у власності держави або територіальних (комунальних) громад. Кошториси доходів і витрат цих ЗОЗ затверджувалися тими ж органами влади, у власності яких вони перебували, в результаті чого органи влади отримували стимул діяти в інтересах відповідних закладів, а не в інтересах конкретного пацієнта. Фінансування зазначених закладів здійснювалося за жорстким постатейним кошторисом на основі застарілих інфраструктурних нормативів, які заклад не міг порушити. Це позбавляло керівників ЗОЗ управлінської гнучкості та не сприяло мотивації до покращення результату. Відсутність у країні ефективної моделі фінансування системи охорони здоров'я означає відсутність у держави важелів для забезпечення ефективного управління нею та для по-

ліпшення здоров'я населення, що є основною метою діяльності цієї системи; відсутність ефективного планування та використання її ресурсів; відсутність стимулів, які спонукали б підвищувати якість та ефективність медичної допомоги; відсутність прозорості, підзвітності та справедливості системи охорони здоров'я та відсутність надійного фінансового захисту громадян у разі хвороби.

В умовах недостатності бюджетних коштів необхідно в першу чергу співставити структуру захворюваності та фінансування для оптимізації видатків системи охорони здоров'я [2]. Така оптимізація надання медичної допомоги в країнах з розвинутою системою охорони здоров'я (ОЗ) була пов'язана з посиленням відповідальності медичних працівників та ЗОЗ за якість лікування, яка залежить від ефективності 1) організації системи управління охороною здоров'я, 2) управління якістю персоналу (людського капіталу) та 3) якістю матеріально-технічної складової системи ОЗ.

Головні кошти мають бути спрямовані на первинну медицину, адже в цивілізованих країнах 80 % обсягу медичних послуг надається лікарями загальної практики й тільки решта — вузькоспеціалізованими медичними працівниками. Досвід європейських країн показує: практика сімейної медицини набагато ефективніша. Сімейний лікар добре знає свого пацієнта, тому зосереджений не на лікування, а на попередження захворювання. Так, у країнах Європи на сімейних лікарів витрачається до 30 % бюджету охорони здоров'я, і вони надають до 90 % з загального обсягу медичних послуг. До того ж висока частка медичної допомоги надається середнім медичним персоналом. В Україні інша пропорція — лише 5 % фінансування йде на сімейну медицину, при цьому вона надає 40 % послуг. Низький рівень оплати призводить до скорочення укомплектованості посад, в результаті поєднання 2–3 посад одним працівником зумовлює зростання інтенсивності праці, часто в збиток якості [3].

Слід однак відзначити, що в країнах ЄС медичні послуги надаються не лише за рахунок держфінансування, там активно діють страхові організації, які і акумулюють та перерозподіляють фінансові ресурси між ЗОЗ на користь більш ефективних з точки зору критерію “якість–економічна ефективність”. Зрозуміло, що чим краща якість лікування, тим більше пацієнтів, вищі оплати праці та ширші можливості розвитку матеріально-технічної бази, та, циклічно, краща якість лікування. В Україні ж поки що відсутні нормативно-правові підстави для впровадження медичного страхування, переважно через політичні суперечності, неефективну соціальну політику, високий обсяг тіньових доходів (в результаті чого значна частка коштів не оподатковується збором на обов'язкове соціальне страхування, що призводить до недоотримання бюджетом потрібних коштів).

Наразі в Україні на потреби ОЗ з держбюджету виділяється близько 7 % ВВП (в країнах – членах ЄС ~ 9,5 % ВВП) [2]. В той же час в країнах – членах ЄС частка державних витрат у структурі загальних витрат на охорону здоров'я становила 76 % у 2019 р., в Україні ж згідно статистичного бюлетеня “Національні рахунки охорони здоров'я України”, державні витрати в

сфері ОЗ становили лише 52 %, і майже 46 % витрат було сплачено пацієнтами безпосередньо за медичні послуги та придбання лікарських засобів, в той час як згідно Конституції послуги ОЗ громадяни України мають отримувати безоплатно у державних та комунальних ЗОЗ. Слід зазначити, що фактично існуюча пряма оплата людиною за лікування у разі хвороби у момент отримання медичної послуги — найменш ефективний і вкрай небезпечний для суспільства спосіб фінансування медичної допомоги. Як наслідок, близько 3,8 % домогосподарств в Україні (або 640 тис. родин) потерпають від катастрофічних витрат на медицину, 92 % населення боїться потрапити у фінансову скруту у випадку хвороби. І це в той час, коли *передплата за медичне обслуговування здійснюється громадянами у вигляді сплати загальних податків до державного бюджету (36,5 % від фонду оплати праці).*

Передбачається, що бюджетні кошти на фінансування медицини розподілятимуться за принципом “гроші ходять за пацієнтом”, а не “за інфраструктурою”. Предметом закупівлі має стати державний гарантований пакет медичної допомоги — прозоро визначений обсяг первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), екстреної медичної допомоги та лікарських засобів, право на отримання якого у разі потреби матимуть всі без винятку громадяни України [1]. Вартість цих послуг покриватиметься переважно внесками з обов’язкової системи страхування. У випадку часткового покриття пацієнти будуть здійснювати офіційну співоплату за послуги та/або лікарські засоби.

Так, станом на квітень 2020 р. закладами охорони здоров’я було обраховано тарифи на затверджені постановою КМУ від 05.02.2020 № 65 пакети медичних послуг. Ці тарифи у більшості значно занижені та не покривають реальної собівартості таких послуг. Відтак в результаті введення їх в дію дефіцит фінансування спостерігається у половині лікарень, які уклали договір з Національною службою здоров’я України (НСЗУ). Також відповідно ст. 32 Закону України “Про місцеве самоврядування”, управління ЗОЗ, які належать територіальним громадам — організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення — здійснюється коштами місцевих бюджетів. В результаті цього ряд медичних закладів не зміг підписати договір з НСЗУ та перейти на нову форму роботи через недостатні фінансові і кадрові ресурси, застарілу або відсутню матеріально-технічну базу, інформаційні системи тощо. Вирішення цих питань потребує колосальних витрат, які наразі є непосильними для місцевих бюджетів, відповідно більша частина лікарень у 2020 році отримає фінансування менше, ніж це було в 2019 році, а значна кількість населення буде позбавлена можливості отримати доступну та якісну медичну допомогу. На початку другого етапу реформи фінансування ЗОЗ ще більше ускладнилося поширенням коронавірусу COVID-19, в результаті чого було прийнято рішення про зупинку планових госпіталізацій хворих, хірургічних втручань, що призвело до зменшення кількості пролікованих випадків та амбулаторно наданих послуг, наслідком чого є критичне зменшення фінансування ЗОЗ з боку НСЗУ.

Слід однак відзначити, що невдалий початок II етапу медичної реформи не означає її провал. Подібна практика ООЗ показала свою ефективність в багатьох високорозвинутих країнах світу, зокрема майже у половині країн – членів ЄС (Великій Британії, Іспанії, Італії, Ірландії, усіх Скандинавських країнах), до того ж ВООЗ вважає цю модель вершиною еволюції системи ОЗ. На нашу думку в сучасних умовах єдиним способом забезпечити якісний медичний захист без фінансового стресу для громадян України є перехід до фінансування медицини за страховим принципом. Цей підхід дозволить розподілити ризики хвороби та витрати на лікування між великою кількістю застрахованих осіб, заздалегідь збираючи посильні внески з великого загалу людей і спрямовуючи зібрані кошти на виплати за страховим випадком у разі хвороби чи іншого розладу здоров'я. Такий симбіоз ринкової та соціальної моделі ОЗ також дозволить частково подолати проблему низького рівня кадрового, технологічного забезпечення ЗОЗ (недостатності, зношеності, якісної відсталості) та підвищити доступність та якість надання медичних послуг.

Джерела

1. Наказ МОЗ України “Про затвердження примірних етапів реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги” від 30.08.2010 р. № 735.
2. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / За ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. К., 2000. 670 с.
3. Управління охороною здоров'я на місцевому рівні: національний та зарубіжний досвід / О. Ю. Оболенський, І. М. Солоненко, Л. І. Жаліло та ін. К.: Асоціація міст України та громад, 2007. 191 с.