

**Київський національний торговельно-економічний університет  
Вінницький торговельно-економічний інститут  
Кафедра менеджменту та адміністрування**

## **КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

на тему:

«Реформування медичної галузі в Україні»

(за матеріалами КОМУНАЛЬНОГО НЕКОМЕРЦІЙНОГО ПІДПРИЄМСТВА  
«Центр первинної медико-санітарної допомоги» Піщанської селищної ради,  
смт. Піщанка, Вінницька область)

Здобувача вищої освіти  
II курсу, групи ПУА-21з(м),  
спеціальності 281 «Публічне  
управління та адміністрування»  
освітньої програми «Публічне  
управління та адміністрування»  
заочної форми навчання

Науковий керівник  
к.е.н., доцент

Гарант освітньої програми  
к.н.держ.упр., доцент

Степуленко  
Катерини  
Анатоліївни

Бондарчук  
Людмила  
Володимирівна

Ніколіна  
Ірина  
Іванівна

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ТА НЕОБХІДНОСТІ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ В УКРАЇНІ.....	6
РОЗДІЛ 2 ДОСЛІДЖЕННЯ МЕДИЧНОЇ, СОЦІАЛЬНОЇ ТА ЕКОНОМІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ.....	15
2.1 Загальна характеристика та аналіз основних результатів діяльності Центру первинної медико-санітарної допомоги Піщанської сільської об'єднаної територіальної громади.....	15
2.2 Основні проблеми первинної медико-санітарної допомоги населенню.....	21
РОЗДІЛ 3 ЗМІЦНЕННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ВПРОВАДЖЕННЯ РЕФОРМУВАННЯ.....	33
3.1 Особливості і результативність системи заходів реформування на сучасному етапі .....	33
3.2 Покращення системи первинної медико-санітарної допомоги на першому етапі реформування медичної галузі в Україні.....	38
ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ.....	45
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	47
ДОДАТКИ	

## ВСТУП

Багатогранність суспільного життя та життєзабезпечення країни тісно пов'язані зі здоров'ям населення. Статут (Конституція) Всесвітньої організації охорони здоров'я та Конституція України визнають невід'ємне право людини, незалежно від раси, релігії, політичних переконань, його соціально-економічного положення на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування.

Система охорони здоров'я, зокрема призначення медичної галузі країни знаходиться в умовах постійних трансформаційних змін, що досить *актуально* для відповідно проведених досліджень. Будучи багаторівневою й розгалуженою структурою, система, перетворюючись, формує складні підходи щодо визначення механізмів управління у державному і приватному секторах охорони здоров'я.

Вагомий внесок у дослідження питань реформування державного управління системою охорони здоров'я України вносять наукові праці Ю. Вороненко, Н. Герасименко, Л. Гриценко, В. Москаленко, К. Найштетік, Ф. Радиша, Г. Слабкого, М. Солоненко, М. Шутова та інші.

Утім, попри існуючий інтерес науковців до питань державного управління соціальними системами, до яких відноситься медична галузь, управління системними змінами у сфері охорони здоров'я в Україні не було визначено предметом спеціального дослідження, що й зумовило наукову актуальність і практичну значущість даного дослідження, визначило його мету та завдання.

*Гіпотезою* формування нової державної політики та проведених системних досліджень у галузі, включено глибинні нормативні трансформації та впровадження нових фінансових механізмів для забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я. За таких умов медична система країни має базуватися на трьох засадничих принципах: орієнтованість на людину, орієнтованість на результат, орієнтованість на



втілення кращих технологій та кращого досвіду надання медичних послуг.

*Мета кваліфікаційної роботи* полягає в обґрунтуванні теоретико-методологічних засад визначення механізмів державного управління, та особливостей реформування медичної галузі, які детермінують системні зміни у сфері охорони здоров'я України, розроблені методики оцінювання результатів ефективного розвитку механізмів державного управління медичними установами.

*Завдання роботи:*

- охарактеризувати структуру системи охорони здоров'я України – сутність та види медико-санітарної допомоги;
- проаналізувати основні проблеми медико-санітарної допомоги населенню;
- обґрунтувати оптимізацію системи надання первинної медико-санітарної допомоги;
- визначити методи вдосконалення ефективності та оцінки медико-санітарної допомоги в Україні та рівні окремого регіону (підрозділу);
- охарактеризувати перспективи розвитку первинної медичної допомоги.

*Предметом дослідження* є стан та особливості трансформаційних процесів медичної галузі в Україні.

*Об'єктом дослідження* є стан первинної медико-санітарної допомоги на основі загальної практики сімейної медицини на прикладі Комунального некомерційного підприємства Піщанської селищної ради.

*Загальні методи дослідження:* конкретно-пошукові (теоретичний аналіз, актуалізація та класифікація статистичних даних та друкованих джерел з питань державного регулювання системи охорони здоров'я);

- системного аналізу, що дав можливість структурувати механізми реформування первинної медико-санітарної допомоги та визначити пріоритетні напрями;
- статистичного аналізу для оцінки діяльності медичного закладу та аналізу динаміки стану здоров'я населення на протязі 3-х років;

- оцінка ефективності розвитку первинної медико-санітарної допомоги населенню за методом бального оцінювання, який є одним із доцільних методів досліджень.

*Інформаційну базу дослідження становлять Закони України, аналіз вітчизняних та закордонних наукових джерел, аналітичних доповідей та звітів, у тому числі міжнародних організацій, інформаційні матеріали Кабінету Міністрів України про стан ресурсного забезпечення галузі, документи Міністерства охорони здоров'я України ситуацій, інших міністерств і відомств, науково-дослідних інститутів, центрів і фондів, наукові доробки вітчизняних та зарубіжних авторів.*

*Наукова новизна визначає особливості* полягає в обґрунтуванні теоретико-методологічних засад визначення механізмів державного управління, та реформування медичної галузі, які детермінують системні зміни у сфері охорони здоров'я України в умовах реформування галузі, розроблені методики оцінювання результатів ефективного розвитку механізмів державного управління медичними установами.

*Апробація* результатів відображено в відображено в збірнику наукових праць X Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції «Актуальні проблеми ефективного соціально-економічного розвитку України: пошук молодих», тема доповіді: «Реформування первинної ланки медичної галузі в Україні», та на VIII Всеукраїнська науково-практична Інтернет-конференція «Менеджмент XXI століття: сучасні моделі, стратегії, технології», тема доповіді: «Особливості фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні».

Кваліфікаційна аналітична робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел. Робота містить 51 сторінку тексту, 2 таблиці та 7 рисунків, 4 додатка. У кваліфікаційній роботі використано 47 літературних джерел.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ТА НЕОБХІДНОСТІ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ В УКРАЇНІ

Для будь-якої держави світу, галузь охорони здоров'я, як і галузь освіти та науки, є не тільки фундаментом національної економіки, але й розглядається як сфера національних пріоритетів та національної безпеки в контексті глобалізаційних та інтеграційних викликів, особливо в умовах ризиків поширення інфекційних хвороб (туберкульоз, ВІЛ/СНІД, COVID-19). А відтак здорово охоронна стратегія ВООЗ сформульована в «Основах європейської політики та стратегія для XXI століття» рекомендує національним урядам здійснювати політику систематичного підвищення рівня розвитку і функціонування системи інформаційного забезпечення інституцій охорони здоров'я.

Протягом останніх 100 років Україна займає одне з перших місць в Європі за рівнем смертності населення. При цьому 25% передчасних смертей можна було б запобігти за умови належного лікування. Правильно організоване лікування на етапі первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) допомогло б уникнути 80% смертей серед працездатних чоловіків та 30% – серед працездатних жінок.

В Україні проводиться масштабна адміністративна реформа, яка торкається не лише політичної та соціальної сфер, а і сфери охорони здоров'я держави. Останні десятиліття майже всі держави тією чи іншою мірою реформували систему охорони здоров'я. Метою реформи є зміна парадигми державної політики, управління, забезпечення переходу до суспільства, де рішення виробляється відкрито, прозоро, демократично, згідно із законами, правилами, нормами та процедурами, що відповідають вимогам світової спільноти. Реформи системи охорони здоров'я – діяльність, пов'язана зі зміною політики та інститутів охорони здоров'я, через які вона проводиться.



Ключовими елементами реформи є: зміст (пакети реформ, що відображають мету, кількість і набір заходів), процес, інститути (організаційні структури, системи управління) (Рис 1.1).



Рисунок 1.1 - Основні складові елементи реформування медичної галузі

Досвід розвинутих європейських країн стосовно комплексних реформ (насамперед системи охорони здоров'я), результатом яких стало збільшення тривалості життя та зниження смертності, свідчить про необхідність пріоритетного розвитку ПМСД. Макро - і мікропроцеси в системі охорони здоров'я та методи їх регулювання, у тому числі через організаційно-управлінські та фінансові механізми пріоритетного розвитку і впровадження ПМСД на засадах загальної лікарської практики (ЗЛП)/сімейної медицини (СМ).

Якщо розглядати медичну галузь країни у дійсних умовах суспільного розвитку треба зацентувати увагу на головному орієнтирі побудови та удосконалення національної сфери охорони здоров'я – здоров'я населення. Пильна увага до її проблем організації, функціонування, управління/керування можна пояснити тим що, вона має визначальну роль у соціально-економічному розвитку країни, через збереження і відновлення здоров'я людського капіталу.

Нинішній період розвитку охорони здоров'я України характеризується

пошуком нових, сучасних підходів та шляхів до надання якісних медичних послуг, їх удосконалення задля забезпечення невід'ємного права на здоров'я й задоволення очікувань громадян та як наслідок зростання рівня громадського здоров'я у державі.

Негативні зміни здоров'я призводять не тільки до медико-соціальних проблем, включаючи страждання людей, але і спричиняють значні економічні збитки. Це зумовлює переосмислення підходів до визначення здоров'я як медичної та економічно-управлінської категорії. Сьогодні, в умовах інноваційного розвитку суспільства кінцевим результатом якісної роботи медичною системою є особистість, здатна забезпечити конкурентоспроможність економіки, рівень розвитку високих технологій виробництва, високі показники внутрішнього валового доходу, високий рівень матеріальної і духовного життя населення країни.

З огляду на це, потрібно перетворювати стратегії управління відповідно кращих практик які існують у світі, змінювати або модернізувати організаційні структури лікувальних закладів, виробляти нові системні підходи до фінансування та ціноутворення медичних послуг, нові методи оцінки діяльності різних учасників процесу з надання медичної допомоги.

Ми вважаємо – проблема лежить не в технології або законодавстві України, вона знаходиться в площині механізмів державного управління галуззю і лікувальних організацій. Тому, важливим є вивчення механізмів державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я, їх розвитку та модернізації для обґрунтування реформаторських або еволюційних змін.

Головним елементом теоретичного підходу до державного управління будь-якою сферою/системою є організація, а механізми державного управління – процес взаємодії їх всередині, де у результаті з'являться нові властивості організацій, установ або закладів. Ця властивість є характерною для медичної системи [22].

Водночас залишається поза сумнівом, що формування комплексу сучасного, цілісного механізму державно-управлінського впливу, могло б



значною мірою запобігти прорахункам і помилкам, що мали місце в медичній галузі [23]. Тому, дослідження та проведення теоретичного аналізу засад щодо організації механізмів державного управління процесу реформування у сфері охорони здоров'я, як державно-управлінської категорії, визначення їх сутності і характерних особливостей стає украй актуальними у системі державного управління України.

Разом з тим виділення певної частки перешкод, що здебільшого виникають у практиці державного управління галуззю охороною здоров'я, та їх узагальнення у вигляді певних проблемних блоків видається цілком реальним, що дає змогу значно краще їх діагностувати, прогнозувати, а значить, якісно вирішувати [25].

До них відносяться:

- адміністративно-командне управління, в центрі якого стоїть держава;
- відсутність розвитку сучасних моделей співробітництва, за якими стратегічне керівництво є продуктом спільної діяльності, що діють на рівні самоуправління та самогосподарства;
- брак між секторальною співпрацею і об'єднання всіх учасників навколо процесу збереження та поліпшення здоров'я людей, як спільної мети;
- недосконалість пошуку сучасних соціально-економічних форм та інтеграцій медичних організацій, механізмів державно-управлінського впливу з одночасним контролем доцільності втручання держави у лікувальну справу.

Слід зазначити, що в теорії державного управління відносно специфіки і особливостей реформування медичної галузі та охороною здоров'я вироблено низку підходів, спираючись на які можна по-різному структурувати проблемне поле механізмів державного управління [26].

При адекватному режимі управління, як свідчить сучасна світова практика, процес державного управління охороною здоров'я в основному набуває стратегічного характеру, а при кризовому він «забезпечується в рамках чинних законів політичної боротьби, обмеженням прав і свобод громадян, а також значним звуженням дії механізмів саморегуляції» [31].

На розвиток цих напрацювань серйозним завданням є виділення і

узагальнення стандартних блоків проблемного поля механізмів державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я з урахуванням різних методологічних підходів до аналізу і класифікації державно - управлінських проблем (рисунок 1.2).

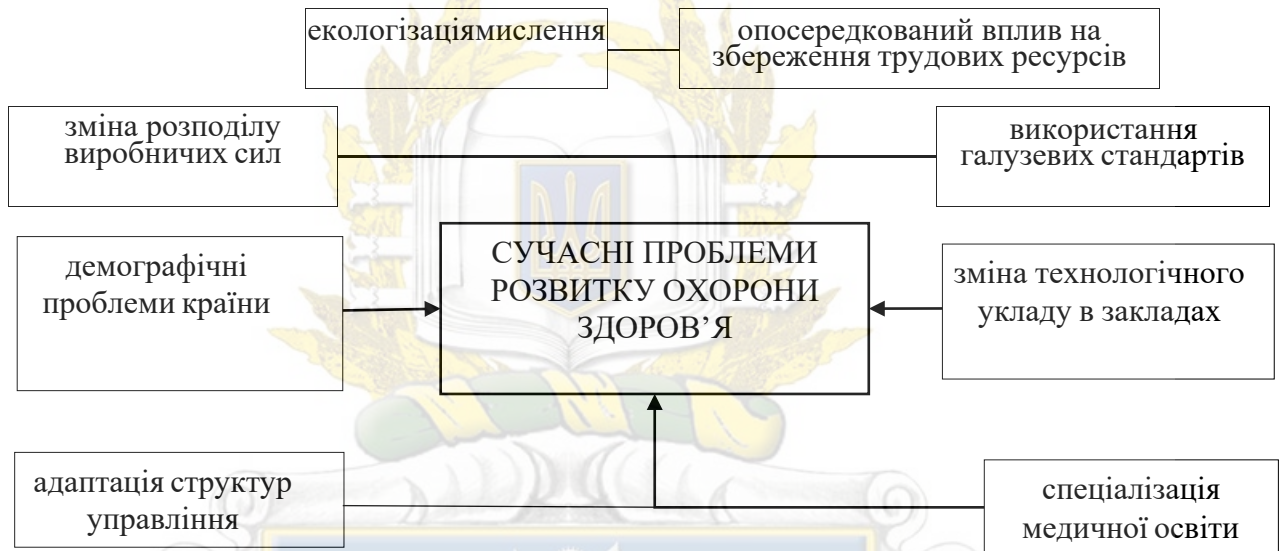


Рисунок 1.2. - Проблемне поле дослідження механізмів державного управління процесу реформування у сфері охорони здоров'я

Медичне обслуговування громадян України потребує якісного покращення, зокрема це є системною основою процесу реформування медичної галузі в цілому. Причиною цьому служать погіршення стану здоров'я і висока смертність працездатних людей, скорочення терміну життя і неоднакові можливості населення отримати належне медичне обслуговування. Такі висновки зроблені в концепції державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на основі загальної практики – сімейної медицини на 2010–2025 рр. та у загальнодержавній програмі розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2030 року

Вивчивши світовий досвід та усвідомлюючи відповідальність за суттєві проблеми в системі охорони здоров'я, МОЗ України пропонує основні зусилля спрямувати на розвиток первинної медичної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини, яка є одним із головних пріоритетів розбудови національних систем охорони здоров'я, особливо в умовах дефіциту фінансових ресурсів.

У сучасній Україні пошук вирішення проблем системи охорони здоров'я йде шляхом забезпечення належного рівня здоров'я населення. Про це наголошується в стратегічних документах міжнародного, європейського та національного рівнів, де головною метою є дії та завдання, спрямовані на збереження і зміцнення здоров'я, надання населенню доступної і якісної медичної допомоги відповідно до рівня технологічного розвитку медичних закладів, реальних потреб населення та з дотриманням принципів рівності та справедливості [12].

На думку фахівців, на рівні закладів первинної ланки можливо розпочинати і закінчувати лікування до 90% пацієнтів, що потребує до 30% фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я.

Економічним підґрунтям для визначення пріоритету у розвитку первинної медико-санітарної допомоги є вартість обслуговування одного випадку надання допомоги на первинному рівні, яка у 7–8 разів менша, ніж на вторинному, та 20 разів менша, ніж на третинному рівні.

Перерозподіл навантаження у бік первинної медико-санітарної допомоги дозволить збільшити ресурсне наповнення одного випадку надання допомоги в умовах спеціалізованих та високоспеціалізованих закладах охорони здоров'я та зменшити дефіцит фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я в цілому.

На сьогодні первинній медико-санітарній допомозі в Україні властиві системні недоліки, що зумовлюють обмеженість її ролі в наданні допомоги, недостатній вплив на здоров'я громадян, а відтак низьку ефективність системи охорони здоров'я в цілому.

В Україні первинна медико-санітарна допомога представлена доволі роздробленими структурами, які в переважній більшості функціонально, організаційно та фінансово поєднані зі спеціалізованою амбулаторною допомогою.

Таким чином, процеси трансформаційних змін національної сфери охорони здоров'я, здебільше будуть стосуватися організаційного, нормативного та економічного механізмів діяльності. А здійснювана, у нашому дослідженні, переоцінка наявних механізмів державного управління найбільше стосується



питань – організаційно-економічного регулювання, мотивації, фінансування, нормативного ставлення до питань якості надаваних послуг. До того ж, досягання найкращої ефективності та результативності в боротьбі за громадське здоров'я, з дотриманням етичних імперативів.

Сучасна національна сфера охорони здоров'я належить до складної само розвинутої, динамічної системи. Та як було відзначено у попередньому дослідженні, механізми державного управління та необхідність проведення елементів реформування медичною сферою є сукупністю правових, організаційних, нормативних, економічних, фінансових, мотиваційних та інформаційних заходів. Вони створюють систему управління галуззю, тому розглядати їх потрібно у сукупності впливу кожного на організаційне суспільство та один на інший. Відповідно до діючого Закону, органи місцевого самоврядування в межах своєї компетенції можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я.

Вони можуть брати активну участь в оновленні матеріально-технічної бази лікувальних закладів, їх капітальному ремонті та реконструкції, підвищення оплати праці медичних працівників (програми «місцевих стимулів»), а також у місцевих програмах надання населенню медичних послуг і програм громадського здоров'я та ін.

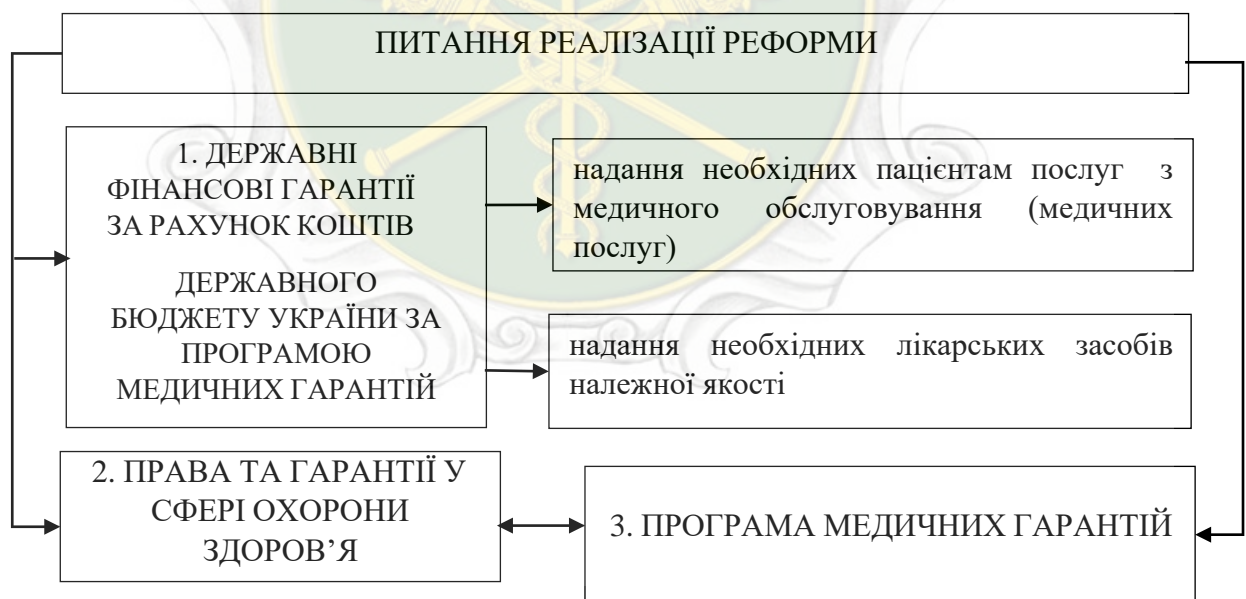


Рисунок 1.3 - Розвиток медичної реформи згідно із Законом України

Тобто, ми бачимо тісне з'їдання правового та фінансового механізмів державного управління галуззю. Хоча певного розподілу функцій, з виконанням їх, ще не маємо.

Наступне положення ЗУ «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» стосується, нормативних, фінансових та інформаційних механізмів державного управління галуззю, а саме розробки певної частини програми медичних гарантій на тлі галузевих стандартів охорони здоров'я [18].

Диференціація державного управління медичною галуззю та взаємодія окремих елементів в процесі проведення реформування медичної галузі, як суспільним явищем та системою дозволяє дійти до висновку, що суть системного підходу полягає в тому, що, у результаті його функціонування галузь характеризується певними параметрами, вихід за межі яких буде свідчить про відхилення від існуючої норми.

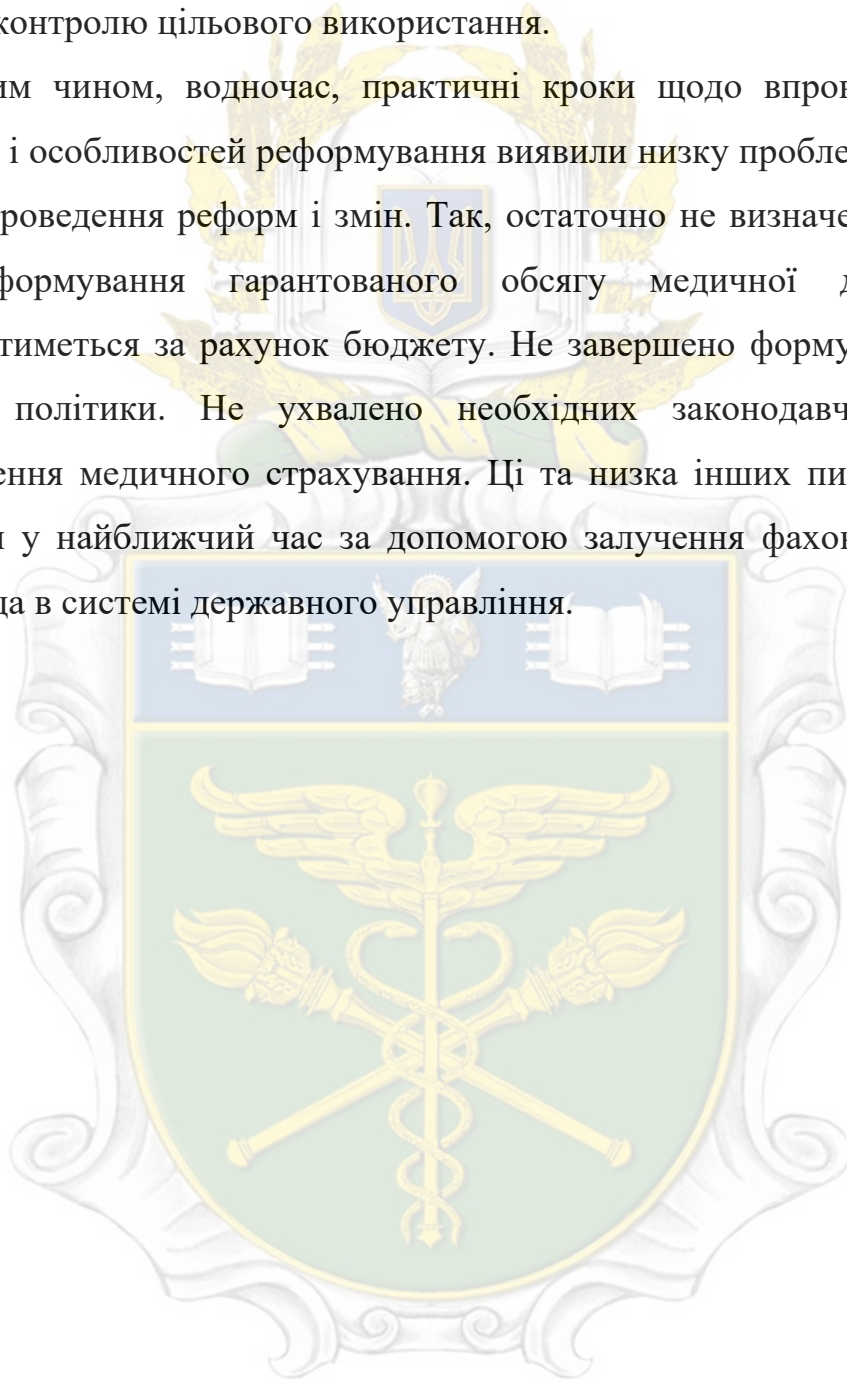
Це зводиться до такого – механізми державного управління охороною здоров'я будуть мати можливість відтворювати себе як ефективну систему; забезпечувати управління розвитком складових держави, суспільства та країни; створювати умови для успішного руху країни до нової якості характеристик конкурентоздатності та соціально-гуманітарного комфорту [27].

Практичним заходам із реформування передувала підготовка та ухвалення низки нормативно - правових актів, котрі забезпечують методологічні основи для запланованих змін. Найважливішим і водночас найскладнішим елементом нового механізму стала перебудова системи фінансування медичних послуг, а саме впровадження Програми медичних гарантій, перехід на кавітаційні нормативи в первинній ланці та принцип фінансування конкретно наданих послуг на рівні вторинної та третинної допомоги.

Протягом 2000-х років державні та муніципальні медичні заклади провадили швидко, не контрольовану державою комерціалізацію діяльності. При лікарнях виникли так звані благодійні фонди та каси, до яких практично

кожен пацієнт вносив оплату за послуги. Щодо складних видів лікування, зокрема операцій, то медицина фактично ставала платною на 60-70 відсотків. В цю систему «органічно» вписався порядок закупівлі та розподілу ліків — величезні бюджетні кошти витрачалися за відсутності прозорого механізму їх обліку та контролю цільового використання.

Таким чином, водночас, практичні кроки щодо впровадження нового механізму і особливостей реформування виявили низку проблем, що гальмують успішне проведення реформ і змін. Так, остаточно не визначені методологічні основи формування гарантованого обсягу медичної допомоги, який фінансуватиметься за рахунок бюджету. Не завершено формування цінової та тарифної політики. Не ухвалено необхідних законодавчих актів щодо впровадження медичного страхування. Ці та низка інших питань потребують вирішення у найближчий час за допомогою залучення фахового експертного середовища в системі державного управління.





## РОЗДІЛ 2

### ДОСЛІДЖЕННЯ МЕДИЧНОЇ, СОЦІАЛЬНОЇ ТА ЕКОНОМІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

2.1 Загальна характеристика та аналіз основних результатів діяльності Центру первинної медико-санітарної допомоги Піщанської сільської об'єднаної територіальної громади

Охорона здоров'я визначається одним із пріоритетних напрямків державної політики та одним із основних факторів національної безпеки країни. Перспективність розвитку суспільства визначається станом здоров'я людини та державними витратами на охорону здоров'я.

Основним підходом до концепції реформування охорони здоров'я є створення належних умов для надання якісної своєчасної первинної медичної допомоги. Первинна медико-санітарна допомога визнана Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я найбільш важливим елементом національних систем охорони здоров'я. Розвиток первинної медико-санітарної допомоги є одним із ключових елементів у підвищенні ефективності національної системи охорони здоров'я.

Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги Піщанської сільської об'єднаної територіальної громади» створене за рішенням Піщанської сільської ради від 02 травня 2019 року №1-16/VII. Основними напрямками діяльності є надання первинної медичної допомоги населенню Піщанської ОТГ, управління медичним обслуговуванням населення, а також вжиття заходів з профілактики захворювань та підтримання громадського здоров'я та є неприбутковим підприємством.

Підприємство здійснює господарську некомерційну діяльність, спрямовану на збереження та зміцнення здоров'я населення та досягнення інших соціальних результатів без мети одержання прибутку.

Комунальне некомерційне підприємство здійснює медичне обслуговування шляхом надання первинної медичної допомоги населенню на кінець звітного періоду у кількості 14296 осіб, у відсотковому співвідношенні 75% від загальної кількості населення. укладених декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу.

Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги Піщанської сільської об'єднаної територіальної громади» визначає питання організаційної та фінансової підтримки роботи комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги Піщанської сільської об'єднаної територіальної громади» (далі – Центр ПМСД).

Центр ПМСД здійснює господарську некомерційну діяльність, яка не передбачає отримання прибутку згідно з нормами відповідних законів, та спрямована на досягнення, збереження, зміцнення здоров'я населення та інші соціальні результати. Підприємство має самостійний баланс, здійснює фінансові операції через розрахунковий рахунок в Управлінні державної казначейської служби України в місті Новомосковську та розрахункові рахунки в установах банків.

Кількість затверджених штатних посад по комунальному некомерційному підприємству «Центр первинної медико-санітарної допомоги Піщанської сільської об'єднаної територіальної громади» становить 70 одиниць з них 14,0 посад віднесені до адмінперсоналу, що становить 20% від загальної кількості штатних одиниць., в т. ч.:

- лікарі - 17 од.;
- середній медперсонал - 29,25 од.;
- молодший медперсонал - 5,5 од.;
- інший персонал - 18,25 од..

Структуру підприємства складають: Керівний склад ЦПМСД, адміністративно-управлінський і допоміжний персонал, 4 амбулаторії загальної практики-сімейної медицини, 5 фельдшерських пунктів.



Рисунок 2.1. - Організаційно-управлінська схема системи Центру первинної медико-санітарної допомоги Піщанської сільської об'єднаної територіальної громади

Впровадження реформ первинної ланки медичної допомоги супроводжує безліч проблем. Одна з них – недостатній кількісний та якісний склад медичного персоналу. Адже низький рівень заробітної плати медичних працівників і відсутність економічної мотивації для роботи у закладах первинного рівня, насамперед у сільській місцевості, призводить до значної плинності кадрів.

В Піщанському районі кадрове забезпечення закладів ЗПСМ складається з 4-х лікарів ЗПСМ та 3-х медичних сестер ЗПСМ. Відсоток укомплектованості становить: лікарів – 94, а медичних сестер – 100.

Крім того, не створено умови для закріплення кадрів на місцях: немає житла для фахівців, соціальної інфраструктури у сільській місцевості тощо.

У первинній ланці працює багато пенсіонерів. Заміщення дільничних лікарів на лікарів ЗП/СМ відбувається поступово.

Результати досліджень щодо матеріально-технічного стану будівель закладів ПМСД в Піщанському районі показали, що 23% СЛА мають термін



експлуатації понад 50 років, 30% перебувають в аварійному стані, а близько 40% потребують добудови і реконструкції, що вказано у додатку Б.

Стосовно оснащення: повністю оснащені лише 35% закладів ПМСД у цілому. Зокрема, ЛОР-обладнанням – 45%, а офтальмологічним – 40% цих закладів.

Загальна потреба закладів ПМСД у транспортних засобах становить 1 одиниця. Дорогу з твердим покриттям мають лише до 80% СЛА. Водночас, 97% ФАПів розташовані від закладу, де допомогу може надати лікар на відстані понад 2 км, а 57% – понад 7 км., 86% СЛА розташовані від ЦРЛ на відстані понад 8 км, а майже 47% – понад 10 км.

Таким чином, більшість проблем в системі організації реформування стосуються саме якості та ефективності, які обумовлені недоліками самої системи охорони здоров'я, зокрема її первинного рівня. Для прискорення реформи ПМСД на основі впровадження ЗП/СМ слід вирішити передусім такі проблеми:

- створення нормативно-правової, матеріально-технічної та організаційно-методичної бази для широкого впровадження ЗП/СМ;
- створення комплексної системи професійної підготовки та перепідготовки кадрів для ЗП/СМ;
- інформаційне забезпечення впровадження ЗП/СМ;
- розгляд сім'ї як об'єкта ЗП/СМ, як одиниці здоров'я з введенням використання характеристик сім'ї (соціально-демографічних, медико-біологічних, психологічних, правових тощо) і на цій основі – відпрацювання принципів, форм і методів професійної діяльності лікарів і медичних сестер ЗП/СМ у сім'ях, що обслуговуються залежно від фаз розвитку і особливостей конкретної сім'ї;
- продовження її апробації на базових територіях для наукового супроводу реформи ПМСД;
- розробка і апробація системи оцінок (за комплексом показників) медичної та соціально-економічної ефективності переходу ПМСД на систему ЗП/СМ;

– застосування принципів комплексності та наступності у наданні медичної допомоги.

З метою оптимізації керованості закладів первинної ланки, використання фінансових ресурсів, які виділяються на первинну допомогу, фінансової сталості закладів ПМСД створюються центри ПМСД. До їх складу входять АЗП/СМ та ФАПи, які забезпечують надання первинної лікарської та долікарської допомоги населенню окремого сільського району, або міста чисельністю 30–100 тис. осіб.

Функціями таких центрів є: укладання договорів із замовником на надання послуг первинної медичної допомоги; планування та координація діяльності закладів ПМСД, що входять до його складу; забезпечення якісною медичною діагностикою; облік і звітність; фінансовий менеджмент; визначення і розподіл стимулюючих виплат для працівників.

Розвиток первинної медико-санітарної допомоги в Піщанському районі Вінницької області регламентуються такими нормативними документами:

1. Рішення Вінницької обласної ради від 28 грудня 2015 року №231 «Про обласну програму «Центральний регіон – 2020». Обласна програма «Центральний регіон – 2020» розроблена відповідно до: програми Президента України «Україна – для людей»; програми економічних реформ «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». Під час формування програми враховано:

- пріоритетні напрями Стратегії економічного і соціального розвитку Вінницької області на період до 2020 року, яка затверджена рішенням обласної ради від 24 листопада 2020 року №95;
- основні завдання і показники державних цільових програм на середньостроковий період;
- основні завдання і показники обласних цільових програм на середньостроковий період;
- пропозиції громадських організацій, наукових установ, органів місцевого самоврядування, інших організацій і установ, населення, які надійшли під час проведення соціологічного опитування, громадських

обговорень галузевих розділів програми на пряму телефонну лінію голови обласної державної адміністрації.

В програмі передбачається підвищення якості і доступності медичних послуг в Піщанському районі. Серед головних проблем області визначено:

- нерівний доступ до послуг охорони здоров'я, наявність диспропорції в організації системи надання медичної допомоги первинного, вторинного і третинного рівнів;
- складна кадрова ситуація у галузі охорони здоров'я в області, у першу чергу в сільській місцевості.

Цілі та завдання програми передбачають в тому числі:

- забезпечення реалізації заходів щодо реформування галузі охорони здоров'я області (оптимізація ліжкового фонду, структурно-функціональна трансформація медичних закладів області, впровадження нових моделей і схем управління галуззю охорони здоров'я, створення госпітальних округів, центрів первинної медико-санітарної допомоги); повсюдне впровадження клінічних протоколів;
- впровадження після прийняття на державному рівні єдиної методики розрахунків медичних послуг; поліпшення матеріально-технічної бази лікувально-профілактичних закладів області; розвиток інституту сімейного лікаря на основі зміцнення ролі первинної медичної допомоги;
- забезпечення пріоритетного, першочергового комплектування лікарськими кадрами та середнім медичним персоналом закладів охорони здоров'я сільської мережі; закріплення медичних кадрів у сільській місцевості шляхом створення належних умов для праці та їх проживання; забезпечення підготовки та підвищення кваліфікації працівників закладів охорони здоров'я; перепідготовки лікарів загальної практики – сімейної медицини, помічників лікарів загальної практики – сімейної медицини; реалізація обласних заходів щодо залучення та закріплення молодих спеціалістів-лікарів для роботи в медичних закладах області.



## 2.2 Основні проблеми первинної медико-санітарної допомоги населенню

На сьогодні охорона здоров'я є досить складною системою з багатьма чинниками та детермінантами здоров'я, які охоплюють все суспільство. Медико-демографічна ситуація, що склалась останнім часом в Україні, свідчить про незадовільний стан здоров'я населення, який проявляється у низькій народжуваності порівняно з високим рівнем смертності, насамперед чоловіків працездатного віку, від'ємному природному прирості населення, а також високому рівні поширеності хронічних неінфекційних захворювань.

На такі захворювання страждає до 60 відсотків дорослого та майже 20 відсотків дитячого населення.

Особливе занепокоєння викликає проблема передчасної смертності чоловіків, тривалість життя яких за 2000–2020 роки зросла лише на один рік, тоді як у країнах, які приєдналися до ЄС у 2010–2020 роках, за аналогічний період тривалість життя чоловіків зросла на чотири роки.

У 2019 році в Україні тривалість життя жінок була на вісім років коротша, ніж в середньому у країнах ЄС, а чоловіків – на 12 років.

Соціально-економічними наслідками передчасної смертності є не лише зменшення років потенційного життя та збільшення величини безповоротних втрат унаслідок смерті, а і значні економічні збитки.

Через передчасну смертність населення України лише щороку втрачається близько 4 млн. років потенційного життя, відповідно обсяг недовиробленого національного продукту становив від 47,9 до 89,1 млрд. гривень, причому лєвова частка втрат була зумовлена смертями чоловіків.

Таблиця 2.1. - Окремі показники здоров'я населення в Україні та країнах Європейського Союзу

Показники	Україна	ЄС
Смертність, на 1000. населення	16,3	9,69
Очікувана тривалість життя, років, в тому числі:	68,1	79,13
Очікувана тривалість життя чоловіків, років	62,44	76,01
Очікувана тривалість життя жінок, років	73,84	82,16
Очікувана тривалість здорового життя, років	59,2	67,0
Природний приріст населення (на 1 тис. населення)	- 5,7	+ 0,9 <sup>1)</sup>
Захворюваність на туберкульоз, на 100 000 населення	82,44	15,48
Смертність від туберкульозу, на 100 000 населення	21,29	1,07
Захворюваність на СНІД, на 100 000 населення	9,73	1,37
Захворюваність на ВІЛ, на 100 000 населення	28,44	5,74

Викликає занепокоєння тенденція до погіршення стану психічного здоров'я молодих людей. Поряд із стійким скороченням чисельності населення кількість інвалідів в Україні за останні 20 років подвоїлася. На початок 2019 року налічується 2,7 млн. осіб з інвалідністю, або майже 6 відсотків загальної чисельності населення. Водночас через складну і за регульовану процедуру експертизи рівень інвалідності населення суттєво менший за відповідний європейський показник (перевищує 10 відсотків).

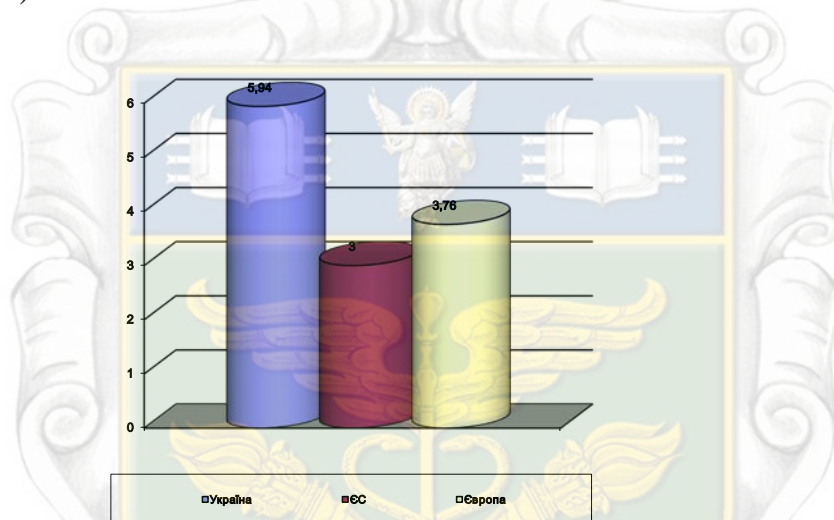
Існуюча система охорони здоров'я не в повному обсязі задовольняє потреби населення у високоякісній та ефективній медичній допомозі. Реформи, які проводилися до цього часу в галузі охорони здоров'я, не дали бажаного результату у зв'язку з тим, що носили непослідовний, переважно фрагментарний характер, в цілому не змінюючи застарілу з часів планової економіки систему надання медичної допомоги, що не дало можливості адаптувати її до ринкових відносин в національній економіці.

Розпорошеності ресурсів галузі сприяє одночасне виконання понад 20 загальнодержавних та державних цільових програм у галузі охорони здоров'я. Виконання заходів такої кількості програм не забезпечує їх адекватного

фінансування та організацію впровадження та контролю за ефективністю використання. Ситуація, що склалася внаслідок наведених причин, є реальною загрозою виникнення незворотних процесів у стані фізичного та психічного здоров'я населення країни і, як наслідок, може негативно позначитися на соціально-економічному, політичному, духовному розвитку української нації в цілому, що створює загрозу національним інтересам держави.

Первинна ланка практично не впливає на медичний маршрут пацієнта, що негативно позначається на якості подальшого обслуговування.

Надлишкова кількість стаціонарних закладів та лікарняних ліжок. Чисельність стаціонарів більше ніж вдвічі перевищує аналогічний показник країн Європи, що призводить до розпорошення ресурсів та низької якості (див. рисунок 2.2).



Число стаціонарів на 100 000 населення

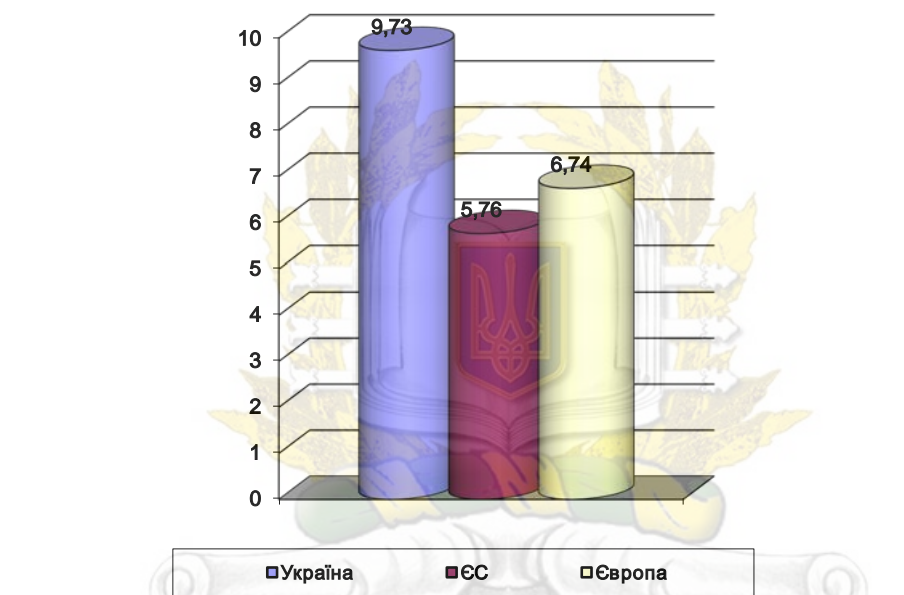
Рисунок 2.2 - Мережа лікарняних закладів в Україні за звітний рік

Самостійно звертаються до лікарів-спеціалістів майже третина (29,5%) громадян, до стаціонарів – 16,9% пацієнтів, 43,2% – медична допомога надається на більш високому рівні, ніж необхідно.

Частка малопотужних лікарень до 50 ліжок у загальній чисельності всіх лікарень становить 12%. Загальна забезпеченість ліжками на 10 000 населення (незважаючи на те, що в Україні відбулося скорочення ліжкового фонду майже на третину) залишається досить високою – 9,73 за даними Держкомстату, що у



1,7 разів перевищує аналогічні показники в країнах ЄС та в 1,4 рази – в Європейському регіоні в цілому (рисуюнок 2.3).



Число лікарняних ліжок на 10000 населення

Рисуюнок 2.3 - Забезпеченість ліжками в Україні за звітний рік

В Україні приділялася в основному увага розвитку і фінансуванню дорогих видів спеціалізованої та швидкої медичної допомоги. Протягом багатьох років на утримання закладів первинної допомоги, де можливо розпочинати і закінчувати лікування понад 80 відсотків пацієнтів, витрачалося лише 10 відсотків коштів державного бюджету, виділених для охорони здоров'я.

На сьогодні не застосовується комплексність та наступність у наданні медичної допомоги. Не приділяється достатньої уваги профілактиці та диспансерній роботі, внаслідок чого ускладнюються захворювання, що потребують дорогого лікування. Первинна допомога є частиною спеціалізованої амбулаторної допомоги. У таких умовах управління первинною допомогою із застосуванням економічних важелів практично неможливе.

ПМСД є основним видом медичної допомоги, доступної у сільській місцевості.

Основними проблемами первинної ланки в сільській місцевості є:

### 1. Нераціональність структури, системи управління та фінансування:

- надмірна децентралізація управління;
- фінансування структур, а не їх роботи.

### 2. Неоптимальність мережі:

– доцільність функціонування до 5000 ФАПів є проблематичною (низьке навантаження);

- понад 1800 ФАПів доцільно реорганізувати у лікарські амбулаторії.

### 3. Низька привабливість праці на селі зумовлена:

#### а) наднормативним навантаженням та низьким рівнем оплати праці:

- навантаження на штатну посаду перевищує нормативи;
- доходи лікарів-спеціалістів та працюючих у приватному і фармацевтичному секторах суттєво вищі, ніж лікарів первинної ланки;
- у більшості суміжних держав оплата праці лікарів первинної ланки значно вища, ніж в Україні;

б) невирішеністю соціальних проблем сільських медиків, понад 900 лікарів первинної ланки, що працюють у сільських амбулаторіях, дільничних та районних лікарнях, не мають власного житла;

в) неналежним забезпеченням транспортними засобами та медичним обладнанням.

Оснащеність автомобілями для забезпечення первинної допомоги сільським жителям становить 3497 од. при мінімальній потребі у 5,0 тис. од. Сучасний стан мережі закладів охорони здоров'я є одним із чинників неефективного використання ресурсів галузі.

В Україні на сьогоднішній день повинно функціонувати близько 7 тис. ФАПів, а працюють близько 15,1 тисяч. Європейські орієнтири відсутні (дороги + автомобіль для роботи медсестер + телефонний зв'язок), наявність ПК та ін.

Кількість сільських лікарських амбулаторій повинна бути 5–6 тис. од., а налічується лише 3600 од. Одна лікарська амбулаторія обслуговує від 1,5 до 3 тис. прикріпленого сільського населення. Кількість дільничних та районних (номерних) лікарень, центрів ПМСД та лікарських амбулаторій у містах не має на даний час чіткого нормування.

Основними ресурсами первинної медико-санітарної допомоги (система МОЗ України) є заклади первинної медико-санітарної допомоги. Рівень укомплектованості лікарями цих закладів становить 81,0%, середнім медичним персоналом – 92,0%.

Технологічне забезпечення первинної та невідкладної медичної допомоги у сільські місцевості залишається незадовільним. У містах стан технологічного забезпечення первинної допомоги суттєво не відрізняється від такого у сільській місцевості.

У реформуванні первинного сектору, порівняно з країнами Європейського Союзу, Україна дещо запізнилася з реформами. Кількість закладів ПМСД на 10 тис. населення в Україні в 3 рази менше, ніж в країнах ЄС (Україна – 1,2 заклади на 10 тис. населення, ЄС – 4,9), чисельність лікарів цієї ланки у 1,5 рази нижче за аналогічний показник у країнах ЄС (Україна – 6,3 лікаря на 10 тис. населення, ЄС – 9,4 на 10 тис. населення).

Два наступні напрями реформування, а саме, впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги та принципу «гроші ходять за пацієнтом» — тісно пов'язані між собою та найскладніше підлягають практичній реалізації.

Перший варіант законопроекту про фінансові гарантії, підготовлений на початку 2017 року, передбачав, що повністю безкоштовними для населення будуть тільки три види медичної допомоги — первинна, екстрена та паліативна. Пізніше, за наполяганням громадськості, до цього списку додали лікування дітей та обслуговування вагітності й пологів. Для інших видів, зокрема вторинної та третинної допомоги, було запропоновано принцип спів оплати: держава визначатиме, яку частку витрат покриватимуть за державний кошт, а яку — з інших джерел: власних статків хворого, добровільного страхування, місцевих бюджетів.

Перейдімо до самої системи фінансування, яка передбачає оплату за конкретно надані послуги згідно із принципом «гроші ходять за пацієнтом». На першому етапі перетворення мають розпочинатися з первинного рівня відповідно до відомої у світовій системі охорони здоров'я моделі: встановлення



нормативів витрат на одного жителя (подушних, капітаційних). Кожен житель підписує договір із лікарем первинної ланки; загальна сума фінансування визначається залежно від прикріпленого таким чином контингенту шляхом множення кількості прикріплених на норматив.

Протягом 2018/20 року такі декларації (форма договору) вже підписали дві третини дорослого населення, а уряд затвердив відповідні нормативи.

Безумовно, здійснені кроки є позитивним проміжним результатом реформування сфери охорони здоров'я. Однак говорити, що реформа первинної ланки близька до завершення, ще зарано. Процес підписання декларацій показав, що майже на 100 відсотків ці угоди укладаються із тими жителями, які й раніше були адміністративно закріплені за цими самими районними терапевтами. Право щодо вибору сімейного лікаря додатково отримали особи, офіційно не зареєстровані в органах місцевого самоврядування, які раніше не могли прикріпитися до поліклініки через відсутність реєстрації.

Зрозуміло, що підписання декларацій не є самоціллю. Головна мета — зробити декларації інструментом визначення розміру фінансування. Уряд затвердив нормативи фінансування на одного жителя для того, щоб диференціювати розміри коштів для лікарів залежно від їх оцінки населенням та від вікової структури пацієнтів.

Для впровадження в службу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини (ПМСД) науковцями підтримана професійна модель забезпечення якості, яка передбачає: високий кваліфікаційний рівень лікаря, відповідний до прийнятих кваліфікаційних вимог, що є гарантом якості наданої лікарем медичної допомоги; високий рівень організації праці, що повинна забезпечити лікарю всі умови для ефективної роботи і орієнтована на задоволення потреб і очікувань пацієнтів. Оцінка якості медичної допомоги повинна проводитись за допомогою професійної експертизи та аналізу думки пацієнтів.

Внутрішню основу професійній моделі управління якістю ПМСД складає концепція безперервного підвищення якості медичної допомоги (надалі – БПЯ). Ідеологія цієї концепції базується на двох положеннях:

1) більша частка проблем якості медичного обслуговування обумовлена не невдачами окремих співробітників, а недоліками системи охорони здоров'я (за даними деяких авторів, результативність медичної допомоги на 80–95% залежить від організації та управління);

2) заходи з удосконалення системи повинні бути спрямовані не на потреби медичних закладів, а, передусім, на потреби пацієнтів і базуватись на чотирьох принципах:

- чітке визначення мети підвищення якості;
- встановлення, розподіл і застосування найкращих результатів (найкраща практика);
- постійна професійна самооцінка і самопідготовка;
- залучення пацієнтів до організації ПМСД.

БПЯ передбачає комплексний та динамічний підхід до удосконалення якості роботи системи охорони здоров'я загалом (системний підхід), як шляхом постійної модифікації та удосконалення результатів діяльності системи в цілому, так і шляхом постійної модифікації та вдосконалення її складових (структура, процес, результат) і взаємозв'язків між ними, виявлення та вирішення існуючих проблем.

Основною метою підвищення якості медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні є зміцнення здоров'я громадян, підвищення доступності та ефективності медичної допомоги. При цьому, основним результатом є задоволення потреб пацієнта.

Аналіз діяльності ПМСД дасть можливість приймати управлінські рішення як на рівні окремого закладу, району чи області, так і на державному рівні, і таким чином впливати на результат – здоров'я населення – через покращення і структурних, й процесних компонентів. Шляхом аналізу показників діяльності кожного звітного періоду можливо досягти значних

успіхів у коригуванні недоліків організації медичної допомоги та забезпечити високу чутливість системи ПМСД до очікувань пацієнтів.

Оцінка чутливості системи ПМСД концептуально відображує очікування людей. Тому для оцінки чутливості ВООЗ рекомендує використовувати дані соціологічних опитувань (опитувань пацієнтів).

Враховуючи те, що пацієнт – центральна фігура, на яку спрямована робота системи ПМСД, для більш повної оцінки ефективності системи ПМСД слід враховувати також задоволеність населення медичною допомогою. Для визначення чутливості системи ПМСД не обов'язково проводити масштабні соціологічні опитування. З цією метою можна запровадити анкети пацієнтів, які отримують послуги на рівні ПМСД, а також використати існуючу статистичну звітність щодо пацієнтів при проведенні моніторингу ПМСД: до діючої статистичної форми пропонується ввести додатковий розділ, де буде представлено інформацію про пацієнтів, які звернулись до закладу.

Виходячи з вищевикладеного і спираючись на міжнародні характеристики загальної практики-сімейної медицини (ЗП/СМ) як спеціальності, пропонуються індикатори ефективності ПМСД, за якими можна оцінити діяльність, організацію та розвиток ПМСД на місцевому, регіональному і на державному рівні.

Ці характеристики спеціальності узагальнені і розподілені за сімома напрямками. Перший напрямок – доступність. Його можуть характеризувати індикатори, що визначають структурний елемент, а саме:

- радіус обслуговування закладу ПМСД; частка сімейних лікарів, серед усіх лікарів закладу ПМСД; частка сімейних медичних сестер, серед усіх медсестер закладу ПМСД;
- співвідношення лікарів і медсестер ЗП/СМ; обслуговування незалежно від віку;
- забезпеченість автотранспортними засобами в робочому стані (для села і міста окремо);
- забезпеченість обладнанням згідно табеля, затвердженого МОЗ України;



- потреба у капітальному ремонті;
- навантаження лікарів (для села і міста окремо).

Для Центру первинної медико-санітарної допомоги Піщанської сільської об'єднаної територіальної громади відсутній розрахунок таких показників в статистичній, економічній та бухгалтерській звітності, але є деякі дані, які можливо використати для обрахування деяких індикаторів за методикою вимірювання «Індикатори ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги» :

- частка сімейних лікарів, серед усіх лікарів закладу ПМСД – (всього – 39 чол, з них 4 – лікарі ЗПСМ, отже індикатор  $4:39 \times 100 = 10$ , оцінка індикатора – 0, ваговий коефіцієнт – 0,85 – п. 1.2 Методики);
- частка сімейних медичних сестер, серед усіх медсестер закладу ПМСД – (всього – 136 чол, з них 3 – медсестри ЗПСМ, отже індикатор  $3:136 \times 100 = 2.2$ , оцінка індикатора – 0, ваговий коефіцієнт -0,7 – п. 1.3 Методики);
- співвідношення лікарів і медсестер ЗП/СМ закладу ( $4: (3:4) = 5.3$  – с оцінка індикатора 3, ваговий коефіцієнт 0,7 – п. 1.4 Методики);
- інші показники необхідно розраховувати з даними, які мають надати відповідні спеціалісти різних служб.

Другий напрямок – підхід орієнтований на пацієнта, сім'ю, громаду. Пропонуються такі індикатори структури, як обладнання робочих місць лікарів ПК із ліцензійним програмним забезпеченням. Індикаторами процесу є визначення думки пацієнтів шляхом опитування; наявність повідомлень про виявлення побічної дії лікарських засобів.

Індикаторами, що визначають результат може бути задоволеність пацієнтів медичним обслуговуванням впродовж звітного періоду; вивчення скарг пацієнтів на медичне обслуговування / медичний персонал.

Для моніторингу дотримання третього напрямку – співпраця та координація медичної допомоги – запропоновано такі індикатори процесу як направлення на другий та вищий рівні медичної допомоги; наявність

договірних відносин між лікарем ЗПСМ/закладом ПМСД; членство у професійній асоціації.

Головним критерієм оцінки процесу Центру первинної медико-санітарної допомоги Піщанської сільської об'єднаної територіальної громади є проведення сімейним лікарем профілактичної роботи (Інформаційне забезпечення процесу вакцинації проти Ковід-19) з населенням громади, залучення членів громади до співпраці. Показниками є виконання плану профілактичних щеплень; координування і профілактичне консультування окремих груп/осіб, які мають фактори ризику.

Оціночні коефіцієнти індикатора на рівні лікаря/закладу пропонуються як: зроблено профілактичних щеплень не менше ніж 95% від планової кількості: 3 – більше 95% запланованих; 2 – 50–95%; 1 – 20–49%; 0 – менше, ніж 20%. Отже, знаючи оціночний коефіцієнт, головний лікар амбулаторії, або приватний сімейний лікар, який працює насадах договору з пацієнтом, може корегувати ефективність власної діяльності з боку організації процесу – може покращити профілактичну роботу.

Оціночні коефіцієнти за рівнем індикатора на рівні району, області, держави полягають в оцінці частки закладів ПМСД, які провели не менше 95% профілактичних щеплень від запланованих: 3 – більше 95% закладів; 2 – 50–95% закладів; 1 – 20–49% закладів; 0 – менше 20% закладів. Аналіз коефіцієнтів дасть можливість впливати на організацію процесу профілактики з боку керівництва Центру первинної медико-санітарної допомоги Піщанської сільської об'єднаної територіальної громади.

Недостатня якість первинної допомоги зумовлена: технологічною відсталістю закладів; неналежним кадровим забезпеченням; відсутністю стандартів лікування; відсутністю мотивації працівників; застарілими принципами фінансування; відсутністю дієвої системи управління первинною допомогою; повільністю у прийнятті управлінських рішень; недостатністю наукового обґрунтування та нормативно-правової бази.

Причинами цих проблем є: відсутність державної підтримки в розвитку ПМСД; зокрема на прикладі Центру первинної медико-санітарної допомоги

Піщанської сільської об'єднаної територіальної громади, відсутність належної інформаційної підтримки реформування ПМСД, та висвітлення переваг сімейної медицини; відсутність реорганізаційних та управлінських змін в системі надання лікувальних послуг.





## РОЗДІЛ 3

### ЗМІЦНЕННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ВПРОВАДЖЕННЯ РЕФОРМУВАННЯ

3.1 Особливості і результативність системи заходів реформування на сучасному етапі

Суть реформи охорони здоров'я можна сформулювати як значні цілеспрямовані зусилля з покращення системи охорони здоров'я. За результатами проведених нами досліджень, система охорони здоров'я визначається, як сукупність організацій, інститутів і ресурсів, призначених для надання будь-якого виду медичних послуг на індивідуальному чи колективному рівні (у тому числі на основі між секторальної взаємодії), головна мета яких полягає у зміцненні, відновленні та підтриманні здоров'я. Реформи розрізняються залежно від того, скільки аспектів системи змінюються та наскільки радикально нова практика відрізняється від попередньої. Успішна реформа впроваджує взаємозалежні заходи, що підтримують один одного.

Враховуючи поточну ситуацію та традицію розподілу людських ресурсів, у короткостроковій перспективі не існує способів відмовитися від нинішнього поєднання сімейної медицини, дільничних терапевтів та педіатрів, мережі жіночих консультацій, які надають первинну медичну допомогу.

Однак чіткі ініціативи в розрізі проведення реформування зі зміцнення первинної ланки повинні початися з визнання сімейних лікарів автономними суб'єктами (через механізм приватної практики для первинної ланки за прикладом Великої Британії, Нідерландів, Данії), особливо у сільській місцевості. Поступове введення та підтримка приватної практики первинної медичної допомоги (ПМД) буде супроводжуватися перепідготовкою лікарів та зміною вимог до ліцензування цього виду практики.

Протягом певного часу лікарі, що практикують окремо, надаватимуть послуги паралельно або у складі центрів ПМД, а їх послуги будуть покриватися

з державного бюджету або шляхом медичного страхування (після його впровадження) через схожі механізми фінансування (подушний принцип зі зваженими ризиками). Фінансування первинної ланки має здійснюватися через формування замовлення на послуги на рівні області.

Принцип свободи вибору може бути використаний громадянином (реєстрація у одного «обраного лікаря»), щоб скористатися характерною особливістю ПМД – знання лікарем особливостей життя пацієнтів, яких він обслуговує. Лікарям первинної ланки буде надано ексклюзивне право скерування пацієнтів до спеціалістів шляхом укладання договорів із відповідними закладами.

Під час реформування та модернізації системи охорони здоров'я України повинні бути окреслені цілі та завдання, виконання яких допоможе реалізувати соціальні цінності та прагнення в дусі традицій сучасної, демократичної Європи. Право людини на здоров'я повинно базуватися на економічному та соціальному розвитку і політичній стабільності. Україна потребує ефективного функціонування юридичних, фінансових, економічних, структурних, управлінських, організаційних, інформаційних і комунікаційних інститутів із метою досягнення найкращих результатів для здоров'я (його рівня та рівності в ньому), фінансової захищеності при отриманні медичної допомоги, оперативного задоволення вимог та очікувань громадян і загальної ефективності галузі.

За результатами використання і впровадження системи загальних заходів реформування система охорони здоров'я повинна орієнтуватися на такі принципи:

1. Гарантований пакет послуг, що доступний кожному громадянину. Цей принцип повинен бути застосований незалежно від статі, віку, сексуальної орієнтації, релігійних чи політичних переконань, сімейного або цивільного стану. Він повинен бути застосований до всіх і кожного, та базуватися на повазі до прав людини. Водночас, держава повинна приділяти особливу увагу вразливим соціальним групам, оскільки показники здоров'я у них суттєво відстають від показників решти населення.

2. Дотримання національних стандартів якості та професіоналізму. Цей принцип спрямований на надання якісної медичної допомоги, яка повинна бути безпечною, ефективною і спрямованою на задоволення потреб пацієнта, підтримку, освіту та розвиток персоналу, удосконалення управління галуззю.

3. Взаємоповага пацієнтів та медичних працівників. Повага, гідність, співчуття й турбота повинні бути принципом номер один у роботі з пацієнтами. Їх безпека, досвід під час перебування в системі та результати для здоров'я будуть покращуватися, коли медичні працівники відчуватимуть свою цінність, матимуть відповідні повноваження та підтримку, а пацієнти будуть відчувати себе партнером, а не об'єктом лікування.

4. Співпраця різних секторів економіки, служб, організацій в інтересах пацієнтів, громад та населення (між секторальна взаємодія). Система охорони здоров'я як галузь повинна взаємодіяти з іншими службами, органами державного сектору та широким колом громадських об'єднань, благодійних організацій та юридичних осіб приватної форми власності з метою підвищення рівня здоров'я та добробуту.

5. Співвідношення ціна-якість та найбільш ефективне, справедливе та стійке використання обмежених ресурсів. Державні кошти на охорону здоров'я мають бути спрямовані винятково на благо громадян. Держава повинна прагнути до того, аби кожна витрачена платником податків гривня приносила якомога більше результату для здоров'я людей.

6. Підзвітність громадам і пацієнтам. Система відповідальності та підзвітності за прийняття рішень повинна бути прозорою та зрозумілою для громадськості, персоналу та пацієнтів. Із цією метою уряд повинен гарантувати постійну можливість доступу до інформації та основних показників здоров'я, а органи центральної та місцевої влади систематично звітувати перед громадою або її представниками (радами) за результати діяльності в сфері охорони здоров'я.

Таким чином, реформування української системи охорони здоров'я, яка характеризується фінансовою та ресурсною розпорошеністю та деформованістю структури медичних послуг, повинна провадитись таким



чином, щоб, з одного боку, забезпечити зростаючий попит населення на медичну допомогу, а з іншого – стримувати зростання витрат на охорону здоров'я.

Виходячи з вищенаведеного, для забезпечення ефективності реформування сфери охорони здоров'я, особливо фінансової та організаційної її складових необхідні:

### 1. Зміцнення фінансової основи сфери охорони здоров'я:

1.1 Запровадити для забезпечення обґрунтованості державних видатків та їх ефективного використання регіональний моніторинг стану здоров'я населення та на його основі формувати потреби закладів охорони здоров'я на регіональному рівні;

1.2. Визначити з метою створення прозорого механізму фінансування сфери охорони здоров'я чіткий перелік гарантованих державою послуг з охорони здоров'я, як, наприклад, невідкладну медичну допомогу, медичну допомогу на первинній ланці тощо, виходячи з наявного обсягу фінансування;

1.3. Створити механізм послідовного переходу на багатоканальну (з різних джерел), бюджетно-страхову модель охорони здоров'я, фінансування якої складалося б з трьох основних джерел: державне фінансування, обов'язкове та добровільне медичне страхування. Для цього підготувати нормативно-правову базу запровадження бюджетно-страхової медицини в Україні;

1.4. Запровадити з метою збільшення обсягів фінансування сфери охорони здоров'я механізми інноваційного фінансування СОЗ (система взаємообумовлених і взаємопов'язаних за ресурсами, строками і виконавцями заходів, спрямованих на досягнення конкурентних цілей або завдань на пріоритетних напрямках розвитку галузі) шляхом, зокрема, введення механізму цільового використання акцизних зборів на шкідливі для здоров'я продукти (алкоголь, тютюнові вироби, напої з великим вмістом цукру тощо) та цільового їх використання на забезпечення, наприклад, державної програми «онкологія».

2. Удосконалення організаційно-правових механізмів діяльності сфери охорони здоров'я:

2.1. Здійснити з метою раціонального використання бюджетного фінансування, зокрема, у частині підготовки медичних кадрів, наступні заходи:

- забезпечити формування державного замовлення на підготовку фахівців на підставі пропозицій регіональних органів охорони здоров'я;

- сформувавши механізми контролю за відпрацюванням молодими спеціалістами встановленого трирічного терміну та компенсаторні механізми при його порушенні;

2.2. Розробити механізми договірних відносин між державними органами та відомчими закладами охорони здоров'я щодо раціонального використання їхніх ресурсів для всієї громади;

2.3. Розробити з метою комплексного врегулювання всіх аспектів нормативно-правової бази сфери охорони здоров'я базовий документ – Кодекс законів України про охорону здоров'я;

2.4. Забезпечити, з метою забезпечення якості надання медичної допомоги, розроблення нових та оновлення існуючих медичних стандартів і клінічних протоколів надання медичної допомоги на основі доказової медицини з паралельним забезпеченням процедури контролю МОЗ України, місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування та інститутами громадянського суспільства над реалізацією та дотриманням цих стандартів;

2.5. Запровадити з метою підвищення ефективності використання ресурсів СОЗ, систему диференційованої стимулюючої оплати праці в СОЗ та системи контрактних державних закупівель медичних послуг шляхом укладання контрактів між надавачами медичних послуг (медичними закладами, приватно-практикуючими лікарями) та платником – державними органами управління з прив'язкою до якості та шкали складності надання медичної допомоги.

### 3.2 Покращення системи первинної медико-санітарної допомоги на першому етапі реформування медичної галузі в Україні

Нова, сучасна на сьогодні до використання модель системи охорони здоров'я ґрунтується на наданні допомоги сімейними лікарями, які є основою оновленої системи охорони здоров'я і передбачає

- розмежування медичної допомоги за її видами (на первинну, вторинну та третинну медичну допомогу); формування мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я з урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні,
- необхідності забезпечення належної якості такого обслуговування, своєчасності, доступності для громадян, ефективного використання трудових і фінансових ресурсів (на першому етапі створення центрів первинної медико-санітарної допомоги; створення консультативно-діагностичних центрів (КДЦ);
- створення госпітальних округів); надання безоплатної медичної допомоги на договірних засадах (за рахунок бюджетних коштів у закладах охорони здоров'я, з якими головними розпорядниками бюджетних коштів укладені договори про медичне обслуговування населення); керованість медичних маршрутів пацієнтів (система направлень); вільний вибір лікаря первинної медичної допомоги.

Для ефективного розвитку системи охорони здоров'я необхідно, щоб та її частина, що пов'язана з організацією та управлінням установами охорони здоров'я, була адекватна сучасним, якісно новим економіко-правовим відношенням. Тільки в цьому випадку можлива повноцінна консолідація та якісна взаємодія держави, бізнесу та суспільства з питань охорони здоров'я громадян. Проте сьогодні в системі охорони здоров'я України наявна ціла низка проблем структурно-управлінського характеру, що потребують кардинальної зміни існуючого підходу до управління та організації медичної допомоги.



Дослідження допомогли виділити пріоритетні проблеми розвитку охорони здоров'я на найближчі десятиріччя. До їх числа зараховані:

- формування організаційної структури первинної медико-санітарної допомоги за принципом лікаря загальної практики (сімейного лікаря);
- реорганізація швидкої медичної допомоги;
- формування етапної стаціонарної медичної допомоги за принципом лікарень із різною інтенсивністю лікувально-діагностичного процесу;
- впровадження системи оцінки, контролю та забезпечення якості медичної допомоги.

Відзначені напрями можна подати у вигляді векторів реформ охорони здоров'я, тобто шляхів переходу від моделі, що склалась, до перспективної. До їх числа належать:

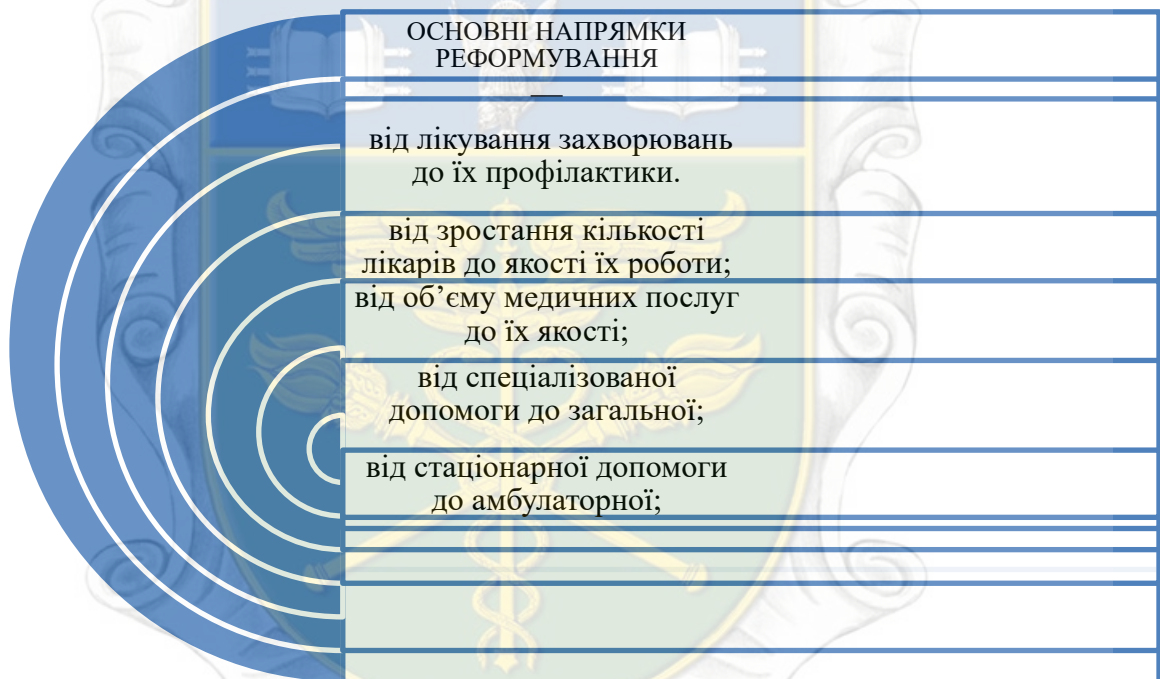


Рисунок 3.1. - Основні напрями реформування медичної галузі в Україні на прикладі центрів первинної медико-санітарної допомоги

Також реформа передбачає створення пулів фінансових ресурсів шляхом об'єднання коштів на третинну, вторинну та екстрену медичну допомогу відповідно до цього рішення заклади вторинна і екстрена медична допомога (частково третинна) повинні фінансуватись за рахунок обласного бюджету;

перехід до оплати праці з урахуванням обсягів та якості роботи Обсяги роботи: надбавки за більшу чисельність приписного населення (для сімейного лікаря понад 1500 в містах, 1200 в селах); якісні показники враховують роботу лікаря з пацієнтами, профілактичні огляди, ранні виявлення захворювань, надмірне спрямування пацієнтів до вузьких медичних спеціалістів.

Таким чином, систему реформування та реформи на місцях необхідно проводити дотримуючись чіткого графіка, плани реформування повинні враховувати структуру мережі та потреби у фінансуванні із врахуванням наявності територій із нерозвиненою первинною / вторинною ланками, а також оптимізації мережі медичних закладів всіх рівнів.

Під час перехідного періоду слід дозволити пацієнтам без направлення сімейного лікаря звертатись напряму до лікарів вторинного рівня, щоб частково зняти напругу з первинної ланки.

Місцеві органи влади повинні сприяти створенню ЦПМСД шляхом надання приміщень для відкриття відокремлених амбулаторій (навіть, у багатоквартирних будинках), а також слід утриматись від створення кількох амбулаторій в одному приміщенні (з метою зниження чисельності адміністративного персоналу і як наслідок ризику виникнення можливих конфліктних ситуацій).

На сьогодні сформувалась ціла низка проблем у сфері охорони здоров'я, серед яких слід відзначити низьку доступність якісної медичної допомоги, високі неофіційні платежі, неефективна структура надання медичної допомоги, неефективні принципи фінансування системи охорони здоров'я та недостатнє фінансування, а також низький рівень профілактики.

Все це обумовило необхідність здійснення реформ у вітчизняній сфері охорони здоров'я, які почалися у 2011 році, шляхом прийняття Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги», а також Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві»

Аналіз першого етапу реформування системи охорони здоров'я показав, що створення центрів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) або кількох амбулаторій в приміщеннях колишніх поліклінік, в яких залишились консультативно-діагностичні центри або підрозділи, призвело в першу чергу до конфлікту між рівнями медичної допомоги (через існування двох юридичних осіб в одній будівлі ЦПМСД та КДЦ, що часом супроводжувалось неузгодженнями щодо поділу приміщень, майна та обладнання між цими юридичними особами, оплатою комунальних платежів) та конфлікту між завідуючими амбулаторій одного ЦПМСД всередині первинного рівня медичної допомоги.

Створення амбулаторії, яке передбачає зміну місця знаходження лікарів призвело до незрозумілого маршруту пацієнтів, оскільки вони не отримали одразу інформацію щодо нового маршруту отримання медичної допомоги, а створенні центрів ПМСД та амбулаторій не завжди було вирішено питання задачі аналізів.

Передумовою успішної реформи є розробка і затвердження планів оптимізації мережі медичних закладів на рівні області та окремих районів, яку не було здійснено на достатньому кваліфікованому рівні. Також необхідно передбачати розвиток мережі відокремлених амбулаторій; чітко визначити послідовність реформування – розташування приміщень, проведення ремонтів, оснащення підрозділів відповідно до таблицю оснащення; варто зробити ремонт приміщень та вдосконалення інфраструктури в разі переведення надання допомоги із приміщень, в яких традиційно надавали медичну допомогу населенню.

Якщо адресно звернути увагу на результати досліджень Центру первинної медико-санітарної допомоги Піщанської сільської об'єднаної територіальної громади, варто зауважити участь в проекті «Сприяння розвитку соціальної інфраструктури», що передбачає всебічну підтримку закладам первинної ланки, отримала швидкі тести для виявлення антитіл IgG/IgM до нового коронавірусу 2019 – nCoV, тести на визначення антигену грипу А+В, для виявлення гепатиту В.



Це сприяє підвищенню якості діагностування коронавірусної хвороби, грипу, гепатиту та інфаркту міокарда. В Центрі успішно працює електронна система обліку пацієнтів, ведеться електронний запис на прийом.

Забезпечується впровадження електронної медичної картки пацієнта, направлення до вузьких спеціалістів, стаціонарне лікування, лабораторні та інструментальні обстеження вторинної та третинної ланок. Здійснено перехід на електронний документообіг в частині рецептів на лікарські препарати за Урядовою програмою «Доступні ліки».

Станом на 31.12.2020 року сімейними лікарями виписано 17 729 рецептів на лікарські препарати для лікування серцево-судинних захворювань, бронхіальної астми, цукрового діабету 2 типу. В рамках програми «Доступні ліки» протягом 2020 року безоплатними медикаментами або з невеликою доплатою забезпечено 4117 пацієнтів.

Забезпечується виписка пільгових лікарських препаратів згідно з постановою КМУ від 17.08.1998 №1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань» (зі змінами і доповненнями) та міською. За 2020 рік використано 1053,231 тис. грн.

Адміністрація підприємства забезпечує оперативний контроль за показниками роботи, експертизою якості надання медичної допомоги. Сучасні дослідження показують всю важливість так званого людського фактору при виникненні дефектів надання медичних послуг, оскільки частота помилок персоналу коливається в межах від 30 до 80%, при цьому мотивація персоналу до спостережливості, сумлінності, працьовитості й обов'язковості не ефективні - людські помилки практично неминучі.

Будь-яка організація, особливо медичної спрямованості, повинна мати систему оцінки для запобігання помилок, оскільки більшість виникаючих дефектів можна попередити лише завдяки її дії. В умовах низької культури безпеки, неадекватної організації праці, високої завантаженості персоналу виникають ситуації, коли ці бар'єри стають не ефективними.

Згідно з результатами дослідження Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), більше 30 випадків неналежного надання медичної допомоги були об'єднані п'ятьма загальними недоліками: недостатня комунікація, перешкоди для прояву ініціативи, неефективні системи і процеси як економічного характеру, так й всередині організації, ізоляція. Всі зазначені недоліки являють собою ризик для пацієнта, що у свою чергу, дозволяє вважати безпеку лише краплею в загальній проблемі не ефективної системи управління медичною допомогою.

На початку епідемії, 17 березня 2020 р. на базі Центру пройшли навчально-тренувальні заняття з виявлення коронавірусної інфекції COVID-19. Навчання проведені спільно з департаментом охорони здоров'я Вінницької ОДА, Вінницьким обласним лабораторним центром МОЗ України та обласним центром екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Практична частина передбачала відпрацювання алгоритму спільних дій усіх служб при виявленні хворого з коронавірусом. Учасники навчання на практиці продемонстрували поетапність надання медичної допомоги хворому з підозрою на коронавірус.

Сімейні лікарі, терапевти та педіатри є першою ланкою у боротьбі з хворобою COVID-19. Вони ведуть пацієнтів, які лікуються вдома на амбулаторному рівні, забезпечують постійний контроль поточного стану пацієнта і його контактних осіб за телефоном, місцем проживання або надання медичної допомоги згідно стандартів надання медичної допомоги хворим на COVID-19 з дотриманням правил інфекційного контролю. З метою підтримки медичних працівників первинної ланки в умовах пандемії, з міського бюджету у 2020 році виділено 562,7 тис. грн.

У рамках протидії поширенню коронавірусної інфекції COVID-19, проведено розмежування потоків хворих з інфекційними та неінфекційними захворюваннями. В амбулаторіях загальної практики – сімейної медицини та облаштовані спеціалізовані блоки, так звані фільтри, для прийому хворих з ознаками ГРВІ, в амбулаторіях створені відокремлені кабінети.

З появою пандемії в Україні, місто зразу уклало договори на закупівлю швидких тестів, дезінфекційних засобів, комплектів засобів індивідуального захисту та інших виробів медичного призначення. На вказані цілі протягом березня-грудня 2020 року витрачено 1404,0 тис. грн.

Проведення інформаційної кампанії є одним із шляхів здійснення успішної реформи, тому слід розробити стандартизовані вимоги до інформаційних стендів на яких буде представлено перелік інформації необхідний для пацієнтів (загальна схема надання медичної допомоги, перелік лікарів ЦПМСД, з яких пацієнти можуть вибирати лікарів, телефонні номери амбулаторій).

Подальшим напрямом наукових досліджень вбачається у пошуку шляхів удосконалення організації роботи центрів первинної медико-санітарної допомоги при реформуванні системи охорони здоров'я в Україні.

Медична система та необхідність процесу реформування з кожним роком об'єднує свої зусилля з іншими науковими дисциплінами (економікою, менеджмент, соціологія, психологія та ін.) та практичними сферами державного управління (фінансовою, освітньою, соціальною та ін.) за для збереження та зміцнення здоров'я, подовження тривалості активного життя і працездатності громадян. Інакше кажучи, один об'єкт вивчається з різних сторін, різними методами, які відповідають тій або галузі науки або певними механізмам управління.



## ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

Теоретико-прикладний аналіз розвитку механізмів державного управління та процес необхідності запровадження елементів реформування системними змінами у сфері охорони здоров'я в науковому дискурсі дозволив визначити основні тематичні площини дослідження проблеми: методологічні засади державного управління сферою охорони здоров'я у період системних змін; реформування системи охорони здоров'я України в умовах демографічної кризи, складної соціально-політичної ситуації, окупації і анексії частини країни; адаптація організаційних структур управління на рівні системи і закладу медичної освіти до змінних умов і ринкових механізмів послуг охорони здоров'я; економіка охорони здоров'я і ефективність використання ресурсів в галузі охорони здоров'я; соціально - економічна ефективність системи охорони здоров'я.

На основі аналізу нормативно-правової бази щодо реформування сфери охорони здоров'я країни узагальнено проблеми, що гальмують або уповільнюють реалізацію Національної стратегії реформування медичної системи України. Зроблено висновок, що актуальність дослідження проблеми державних механізмів управління посилюється необхідністю подолання низки суперечностей у сфері охорони здоров'я, а управління сферою охорони здоров'я в Україні потребує системних змін, які повно не визначені ані в рамках медичної реформи, ані у теоретичних розробках вітчизняних науковців з державного управління.

Ще одним важливим напрямом реформування може стати посилення орієнтації на лікаря, а не на заклад. Такий підхід давно обговорюється в експертних колах, а нещодавно на нього звернуло увагу МОЗ. Ідеться про практику багатьох країн світу — отримання лікарями індивідуальних ліцензій на ведення медичної практики та покладання на них персональної професійної відповідальності за результати наданих послуг. На первинному рівні відсутність орієнтації на лікаря, а не на заклад, уже гальмує реформування,

оскільки не сприяє ефективності нової системи фінансування. Впровадження такого підходу можливе також на третинному рівні: для виконання складної та висококваліфікованої лікувальної програми (особливо оперативного втручання) пацієнт матиме право обрати конкретного лікаря, укласти з ним договір, а лікар тоді зможе обрати заклад на умовах оренди як обладнане приміщення, найняти асистентів, молодший персонал, анестезіологів — своєрідна форма медичного бригадного підряду. Для впровадження такої системи необхідно передбачити низку умов.

Як бачимо, у реформуванні медицини ще багато невиконаних завдань. Для вирішення цих питань Україна має фахове експертне середовище. Наразі, напевно, бракує організаційних зусиль для ефективного залучення таких експертів до процесу, але сподіваємося на позитивні зрушення у цьому напрямку



**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Вовк С. М. Системні трансформації охорони здоров'я : монографія. Кривий Ріг : ДДУУ : Вид. Р.А. Козлов, 2017. 315 с
2. Вовк С. М. Державно-приватний розвиток суспільної сфери охорони здоров'я. *Науковий Вісник Академії Муніципального управління. Сер. Управління*. 2016. № 3. С. 44–50..
3. Briner M. et al. Assessing hospitals' clinical risk management: Development of a monitoring instrument. *BMC health services research*. 2010. V.10, № 1. P. 337-345.
4. Григорович В. Р. Удосконалення управлінських механізмів державної підтримки системи охорони здоров'я в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2019. № 2. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=93> (дата звернення: 15.04.2017).
5. Солоненко Н. Д. Удосконалення механізмів державного управління перебудовою галузі охорони здоров'я в Україні в контексті суспільних потреб. *Державне управління в Україні: реалії та перспективи*: зб. наук. пр. НАДУ, 2015. С. 424-431.
6. Лазоришинець В. В. Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення : монографія. Київ.: МОЗ України. ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». Міжрегіональний видавничий центр «Медінформ», 2014. 207 с.
7. Саріогло В.Г. Оцінювання соціально-економічних показників: прикладні аспекти застосування непрямих методів: монографія. Київ: Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України, 2012. 136 с.
8. Малиновський В. Я. Словник термінів і понять з державного управління. Київ : Центр сприяння інституційному розвитку державної служби, 2015. 254 с.
9. Державне управління та державна служба: словник-довідник / уклад. О. Ю. Оболенський. Київ : КНЕУ, 2015. 480 с.
10. Державне управління: Словник-довідник / В. Д. Бакуменко та ін. ; за заг.



ред. В. М. Князева. Київ : Вид-во УАДУ, 2012. 228 с.

11. Енциклопедія державного управління : у 8 т. Т. 2 : Методологія державного управління / наук.-ред. колегія : Ю. П. Сурмін, П. І. Надолішній та ін. Київ : НАДУ, 2011. 692 с
12. Ткач М. П. Проблеми визначення поняття державного управління. *Правовий вісник Української академії банківської справи*. 2012. № 1 (6). С.59–63.
13. Підгаєць С. В. Механізм державно-приватного партнерства в системі інституціоналізації розвитку національної економіки : дис. канд. екон. наук: 08.00.03. Тернопіль, 2015. 240 с.
14. Павлюк А. П., Ляпін Д. В. Державно-приватне партнерство як механізм активізації інвестиційної діяльності в Україні. *Стратегічні пріоритети*. 2012. №3 (24). С. 38–45.
15. Лендшел М. Досвід та перспективи впровадження державно-приватних партнерств за кордоном та в Україні. URL: <http://www.rgd.org.ua/project> (дата звернення: 16.09.2017).
16. Вовк С.М. Процесс системной трансформации здравоохранения в переходный период. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2019. № 1 (1). С.11–14.
17. Вовк С. М., Лобас В. М., Черныш Е. И. Преобразование собственности лечебных учреждений Украины. *International Scientific Conference Formation of Modern Economic Area: Benefits, Risks, Implementation Mechanisms: Conference Proceedings*: Tbilisi: SSOTU. 2016. Р. III. Р.61–64.
18. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/215432/](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/) (дата звернення: 15.11.2017).
19. Карамішев Д. В., Удовиченко Н. М. Основні принципи функціонування системи охорони здоров'я в контексті загальнолюдських цінностей соціальної держави. *Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи*

*вдосконалення*): матеріали II Всеукр. наук.-практ. Конф. 17-18.04. 2018 р. Львів, 2018. С.129–136.

20. Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020» : Указ Президента України станом на 12.01.2015 №5/2015. URL: <http://www.president.gov.ua/documents/18688.html/> (дата звернення: 15.01.2016).

21. Спільний зі Світовим Банком проект МОЗ України : Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей. URL: <http://wb.moz.gov.ua> (дата звернення: 23.04.2016).

22. Лист про наміри до Міжнародного валютного фонду. Меморандум про економічну і фінансову політику / Національний банк України : Офіційне інтернет-представництво. URL: <https://bank.gov.ua/doccatalog/document?id=46564506> (дата звернення: 05.10.2016).

23. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я України на період 2015–2020 роки / Міністерство охорони здоров'я України. URL: [moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf](http://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf) (дата звернення: 13.08.2016).

24. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони № 984\_011 від 30.11.2015. URL: [http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984\\_011](http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011) (дата звернення: 19.08.2016).

25. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я: Розпорядження кабінету міністрів України від 30.11.2016 р. № 1002-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npras/249618799/> (дата звернення: 02.11.2016).

26. Національна стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність - здоровий спосіб життя - здорова нація» : Указ Президента України станом на 09.02.2016. № 42/2016 / Офіц. інтернет-представництво. URL: <http://www.president.gov.ua/documents/> (дата звернення: 14.11.2016).

27. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2019 № 2168-19. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 03.11.2017).

28. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я : Постанова

- Кабінету Міністрів України №411 від 25.04.2018 р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/nras/deyaki-pitannya-elektronnoyi-sistemi-ohoroni-zdorovya> (дата звернення: 15.05.2018).
29. Медична реформа: відповіді на всі питання. Коли чекати змін . URL: [https://espreso.tv/.../2017/.../medychna\\_reforma\\_vidpovid](https://espreso.tv/.../2017/.../medychna_reforma_vidpovid) (дата звернення: 07.02.2017).
30. Вашеv О. Є., Мазурок О. В. Розвиток муніципальної медицини як складова реформування системи охорони здоров'я. *Теорія та практика державного управління: зб. наук. праць*. Харків: Вид-во ХарPI НАДУ «Магістр», 2015. Вип. 1 (48). С. 101–106.
31. Немченко А. С., Косяченко К. Л., Немченко О. А. Ціноутворення на лікарські засоби: монографія. Харків : Вид-во «ФОП Вировець АП», 2019. 230 с.
32. Медична реформа: відповіді на всі питання. Коли чекати. URL: [https://espreso.tv/.../2017/.../medychna\\_reforma\\_vidpovid](https://espreso.tv/.../2017/.../medychna_reforma_vidpovid) (дата звернення: 07.02.2017).
33. Державна служба статистики України : веб-сайт. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua> (дата звернення: 14.12.2017).
34. Eldridge S., Kerry S. A Practical Guide to Cluster Randomised Trials in Health Services Research. URL: [books.google.com](https://books.google.com) (дата звернення: 07.02.2017).
35. Бакуменко В., Князев В., Сурмін Ю. Методологія державного управління: проблеми становлення та подальшого розвитку. *Вісник УАДУ при Президентові України*. 2013. № 2. С. 11–27.
36. Слабкий, Г. О. Комунікації у процесі впровадження та супроводу реформування. *Україна. Здоров'я нації*. 2012. № 2-3. С. 176–181.
37. Міжнародна фінансова корпорація. URL: [http://www.ifc.org/wps/wcm/connect/corp\\_ext\\_content/ifc\\_external\\_corporate\\_sit/](http://www.ifc.org/wps/wcm/connect/corp_ext_content/ifc_external_corporate_sit/)
38. Європейський Інвестиційний банк. URL: <https://euukrainescoop.net/tag> (дата звернення: 13.11.2016).
39. Населення України: демографічні складові людського розвитку / заред. О. М. Гладуна. Умань : Вид. «Сочінський», 2019. 180 с.



40. Слабкий Г. О., Шевченко М. В., Заглада О. О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я. Київ, 2020. 345 с.
41. Діденко Н. Г. Застосування європейського досвіду соціального партнерства у визначенні принципів та пріоритетів державного управління в Україні. URL: <http://www.repository.hneu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/1968/1/96.pdf> (дата звернення: 18.02.2019).
42. Ярош Н.П., Лупей-Ткач С.І. Сучасний стан, проблеми стандартизації медичної допомоги та шляхи їх вирішення в умовах реформування системи охорони здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. №1(21). С.95–100
43. Фомин А. В. Формирование механизмов регулирования социально-экономических дисфункций государства: автореф. дисс. на соиск.уч. ст. канд. экон. наук. Саратов, 2019. 20 с.
44. Шоу Ч. Основы для разработки национальных политик по обеспечению качества в системах здравоохранения / ШоуЧ., КалоИ. – Европейское региональное бюро ВОЗ. –2001. – 67с.;
45. Сайт Верховної Ради України – режим доступу в Інтернеті: <http://www.rada.gov.ua>;
46. Сайт інтернет-газети «Медичний вісник – газета для медиків» – режим доступу в Інтернеті – <http://medvisnyk.org.ua/>;
47. Сайт журналу «Український медичний часопис» – режим доступу в Інтернеті – <http://www.umj.com.ua/>.