

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна  
Навчально-науковий інститут «Інститут державного управління»

До захисту

В.о. завідувача кафедри публічного управління

та державної служби

к.держ.упр., доц. Набока Л.В.

---

ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НА РІВНІ  
ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»

281 Публічне управління та адміністрування

28 Публічне управління та адміністрування

Виконавець

здобувач 2 курсу, гр. ЗПУА-3-23

І. О. Васюта

Науковий керівник

к.держ.упр., доц.

Л. В. Набока

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ .....	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ .....	6
1.1 Поняття медичної послуги, її ознаки та характерні особливості .	6
1.2 Організація надання медичних послуг в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні .....	14
РОЗДІЛ 2 СТАН І АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ОРГАНАМИ ВЛАДИ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ..	21
2.1 Повноваження органів влади щодо організації надання медичних послуг на місцевому рівні .....	21
2.2 Досвід організації надання медичних надання послуг у Лозівській територіальній громаді.....	28
РОЗДІЛ 3 ОСНОВНІ НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НА РІВНІ ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ .....	37
3.1 Розвиток системи громадського здоров'я в територіальних громадах України .....	37
3.2 Упровадження інтегрованої медичної допомоги як сучасної моделі надання послуг в громаді .....	41
ВИСНОВКИ.....	48
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ.....	50

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

ВООЗ –	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГЗ –	громадське здоров'я
ЗОЗ –	заклади охорони здоров'я
ІМД –	Інтегрована медична допомога
КВЕД –	Класифікація видів економічної діяльності
НСЗУ –	Національна служба здоров'я України
ОМС –	органи місцевого самоврядування
ООН –	Організація Об'єднаних Націй
СОЗ –	система охорони здоров'я
ФОП –	фізична особа підприємець

## ВСТУП

*Актуальність теми.* В усіх державах світу здоров'я вважається ключовим фактором розвитку нації. Тому стан системи охорони здоров'я безпосередньо впливає на їх безпеку, конкурентність економіки, якість і тривалість життя громадян. Запровадження сервісної моделі публічного управління і розвиток ринкових відносин суттєво вплинули на зміст і напрями державної політики в цій сфері та організацію діяльності закладів охорони здоров'я. З розвитком людської цивілізації отримання якісних медичних послуг набуло важливого значення.

В Україні за останні роки сталися суттєві зрушення у розподілі функцій і повноважень між органами державної влади та органами місцевого самоврядування, динамічних змін зазнав адміністративно-територіальний розподіл, не зважаючи на війну, продовжується реформа системи охорони здоров'я, результатом якої має стати висока якість надання медичних послуг населенню.

Багато науковців присвятили свої дослідження визначенню сутності і змісту поняття «медична послуга», виявленню їх різновидів, відмінностей з поняттям «медична допомога». Серед них: С. Антонов, В. Волков, К. Кравченко, С. Стеценко, О. Юрковська, О. Чехун та ін. Однак більшість цих напрацювань стосується дослідження теоретичних засад надання медичних послуг, визначення їхніх юридичних і економічних ознак, загальним питанням реформування системи охорони здоров'я в Україні. Втім зовсім мало уваги приділяється питанням надання медичних послуг з урахуванням процесів децентралізації.

*Мета і завдання дослідження.* Метою цієї роботи є теоретичне обґрунтування та розробка практичних рекомендацій щодо вдосконалення процесу організації надання медичних послуг на рівні територіальної громади.

Для досягнення зазначеної мети були поставлені такі *завдання*:

- розкрити підходи до визначення поняття медичної послуги, її ознак та характерних особливостей;
- виявити особливості організації надання медичних послуг в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні;
- дослідити повноваження органів влади щодо організації надання медичних послуг на місцевому рівні;
- узагальнити досвід організації надання медичних надання послуг у Лозівській територіальній громаді;
- підготувати пропозиції щодо вдосконалення організації надання медичних послуг на рівні територіальної громади.

*Об'єктом дослідження* є процес управління системою охорони здоров'я в Україні.

*Предмет дослідження:* процес організації надання медичних послуг на рівні територіальної громади.

*Методи дослідження.* Під час виконання магістерської роботи використовувалися такі методи: системного аналізу (уточнення понятійного апарату; дослідження повноважень органів управління охороною здоров'я щодо надання медичних послуг); узагальнення (досвіду Лозівської територіальної громади щодо організації надання медичних послуг); методи моделювання, індукції та дедукції (дослідження особливостей системи громадського здоров'я, підготовка пропозицій щодо удосконалення процесу надання медичних послуг у територіальних громадах).

*Практичне значення отриманих результатів* полягає у можливості використання органами місцевого самоврядування наданих пропозицій при оновленні стратегії розвитку системи охорони здоров'я в територіальній громаді; удосконаленні підходів до організації надання медичних послуг на основі впровадження моделі інтегрованої медичної допомоги.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

### 1.1 Поняття медичної послуги, її ознаки та характерні особливості

Сьогодні охорону здоров'я розглядають як одну з провідних галузей сфери виробництва послуг. Ст. 49 Конституції України [7] закріплює право кожного на охорону здоров'я та медичну допомогу, зміст яких і становить право на медичні послуги.

Поняття «медична послуга» з'явилося у науковому обігу й законодавстві України не так давно. Вперше його почали вживати на початку 90-х років минулого століття. А до цього у нормативних актах і законодавстві переважно використовувалося поняття «медична допомога».

Конституційний Суд України в своєму рішенні від 25 листопада 1998 року № 15-рп/98 (справа про платні медичні послуги) [23] зазначив, що зміст поняття «медична допомога» Конституція України не розкриває. Немає його визначення також в Основах законодавства про охорону здоров'я та інших нормативних актах. Проте у медичній науці поняття «медична допомога» переважно охоплює лікування, профілактичні заходи, які проводяться під час захворювань, травм, пологів, а також медичний огляд та деякі інші види медичних робіт. Зміст же близького до «медичної допомоги» поняття «медична послуга» до цього часу залишається недостатньо визначеним не тільки в нормативних актах, а й у медичній літературі.

Огляд зарубіжних видань свідчить про різноманітність підходів до використання цього терміна. Наприклад Оксфордський словник пропонує 2 трактування поняття «медична послуга»:

- 1) служба, яка надає медичне лікування людям у межах регіону чи

країни;

2) організації та види діяльності, що здійснюють лікування.

В юридичній практиці «послуги» – це різноманітні види діяльності, які виконуються в медичній сфері. Саме предмет, стосовно якого вчиняється конкретна дія, визначає зміст послуг і характеризує юридичні дії, учасників, сферу застосування та відповідальність. Отже, послуга має предметно-практичний характер. Наприклад, найбільш поширеними визнано такі визначення «медичних послуг», що використовувалися в юридичних документах:

- догляд, терапія або тести, що надаються ліцензованими лікарями для діагностики, лікування або профілактики захворювань;
- догляд за фізичним або психічним здоров'ям, надання необхідного обладнання та відповідні допоміжні послуги;
- будь-який підтримуючий або профілактичний догляд за людським тілом, або догляд, обслуговування або лікування хвороби, дисфункції або травми людського тіла [32].

На думку Стенлі Джоела Райзера концепція послуги в медицині історично охоплює зобов'язання принести користь для себе та суб'єктів догляду, знання практики, а також громадським та медичним установами, які охороняють здоров'я. Автор вважає, що концепція послуги ґрунтується на таких правилах:

- забезпечення здоров'я потребує людей та установ, які його підтримують;
- надання медичної допомоги має здійснюватися однаково;
- надавачі послуг мають ставитися до людей без засуджень як до мети, а не як до засобу;
- послуга має забезпечувати цілісність медичних знань;
- надавати послуги потрібно з доброзичливими намірами [35].

Широкого поширення термін «послуга» набув в умовах ринкової економіки і зміни моделі організації управління в державі на сервісну.

Зокрема, в Україні послуги, в тому числі й медичні, почали сприйматися

як економічний вид діяльності після розробки і ухвалення Державного класифікатора України «Класифікація видів економічної діяльності» (КВЕД), [17]. Таким чином, послуги почали розглядатися як використання ресурсів, організацію процесів задля отримання результатів. Це зумовило необхідність посилити розгляд медичних послуг як нової сфери наукової і практичної діяльності. З'явилося багато досліджень щодо цієї проблематики в економіці, юриспруденції, менеджменті, у тому числі й щодо визначення змісту цього поняття.

Наприклад, С. В. Антонов пропонує визначати медичну послугу як вид професійної або господарської діяльності медичних закладів (організацій), фізичних осіб-підприємців, які займаються приватною практикою, що включає застосування спеціальних заходів стосовно здоров'я (результатом яких є поліпшення загального стану, функціонування окремих органів або систем організму людини) чи спрямованих на досягнення певних естетичних змін зовнішності [1].

В. К. Гіжеський, В. В. Головченко, В. С. Ковальський акцентують увагу на процесуальних аспектах цього поняття: «медична послуга є технологічним процесом, що виходить за межі медичної допомоги та надається на платній основі на прохання фізичної особи» [3].

Вітчизняні юристи трактують «медичну послугу» «як діяльність послугодавця, що спрямована на досягнення такого результату, корисні властивості якого здатні задовольнити потреби особи у відновленні і (або) підтриманні її здоров'я, безпосередньо в процесі протікання доцільної діяльності послугодавця, який не має упередженого вираження (матеріальної форми) і не може бути гарантований послугодавцем» [3].

Втім основі дискусії продовжуються стосовно визначення різниці між поняттями «медична послуга» і «медична допомога». Як правило, серед критеріїв розмежування понять «медична допомога» та «медична послуга» виділяють місце надання послуг та механізм фінансування оплати за їх надання. Згідно з ч. 3 ст. 49 Конституції України у державних і комунальних

зкладах охорони здоров'я медична послуга надається безоплатно [7]. Відповідно, у приватних суб'єктів здійснення медичної діяльності медичні послуги надаються, як правило, на платній основі.

За переконанням Н. Гайдай [4] ще одним критерієм може бути стан, у якому пацієнту необхідно надати медичну допомогу або послугу. Однак, зазначені критерії розмежування є досить умовними. Адже невідкладна допомога, що надаватиметься у приватній клініці може також вважатися медичною допомогою. Разом з тим стан, у якому пацієнту може надаватися медична допомога також є неоднозначним критерієм.

С. В. Антонов до критерії розмежування даних відносить також мету (кінцевий результат). Метою всіх дій медичного закладу при зверненні особи для лікування є поліпшення здоров'я людини, а її результатом – відсутність проявів хвороби (одужання). У випадку, коли звертається здорова людина, яка лише бажає вдосконалити окремі риси своєї зовнішності, результатом медичного втручання будуть естетичні зміни. Таким чином, при наданні медичної послуги може досягатися не лише лікувальний (відновлювальний) результат, а ще й додатковий естетичний ефект. Медична допомога завжди спрямована на досягнення лікувального, діагностичного або профілактичного результату. Автор зазначає, що у межах медичної послуги може надаватися і допомога, тому медична допомога може бути частиною медичної послуги [1].

Протилежну точку зору висловлює О. Беденко-Зваридчук [3], яка медичні послуги визначає як вид взаємовідносин щодо надання медичної допомоги, врегульований договором на надання медичної послуги. При цьому медична послуга – це одна із складових медичної допомоги. Вона не тотожна медичній допомозі, тому що медична допомога ширша за своїм змістом.

Серед *особливостей медичної послуги* авторка виділяє такі:

- медична послуга надається тільки на підставі договору;
- на підставах, відмінних від договору, медична послуга не надається;
- у відсутність договору медична послуга надається не як медична послуга.

Разом з тим до спеціальних властивостей медичної послуги віднесено: вона невідчутна і не може бути збережена, її не можна відокремити від джерела, не постійна за якістю, не має чіткої товарної форми і споживчих властивостей.

Деякі автори медичну послугу вважають медичною допомогою певного виду і обсягу, що надається медичною установою пацієнту в певних правових формах. Ще одне бачення: медична послуга є одним з різновидів послуг, сферою застосування якої є ті суспільні відносини, в яких громадяни для задоволення своїх особливих визначуваних потреб, як правило, за станом здоров'я, одержують особливу споживчу вартість у вигляді спеціалізованої медичної діяльності медичної організації або окремого фахівця у медичній сфері.

Однак, в правовому розумінні «медичну допомогу» і «медичні послуги» можна розрізнити за режимом правового регулювання. Так, надання медичної допомоги регулюється нормами публічного права, в той час як надання медичних послуг – нормами приватного права.

Отже, можна зробити висновок, що поняття медичної послуги визначається як професійна діяльність медичних закладів (організацій) чи фізичних осіб-підприємців, які займаються приватною медичною практикою, відповідно до існуючих медичних стандартів, що включає застосування спеціальних заходів стосовно здоров'я у вигляді медичного втручання, потенційним результатом якого є поліпшення загального стану чи функціонування окремих органів або систем організму людини, а також (або) досягнення певних естетичних змін зовнішності [3].

За переконанням С. В. Антонова серед особливостей нематеріальних послуг, зокрема й медичних, можна визначати: у відсутність речових результатів, відокремлених від виконавця; у формування вартості послуги у процесі її надання; у неможливість гарантувати результат [1].

О. В. Чехун пропонує виділити кілька специфічних особливостей медичної послуги:

– медична послуга – це діяльність (сукупність дій), яку можуть здійснювати не всі особи. Пропонуючи таку послугу, до виконавця законом пред'являються підвищені вимоги до кваліфікації. Саме це є основою для видачі ліцензії на здійснення діяльності суб'єкту господарювання. Таким чином, «медична послуга» – це професійна діяльність чи сукупність професійних дій;

– будь-яка діяльність здійснюється для досягнення певної мети. Пацієнт (замовник), звертаючись до лікаря, має на меті усунення певних психофізіологічних негативних проявів свого організму (третьої особи). Медична діяльність базується на «об'єктивній потребі людей у збереженні та відтворенні свого тілесного існування»;

– за загальним правилом медична послуга не має матеріального результату. У той же час вона може бути поєднана зі створенням матеріального компонента. Але, як зазначалось, останній не являє собою самостійну матеріальну цінність, а входить як складова до способу лікування.

– як правило, результат послуги не може бути гарантований виконавцем. Це пояснюється двома чинниками: по-перше, медична послуга являє собою не односторонні дії виконавця, а також зустрічні дії з боку пацієнта; а по-друге, необхідно враховувати індивідуальні особливості кожного людського організму. Проте специфіка правового регулювання медичних послуг зумовлена тим, що досягнення реального результату має певне юридичне значення. Вказівка на об'єктивну можливість досягнення результату повинна включатися в поняття медичної послуги, що має практичне значення при вирішенні питання про належне чи неналежне здійснення виконавцем своїх обов'язків;

– медична послуга, будучи об'єктом цивільних прав, має визначену вартість, тому її надання супроводжується еквівалентним обов'язком з її оплати. Оплата включає витрати виконавця на її надання та його винагороду [28, с. 213–215].

Серед характерних *ознак медичних послуг* необхідно також зазначити

наступні:

- задовольняє потребу особи в медичній допомозі з метою охорони та зміцнення її здоров'я;
- невизначеність необхідності медичної послуги, оскільки та чи інша медична допомога стає необхідною в разі погіршення стану здоров'я і споживач не може знати завчасно коли і в якому об'ємі йому знадобиться медична послуга;
- протяжність медичної послуги в часі. В цілому різноманітні медичні послуги охоплюють все життя людини, тому в їх наданні беруть участь медичні працівники різного профілю в різний час. Необхідно також враховувати, що в кожному конкретному випадку не існує чіткого уявлення про строки проявлення результату, необхідності додаткових досліджень, а проміжок часу між завершенням послуги та настанням очікуваного результату може виявитись доволі великим;
- індивідуальність, несталість та суб'єктивна оцінка якості. Якість медичних послуг формується шляхом поєднання та узгодження очікувань пацієнтів із сприйняттям від їх реального споживання, тому оцінка якості послуги є досить суб'єктивною. Крім того, необхідно враховувати, що одна і та ж сама медична послуга може дати зовсім протилежний ефект у різних людей;
- комплексність медичної послуги, адже послуги у сфері охорони здоров'я часто мають складну структуру, тобто включають в себе декілька «простих» послуг і є результатом діяльності декількох категорій медичних працівників;
- метою завжди виступає вплив на здоров'я пацієнта, який має нематеріальний характер, але обов'язково тягне за собою матеріальні зміни в організмі людини;
- має публічний характер та надається усім особам, які звертаються за їх отриманням;
- не підлягає повній стандартизації, тому що не можна заздалегідь передбачити всі фактори ( вік пацієнта, давність хвороби тощо);

– підвищені вимоги з боку держави, зокрема до суб'єкта їх надання (наприклад, суб'єкт надання медичних послуг повинен відповідати єдиним кваліфікаційним вимогам, мати ліцензію на заняття медичною практикою, проходити акредитацію) [3].

У цьому контексті окремої уваги потребує проблема визначення правової сутності послуг, що надаються медичними закладами. Насамперед це стосується медичних робіт та суміжних послуг, які надаються медичними закладами у процесі лікування чи обстеження пацієнтів. Медичні роботи полягають у виготовленні предмету матеріального світу (наприклад, зубні протези, ортопедичні протези кінцівок тощо). Зокрема, виготовлений протез є доступним для володіння та призначений для задоволення потреб людини. І хоча дії виконавця можна кваліфікувати як роботу, проте діяльність з установки цього ж протезу в організмі пацієнта не має матеріального характеру і тому не може розглядатися як створення упредметненого результату. Головною метою таких правовідносин є саме встановлення протезу, причому замовник у більшості випадків здійснює оплату дій виконавця (зокрема субпідрядників) у комплексі.

Варто зауважити, що оскільки такі протези виготовлюються для кожного індивідуально, тому медичні роботи так само як і медичні послуги (наприклад, стоматологічні протези) не можна передати третім особам. Вважається, що в такому випадку медичну роботу необхідно розглядати як складову медичної послуги комплексного типу.

Таким чином, до пов'язаних послуг відносяться додаткові послуги, які також можуть надаватися в медичних закладах чи здійснюватися з використанням медичних технологій та за участю медичних спеціалістів: естетичні зміни зовнішності у пластичній хірургії (зміна форми носу, збільшення грудей, корекція розмірів статевих органів тощо), відбілювання та інкрустація зубів у стоматології, послуги із розміщення у стаціонарі підвищеного рівня комфортності, ресторанне харчування, виготовлення додаткових інформаційних документів, патолого-анатомічні дослідження тощо.

Правовий режим регулювання таких послуг відрізнятиметься, тому що за своєю сутністю вони не мають лікувального ефекту і тому не можуть належати до медичних.

## **1.2 Організація надання медичних послуг в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні**

Система охорони здоров'я (далі – СОЗ) має велике значення для життєзабезпечення суспільства. Тому доволі часто її розглядають як стратегічну галузь публічного управління. Оскільки від якості й тривалості життя населення залежить продуктивність та ефективність кадрів, а отже, безпека і конкурентний розвиток економіки.

Реформування системи охорони здоров'я в Україні, розпочате у 2016 році (було схвалено Концепцію реформи охорони здоров'я), зумовлене низкою об'єктивних і суб'єктивних чинників. До сьогодні в СОЗ відбулися значні структурні зміни у мережі закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), принципах і механізмах фінансування, підходах до організації управління, що заклали нові підвалини у відносинах між лікарями й пацієнтами, спонукали до зміни ставлення пацієнтів до власного здоров'я.

Втім основою реформування став перехід до нової моделі суспільних відносин у сфері охорони здоров'я – надання медичних послуг. Такі зміни призвели до розвитку ринку медичних послуг в Україні, важливим показником стану якого є якість послуг. На перших етапах реформування значну увагу було приділено структурним змінам у СОЗ і збалансуванню відносин між інститутами ринку медичних послуг. На основі узагальнення досліджень науковців Т. Желюк і О. Чигур пропонують до інститутів цього ринку варто відносити сукупність публічних, медичних, фінансових, громадських інститутів та установ (рис. 1.1) [6].



Рисунок 1.1 – Інститути ринку медичних послуг [6]

Становлення ринку послуг зумовило необхідність чіткості визначення складу його учасників, їхніх ролей, форм і методів впливу на формування кінцевого продукту – послуги, що пропонується для споживання чи використання.

У 2017 році в законодавстві України поняття «медична послуга» набуло першого офіційного визначення як «послуги, що надає пацієнтові заклад охорони здоров'я або фізична особа-підприємець, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, й оплачує її замовник. При цьому замовником та, відповідно, платником послуги є не тільки пацієнт, а й держава (через Національну службу здоров'я України (далі – НСЗУ), відповідні органи місцевого самоврядування, інші юридичні та фізичні особи» [16].

Таке розуміння поняття «медична послуга» закріпило статус надавача послуг за закладами охорони здоров'я різних рівнів, а також окремих лікарів-підприємців як суб'єктів економічної діяльності (ФОП), які повинні мати ліцензію на провадження дозволеної законодавством діяльності з медичної практики. При цьому діяльність має відповідати стандартам замовника. Отже, надавач повинен спочатку довести свою спроможність надавати певний перелік послуг відповідно до конкретного пакету послуг за Програмою медичних гарантій. Після проходження такої перевірки укладається угода з НСЗУ, внаслідок чого, набуваючи зобов'язання перед державою забезпечувати відповідний рівень безпеки та якості надаваних послуг, надавач отримує фінансування згідно із запропонованим принципом «Гроші ходять за людиною».

Замовниками є – усі громадяни України, які потенційно можуть скористатися послугами закладів охорони здоров'я (на безоплатній основі чи за додаткову оплату), а також НСЗУ як суб'єкт, який від імені держави за програмою медичних гарантій замовляє послуги для своїх громадян, інші корпоративні клієнти – підприємства, організації та установи, які розглядають здоров'я фахівців як довгострокову інвестицію у стабільність функціонування їхніх організацій, тому дбають про здоров'я членів трудового колективу і додають медичні послуги до соціального пакету.

Споживачем медичної послуги – є пацієнт. У науковій літературі є велика кількість різнобічних досліджень цього поняття [13]. Найчастіше – це особа,

яка звернулася в ЗОЗ з лікувальною, профілактичною чи діагностичною метою.

У результаті реформи децентралізації державної влади та реформи місцевого самоврядування на рівні територіальної громади зосереджено надання різноманітних послуг населенню. Органи управління в громадах, комунальні заклади та установи, які були ними утворені, стали основними суб'єктами, які надають жителям різноманітний перелік послуг, у тому числі й у сфері охорони здоров'я.

У 2018 році відбулася реорганізація закладів первинної медичної допомоги (амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти, медичні пункти, медичні кабінети), що передбачало передачу їх з державної власності в комунальну для того, щоб вони мали можливість укласти договір з НСЗУ й отримувати пряме фінансування за надані послуги з Державного бюджету [12]. Для укладання договорів з НСЗУ ЗОЗ повинні мати обладнання, необхідні приміщення, умови та персонал для надання медичних послуг тощо.

В результаті реформи місцевого самоврядування районні лікарні й інші об'єкти, які діяли на районному рівні, теж перейшли у власність громад. Таким чином, органи місцевого самоврядування (далі – ОМС) як представники громади, якій передано у власність, реорганізовано або якою утворено нові юридичні особи, отримали ще більше прав і можливостей приймати рішення щодо оперативного управління ЗОЗ.

На етапі цих структурних перетворень саме ОМС, ЗОЗ і НСЗУ проведено значну роботу щодо формування мережі ЗОЗ, їх матеріального і фінансового забезпечення, тобто головну увагу зосереджено на формуванні здатності й спроможності надавати медичні послуги.

У результаті реалізації цього етапу реформи відбувалася структурна перебудова СЗО, наслідком якої стало чітке розмежування первинного, вторинного і третинного рівнів; забезпечення пріоритетного розвитку первинної медичної допомоги з акцентом на її профілактичну складову; запровадження сучасних механізмів організації медичної допомоги, як-то вільний вибір лікаря первинної ланки та систему направлень на вторинний і

третинний рівні; запровадження дієвої системи застосування медичних стандартів та клінічних протоколів, що базуються на надійних наукових даних, тощо [2].

Утім значна кількість дослідників, практиків, наукових експертів наголошують на тому, через примат структурних змін органами влади всіх рівнів недостатньо уваги приділено питанням якості медичної допомоги, а отже, і послуги. Цьому є декілька фактичних підтверджень.

У 2021 році Україна посіла 99 рейтингове місце з індексом здоров'я 0,72 в загальній оцінці медицини в світі (Health Care Index 2021Health) [31]. Низький рівень рейтингу обумовлений як проблемами діяльності СОЗ, доступності та якості медичної допомоги, так і показниками здоров'я населення [29 ]

Зокрема, були виявлені такі факти:

- за даними Державної служби статистики України щорічно Україна втрачала більше ніж 500 тисяч громадян;
- за даними ООН приблизно третина українців помирають у віці до 65 років;
- смертність чоловіків працездатного віку перевищувала аналогічний показник навіть у країн із валовим національним продуктом меншим, ніж в Україні;
- середня тривалість життя населення України у 2021 році становила 69,7 років (65,2 для чоловіків і 74,4 для жінок), це на 11 років менше, ніж мешканців ЄС (на 8 років для жінок і на 12 років — для чоловіків). Головним чинником таких відмінностей є висока смертність від хвороб системи кровообігу. Смертність від хвороб системи кровообігу в Україні (за її стандартизованим коефіцієнтом) в середньому в 1,8 рази перевищує її рівень в Європейському Союзі та вдвічі перевищує цей коефіцієнт для Європейського регіону ВООЗ. В умовах дії періоду воєнного стану цей показник значно зріс;
- за даними ВООЗ у 2018 році, Україна зайняла перше місце у світі за рівнем дитячого алкоголізму; захворюваність населення впродовж останніх 10 років зросла на 38%, а медична галузь поки що тільки фіксує цю тривожну

тенденцію й практично не впливає на її розвиток;

- малюкова смертність, яка в Україні вдвоє вища порівняно з Європейськими країнами 2020 р., тобто 6,9 та 3,2 на 1000 живонароджених дітей [29].

Таким чином, аналіз цих проблем свідчить, що в СОЗ продовжують існувати проблеми, які потребують термінового розв'язання. До них можна, наприклад, віднести:

- низьку доступність (фінансову, структурну, географічну) і низьку якість медичної допомоги (неврахування інфраструктурних чинників та реального забезпечення ЗОЗ при визначенні маршрутів пацієнта; виявлення онкологічних захворювань на пізніх стадіях, охоплення пацієнтів спеціальним лікуванням тощо);

- низьку якість вищої медичної освіти в Україні (українських медичних закладів вищої освіти немає в міжнародних рейтингах);

- низьку культуру збереження здоров'я населення держави (низький рівень вакцинації в Україні, що зумовлює високу смертність та негативні наслідки для здоров'я надалі);

- продовження існування неприйнятної практики – реалізація задекларованих гарантій щодо доступності та безоплатності медичної допомоги населенню коштами пацієнтів – близько 50% всіх витрат у системі ОЗ відбувається з кишень пацієнтів [29].

При цьому дослідники наголошують на тому, що Україна намагається реалізувати намічені заходи з реформування навіть попри війну. Але більшість наведених проблем стосується необхідності вжиття заходів саме на вищому рівні державного управління, тому без політичної волі й конкретних заходів подолати ці проблеми неможливо.

Крім того, через неврахування взаємного впливу окремих складових реформи (відсутність системного підходу при плануванні й реалізації реформи) реальні зрушення є недостатніми або малопомітними. Наприклад, не відбувається реального врахування тягаря захворювань (коштів на його

лікування і послуг на отримання до повного відновлення, якщо це можливо) під пас планування стратегічних закупівель, що дозволило б значно підвищити ефективність функціонування Програм медичних гарантій.

На госпітальному етапі медичної допомоги тарифи НЗСУ також не відповідають реальним витратам пацієнтів на лікування, що призводить до створення благодійних фондів, «добровільних» внесків у лікарняні каси тощо.

Таким чином, якщо при формуванні кошторису надання допомоги за певною програмою, їх сукупністю чи окремим випадком до статей витрат закладатимуться мінімальні показники, то реальної економічної ефективності не відбуватиметься, організаційна та соціальна навпаки погіршуватимуться, оскільки неврахування великої кількості чинників призводитиме до неможливості забезпечення балансу та створення найкращих умов для досягнення цілей лікування та відновлення), а це в свою чергу призведе до погіршення рівня задоволеністю послуг серед громадян.

Навіть ці два приклади вказують на низьку управлінську компетентність керівництва, відсутність стратегічного бачення, неналежну якість рішень, які ухвалюються.

Стосовно цього можна зазначити наступне. Кожне рішення залежить від релевантності інформації, що використовується. Тому якщо не проводиться комплексна оцінка якості надання медичних послуг, яка б містила як об'єктивну складову – відповідність стандартам, так і суб'єктивну – опитування пацієнтів із різних аспектів надання медичної допомоги, то неможливо виявити прогалини і недоліки, визначити проблеми і шляхи їх подолання, коли декларуються високі результати, а реально вони не забезпечуються. Це підриває довіру не тільки до СОЗ, ЗОЗ, лікарів. а до системи влади в цілому, посилює негативне сприйняття і породжує супротив змінам.

Усі наведені факти потребують обов'язкового врахування, та зумовлюють необхідність ретельного аналізу діяльності конкретних територіальних громад, закладів, управління на регіональному рівні.

## РОЗДІЛ 2

### СТАН І АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ОРГАНАМИ ВЛАДИ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

#### **2.1 Повноваження органів публічної влади щодо організації надання медичних послуг на місцевому рівні**

Метою реформи системи охорони здоров'я є створення та запровадження нової моделі фінансування, яка передбачає чіткі та прозорі гарантії держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги, ефективний та справедливий розподіл публічних коштів та скорочення неформальних платежів, створення стимулів до поліпшення якості надання медичної допомоги населенню державними і комунальними закладами охорони здоров'я. Мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я формується з урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні, необхідності забезпечення належної якості такого обслуговування, своєчасності, доступності для громадян, ефективного використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів [20].

Наразі напрацьовані та затверджені нормативно-правові акти, які регулюють діяльність органів місцевого самоврядування в сфері охорони здоров'я, визначають їх повноваження та обов'язок щодо забезпечення належної якості медичного обслуговування населення громади.

Зокрема, відповідно до Конституції (статті 3, 49, 92) визначено, що найвищою соціальною цінністю є людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека; охорона здоров'я населення забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм, держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування [7].

Закон України Основи законодавства про охорону здоров'я та інші відповідні акти законодавства регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я. Основними принципами охорони здоров'я в Україні є: відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість; попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я; багатокладність економіки охорони здоров'я регулюють діяльність органів місцевого самоврядування в сфері охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції; децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі [11].

Відповідно до статті 13 Основ законодавства України про охорону здоров'я, складовою частиною державної політики охорони здоров'я в Україні є політика охорони здоров'я, що формується зокрема, органами місцевого самоврядування та відображає специфічні потреби охорони здоров'я населення, яке проживає на відповідних територіях. Мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я формується з урахуванням планів розвитку госпітальних округів, потреб населення у медичному обслуговуванні, необхідності забезпечення належної якості такого обслуговування, своєчасності, доступності для громадян, ефективного використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів.

Ст. 14 даного закону затверджує, що реалізація державної політики охорони здоров'я покладається на органи виконавчої влади. Виконавчі органи територіальних громад здійснюють управління комунальними закладами охорони здоров'я, організацію їх матеріально-технічного, кадрового та фінансового забезпечення відповідно до закону [11].

Отже, нормативно-правовими актами затверджено обов'язок органів місцевого самоврядування забезпечувати безпосереднє керівництво системою

медичного забезпечення населення громади, зокрема проводити контроль за обсягом та якістю медичних послуг.

У результаті медичної реформи в Україні визначено три рівні надання медичної допомоги пацієнтам: первинний, вторинний, третинний, які залежать від складності та тяжкості проблем зі здоров'ям, що вирішуються, а також від характеру взаємовідносин між пацієнтом і надавачем медичної допомоги. Медичні працівники, які входять до складу цих рівнів надання медичної допомоги, разом надають такі медичні послуги, як обстеження, діагностика, лікування або подальше скерування на наступний рівень надання медичної допомоги, виходячи з конкретних потреб пацієнта.

На первинному рівні надається *первинна медична допомога*, тобто послуга, орієнтована на людину, а не на хворобу, яка задовольняє більшість потреб людини в охороні здоров'я протягом усього життя, включно з фізичним, психічним і соціальним добробутом. Первинна медична допомога, як правило, є першим рівнем надання медичної допомоги, яку отримують пацієнти, коли у них виникають медичні проблеми або потреби і використовує загальносупільний підхід, який включає зміцнення здоров'я, профілактику захворювань, лікування, реабілітацію та паліативну допомогу. У більшості випадків для пацієнтів це означає звернення до лікаря первинної медичної допомоги – лікаря загальної практики або сімейним лікарем, також первинна медична допомога може надаватися широким колом інших медичних працівників, зокрема фармацевтом, фізичним терапевтом, терапевтом мови й мовлення тощо [21; 22].

Оскільки система охорони здоров'я намагається задовольнити потреби населення, яке живе довше і має більш складні потреби у сфері охорони здоров'я, тому все більше можливостей для надання медичних послуг переноситься на рівень громади, де люди найчастіше користуються медичною допомогою, яка може надаватися широким спектром медичних працівників. Безперервність медичної допомоги є ключовою характеристикою первинної медичної допомоги, оскільки пацієнти зазвичай вважають за краще звертатися

до одного і того ж лікаря для проходження планових оглядів і профілактики, медичної освіти, а також кожного разу, коли їм потрібна первинна консультація з приводу нової проблеми зі здоров'ям. Таким чином, на первинній ланці медичної допомоги, на відміну від вторинного і третинного рівнів надання медичної допомоги, відносини між пацієнтом і лікарем можуть тривати протягом тривалого періоду часу, оскільки лікарі часто спостерігають за розвитком і історією хвороби пацієнта протягом декількох років, а іноді й більшу частину його життя [22].

Тому органами публічної влади приділяється максимальна увага щодо створення умов для надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. До їхніх повноважень належить організація та забезпечення діяльності закладів та установ охорони здоров'я цього рівня. Первинна медична допомога надається в сільських лікарських амбулаторіях, амбулаторіях загальної практики – сімейної медицини, центрах первинної медико-санітарної допомоги. Первинна лікарська медична допомога включає: експрес-діагностику, визначення маршрутів пацієнтів для надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та санаторно-курортного лікування, лікування основних найпоширеніших захворювань, травм і отруєнь, профілактичні заходи [21; 22].

Всесвітня організація охорони здоров'я (далі – ВООЗ) вважає надання первинної медичної допомоги невід'ємним компонентом інклюзивної стратегії первинної медико-санітарної допомоги і пропонує, щоб підхід до первинної медичної допомоги включав наступні три компоненти [22]:

- задоволення потреб людей в охороні здоров'я протягом усього життя;
- врахування більш широких чинників, що визначають здоров'я, через багатосекторальну політику та дії; та
- розширення можливостей окремих осіб, сімей та громад брати на себе відповідальність за власне здоров'я.

*Вторинний рівень надання медичної допомоги* – це спеціалізоване лікування та підтримка, що надається лікарями та іншими медичними

працівниками пацієнтам, які були скеровані до них для отримання спеціальної кваліфікованої допомоги, найчастіше в лікарнях. Послуги вторинної медичної допомоги, як правило, надаються в лікарні або клініці, хоча деякі послуги можуть надаватися на рівні громади. Вони можуть включати планові операції, спеціалізовані клініки, такі як кардіологічні або нефрологічні клініки, або реабілітаційні послуги, такі як фізична терапія. Вторинний рівень надання медичної допомоги включає широкий спектр спеціалістів, таких як психіатри, кардіологи, акушери, дерматологи, педіатри та гінекологи.

Вторинна (спеціалізована) медична допомога передбачає спеціалізовані медичні послуги, що у плановому порядку та у невідкладних (екстрених) випадках надаються в амбулаторних умовах та в лікарнях.

Лікарні, які надають вторинну медичну допомогу, поділяють на п'ять типів:

- лікарня інтенсивної допомоги – надання цілодобової медичної допомоги хворим з гострими станами, що потребують високої інтенсивності лікування та догляду (наприклад, інфаркт міокарда, інсульт, гостра кровотеча тощо). Ресурсне забезпечення лікарень цього типу потребує інтенсивних технологій, спеціалізованого, діагностичного та лікувального обладнання, наявності служби реанімації та інтенсивної терапії, служби екстреної діагностики;

- лікарня планового лікування хронічних хворих – проведення повторних курсів терапії або долікування з використанням стандартних схем лікування;

- лікарня відновного лікування – відновлення функцій після захворювань чи травм, з метою попередження інвалідності та/або реабілітації інвалідів, які потребують спеціального обладнання (фізіотерапевтичного, тренажерів для лікувальної фізкультури тощо);

- хоспіси – надання паліативної допомоги та психологічної підтримки термінальним (безнадійно) хворим, наявність спеціального оснащення для надання допомоги і догляду, а також спеціально підготовленого, переважно

сестринського, персоналу та широке залучення волонтерів;

– лікарня медико-соціальної допомоги – догляд та надання соціальної і паліативної допомоги хронічним хворим, мінімальне забезпечення діагностичним та лікувальним обладнання, спеціально підготовлений середній медичний персонал та соціальні працівники [22].

Вторинна медична допомога є більш спеціалізованою і зосереджена на допомозі пацієнтам, які борються з більш важкими або складними захворюваннями, що вимагають підтримки фахівця. Вторинна медична допомога означає, що про вас буде піклуватися той, хто має більш конкретні знання про ваш стан. Прикладами медичних ситуацій, які потребують вторинної медичної допомоги, є лікування раку, пневмонії та інших важких і раптових інфекцій, а також лікування переломів кісток.

*Третинний рівень надання медичної допомоги* – це рівень надання високоспеціалізованої медичної допомоги, що зазвичай надається протягом тривалого періоду часу і включає в себе передову та складну діагностику, процедури та лікування, що проводяться медичними фахівцями в найсучасніших установах [22]. Така допомога передбачає діагностичні та лікувальні медичні послуги, які недоступні на рівні первинної та вторинної (спеціалізованої) допомоги, і надається за направленням служб вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Клінічна база закладу третинної медичної допомоги передбачає її використання для проведення пріоритетних наукових досліджень та до- і післядипломної підготовки медичних працівників [22]. Третинний рівень надання медичної допомоги може бути доступним як на регіональному, так і на національному.

ВООЗ пропонує виділяти ще один – четвертинний рівень надання медичної допомоги (він виділяється не у всіх національних системах охорони здоров'я), до якого відносять високоспеціалізовані медичні послуги, які є вузькоспеціалізованими і малодоступними, і зазвичай пропонуються лише в дуже обмеженій кількості в національних або міжнародних центрах. Експериментальна медицина і деякі види рідкісних діагностичних або

хірургічних процедур вважаються четвертинним рівнем надання медичної допомоги [22].

Згідно зі ст. 16 Закону України «Основи законодавства України у сфері охорони здоров'я» [11] на місцевому рівні органи місцевого самоврядування сприяють розвитку закладів охорони здоров'я усіх форм власності, розміщених на їхній території.

Мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я формується з урахуванням планів розвитку госпітальних округів, потреб населення у медичному обслуговуванні, необхідності забезпечення належної якості такого обслуговування, своєчасності, доступності для громадян, ефективного використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів. При цьому існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена.

З метою забезпечення територіальної доступності якісної медичної та реабілітаційної допомоги населенню визначається госпітальний округ. Госпітальний округ поділяється на госпітальні кластери, в межах яких організовано комплексний доступ населення до медичного обслуговування в стаціонарних умовах. Межі госпітальних округів та госпітальних кластерів, порядок їх визначення та функціонування, а також порядок визначення кластерних, надкластерних та інших видів закладів охорони здоров'я, що входять до спроможної мережі закладів охорони здоров'я госпітального округу, визначаються Кабінетом Міністрів України на основі потреб населення у комплексному медичному обслуговуванні в стаціонарних умовах.

Органи місцевого самоврядування здійснюють планування розвитку мережі закладів охорони здоров'я комунальної форми власності, приймають рішення про створення, припинення, реорганізацію чи перепрофілювання закладів охорони здоров'я з урахуванням затвердженого у встановленому порядку плану розвитку госпітального округу.

За організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я комунальної власності можуть утворюватися та функціонувати як комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи. Заклади охорони здоров'я

комунальної власності можуть утворюватися та функціонувати шляхом здійснення співробітництва територіальних громад у формах, передбачених законом, у тому числі як спільне комунальне підприємство

## **2.2 Досвід організації надання медичних послуг у Лозівській територіальній громаді**

Лозівською міською радою приділяється значна увага питанням збереження здоров'я жителів громади. Для цього прикладаються значні зусилля для належної організації та успішного функціонування медичних закладів та установ громади.

Зокрема, Лозівською міською радою розроблено і затверджено низку важливих стратегічних документів, які впливають на якість поточного, оперативного і стратегічного планування), серед яких:

– *Стратегія здоров'я громади (Community Health Strategy)* – Лозівської міської територіальної громади Харківської області на період 2021-2027 рр., підготовлена за підтримки проекту міжнародної технічної допомоги «Зміцнення ресурсів для сталого розвитку приймаючих громад на сході України» Програми «Перспективи розвитку східних регіонів України» федеральної компанії Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH, яка діє за дорученням Уряду Німеччини, та за участі експертів AICM Ukraine, International Fund / МБФ «AICM Україна» [27];

– оновлено *Статут Комунального некомерційного підприємства «Лозівське територіальне медичне об'єднання» Лозівської міської ради Харківської області* [25];

– затверджено *План розвитку Комунального некомерційного підприємства «Лозівське територіальне медичне об'єднання» Лозівської міської ради Харківської області на 2023- 2026 роки та ін.*

Аналіз статистичних даних свідчить, що чисельність наявного населення Лозівської міської територіальної громади на 01.01.2022 р. становило – 90 606 ос. (3,0% від населення Харківської області), з них міське населення – 71 518 ос. (78,9%) і міське населення – 19 088 ос. (21,1%).

Порівняльний аналіз даних свідчить про його зменшення (рис. 2.1).

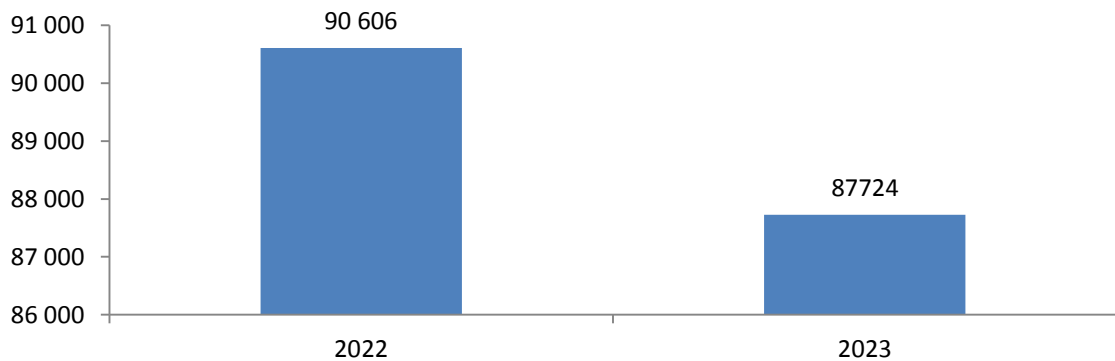


Рисунок 2.1 – Динаміка чисельності населення в територіальній громаді

Для їх обслуговування створено мережу закладів охорони здоров'я, яка включає 2 медичних заклади, що надають послуги на первинному і вторинному рівнях надання медичної допомоги.

Більш детальний розгляд організаційної структури цих закладів дозволяє зробити висновок про її складність та розгалуженість.

Зокрема, *Комунальне некомерційне підприємство «Лозівське територіальне медичне об'єднання»* (далі – КНП «Лозівське ТМО») – це медичний заклад, який надає стаціонарну та амбулаторно-поліклінічну допомогу мешканцям Лозівської міської територіальної громади, Лозівського району, прилеглим громадам та районам.

У його складі функціонують 2 стаціонарні та 2 поліклінічні відділення. Профіль стаціонарних відділень – терапевтичний і хірургічний. Вони розраховані на надання послуг пацієнтам, що можуть скористатися ліжкофондом із 450 місць. Структура ліжкофонду з урахуванням розподілу за відділеннями наведена на рис. 2.2.

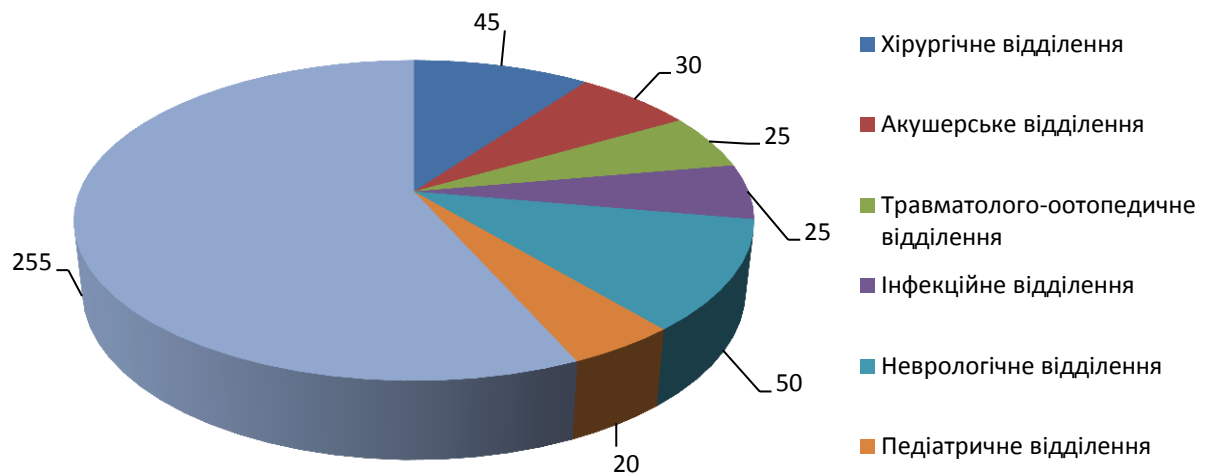


Рисунок 2.2 – Структура ліжкофонду КНП «Лозівське ТМО»

Також для забезпечення надання якісної медичної допомоги та медичних послуг у стаціонарі функціонують:

- відділення анестезіології з ліжками інтенсивної терапії;
- операційний блок з окремою операційною;
- діагностичні та клінічні служби:
- клініко-діагностична лабораторія;
- кабінет ультразвукової діагностик;
  - рентгенологічне відділення;
  - кабінет комп'ютерної томографії;
  - відділення трансфузіології та заготівлі крові;
- патологоанатомічне відділення;
- відділення гемодіалізу(як структурний підрозділ комунального некомерційного підприємства Харківської обласної ради «Обласний медичний клінічний центр урології і нефрології ім. В. І. Шаповала»).

До складу поліклінічних відділень входять:

- відділення профілактики,
- жіноча консультація,
- дитяче відділення,

- стоматологічне відділення,
- реабілітаційне відділення,
- денний стаціонар.

Функціонують кабінети вузьких лікарів та інші допоміжні служби.

Для забезпечення надання медичних послуг у ЗОЗ Лозівської територіальної громади сформовано штатний розпис працівників загальною кількістю 699,5 посад. Їх розподіл за структурою, наведено на рис. 2.3.

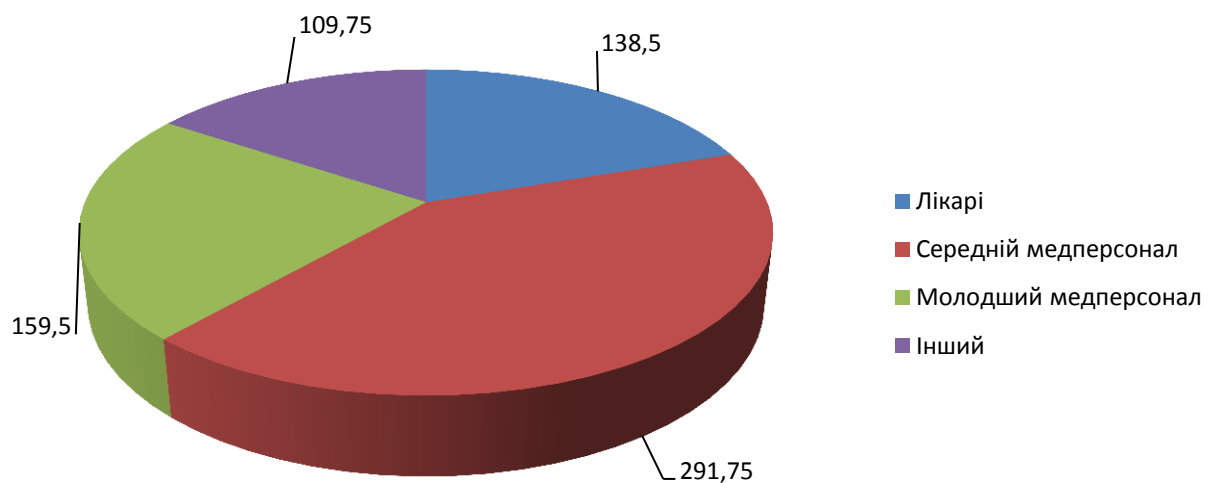


Рисунок 2.3 – Структура штатного розпису працівників КНП «Лозівське ТМО»

Адміністрацією КНП «Лозівське ТМО» постійно вживаються заходи для повного забезпечення ЗОЗ громади кваліфікованими кадрами. Здійснюється аналіз як наявного кадрового забезпечення, так стратегічне планування людських ресурсів. Наприклад, у 2022-2023 рр. було прийнято на роботу 5 лікарів, у тому числі лікарів-переселенців. Постійно проводиться пошук і залучення талановитої молоді. Для цього із закладами вищої освіти укладено угоди про цільову підготовку фахівців для потреб ЗОЗ громади.

За Програмою медичних гарантій для надання жителям громади та району медичних послуг між КНП «Лозівське ТМО» та НСЗУ укладено договір, що включає низку пакетів. Щорічно їхня кількість збільшується (табл. 2.1).

Таблиця 2.1 – Інформація про фактичні й передбачувані пакети медичних послуг за програмою медичних гарантій НСЗУ

Рік	2021 факт	2022 факт	2023 наявний	2024 план	2025 план	2026 план
Кількість пакетів у договорі з НСЗУ	15	18	18	21	21	21
Вартість договору з НСЗУ(тис. грн.)	164 566,8	189 650,4	156 033,5	195 700,4	195 700,4	195 700,4

Так, станом на кінець 2023 року укладено 18 пакетів медичних послуг. До їхнього складу входить такий перелік :

- 1) Первинна медична допомога;
- 2) Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах;
- 3) Профілактика, діагностика, спостереження та лікування дорослих та дітей в амбулаторних умовах;
- 4) Стоматологічна допомога дорослим та дітям;
- 5) Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям;
- 6) Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій;
- 7) Медична допомога при пологах ;
- 8) Медична допомога при гострому мозковому інсульті;
- 9) Діагностика, лікування та супровід осіб із вірусом імунодефіциту людини;
- 10) Мамографія ;
- 11) Езофагогастродуоденоскопія;
- 12) Секційне дослідження;
- 13) Реабілітаційна допомога дорослим та дітям в амбулаторних умовах;
- 14) Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня;
- 15) Мобільна паліативна медична допомога дорослим та дітям;
- 16) Ведення вагітності в амбулаторних умовах;
- 17) Готовність закладу охорони здоров'я до надання медичної допомоги

в надзвичайних ситуаціях;

18) Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом організації надання медичної допомоги із залученням лікарів-інтернів.

Протягом 2024 – 2026 рр. планується законтрактувати на нові пакети послуг (реабілітація дорослих та дітей в стаціонарних умовах, колоноскопія, гістероскопія).

Надання медичних послуг і організація діяльності ЗОЗ потребує значних фінансових і матеріально-технічних ресурсів. Якщо проаналізувати показники фінансування КНП «Лозівське ТМО» (табл. 2.2), то можна зробити висновок, що основними статтями видатків є заробітна плата й нарахування на неї, капітальні видатки та оплата енергоносіїв.

Таблиця 2.2 – Динаміка фінансування КНП «Лозівське ТМО»

тис. грн.

Напрямок спрямування	Фактичні показники за 2021 рік	Фактичні показники за 2022 рік	Планові показники на 2023 рік
Заробітна плата та нарахування на заробітну плату	111 685,0	119 873,0	119 873,0
Медикаменти та перев'язувальні матеріали	12 089,0	16 190,5	17 500,0
Оплата енергоносіїв	19 086,8	18885,5	18300,0
Інші поточні видатки	13 349,5	7583,4	13 500,0
Капітальні видатки	18 771,0	20 299,7	21 500,0
Разом витрати	174 981,3	182 832,1	190 673,0

Також на території громади функціонує іще декілька установ медичного призначення. А саме мережу закладів та установ охорони здоров'я доповнюють:

– *Комунальне некомерційне підприємство «Лозівський центр первинної медико-санітарної допомоги»*, що включає:

- 7 амбулаторій загальної практики сімейної медицини;
- 24 фельдшерсько-акушерські пункти;

– *Комунальне підприємство «Лозівська муніципальна аптека»*, що

ОХОПЛЮЄ:

- 3 аптеки;
- 8 аптечних пунктів;
- *Філія центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф;*
- *2 Диспансери.*

Метою їхньої діяльності є:

- надання жителям Лозівської міської територіальної громади та будь-яким іншим особам, які звернулися, медичної допомоги, медичних послуг, спрямованих на збереження, поліпшення та відновлення здоров'я згідно з вимогами відповідних нормативно-правових актів;
- здійснення оперативного управління, організаційно-методичного керівництва роботою медичних закладів, які входять до складу медичного об'єднання, експертиза і контроль якості медичної допомоги та платних послуг;
- надання жителям міста Лозова та Лозівського району медичної допомоги, медичних послуг, спрямованих на збереження, поліпшення та відновлення здоров'я згідно з вимогами відповідних нормативно-правових актів в обсязі бюджетних та залучених асигнувань;
- здійснення іншої діяльності, необхідної для належного забезпечення профілактики, діагностики і лікування хвороб, травм, отруєнь чи інших розладів здоров'я, в тому числі на платній та альтернативній основі.

Надання медичних послуг здійснюється на первинному і вторинному рівнях. Для цього створено правові, функціональні та інфраструктурні умови.

Зокрема, для отримання права надавати медичні послуги населенню з Національною службою здоров'я України укладено угоди й отримано ліцензії такі:

*на первинному рівні:*

- 1) Ліцензія на медичну практику видана КНП «Лозівський центр первинної медико-санітарної допомоги» Лозівської міської ради Харківської області;

2) договір про медичне обслуговування населення щодо надання первинної медичної допомоги;

*на вторинному рівні:*

1) Ліцензія на медичну практику наркотикичних та іонізуючих речовин, видана КНП «Лозівське ТМО»;

2) договір з НСЗУ за Програмою медичних гарантій укладений на амбулаторну допомогу станом на 25.06.2021р. за пакетами:

– Медична допомога дорослим та дітям в амбулаторних умовах (профілактика, спостереження, діагностика, лікування та медична реабілітація);

– Стоматологічна медична допомога в амбулаторних умовах;

– Ведення вагітності в амбулаторних умовах;

– Мамографія;

– Первинна медична допомога;

3) Договір з НСЗУ за Програмою медичних гарантій укладений на стаціонарну допомогу станом на 25.06.2021р. за пакетами:

– Медична допомога при пологах;

– Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах.;

– Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій;

– Стаціонарна допомога пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою корона вірусом SARS-C0V-2;

– Діагностика, лікування та супровід осіб із вірусом імунодефіциту людини (та підозрою на ВІЛ);

– Медична допомога при гострому мозковому інсульті;

– Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям;

– Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіодів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії.

Отже, у Лозівській міській територіальній громаді створено належні

умови для надання медичних послуг населенню.

Для забезпечення розвитку системи надання медичних послуг жителям громади ЗОЗ беруть активну участь по данні конкурсних заявок для участі у різноманітних проєктах і грантах.

Наприклад, за останній період результатами співпраці із зарубіжними партнерами стали такі напрацювання:

- отримано грантову допомоги за результатами участі у проєктах з людської безпеки програми «Кусаноне» Японського посольства в Україні ;
- взято участь у конкурсі пропозицій в межах проєкту «Підтримка територіальних громад України у зв'язку зі збільшенням кількості внутрішньо переміщених осіб» Німецької федеральної компанії GIZ за підтримки Харківської обласної державної адміністрації ;
- підготовлено проєктну пропозицію до проєкту Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH «Партнерство з модернізації: енергоефективність у лікарнях» (проєкт МРЄЄ);
- взято участь у проєкті «Зміцнення ресурсів для сталого розвитку приймаючих громад на сході України» (GIZ) (отримано обладнання, розраховане на використання під час пандемії COVID-19 та реабілітаційне обладнання).

Участь у проєктній діяльності дозволяє не тільки удосконалити матеріально-технічне забезпечення діяльності ЗОЗ, а й долучитися до сучасних проєктів, пов'язаних із використанням нового обладнання, роботи лікарів за новими методиками і протоколами. Це дозволяє розвивати їхній потенціал, а також удосконалювати якість послуг, які надаються громадянам.

## РОЗДІЛ 3

### ОСНОВНІ НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НА РІВНІ ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ

#### 3.1 Розвиток системи громадського здоров'я в територіальних громадах України

Система громадського здоров'я – це сучасний підхід до організації надання медичних послуг в територіальних громадах. Він включає:

- переорієнтацію охорони здоров'я від політики лікування до політики профілактики та зміцнення/збереження здоров'я людини;
- запровадження більш ефективних форм і методів взаємодії медичних закладів у територіальних громадах;
- удосконалення якості надання послуг шляхом створення єдиного медичного простору та інтеграції медичної допомоги.

Здоров'я населення є однією з основних цінностей кожної держави. Тому політика ВООЗ ґрунтується на принципі – «Здоров'я в кожному політику». Останнім часом дана концепція визнана базовою у процесі формування та реалізації державної політики в Україні на всіх рівнях влади та в усіх секторах суспільної діяльності.

Її впровадження зумовлено тим, що як свідчить досвід минулих років і сучасна практика функціонування СОЗ, лише органи публічної влади, ЗОЗ та лікарі без активної участі громадян, їхнього піклування про власне здоров'я не можуть забезпечити його належний рівень та якість. Саме тому реформа у сфері охорони здоров'я розпочалася зі зміни ставлення громадянина до себе та власного стану здоров'я.

В основу Концепції громадського здоров'я покладене визначення дане Дж. Ештоном: « Громадське здоров'я (далі – ГЗ) – це наука та мистецтво

попередження захворювань, продовження життя та зміцнення здоров'я за допомогою організованих зусиль суспільства» [30].

ВООЗ, використовуючи його в своїй політиці, наголошує, що «метою дій, спрямованих на зміцнення потенціалу та послуг охорони громадського здоров'я, є забезпечення таких умов, за яких люди можуть залишатися здоровими, зміцнювати своє здоров'я і благополуччя або попереджати погіршення здоров'я. У центрі уваги охорони громадського здоров'я знаходиться весь спектр здоров'я і благополуччя, а не викорінення лише окремих хвороб» [34] Тому в суспільстві організуються комунікативні кампанії популяризації здоров'я населення та підвищення медичної грамотності, формування медичної культури населення шляхом підтримання здорового способу життя, поінформованості громадян про ризики й відповідальне ставлення до власного здоров'я.

Органи публічної влади за активної співпраці із ЗОЗ кардинально змінюють підходи щодо формування та реалізації державної та місцевої політики. В основі якої починають перебувати профілактика й попередження хвороб, своєчасна їх діагностика, проведення оглядів, консультацій; а не передбачення витрат на утримання ліжкофондів у стаціонарах, дороговартісне лікування, часті оперативні втручання та ін., як це було притаманно радянській СОЗ, сформованій за моделлю Семашко.

В сучасних умовах ГЗ розглядається як комплекс інструментів, процедур та заходів, які реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, продовження активного і працездатного віку і заохочення здорового способу життя шляхом об'єднаних зусиль усіх зацікавлених сторін. Система громадського здоров'я має доповнювати систему медичного обслуговування, стримувати витрати на нього і впливати на доступність лікарської допомоги для найбільш уразливих верств населення [5].

У територіальних громадах тривалий час функціонували низка ЗОЗ, які надавали різноманітну допомогу населенню. Утім за часів незалежності

утримувати таку складну й велику мережу закладів та установ СОЗ виявилось не тільки складно з організаційної точки зору, а й нерентабельно з фінансової. Щорічне зростання смертності й зменшення чисельності народжуваності поглибило ситуацію. Крім того, значно змінилося медичне обладнання, ускладнилися будівельні стандарти щодо проєктування, техніко-технологічного оснащення ЗОЗ. Це вплинуло на їхню здатність забезпечувати доступність надання медичних послуг в умовах безбар'єрного середовища тощо.

Тому ЗОЗ, які продовжують свою роботу на рівні територіальної громади (лікарні, поліклініки, ФАПи, аптеки, центри надання невідкладної медичної допомоги та ін.) потребують ретельної координації та взаємодії у процесі надання як первинної, а особливо вторинної допомоги, коли у стаціонарних умовах (цілодобовий та денний тип, амбулаторний прийом) або коли пацієнт перебуває в загостреній фазі хвороби та потребує інтенсивного догляду і лікування [26].

У цьому контексті особливої уваги потребують питання:

- нормативно-правового врегулювання співпраці ЗОЗ та фахівців як учасників мультидисциплінарних команд для надання складних і комплексних медичних послуг громадянам;
- стандартизації протоколів надання медичних послуг;
- контролю якості професійної діяльності фахівців та кадрового забезпечення ЗОЗ;
- підвищення рівня кваліфікації лікарського та середнього медичного персоналу;
- обліку витрачених фінансових ресурсів, медичних препаратів і матеріалів різними ЗОЗ та визначення зон неефективного використання;
- корегування об'ємних показників надання медичної допомоги;
- моніторингу показників використання ресурсів (матеріальних, фінансових, трудових) та механізмів планування, організації поточної діяльності з метою їх подальшого вдосконалення;
- упровадження сучасних методів прийняття рішень, організації

роботи інформаційно-аналітичної системи збору даних про результати і процеси надання послуг тощо [26].

Поряд з цим важливо дбати й про профілактику захворюваності, підвищення витривалості людського механізму, а цими питаннями не опікуються винятково заклади охорони здоров'я. Тому вкрай важливим є приділення уваги поліпшенню середовища життєдіяльності людини, зменшенню факторів ризику, що формують значний тягар захворюваності та смертності серед населення, та стимулювання тих факторів, які, навпаки, сприяють зміцненню та збереженню здоров'я. Спрямування таких заходів широко варіюється від стратегій імунізації, зміцнення здоров'я та догляду за дітьми, маркування харчових продуктів тощо [15].

Отже, з метою посилення впливу системи громадського здоров'я, впровадження заходів, спрямованих на збереження здоров'я населення, як стратегічного капіталу громади і держави, необхідно:

- запровадити системний підхід до розв'язання сучасних проблем у сфері громадського здоров'я, зокрема шляхом міжсекторальної взаємодії;
- розробити та ухвалити низку підзаконних нормативно-правових актів, які дозволять реалізувати положення, закріплені в законі України «Про систему громадського здоров'я»;
- передбачити постатейне фінансування громадського здоров'я в Державному Бюджеті;
- створити Національний фонд громадського здоров'я, з огляду на обмеженість фінансування сфери охорони здоров'я, а також із метою пошуку додаткових джерел фінансування та забезпечення сталого фінансування заходів щодо попередження поширенню хронічних неінфекційних захворювань тощо [29].

Утім визначення результативності цих заходів без налагодженої системи збору інформації та її подальшого аналізу здійснити не можливо. Використання сучасних інформаційних технологій дозволяє не тільки швидко записатися на прийом до лікаря, отримати електронний рецепт чи направлення. Сучасні

технології дозволяють здійснювати безперервний систематичний збір, аналіз та інтерпретацію пов'язаних зі здоров'ям даних як окремого громадянина, так і узагальнювати дані, необхідні для планування, аналізу й оцінювання діяльності ЗОЗ чи їх системи в територіальній громаді, регіоні, СОЗ держави в цілому [24].

Розробка таких інформаційно-аналітичних систем в СГЗ є дуже корисною, для того, щоб, наприклад:

- вивчати причиново-наслідкові зв'язки при виникненні захворювань та визначення їхніх наслідків завдяки збору інформації та доказів, використання методів епідеміологічного нагляду та дослідження;

- плануванні заходів, які впливатимуть на покращення стану здоров'я населення (наприклад, профілактика та удосконалення доступу до отримання медичних послуг) [9].

Вирішення цих питань дозволить покращити не тільки взаємодію ЗОЗ конкретної територіальної громади, визначати підґрунтя і джерела виникнення різноманітних загроз, а й сприятиме формуванню єдиного медичного простору. Такий підхід сприятиме покращенню використання ресурсного потенціалу громади, виробленню алгоритмів надання медичних і соціальних послуг для певної категорії споживачів, які під впливом різноманітних чинників стають нероздільними (наприклад, догляд за літніми людьми чи надання послуг особам з особливими потребами).

### **3.2 Упровадження інтегрованої медичної допомоги як сучасної моделі надання послуг в громаді**

Пандемія COVID-19 і подальша криза кадрів у сфері охорони здоров'я підкреслила необхідність запровадження послуг інтегрованого догляду, які допомагають оптимізувати ресурси шляхом удосконалення процесів, зменшення дублювання робіт і функцій, покращення комунікації та взаємодії

між постачальниками медичних послуг, а також забезпечення у наявності достатньої кількості медичного персоналу, обладнання та матеріалів, які розподіляються більш ефективно та результативно, особливо в країнах, які стикаються з їх дефіцитом.

В сучасних умовах інтегрована допомога розглядається як стратегія для покращення надання, ефективності, результативності й рівня задоволеності споживачів медичними послугами. Для інтеграції медичної допомоги від кількох постачальників в узгоджену послугу, орієнтовану на споживача, необхідно реалізувати велику кількість заходів і підготувати угод, наприклад, щодо спрощення потоків інформації про послугу та переведення пацієнтів з одних умов надання послуг у інші, більш прості й комплексні.

У зарубіжній практиці такий підхід уже тривалий час застосовується окремими державами як модель надання медичних послуг, так і як елемент СОЗ при реалізації окремих програм і проєктів. У вітчизняній практиці впровадження інтегрованої СОЗ розглядається як один із основних аспектів збереження та відновлення громад у повоєнний період.

Головною метою «Інтегрованої медичної допомоги» (далі – ІМД) «є поліпшення досвіду пацієнта через створення зв'язків, спільного бачення та підходів у комплексній мережі закладів ОЗ, яка буде діяти скоординовано та згуртовано. Пацієнти хочуть бути сприйнятими цілісно і саме тому інтегровані послуги, тобто послуги орієнтовані на людину, роблять акцент на людях, а не на хворобах. Така система допомагає боротися із фрагментацією у СОЗ та забезпечує кращу координацію між постачальниками послуг. Як наслідок, це робить медичну допомогу відповіднішою до потреб пацієнтів та забезпечує їм цілісний досвід лікування, з урахуванням їхніх потреб на різних етапах медичного обслуговування – від первинної медичної допомоги до спеціалізованого та високоспеціалізованого рівнів [10].

В основу розбудови ІМД покладені такі ключові положення і принципи, визначені в аналітичній записці «Як реалізувати інтегрований догляд? Структура з 12 загальними стратегіями трансформації надання медичної

допомоги», підготовленій на замовлення ВООЗ у 2024 р.

«Захворюваність (численними) хронічними захворюваннями зростає, і це має значні суспільні та економічні наслідки. Це пов'язано з нижчою якістю життя, більш високим рівнем використання медичної допомоги та нерівністю у здоров'ї.

Інтегрований догляд передбачає перехід від реактивного підходу до проактивного, зосередженого на профілактиці та інтеграції між охороною здоров'я, довгостроковим доглядом і соціальним доглядом. Це спосіб покращити результати (і задоволеність пацієнтів), особливо для тих, хто живе з кількома хронічними захворюваннями, що дозволяє оптимізувати використання ресурсів.

Надання згуртованої та інтегрованої допомоги залежить від стратегій подолання бар'єрів, створених окремими системами фінансування, регулювання та надання соціальної допомоги та охорони здоров'я.

Щоб інтегрована медична допомога стала ефективною, довгостроковою та орієнтованою на людину, необхідною є взаємодія політиків і постачальників медичних послуг з ключовими зацікавленими сторонами, включаючи пацієнтів і спеціалістів по догляду, для спільного проектування та впровадження ефективних моделей інтегрованої допомоги.

Розширення можливостей постачальників послуг і спеціалістів має значення, оскільки вони можуть бути рушійною силою успішних інновацій та їх упровадження.

Впровадження нових інтегрованих програм догляду та розширення масштабів успішних програм має вирішальне значення для задоволення складних потреб людей із кількома хронічними захворюваннями та досягнення трансформаційних покращень у наданні медичної допомоги [33].

Головними стратегіями ІМД визначено такі:

- 1) «залучення зацікавлених сторін, завоювання їхньої довіри, спільне визначення проблеми та узгодження подальших дій;
- 2) подолання фрагментарного керівництва та однозначний розподіл

відповідальності;

- 3) перетворення підходу, орієнтованого на людину та громаду, на центральне місце в реалізації інтегрованої допомоги;
- 4) створення циклів зворотного зв'язку та постійний моніторинг;
- 5) забезпечення довгострокового фінансування для інтеграції, в тому числі за допомогою інноваційних платіжних систем, які долають фрагментацію;
- 6) побудова мультидисциплінарної командної культури зі спільною метою;
- 7) розвиток нових ролей і навичок, які дозволяють належним чином інтегрувати догляд (та орієнтувати його на людину);
- 8) адаптація навчальних програм і тренінгів медичних працівників для сприяння догляду, орієнтованому на пацієнта;
- 9) інноваційне використання ІКТ для підтримки співпраці та спілкування, а не лише для адміністративних процедур;
- 10) встановлення балансу між поступовим розширенням інтегрованих підходів і зривом;
- 11) баланс гнучкості та формальних структур;
- 12) узгодження роботи різних секторів і команд» [33].

Однією з найбільших проблем у сучасному світі є пошук, збереження, раціональне використання і відновлення ресурсів. Людський ресурс – найцінніший з усіх використовуваних у соціальній системі.

Тому підтримка пацієнта на його шляху до отримання якісної та безоплатної медичної послуги має стати однією з постійних практик у громадах. Найчастіше ІМД об'єднує надання медичних і соціальних послуг. Для раціональної організації такої допомоги серед соціальних працівників медичних закладів або шляхом уведення до штату нової посади «медичного координатора» (його ще називають навігатором пацієнта) розробляється траєкторія (маршрут пацієнта в межах ЗОЗ, що належить громаді, а також іншими закладами СОЗ поза її межами). Таким чином відбувається взаємодія пацієнта з необхідними вузькими спеціалістами, забезпечується й

координується проходження ним різноманітних процедур, а в разі потреби – організовуються зустрічі чи співпраця з громадськими організаціями, соціальними службами, органами державної влади чи місцевого самоврядування тощо [33].

Саме медичні координатори підтримують зв'язок між командою первинної меддопомоги та пацієнтом, формуючи уявлення про траєкторію (маршрут, шлях) пацієнта як цілісний процес. При цьому висококваліфіковані лікарі й середній медичний персонал задіяні безпосередньо у процесах надання медичних послуг, а не їх організації та оформлення.

Дослідження засвідчують, що саме поєднання надання медичних послуг і послуг соціального характеру має вирішальне значення, оскільки дозволяє пацієнтові відновлювати своє здоров'я, отримуючи належне лікування, а з іншого боку – соціальну допомогу та піклування. Адже специфіка функціонування і організації цих систем значно відрізняється, вони фінансуються з різних бюджетів, мають різні правові норми щодо власної діяльності та взаємодії зі споживачами, партнерами, керівництвом і органами влади, що пацієнти виявляються безпорадними у спробах самостійно розібратися в цих процесах. Тому міжгалузева координація лікарів і навігаторів пацієнтів особливо при наданні первинної медичної допомоги стає надзвичайно важливою, оскільки дозволяє своєчасно виявляти фактори ризику та враховувати особливості лікування при хронічних захворюваннях.

Крім того, ухвалення інтегрованих програм фінансування дозволяє охоплювати різні аспекти, важливі для людей з хронічними захворюваннями, які самостійно не завжди можуть контролювати свій стан, долати виклики, покращуючи результати догляду і лікування.

Аналіз досвіду зарубіжних країн засвідчує, що європейські країни експериментували з інтегрованими програмами догляду, намагалися спрямувати їх на вирішення проблем зростання кількості хронічних захворювань.

Прикладами таких комплексних програм є допомога у програмах лікування захворювань дефектів міжшлункової перегородки (DMPs), цукрового

діабету II типу, хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) [33].

Для територіальних громад України цей досвід є важливим не тільки з точки зору надання комплексної допомоги учасникам бойових дій, наприклад, які потребують медико-соціальної, медико-психологічної та інших видів реабілітації. А й для жителів територіальних громад, які відчують обмеженість ресурсного забезпечення і в мирний час.

Реформа СОЗ України продовжується. У територіальних громадах (у межах госпітального кластеру) утворені багатофункціональні лікарні, які обслуговують декілька територіальних громад, або забезпечують потребу населення в лікуванні найбільш поширених захворюваннях. Зважаючи на віддаленість їх розміщення, важливим є запобігання загостренню хронічних станів та максимально швидке реагування на гостре погіршення стану здоров'я пацієнтів. Отже, потрібні постійні відстеження стану пацієнтів, створення для них відповідного середовища тощо.

Корисним є також використання такого підходу при роботі з дітьми різного віку в умовах війни, а особливо дошкільнят і підлітків, задля збереження їхнього ментального здоров'я, подолання вікових психологічних криз, забезпечення належного фізичного розвитку.

Крім комбінації медико-соціальної інтеграції корисними можуть бути:

- медико-освітня для дітей, які мають особливості чи порушення у розвитку;
- медико-професійна для ветеранів, учасників бойових дій, які потребують різних форм реабілітації, відновлення навичок соціальної та професійної адаптації в умовах мирного життя. Можлива кооперація діяльності з різноманітними громадськими, волонтерськими, благодійними організаціями, фондами тощо [10].

Кооперація з партнерами у межах госпітального кластеру також може суттєво допомогти у збереженні ресурсів, але тільки у тому разі, якщо буде зроблено фокус саме на Співпраця служб поза межами сектору ОЗ та аналіз їхнього впливу розкривають потенціал для поліпшення здоров'я мешканців

громади за допомогою комплексних дій. Наприклад, робота з дітьми дошкільного віку задля покращення показників їхнього ментального та фізичного станів. Окрім медичної сфери у такі процеси безперечно будуть залучені також соціальна, освітня, інфраструктурна, сфера культура та спорту, різноманітні неурядові організації.

Такі кооперація і взаємодія можливі не тільки в межах однієї громади. Корисним може бути залучення сусідніх громад, неурядових організацій та учасників міжнародних проєктів, – усіх, хто може підтримувати наших громадян у період, війни, відбудови, повернення до мирного життя, щоб відновлювати людський капітал, полегшувати процес відтворення та збереження здоров'я для кожного мешканця наших громад [10]. Таку діяльність можна розглядати як інструмент залучення інвестицій та важливий напрям стратегічного розвитку громади, що забезпечує зміцнення її економічну стабільність і соціальне благополуччя країни.

## ВИСНОВКИ

1. В науковій літературі відсутнє єдине розуміння поняття «медична послуга». Цю категорію розглядають як різновид послуг, вид професійної діяльності, технологічний процес, діяльність послужодавця тощо. Визначено, що найбільш повним є таке визначення: «це професійну діяльність медичних закладів (організацій) чи фізичних осіб-підприємців, які займаються приватною медичною практикою, відповідно до існуючих медичних стандартів, що включає застосування спеціальних заходів стосовно здоров'я у вигляді медичного втручання, потенційним результатом якого є поліпшення загального стану чи функціонування окремих органів або систем організму людини, а також (або) досягнення певних естетичних змін зовнішності».

2. З'ясовано, що в результаті реалізації низки реформ (медичної, місцевого самоврядування, державного управління) відповідальність за організацію надання медичних послуг на місцевому рівні покладено переважно на органи місцевого самоврядування. Саме виконавчі органи територіальних громад здійснюють управління комунальними закладами охорони здоров'я, організацію їх матеріально-технічного, кадрового та фінансового забезпечення відповідно до законодавства.

3. Установлено, що основними законодавчими та нормативними актами, які врегульовують питання організації надання медичних послуг на місцевому рівні є Конституція України, закони України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про місцеве самоврядування в Україні та ін.

4. Виявлено, що не зважаючи на законодавче регулювання питань реформування системи охорони здоров'я в Україні, формування планів утворення і розвитку госпітальних округів, умови надання і якість медичних послуг, створення мережі закладів охорони здоров'я залежить від стратегічного бачення, економічного, інфраструктурного, кадрового потенціалу системи

охорони здоров'я, готовності медичного персоналу і управлінських кадрів органів місцевого самоврядування конкретної територіальної громади до перетворень, спрямування їхніх спільних зусиль на забезпечення своєчасності, доступності, якості медичних послуг, ефективного використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів, їх примноження і розвиток.

5. Проаналізовано, досвід організації надання медичних послуг на рівні територіальних громад. Для прикладу взято територіальну громаду м. Лозова Харківської області. Виявлено, що не зважаючи на позитивну динаміку у створенні умов для забезпечення надання медичних послуг жителям громади, розбудову інфраструктури, приділення уваги залученню професійних кадрів, придбання сучасного обладнання, все ж питанням дослідження якості послуг приділяється недостатньо.

6. Обґрунтовано доцільність більш широкого використання при наданні медичних послуг в територіальних громадах засад організації управління громадським здоров'ям, що кардинально змінює підходи до формування та реалізації державної та місцевої політики. Цей підхід потребує переорієнтації організації охорони здоров'я від політики лікування до політики профілактики та зміцнення/збереження здоров'я людини; запровадження більш ефективних форм і методів взаємодії медичних закладів у територіальних громадах; удосконалення якості надання послуг шляхом створення єдиного медичного простору та інтеграції медичної допомоги.

7. Запропоновано запровадити модель інтегрованої медичної допомоги для удосконалення надання медичних послуг громадянам, підвищення координації діяльності закладів та установ охорони здоров'я громади, забезпечення економічності, ефективності та результативності використання ресурсів, підвищення рівня задоволеності споживачів медичними послугами. Для її практичного втілення в закладах охорони здоров'я громади чи соціальних установах доцільно ввести посаду медичного координатора.

## ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Антонов С. В. Правова регламентація надання медичних послуг. *Управління закладом охорони здоров'я*. 2007. №1. С.18 –22.
2. Бабченко В. Л., Андрушко О. Г. Пріоритетні напрями реформування галузі охорони здоров'я у Житомирській області. *Економіка, управління та адміністрування*. 2019. № 3 (89). С. 158–164.
3. Берназ-Лукавецька О. М., Подсядло Р. П. Медичні послуги та медична допомога: порівняльно-правовий аналіз. *Часопис цивілістики*. 2017. Вип. 24. С. 57–61.
4. Гайдай Н. Правове регулювання та особливості договорів про надання медичних послуг. *Юридичний журнал*. 2010. № 10. С. 55–58.
5. Громадське здоров'я в Україні. Альянс громадського здоров'я. ProfiHealth: веб-сайт. URL: <https://profihealth.org.ua/uk/lessons/125> (дата звернення: 01.12.2024)
6. Желюк Т., Чигур О. Регіональні ринки медичних послуг: специфіка формування та надання в умовах проведення медичної реформи. Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України. 2020. Вип. 25. С. 13–22.
7. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 01.12.2024).
8. Коробчинська Н. В. Моніторинг системи охорони здоров'я в системі управління на місцевому рівні. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2022. № 1 (32). С. 58–69.
9. Кравченко С. В. Громадське здоров'я: поняття і сутність, роль інформаційно-аналітичного супроводу. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 1 (91). С. 70–74.
10. Макаріхіна А., Гарасюк В. Здоров'я громади як цілісна система: впровадження інтегрованої медичної допомоги. *U-LEAD з Європою*: веб-сайт.

URL: <https://u-lead.org.ua/news/319> (дата звернення: 01.12.2024)

11. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 01.12.2024).

12. Основні етапи медичної реформи. Безоплатна юридична допомога: веб-сайт. URL: <https://legalaid.gov.ua/novyny/osnovni-etapy-medychnoyi-reformy-konsultuye-yuryst-drugogo-odeskogo-mistsevogo-tsentru/> (Дата звернення: 01.12.2024).

13. Пасько М. і. суб'єкт медичної сфери: пацієнт, клієнт, споживач медичних послуг. *Економіка і суспільство*. 2017. Вип. 9. Р. 295–301.

14. Полковнікова Н. О. Повноваження органів державної влади та органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я: розмежування й рівні перетину. *Право та державне управління*. 2019. №4. С. 263–269.

15. Пояснювальна записка до Проекту Закону України «Про систему громадського здоров'я» від 22.09.2020 р. № 4142 / Верховна Рада України. Київ., 2020. 6 с.

16. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 06.04.2017 р. № 2002-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text> (дата звернення: 01.12.2024).

17. Про впровадження національного класифікатора ДК 009:2005 «Класифікація видів економічної діяльності» (КВЕД): Наказ Державного комітету статистики України від 28.03.2006 р. № 101. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0101202-06#Text> (дата звернення: 01.12.2024).

18. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. Дата оновлення: 16.09.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 01.12.2024).

19. Про схвалення Національної стратегії зі створення безбар'єрного

простору в Україні на період до 2030 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14.04.2021 р. № 366-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2021-%D1%80#Text> (дата звернення: 01.12.2024).

20. Про схвалення концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/249626689#> (дата звернення: 01.12.2024).

21. Рівні надання медичної допомоги. *КНП «Арбузинський ЦПМСД»*: веб-сайт. URL: <https://arb-rc.pmsd.org.ua/abetka-reformuvannya/> (дата звернення: 21.05.2024).

22. Рівні надання медичної допомоги. *Physiopedia*: веб-сайт. URL: [https://langs.physio-pedia.com/uk/levels-of-healthcare-uk/#cite\\_note-:2-13](https://langs.physio-pedia.com/uk/levels-of-healthcare-uk/#cite_note-:2-13) (дата звернення: 21.05.2024).

23. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 51 народного депутата України щодо відповідності Конституції України (конституційності) положень статей 24, 58, 59, 60, 93, 1901 Кримінального кодексу України від 25 грудня 1998 року № 1-29/98. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/v015p710-98> (дата звернення: 21.05.2024).

24. Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я: операційний посібник. Київ: Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2020. 60 с.

25. Статут Комунального некомерційного підприємства «Лозівське територіальне медичне об'єднання» Лозівської міської ради Харківської області (нова редакція): рішенням Лозівської міської ради Харківської області від 30.08. 2019 р. № 1536. URL: <https://www.google.com/search?q=23.+%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1D0%B2%D1%96%D0%B4+30.08.+2019+%D1%80.+%E2%84%96+1536.+URL&aqs=chrome..69i57.1320j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8> (дата звернення: 01.12.2024).

26. Стовбан М. П. Концептуальна функціонально-організаційна модель системи взаємодії закладів охорони здоров'я в межах одного госпітального округу. Український медичний часопис. 2022. 07.06.2022. URL:

[www.umj.com.ua/uk/publikatsia-229528-kontseptualna-funktsionalno-organizatsijna-model-sistemi-vzayemodiyi-zakladiv-ohoroni-zdorov-ya-v-mezhah-odnogo-gospitalnogo-okrugu](http://www.umj.com.ua/uk/publikatsia-229528-kontseptualna-funktsionalno-organizatsijna-model-sistemi-vzayemodiyi-zakladiv-ohoroni-zdorov-ya-v-mezhah-odnogo-gospitalnogo-okrugu) (дата звернення: 01.12.2024).

27. Стратегія здоров'я громади Community Health Strategy Лозівської міської територіальної громади Харківської області. URL: <https://lozovarada.dosvit.org.ua/static-pages/programi-z-ohoroni-zdorovya> (дата звернення: 01.12.2024).

28. Чехун О В. Надання платних медичних послуг : цивільно-правові аспекти. *Часопис Київського університету права*. 2010. № 2. С. 213–214.

29. Юрочко Т., Бабляк О., Бадіков Т., Скибчик В., Купир Д., Купіта В. Система охорони здоров'я в Україні. *UAREforms*: веб-сайт. URL: <https://uareforms.org/pages/new-page-655> (дата звернення: 01.12.2024)

30. Ashton J. Acheson: a missed opportunity for a new public health. *British Medical Journal*. 1988. Vol. 296. P. 231–232

31. Care Index by Country 2021. *Numbeo*: веб-сайт. URL: [https://www.numbeo.com/quality-of-life/rankings\\_by\\_country.jsp?title=2021&displayColumn=3](https://www.numbeo.com/quality-of-life/rankings_by_country.jsp?title=2021&displayColumn=3) (дата звернення: 01.12.2024).

32. How is Medical Services defined in a legal contract? *GENIE AL*: веб-сайт. URL: <https://www.genieai.co/define/medical-services> (дата звернення: 01.12.2024).

33. How to implement integrated care? A framework with 12 overall strategies to transform care delivery. World Health Organization. Policy Brief № 62. *The European Observatory on Health Systems and Policies*, 2024. 38 p. URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/how-to-implement-integrated-care-a-framework-with-12-overall-strategies-to-transform-care-delivery> (дата звернення: 01.12.2024).

34. Public health services. World Health Organization. URL: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services> (дата звернення: 01.12.2024)

35. Reiser St. J. The Concept of Service in Medicine. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2012. Vol. 44 P. 150-153.