

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна академія»
Кафедра педагогіки, методики та менеджменту освіти

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему

«Розробка організаційно-функціональної моделі забезпечення
реформи охорони здоров'я на рівні Харківського регіону (на
прикладі КНП ХОР «ОКЛ»))»
(тема кваліфікаційної роботи)

Виконав: здобувач освіти 2 курсу,
групи ЗЗОЗ-24мг

спеціальності: 073 Менеджмент
(код і найменування спеціальності)

_____/ Іван ПЕЛИХ
(підпис) (ім'я та прізвище)

Керівник _____/ Влада МАРКОВА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Рецензент _____/ Вікторія ЧОБИТОК
(підпис) (ім'я та прізвище)

«До захисту допущено»

В.о. завідувачки кафедри _____/ Наталія
БРЮХАНОВА

(підпис) (ім'я та прізвище)

Нормоконтроль _____/ Влада МАРКОВА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Секретар ЕК _____/ Валентина БУРБИГА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Харків – 2025 рік

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. В.Н.КАРАЗІНА**

Інститут: Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна академія»

Кафедра: педагогіки, методики та менеджменту освіти

Спеціальність: 073 «Менеджмент»

Освітньо-професійна програма: «Менеджмент закладів охорони здоров'я»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
д.пед.н., проф.
Наталія БРЮХАНОВА

(підпис)

«__»_____ 2025 р.

**ЗАВДАННЯ
на кваліфікаційну роботу (дипломну роботу)
другого (магістерського) рівня вищої освіти
здобувачу Івану ПЕЛИХУ**

Тема «Розробка організаційно-функціональної моделі забезпечення реформи охорони здоров'я на рівні Харківського регіону (на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»)» затверджена наказом по академії № _____ від «__» _____ 2025 р.

2. Термін здачі закінченої роботи: «__» _____ 2025 р.

3. Вихідні дані до роботи: Закони України, Постанови Верховної Ради, Постанови Кабінету Міністрів, теоретичні та практичні розробки вітчизняних та зарубіжних авторів за темою роботи, періодичні видання, статистичні дані.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) Розділ 1. Теоретичний аналіз реформування системи охорони здоров'я у світі та Україні Розділ 2. Аналіз рівня впровадження наукових розробок з питань реформування системи охорони здоров'я в практичну діяльність закладів охорони здоров'я Харківського регіону(на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»). Розділ 3. Характеристика організаційно-функціональної моделі забезпечення реформи охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні (на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»)

5. Перелік графічного (ілюстративного) матеріалу 8 рис., 22 табл., презентаційний матеріал

6. Консультант:

Розділ	Консультант	Підпис, дата		Оцінка (бали)
		Завдання видав	Завдання прийняв	
-	Не передбачено	-	-	-

7. Дата видачі завдання: «01» жовтня 2025 р.

Керівник:

(підпис) Влада МАРКОВА

Завдання прийняв до виконання:

(підпис) Іван ПЕЛИХ

**КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН-ГРАФІК
виконання кваліфікаційної роботи
(дипломної роботи)**

№ з/п	Назва етапів роботи та питань, які мають бути розроблені відповідно до завдання	Термін виконання	Позначки керівника про виконання завдань
1	Систематизація матеріалів про діяльність об'єкту дослідження	04.10.2025	
2	Вивчення теоретичного матеріалу, написання першого розділу роботи	16.10.2025	
3	Аналіз діяльності об'єкту дослідження, написання другого розділу	30.10.2025	
4	Розробка та написання рекомендаційної частини роботи	15.11.2025	
5	Завершення висновків, формування анотації, впорядкування списку літератури	25.11.2025	
6	Оформлення дипломної роботи та представлення її на кафедрі	30.11.2025	

Здобувач

(підпис) Іван ПЕЛИХ

Нормоконтроль:

(підпис) Влада МАРКОВА

АНОТАЦІЯ

Тема: «Розробка організаційно-функціональної моделі забезпечення реформи охорони здоров'я на рівні Харківського регіону (на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»))»

Магістерська робота містить 130 сторінок, 124 джерела, 8 рисунків, 22 таблиці.

Об'єкт дослідження: забезпечення реформування системи охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні.

Предмет дослідження: організаційно-функціональна модель забезпечення реформи охорони здоров'я в Україні на регіональному (на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»).

Мета роботи: обґрунтувати та розробити організаційно-функціональну модель наукового забезпечення реформи охорони здоров'я в Україні (на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»).

Завдання дослідження: дослідити світовий та вітчизняний досвід з питань проведення реформи охорони здоров'я та її наукового забезпечення; здійснити аналіз рівня впровадження наукових розробок з питань реформування системи охорони здоров'я в практичну діяльність закладів охорони здоров'я Харківського регіону (на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»); теоретично обґрунтувати та розробити організаційно-функціональну модель забезпечення реформи охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні та оцінити її прийнятність для практичного впровадження (на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»).

За результатами наукового дослідження обґрунтована та розроблена організаційно-функціональна модель забезпечення реформи охорони здоров'я на регіональному рівні. Тактичним напрямком моделі є удосконалення процесу планування науково-дослідної роботи з максимальним залученням до їх виконання науковців та організаторів охорони здоров'я та проведення їх комплексування з широким професійним обговоренням отриманих результатів та їх правовою експертизою.

Ключові слова: система охорони здоров'я, реформування, законодавча база, комунікації, результати, наукове забезпечення, організаційно-функціональна модель.

ANNOTATION

Topic: "Development of an organizational and functional model for health care reform at the level of the Kharkiv region (on the example of KNP KHOR" OKL ")"

The master's thesis contains 130 pages, 124 sources, 8 drawings, 22 tables.

Object of Study: Ensuring Health Care Reform in Ukraine.

Subject of research: organizational and functional model of providing health care reform in Ukraine at the regional level (on the example of KNP CHOR" OKL ").

Purpose of the work: To substantiate and develop an organizational and functional model of scientific support for health care in Ukraine (on the example of KNP CHOR" OKL ").

Objectives of the study: to explore the world and domestic experience in health care reform and scientific support; to carry out an analysis of the level of implementation of scientific developments on the issues of reforming the health care system in the practical activity of health care institutions in the Kharkiv region (on the example of KNP CHOR" OKL "); to theoretically substantiate and develop an organizational and functional model of providing health care reform in Ukraine at the regional level and assess its suitability for practical implementation (based on the example of the KNP CHOR" OKL ").

Based on the results of the research, an organizational and functional model of providing health care reform at the regional level is grounded and developed. The tactical direction of the model is to improve the process of planning research and development work with the maximum involvement of scientists and organizers of health care in their implementation and to combine them with a broad professional discussion of the results obtained and their legal expertise.

Keywords: health care system, reform, legislative framework, communications, results, scientific support, organizational and functional model.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	8
ВСТУП.....	9
РОЗДІЛ 1.ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У СВІТІ ТА УКРАЇНІ.....	12
1.1. Світовий досвід проведення реформ охорони здоров'я.....	12
1.2. Реформування системи охорони здоров'я в Україні.....	38
Висновки до 1 розділу.....	50
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ РІВНЯ ВПРОВАДЖЕННЯ НАУКОВИХ РОЗРОБОК З ПИТАНЬ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ПРАКТИЧНУ ДІЯЛЬНІСТЬ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ(НА ПРИКЛАДІ КНП ХОР «ОКЛ »).....	52
2.1.Рефрмування первинної медичної допомоги у Харківському регіоні	52
2.2. Реформування системи екстренної медичної допомоги у Харківському регіоні.....	60
2.3. Реформування вторинної медичної допомоги у Харківському регіоні(на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»)	64
Висновки до 2 розділу	71
РОЗДІЛ 3. ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНІЗАЦІЙНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ МОДЕЛІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ (НА ПРИКЛАДІ КНП ХОР «ОКЛ »).....	74
3.1. Теоретичні основи розробки організаційно-функціональної моделі забезпечення реформи охорони здоров'я в Україні.....	74
3.2. Організаційно-функціональна модель забезпечення реформи охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні (на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»).....	92
3.3. Експертна оцінка організаційно-функціональної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні (на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»).....	102
Висновки до 3 розділу.....	104
ВИСНОВКИ.....	106
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	111
ДОДАТКИ.....	127

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

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

ВСТУП

Актуальність теми. В Україні триває масштабне реформування системи охорони здоров'я [1,2], правові засади та порядок пілотного впровадження якого були закріплені на рівні законодавства [3] та реалізовувалися у 2012–2014 роках [3,4]. У межах цієї реформи ключовими напрямками визначено запровадження сучасних фінансово-економічних механізмів у сфері охорони здоров'я [5,6], а також проведення її структурної модернізації [7,8]. Остання передбачала пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги, що мала ґрунтуватися на принципах сімейної медицини, і одночасне формування госпітальних округів на вторинному рівні з організацією лікарень інтенсивного лікування та відновленням закладів охорони здоров'я, орієнтованих на реабілітаційне лікування та паліативну допомогу [9,10].

Під час стратегічного планування реформи охорони здоров'я використовувалися рекомендації ВООЗ [11,12] і Світового банку [13], спрямовані на створення сучасних ефективних систем охорони здоров'я. Значну увагу приділено також аналізу досвіду держав, які вже пройшли шлях реформування галузі [14,15], та особливостям функціонування систем охорони здоров'я в країнах Європейського регіону [16,17].

Разом з тим заходи, що були запрограмовані в пілотних регіонах з метою відпрацювання сучасної національної моделі системи охорони здоров'я, не були реалізовані в повному обсязі [18,19]. Пілотний проект не отримав продовження, а його результати надалі застосовуються лише вибірково й фрагментарно, причому без належного урахування потенційних ризиків [20,21]. Така ситуація свідчить про відсутність належної наступності у процесах реформування охорони здоров'я в Україні.

Однією з ключових причин зазначених проблем є нестача науково обґрунтованого комплексного підходу до здійснення реформи та до розробки її практичних заходів. На необхідність дотримання саме такого системного підходу наголошує ВООЗ [22,23], а також провідні фахівці у сфері організації

та управління охороною здоров'я [24–27].

Дане і визначило актуальність даного магістерського дослідження та його тему: *«Розробка організаційно-функціональної моделі забезпечення реформи охорони здоров'я на рівні Харківського регіону (на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»)»*

Об'єкт дослідження: забезпечення реформування системи охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні.

Предмет дослідження: організаційно-функціональна модель забезпечення реформи охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні (на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»).

Мета роботи: обґрунтувати та розробити організаційно-функціональну модель забезпечення реформи охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні (на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»).

Завдання дослідження:

- дослідити світовий та вітчизняний досвід з питань проведення реформи охорони здоров'я та її наукового забезпечення;
- здійснити аналіз рівня впровадження наукових розробок з питань реформування системи охорони здоров'я в практичну діяльність закладів охорони здоров'я Харківського регіону (на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»);
- теоретично обґрунтувати та розробити організаційно-функціональну модель забезпечення реформи охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні та оцінити її прийнятність для практичного впровадження (на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»).

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

1) *системного підходу та аналізу* – для проведення кількісного та якісного аналізу проблем наукового забезпечення реформування системи охорони здоров'я України;

2) *бібліосемантичний* – для вивчення існуючих світових та вітчизняних підходів до вирішення проблеми ефективного проведення

реформи охорони здоров'я;

3) *соціологічний* – для дослідження інформованості організаторів охорони здоров'я про результати наукових здобутків з питань реформування системи охорони здоров'я України;

4) *медико-статистичний* – для аналізу основних показників результатів проведення реформи системи охорони здоров'я, результатів соціологічних досліджень та оцінки розробленої організаційно-функціональної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров'я в Україні;

5) *описового моделювання* – для проведення функціонально-структурного аналізу та представлення організаційно-функціональної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров'я в Україні;

6) *SWOT-аналізу* – з метою встановлення сильних та слабких сторін урядових актів з питань реформування системи охорони здоров'я;

7) *концептуального моделювання* – для моделювання та представлення організаційно-функціональної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров'я в Україні;

8) *експертних оцінок* – з метою оцінки прийнятності для практичного впровадження запропонованої організаційно-функціональної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров'я в Україні;

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що вони стали підставою для розробки та впровадження організаційно-функціональної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров'я на регіональному рівні.

Структура роботи. Робота складається із вступу, 3 розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У СВІТІ ТА УКРАЇНІ

1.1.Світовий досвід проведення реформ охорони здоров'я

Стан справ у системі охорони здоров'я України нині належить до найгостріших у державі, адже ця соціально значуща галузь фактично функціонує на межі виживання [28,29]. Попри те, що право громадян на охорону здоров'я гарантоване Конституцією, реальні можливості його реалізації залишаються обмеженими [30]. Для поліпшення медико-демографічної ситуації в країні необхідно підвищити ефективність функціонування системи охорони здоров'я, що, у свою чергу, потребує її глибокого реформування. В умовах нових економічних реалій нагальною є потреба в корінній трансформації галузі відповідно до сучасних вимог розвитку [31].

У період незалежності в Україні здійснювалася низка проєктів Європейського Союзу, спрямованих на відпрацювання окремих напрямів реформування системи охорони здоров'я [32,33]. Саме вони стали основою для комплексного оновлення галузі за її структурними компонентами та рівнями надання медичної допомоги [34–36]. У своїх нормативних актах ВООЗ послідовно наголошує на необхідності формування національних систем охорони здоров'я, здатних забезпечити населення доступною й якісною медичною допомогою та водночас гарантувати фінансовий захист громадян від ризиків, що виникають у зв'язку з хворобою [37,38].

Соціальні й економічні заходи, спрямовані на досягнення високих стандартів здоров'я населення, реалізуються в межах національних систем охорони здоров'я. Кожна країна самостійно формує політику у сфері охорони здоров'я, виходячи з історичних, соціально-економічних та політичних особливостей власного розвитку, і вибудовує відповідну модель організації

та фінансування галузі. У світовій практиці сформувалися три класичні організаційні моделі охорони здоров'я.

Першою є система, яку називають державною, бюджетною або бюджетно-страховою. Її ключова ознака полягає в тому, що основним джерелом фінансування, яке забезпечує від 50 до 90% загальних витрат, виступають кошти державного та місцевих бюджетів. Друга модель — це страхова система охорони здоров'я, у якій фінансування здійснюється переважно за рахунок коштів страхових фондів, створених державою на принципах соціального медичного страхування. В основі цього підходу лежить модель Бісмарка. Третя — приватна модель, що ґрунтується на принципах приватного підприємництва, і в якій головними джерелами фінансового забезпечення є кошти громадян, підприємств та організацій, які спрямовуються безпосередньо або через приватні страхові компанії; участь держави в такій системі мінімальна.

Найхарактернішим прикладом приватної моделі є система охорони здоров'я США. Тут діє широка мережа приватних медичних закладів, де медична допомога оплачується пацієнтами напряму або покривається через приватне страхування. Державні та муніципальні установи функціонують переважно для надання підтримки соціально вразливим групам населення. Значна частина медичних послуг у США надається на платній основі, і частка приватних витрат перевищує 58% усіх видатків на охорону здоров'я, серед яких близько 27% становлять прямі платежі населення, а майже 32% — витрати приватних страхових фондів [113, с. 357].

Державне фінансування охорони здоров'я у США покриває лише 41% загального обсягу витрат — це найнижчий показник серед розвинених країн. В основі американської моделі лежить принцип диференційованого забезпечення медичних потреб через систему цільових програм соціального страхування. Фінансування надається завдяки поєднанню бюджетних ресурсів та коштів обов'язкового медичного страхування.

Найбільша частка державних витрат зосереджена у двох програмах — «Медікейр» і «Медікейд», охоплення якими сягає близько 20% населення. Понад 90% видатків федерального бюджету на охорону здоров'я спрямовують саме на ці програми. «Медікейр» — найбільша державна програма, метою якої є забезпечення безоплатної медичної допомоги людям віком понад 65 років. Вона охоплює два типи страхування: обов'язкове, пов'язане зі стаціонарною допомогою, та добровільне, яке включає амбулаторні послуги та лікування у приватних лікарів. Основне страхування фінансується через систему соціального медичного страхування, тоді як додаткове забезпечується за рахунок федерального бюджету та персональних внесків учасників програми.

Друга програма — «Медікейд» — гарантує доступ до медичних послуг малозабезпеченим громадянам, сім'ям із дітьми, людям із інвалідністю тощо. Її фінансують спільно федеральний уряд і бюджети штатів: залежно від рівня доходів регіону федеральний уряд покриває від 50 до 80% витрат. Крім того, з бюджету держави фінансуються медичні програми для ветеранів та дослідження у сфері охорони здоров'я.

Важливою рисою американської системи є чітке розмежування виробництва медичних послуг і механізмів їх фінансування. Те, хто надає медичні послуги — державні некомерційні чи приватні комерційні заклади — розглядається окремо від питання джерел оплати. Такий підхід має забезпечувати рівність доступу до медичної допомоги як для учасників державних програм, так і для застрахованих у приватному секторі. Проте на практиці цей принцип реалізується неповною мірою: значна частина лікарів відмовляється працювати з пацієнтами програми «Медікейд» через нижчі тарифи порівняно з «Медікейр» та приватними страховими фондами, що змушує таких пацієнтів звертатися переважно до державних медичних установ із нижчим рівнем якості послуг.

Серед переваг американської моделі називають високий рівень якості медичного обслуговування, оперативне оновлення медичного обладнання,

високу професійну підготовку персоналу, широкий вибір страхових програм та стимулювання здорового способу життя населення. Це сприяє зниженню ризиків захворювань і скороченню витрат на медичні послуги. Водночас система має й суттєві недоліки: значні адміністративні витрати, високу вартість технологічного оновлення, обмежений доступ малозабезпечених громадян до медичної допомоги та значну кількість людей, які взагалі не охоплені страхуванням. Система є однією з найдорожчих у світі: витрати на медичне обслуговування становлять майже 15% ВВП, що перевищує показники більшості розвинених держав. Оптимізація витрат — одна з найскладніших проблем приватної моделі.

Історичним підґрунтям страхової системи охорони здоров'я є діяльність Отто фон Бісмарка. У Німеччині 1883 року було ухвалено перший у світі закон про обов'язкове медичне страхування на випадок хвороби, який сформував основи сучасної страхової медицини й став еталоном для інших промислово розвинених країн.

Сьогодні страхова модель широко застосовується на глобальному рівні, що підтверджує її ефективність та економічну стійкість. Системи страхового типу функціонують в Австрії, Бельгії, Німеччині, Нідерландах, Люксембурзі, Франції, Швейцарії та низці інших країн. За оцінками ВООЗ, страхуванням здоров'я охоплено понад 800 млн осіб, а майже 74% витрат на лікування покриваються за рахунок страхових фондів [118, с. 383].

Світовий досвід переконливо демонструє, що історично сформувалися три базові варіанти організації страхових систем охорони здоров'я [94, с. 42]. Перший із них — централізована система медичного страхування, у межах якої одна центральна страхова організація відповідає за забезпечення страхового захисту всіх громадян держави. Головними перевагами такої моделі вважають порівняну простоту управління та низький рівень адміністративних витрат, тоді як суттєвим недоліком є обмеженість можливостей щодо залучення місцевих ресурсів і недостатня оперативність реагування на актуальні потреби населення.

Другий варіант ґрунтується на діяльності територіальних страхових організацій, які функціонують автономно. Децентралізація дає змогу краще враховувати специфіку соціально-демографічної та епідеміологічної ситуації в різних регіонах, сприяє додатковій мобілізації ресурсів і розширює можливості щодо задоволення потреб застрахованих. Крім того, підвищується відповідальність органів місцевого управління медичним страхуванням за стан здоров'я населення і якість медичної допомоги. Водночас досвід країн Західної Європи демонструє, що в умовах дефіциту фінансування децентралізована система не здатна забезпечити досягнення соціально гарантованого мінімуму медичних послуг, що зумовлює необхідність упровадження спеціальних заходів підтримки економічно слабких регіонів і соціально незахищених груп населення.

Третій варіант передбачає поєднання територіальних і професійних страхових організацій. У галузях економіки або групах підприємств створюються власні страхові фонди та організації; при цьому основні принципи їх формування та зміст страхових програм чітко регламентуються законодавством.

У більшості країн із розвиненими системами соціального медичного страхування найбільш поширеною є змішана модель, що об'єднує централізований страхового фонд і мережу місцевих незалежних страхових організацій. Страхові кошти концентруються в центральному фонді, який виконує адміністративно-координаційні функції, а подальший їх розподіл між місцевими страховими установами здійснюється на підставі законодавчо визначеної формули платежів.

Відповідно до положень Талліннської хартії «Системи охорони здоров'я для здоров'я та благополуччя» (2008 р.), кожна країна має вдосконалювати функціонування власної системи охорони здоров'я на засадах рівності, справедливості та орієнтації на реальні потреби населення, які залежать від статі, віку, етнічної належності та соціально-економічного становища [39]. У цьому контексті ВООЗ визначила низку ключових

принципів дій [40], серед яких:

- визначення заходів щодо мінімізації ризиків і використання наявних можливостей, а також готовність до змін і здатність передбачати їх наслідки;
- інтеграція ґрунтовних соціально-економічних аргументів, підтверджених фактичними даними, задля захисту інтересів здоров'я і благополуччя населення;
- створення, узгодження та просування єдиної системи стратегічних цілей і принципів як бази для скоординованої діяльності в інтересах здоров'я;
- послідовне дотримання правозахисного підходу до забезпечення здоров'я та благополуччя, заснованого на орієнтації на цінності;
- прихильність загальнодержавному підходу до формування політики у сфері здоров'я;
- розроблення цільових стратегій для подолання нерівності у доступі до охорони здоров'я як між країнами, так і всередині них.

ВООЗ також приділяє виняткову увагу організації надання медичних послуг як на індивідуальному, так і на суспільному рівнях [41]. У цьому контексті визначено такі ключові орієнтири:

- забезпечення високої якості медичних послуг для всього населення з особливим фокусом на соціально незахищених групах, а також створення умов, що заохочують населення до вибору здорового способу життя;
- опора на найбільш сучасні та ефективні медичні технології, які гарантують безпечність і результативність медичних втручань;
- формування взаємин між пацієнтами та медичним персоналом на засадах поваги до особистості та дотримання конфіденційності;
- забезпечення провідної ролі ефективних служб первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) у структурі системи охорони здоров'я;
- інтеграція цільових програм боротьби з окремими хворобами у функціонування наявних структур і служб для досягнення стійких і високих результатів;
- забезпечення комплексного підходу до медичного обслуговування,

що охоплює сприяння здоров'ю, профілактику захворювань і інтегровані програми лікування та контролю.

На сучасному етапі розвитку систем охорони здоров'я в європейських країнах між провідними політиками та експертами сформувався сталий консенсус щодо того, що первинна медична допомога (ПМД) має становити фундамент добре організованої національної системи охорони здоров'я [42]. Міжнародні дослідження послідовно демонструють істотний позитивний вплив первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на загальний стан здоров'я населення, зниження вартості надання медичної допомоги та підвищення рівня рівності у сфері здоров'я [43]. Саме тому ВООЗ приділяє особливу увагу розвитку й постійному удосконаленню форм та методів функціонування системи первинної медико-санітарної допомоги [44].

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

Питання оптимізації систем охорони здоров'я для більш повного задоволення медичних потреб населення розглянуто й у низці інших програмних документів ВООЗ [47–50]. Значну роль у формуванні стратегічних орієнтирів галузі відіграє нова європейська політика охорони здоров'я «Здоров'я-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века». У вересні 2012 року представники 53 держав Європейського регіону

ВООЗ під час відповідної сесії одностайно схвалили фундаментальні положення цієї політики, побудованої на ціннісній основі та спираючись на емпіричні дані. Основною метою політики «Здоров'я-2020» визначено покращення здоров'я для всіх громадян та скорочення нерівності у сфері здоров'я шляхом удосконалення лідерства та стратегічного управління в інтересах здоров'я.

Ця політика зосереджується на ключових викликах, що стоять перед охороною здоров'я у XXI столітті, та вирізняється інноваційністю, оскільки передбачає міжсекторальний і багаторівневий підхід, що охоплює як державні структури, так і громадянське суспільство. У документі наголошується на важливості розвитку ресурсів, спрямованих на підвищення стійкості систем охорони здоров'я до зовнішніх негативних впливів, розширення прав і можливостей громадян, а також на створенні сприятливих умов середовища. Докладно висвітлено аспекти, пов'язані з посиленням ролі систем охорони здоров'я та громадського здоров'я у забезпеченні сталого розвитку.

Політика «Здоров'я-2020» була затверджена у двох формах: як стратегічний документ для керівників та розробників державної політики — «Основи європейської політики в підтримку дій всієї держави та суспільства в інтересах здоров'я та благополуччя» [51], а також у вигляді розширеної версії — «Здоров'я-2020: основи політики і стратегія» [52], яка деталізує механізми реалізації задекларованих підходів.

Реалізація політики «Здоров'я-2020» на національному рівні визначається фундаментальним і пріоритетним завданням для країн Європейського регіону, адже саме вона окреслює стратегічні орієнтири для розбудови систем охорони здоров'я та забезпечення ефективного функціонування служб громадського здоров'я. Як засвідчує міжнародний досвід, питання вдосконалення управління фінансовими ресурсами в секторі охорони здоров'я стабільно залишаються у центрі уваги урядів різних держав. Саме вони становлять основу реформування галузі, адже спрямовані

на підвищення якості медичних послуг шляхом раціонального та ефективного використання обмежених фінансових ресурсів.

Стабільне та достатнє фінансування є однією з ключових умов належного функціонування систем охорони здоров'я у будь-якій країні. Водночас світова практика свідчить, що навіть за різних підходів до організації фінансового забезпечення всі держави тією чи іншою мірою стикаються з проблемами дефіциту коштів. З огляду на соціальну значущість медичної допомоги та відповідальність держави за забезпечення доступу до неї, уряди змушені шукати та впроваджувати різні інструменти й механізми, покликані покращити фінансування галузі [105, с. 3].

Значна частина дослідників наголошує на важливості збільшення фінансування охорони здоров'я, проте підкреслюється, що саме по собі його розширення не забезпечить покращення ситуації без одночасного підвищення ефективності використання наявних ресурсів. Дані ВООЗ підтверджують, що в останні десятиліття сукупні видатки на охорону здоров'я зросли як у країнах із розвинутою ринковою економікою, так і в державах, що розвиваються. Це зростання зумовлене старінням населення, впровадженням сучасних лікувально-діагностичних технологій, підвищенням вартості медичного обладнання й лікарських засобів. З 1970 року видатки на охорону здоров'я на душу населення у країнах з розвинутою ринковою економікою зросли у чотири рази, причому дві третини цього приросту становили державні витрати. Загальні видатки таких країн збільшилися в середньому на 4% від ВВП. Незважаючи на таке суттєве зростання, ці держави все ж стикаються з дефіцитом ресурсів. У результаті зростає значення стратегій стримування витрат і реформ, спрямованих на підвищення ефективності розподілу та використання обмежених фінансових ресурсів.

Для розуміння сучасних тенденцій управління фінансами охорони здоров'я доцільно охарактеризувати основні складові цієї сфери, зокрема:

- моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я;

- способи та методи розподілу фінансових ресурсів;
- правовий і організаційний статус фондів, що акумулюють кошти;
- статус медичних установ і лікарів як надавачів медичних послуг.

Фінансові ресурси можуть акумулюватися різними шляхами — державними органами, страховими установами (в обов'язковому чи добровільному порядку), через систему оподаткування (прямі податки, специфічні акцизи, податки на окремі фактори виробництва), страхові внески, прямі платежі пацієнтів за медичні послуги, а також за рахунок благодійних пожертв. У різних державах ці методи поєднуються по-своєму, і саме певні їх комбінації визначають чутливість фінансової системи охорони здоров'я до економічних коливань.

У випадках, коли повноваження щодо встановлення податків передаються органам нижчого рівня (регіональним або місцевим органам управління), виникають особливі механізми географічного перерозподілу коштів. Делегування повноважень зі збору фінансових ресурсів зазвичай супроводжується передачею відповідальності за закупівлю медичних послуг і їх надання населенню. За такими засадами організовані системи охорони здоров'я у скандинавських країнах, Данії, Болгарії, Італії [96, с. 37]. Кожна національна система фінансування формується під впливом історичних, політичних і соціально-економічних чинників, що зумовлюють особливе поєднання економічних інтересів і специфіки розвитку держави.

Разом з тим характеристики фінансування охорони здоров'я не можуть бути вичерпно оцінені лише за структурою формування фінансових ресурсів. Для повного аналізу важливо також урахувати механізми розподілу податкового навантаження, особливості розміщення ресурсів у межах системи охорони здоров'я, форми та моделі оплати постачальників медичних послуг. Системна специфіка цих аспектів визначається не лише тим, як формуються фінансові потоки, а й тим, яким чином здійснюється оплата послуг медичних закладів та медичних працівників. Наприклад, у Канаді, Фінляндії, Швеції та Великобританії постачальники медичних послуг

організовані й фінансуються за відмінними моделями, хоча в усіх цих країнах системи охорони здоров'я фінансуються значною мірою з податкових надходжень [91, с. 4].

З метою контролю за швидким зростанням витрат та досягнення ефективного використання ресурсів окремі країни вдаються до змін у системах відшкодування витрат. Рівень оплати та розцінки медичних послуг можуть установлюватися в адміністративному порядку або визначатися в результаті переговорів між органами державної влади, фондами соціального страхування, приватними страховими компаніями, лікарями, пацієнтами чи роботодавцями.

Успіх реформ у сфері охорони здоров'я та досягнення прийняттого рівня якості медичної допомоги значною мірою залежать від правильного вибору моделі фінансування, яка має відповідати соціально-економічним і політичним реаліям країни [133, с. 47]. Проте не менш важливими є й інші засади управління фінансовими ресурсами галузі. Методи розподілу фінансових потоків, а також моделі оплати послуг медичних закладів і працівників безпосередньо впливають на доступність, вартість і якість медичної допомоги. У системах бюджетного фінансування механізми оплати формують специфіку розподілу ресурсів і визначають ефективність їх використання в умовах обмежених бюджетних можливостей. При цьому відмінності у якості та обсязі послуг можуть виникати навіть за однакового рівня видатків. Реальний рух фінансових потоків у системі охорони здоров'я формує певні стимули як для постачальників, так і для споживачів медичних послуг, впливаючи на структуру попиту та пропозиції у галузі.

Фондом, що акумулює фінансові ресурси в бюджетних моделях фінансового забезпечення охорони здоров'я, виступає державний бюджет, а збирання коштів здійснюють органи державної податкової служби. У системах обов'язкового медичного страхування (ОМС) фінансові ресурси концентруються в державних страхових фондах. В умовах переважання приватного медичного страхування акумуляція коштів відбувається в

приватних страхових компаніях, які можуть мати як комерційний, так і некомерційний статус.

Лікувально-профілактичні установи в різних моделях систем охорони здоров'я можуть бути як державної, так і приватної форми власності. У свою чергу, приватні заклади поділяються на комерційні та некомерційні структури. Сукупність наведених характеристик є притаманною будь-якій системі фінансового забезпечення охорони здоров'я й значною мірою дозволяє ідентифікувати моделі управління фінансами у цій сфері, що існують у світі. Серед перелічених параметрів дві характеристики є визначальними: 1) модель фінансового забезпечення; 2) принципи розподілу фінансових ресурсів. Дві інші – статус фондів, які акумулюють кошти, та статус медичних установ і лікарів – є похідними від перших двох і формуються відповідно до обраної моделі й способів розподілу ресурсів.

Система розподілу фінансових ресурсів визначає вартість медичної допомоги та окремих видів медичних послуг, формує стимули до пошуку економічно доцільних форм медичного обслуговування, а також впливає на обсяги впровадження у лікувально-діагностичний процес дороговартісної медичної техніки й передових технологій. Способи й механізми оплати задають кількість і напрями надходження коштів від пацієнта та третьої сторони (страхових фондів, державних органів, роботодавців тощо) до медичної установи в обмін на надані послуги. При цьому вони не залежать від конкретного виду послуги або набору послуг, за який здійснюється оплата, і не визначають безпосередньо ціну на послугу.

У світовій практиці сформовано різні механізми оплати медичної допомоги, які доцільно згрупувати у два базові типи:

а) попередня оплата – коли заздалегідь, у процесі узгодження між фінансуючою стороною та надавачем послуг, визначається обсяг медичної допомоги, що підлягає оплаті; до цього типу належать, зокрема, кошторисне фінансування та метод глобального (загального) бюджету;

б) ретроспективна оплата – коли відшкодування витрат здійснюється за фактично наданий обсяг послуг. До таких механізмів відносять оплату за окремі медичні послуги, за проведений ліжко-день, за пролікованого хворого із застосуванням тарифів, побудованих на основі клініко-статистичних груп або медико-економічних стандартів.

У межах цих підходів виокремлюють такі основні способи оплати медичної допомоги:

Кошторисне фінансування. Цей метод характеризується високою передбачуваністю витрат і низькими адміністративними видатками, оскільки обсяг ресурсів і напрямки їх використання визначають заздалегідь. Водночас він практично не створює економічних стимулів для медичних працівників до підвищення ефективності використання ресурсів, поліпшення стану здоров'я прикріпленого населення та раціонального направлення пацієнтів до інших закладів і спеціалістів. Зазвичай спостерігається схильність до високих рівнів госпіталізації.

Оплата за вид послуги (гонорарний метод). У цьому випадку ідентифікуються окремі процедури (діагностичні, лікувальні, призначення та видача лікарських засобів), після чого за сумою наданих послуг виставляється загальний рахунок. Надавач медичних послуг отримує винагороду залежно від кількості виконаних процедур.

Оплата за випадок лікування (пролікованого хворого) (single treatment fees) [175]. Оплата здійснюється за комплекс послуг або за завершений випадок лікування. Види допомоги диференціюються, а тариф не залежить від реально понесених витрат на лікування конкретного пацієнта. Кожен окремий випадок лікування чи послуга оплачуються за повною вартістю або за заздалегідь узгодженою ціною. Такий підхід фактично перетворює кожного пацієнта на джерело доходу для постачальника послуг та стимулює лікарів до збільшення кількості пролікованих пацієнтів і до надання більш комплексної допомоги – залежно від структури винагороди та графіка оплати. Внаслідок цього зростають рівень госпіталізації та обсяги наданої

допомоги, що підтверджує досвід реформ у Чехії (1997 р.) та Хорватії (1994–1998 рр.) [122, с. 2].

Оплата за дні госпіталізації (hospital days). Розмір оплати визначають на рівні середніх витрат, обчислених шляхом ділення сукупних видатків лікарні (чи групи лікарень у певній вибірці) на кількість пацієнтів або на тривалість перебування у стаціонарі [82, с. 5]. Такий метод, подібно до оплати за випадок лікування, може стимулювати медично не обґрунтоване подовження термінів госпіталізації, а отже не вважається достатньо ефективним.

Оплата за кожну людину / принцип діагностичних груп (diagnosis related group, DRG). У цій системі оплата послуг лікарні здійснюється на основі діагнозу пацієнта. Пацієнтів групують за подібними діагнозами, а за кожного з них вноситься фіксована плата (як правило, один раз на рік) відповідно до списку закріплених осіб. За сучасних умов у більшості країн розмір оплати медичних послуг майже не залежить ані від обсягів лікування, ані від тривалості госпіталізації – саме принцип DRG широко застосовується у світі. Водночас інституційно система охорони здоров'я України поки що не готова до повноцінного переходу на цей підхід.

Фінансування на одну особу з урахуванням статеві-вікової структури. У такій моделі медичні працівники зацікавлені в поліпшенні здоров'я населення, прикріпленого до конкретного закладу, та в ефективному використанні ресурсів. Можливими є випадки зменшення обсягів наданих послуг окремим пацієнтам [82, с. 5], проте загалом цей метод є особливо результативним в умовах так званої «керованої медичної допомоги» (managed care), яка дозволяє інтегрувати процеси фінансування і надання послуг, роблячи їх більш ефективними.

Метод глобального (загального) бюджету (global budgets). Відповідно до цього підходу лікарні отримують фіксований річний бюджет під узгоджений обсяг робіт, який визначається заздалегідь у процесі переговорів. Бюджет включає всі статті видатків, для яких встановлюється граничний

обсяг, у межах якого заклад має право самостійно розподіляти ресурси. Такий підхід забезпечує лікарням достатню свободу в управлінні внутрішніми фінансовими потоками та дає можливість спрямовувати кошти на ті напрями діяльності, які вважаються найбільш ефективними. Водночас використання глобального бюджету потребує запровадження сучасної системи обліку та контролю у медичних установах, постійного моніторингу якості їх діяльності з боку незалежних організацій і наявності узгоджених механізмів постійного вдосконалення результатів. Рівень оплати у цьому випадку не пов'язаний з кількістю ліжок, наявними потужностями чи розмірами інфраструктури лікарні, а залежить лише від досягнутих результатів. Перевагою методу є можливість для політиків контролювати видатки без істотного розширення бюрократичного апарату; натомість зростають вимоги до управлінської компетентності керівництва.

Методи глобального бюджету та оплати за випадок лікування розглядають як альтернативу чинному постатейному фінансуванню стаціонарної допомоги. Глобальний бюджет вважають ефективним з погляду контролю витрат, оскільки він забезпечує гнучкість постачальників у прийнятті управлінських рішень і створює мотивацію до запобігання ускладненням і повторним госпіталізаціям. Водночас він може сприяти консервації надлишкових потужностей медичних установ. На противагу цьому, механізм оплати за випадок лікування спонукає постачальників до скорочення надмірних потужностей і підвищення продуктивності їх використання. Якщо цей метод закладено в умови контракту на надання медичної допомоги, він може сприяти більш раціональному розподілу коштів між різними постачальниками послуг і стимулювати реструктуризацію лікарняної мережі.

Разом із тим впровадження оплати за випадок лікування потребує наявності розгорнутої класифікації медичних послуг, надійної бази даних щодо тарифів на окремі випадки лікування та високого рівня інформаційного забезпечення медичних установ, чого в багатьох країнах поки що бракує.

Саме тому на ранніх етапах реформування систем охорони здоров'я перехід до глобального бюджету часто виявляється організаційно простішим [81, с. 33].

Метод глобального бюджету застосовується у Нідерландах, Франції, Бельгії, Канаді й низці інших країн. Щороку бюджет лікарні затверджується після спільного аналізу минулорічного кошторису видатків з боку страхових фондів і місцевих органів влади з урахуванням темпів інфляції та планів розвитку закладу. Страхові фонди володіють інформацією про своїх застрахованих осіб, які отримали лікування в конкретній лікарні протягом року, а також про орієнтовні обсяги та вартість наданих послуг. На основі цих даних вони оцінюють потреби у підтримці та модернізації лікарні і планують свої видатки на наступний період. У результаті погоджується загальний бюджет закладу та визначається частка участі кожної зацікавленої сторони (страхових фондів, місцевих бюджетів тощо).

У Нідерландах муніципальні лікарні з 1984 року працюють за умов фіксованого річного бюджету, який обов'язково узгоджується під час переговорів із третьою стороною – страховими компаніями. Роль центрального уряду зосереджена переважно на будівництві нових лікарень та забезпеченні їх сучасним обладнанням [211, с. 2].

До кінця 1980-х рр. фінансування лікарень у країнах Європи переважно здійснювалося за рахунок глобальних бюджетів, які історично склалися та були успадковані від попередніх моделей системи охорони здоров'я. У більшості європейських держав надавачі медичних послуг функціонували в умовах жорстких бюджетних обмежень, а розмір лікарняних бюджетів визначався на підставі показників попередніх років, що зумовлювало їхню негнучкість. Фінансування проводилося фінансовими органами відповідно до кількості ліжко-днів і числа амбулаторних хворих. Бюджети формувалися здебільшого на рівні лікарні, без розподілу між окремими спеціальностями, а внутрішня структура витрат на конкретні послуги часто залишалася невідомою. Лише в трьох країнах Європи – Великобританії, Бельгії та

Нідерландах – бюджети розглядали як повноцінні фінансові плани. Водночас значення бюджету як єдиного інструменту фінансового управління поступово зменшується в більшості європейських країн [83, с. 2].

Донедавна найпоширенішим методом розрахунків при оплаті стаціонарного лікування був підхід, побудований на визначенні середньої вартості ліжка-дня. У цьому випадку весь річний бюджет лікарні ділили на кількість днів перебування пацієнтів у стаціонарі протягом року. Такий механізм відносно простий з погляду оформлення фінансових розрахунків: лікарня повідомляла відповідний страховий фонд про кількість госпіталізацій його застрахованих осіб, число ліжок-днів, проведених ними в стаціонарі, а також загальну суму витрат, що підлягає компенсації. У Німеччині лікарні й досі фінансуються за цією схемою [211]. Вартість одного ліжка-дня визначається на обов'язкових переговорах між земельними асоціаціями лікарень і страховими фондами. Важливим недоліком цього методу є відсутність індивідуальної оцінки витрат на одного хворого та наявність стимулів до подовження термінів перебування пацієнтів у стаціонарі. Відмова від такого способу фінансування лікарень у Франції у 1984 р. спричинила скорочення ліжкового фонду на 20 %. У Німеччині лікарі, як і раніше, отримують гонорари, однак їх загальна сума не може перевищувати встановлений обсяг бюджету; у разі перевищення відбувається пропорційне зменшення виплат усім лікарям. У такий спосіб вдалося знизити раніше практично необмежені виплати медичному персоналу, а медичні установи змушені нині узгоджувати обсяги своїх доходів з реально наданою медичною допомогою.

Попри широке застосування моделі фінансування витрат лікарень, заснованої на глобальному бюджеті, і системи розподілу ресурсів, що ґрунтується на розрахунках кількості ліжок-днів, обидві ці моделі виявилися такими, що потребують удосконалення. Усе більшого поширення набувають підходи до фінансування, які враховують складність і профіль захворювання, тобто орієнтуються на характеристику випадку лікування.

Щороку страхові компанії та лікарні узгоджують перелік медичних послуг, що підлягають оплаті, і відповідні тарифи. Оплата за набір наданих послуг особливо часто використовується у сфері приватного страхування. У рахунок за лікування включається деталізований перелік виконаних процедур та їхня вартість. Недоліком цього методу є зацікавленість стаціонарів у завищенні обсягів лікувально-діагностичних втручань з метою збільшення доходів. Страхові фонди нерідко фіксують завищення попередньо узгоджених цін приватними клініками. У таких випадках вони можуть відмовитися від оплати рахунків приватних лікарень, якщо їхні тарифи перевищують рівень, встановлений для муніципальних закладів. У Франції страхові компанії зобов'язані повністю оплачувати рахунки приватних клінік, але мають право визначити допустимий розмір перевищення річної норми витрат, погодженої під час переговорів між страховими компаніями та лікарнями [89, с. 4]. Оплата за випадок лікування найчастіше здійснюється за методом діагностичних або клініко-статистичних груп, коли розмір відшкодування залежить від діагнозу пацієнта.

Починаючи з 1983 р., у межах американської програми «Medicare» з метою запобігання неконтрольованому зростанню витрат на стаціонарне лікування, пов'язаному зі стимулюванням подовження термінів госпіталізації, було запроваджено оплату за кожен випадок госпіталізації на основі принципу діагностичних груп [90, с. 310]. Кожна лікарня функціонує в конкретних умовах, які визначають рівень її витрат і, відповідно, ціни на послуги. Практика свідчить, що медичні заклади часто перешкоджають доступу страхових фондів до лікарняної документації, що ускладнює контроль за ціноутворенням. Оскільки ціни на медичні послуги залежать від реальних витрат у конкретному закладі, особливої ваги набуває контроль за виконанням бюджетів. У країнах із регульованим ринком медичного страхування типовим інструментом контролю є аудиторські перевірки, які проводяться державними органами нагляду. У Франції, Нідерландах і деяких штатах США зі звітністю можуть ознайомлюватися також працівники

страхових компаній. У 13 країнах ЄС уже застосовуються різні варіанти визначення послуг і груп послуг для опису, фінансування та обліку наданої медичної допомоги. Модель, що використовується у США, запроваджена також у Бельгії, Ірландії, Іспанії, Німеччині, Португалії, скандинавських країнах і Франції. Подібні системи, засновані на національних модифікаціях, застосовуються або впроваджуються у Великобританії (HRG – Health Related Groups), Австрії та Нідерландах. Групування послуг для оплати амбулаторної допомоги використовується в приватних поліклініках і лікарнях кількох країн – членів ЄС. Водночас із розширенням різних форм денної госпіталізації зростає значення точного визначення таких послуг. Деякі держави все ще користуються традиційними інструментами ціноутворення, зокрема показниками кількості амбулаторних хворих [83].

У системі приватного страхування США узгодження цін на медичні послуги відбувається шляхом укладання договору між страховою компанією та її клієнтом. Лікарні мають право виставляти рахунки пацієнтам, орієнтуючись на власні витрати, і фактична сума може бути як більшою, так і меншою за договірну. Оплата здійснюється у змішаній формі: частину покриває страхова компанія, решту сплачує пацієнт. Такий механізм розрахунків обумовлює високий рівень адміністративних витрат – до 22 % від загальних витрат на утримання лікарні (для порівняння: у Канаді та Франції цей показник становить 2–5 %), а частка безнадійних до стягнення рахунків сягає 5 % [90, с. 311].

У Великобританії державне фінансування лікувальних закладів здійснюється за фактом надання медичної допомоги відповідно до кошторису видатків на їх утримання. Лікарі загальної практики, окрім заробітної плати та подушного гонорару, отримують спеціальні доплати у разі досягнення визначених показників у сфері профілактики та інших пріоритетних напрямів. Попри численні переваги національної системи охорони здоров'я, зокрема з точки зору механізмів розподілу фінансових ресурсів, за останні 10–15 років вона зіткнулася з істотними труднощами, які

активно обговорюються фахівцями та громадськістю. Однією з ключових проблем є поступова втрата населенням розуміння реальної вартості медичних послуг за більш ніж сорокарічний період існування державної системи охорони здоров'я. Поряд з різними моделями фінансування медичних закладів спостерігаються й суттєві відмінності у способах винагороди працівників.

На сьогодні терапевти та терапевтичні відділення, принаймні в державних системах, дедалі частіше формують свої доходи на основі подушного фінансування або за змішаною моделлю, яка поєднує заробітну плату й оплату за послуги. Розмір заробітку медичних працівників визначається залежно від кількості осіб, прикріплених до обслуговування, з урахуванням віку, статі та відомих відмінностей у рівнях смертності серед відповідних груп населення. Інакше кажучи, надходження з фінансових джерел будуть більшими для тих установ і працівників, які обслуговують контингенти з підвищеною потребою в медичних послугах.

В Ірландії гонорарна система оплати була замінена методом оплати за кожного хворого, тоді як в Іспанії аналогічний підхід трансформували у систему нарахування заробітної плати лікарям загальної практики [89]. Основні моделі оплати первинної медичної допомоги в країнах Західної Європи наведено в додатку Щ. У державах, що розвиваються, найбільш поширеним способом винагороди залишається заробітна плата в державному секторі та гонорари в приватному. Проте нині спостерігається тенденція до поєднання бюджетного фінансування, заробітної плати та додаткових виплат у формі гонорарів. Лікарні й центри охорони здоров'я отримують часткове або повне право розпоряджатися коштами, сплаченими пацієнтами за медичні послуги; ці суми використовуються як на потреби розвитку установи, так і для преміювання персоналу.

Наймасштабніші реформи систем охорони здоров'я здійснюються в країнах Центральної і Східної Європи. Вони становлять особливий інтерес для України, оскільки ці країни перебувають у подібних умовах: недостатній

рівень фінансування галузі, що за часів соціалістичної системи розглядалася як невиробнича сфера та фінансувалася за залишковим принципом. Хоча кількість медичних установ, лікарняних ліжок і медичного персоналу була значною, забезпеченість медикаментами, витратними матеріалами та обладнанням залишалася низькою. Управління фінансовими ресурсами відзначалося громіздкістю та низькою ефективністю: панувала жорстка вертикальна підпорядкованість у здійсненні управління і контролю за майже повної відсутності горизонтальної інтеграції; спеціалісти-консультанти були перевантажені пацієнтами, яких направляли лікарі первинної медико-санітарної допомоги; спостерігалися серйозні проблеми з управлінням медичними установами, а адміністрація часто не володіла інформацією про співвідношення витрат і доходів. До цього додавалися недостатня мотивація медичних працівників до підвищення якості роботи, незадовільний рівень освіти, низький престиж професії та низька оплата праці, які негативно позначалися на моральному стані персоналу [103].

Показники забезпеченості лікарями та лікарняними ліжками на 1000 населення в країнах Центральної і Східної Європи (КЦСЕ) у 1,5–6 разів перевищують середні показники для групи розвинених країн з близьким рівнем національного доходу. Загалом забезпеченість лікарями та ліжками в КЦСЕ є вищою, ніж у державах із розвиненою ринковою економікою, тоді як витрати на охорону здоров'я в розрахунку на одну особу в останніх суттєво вищі. У результаті значна частина витрат КЦСЕ спрямовується на оплату праці лікарів, яка через загальну економічну ситуацію все одно залишається незадовільною, а коштів на сучасне матеріально-технічне забезпечення медичних закладів бракує, що негативно впливає на якість медичної допомоги. Проведені за підтримки ВООЗ у Європейському регіоні дослідження засвідчили, що найбільше незадоволення у громадян цих країн викликає саме система первинної медико-санітарної допомоги, особливо в державах, що постали на теренах колишнього СРСР.

Реформи системи охорони здоров'я в країнах Центральної та Східної

Європи (КЦСЄ) орієнтовані на досягнення загальної доступності всіх видів медичної допомоги, підвищення ефективності функціонування галузі, зміцнення взаємодії з населенням, забезпечення можливості вибору для пацієнтів, недопущення неконтрольованого зростання витрат і підвищення якості медичного обслуговування. Досягнення зазначених цілей пов'язується із процесами приватизації, децентралізації, упровадження медичного страхування, відходом від надмірної спеціалізації, запровадженням оплати за результатами роботи. Порівняльну характеристику реформ охорони здоров'я у європейських країнах із перехідною економікою наведено в додатку III.

Водночас для всіх держав Центральної та Східної Європи характерними є спільні проблеми реформ. Серед них – завищені, часто необґрунтовані очікування, пов'язані з медичним страхуванням, приватизацією, конкуренцією та децентралізацією, а також механічне перенесення моделей фінансування охорони здоров'я західних країн без належного врахування їхніх недоліків і специфічних умов, у яких ці моделі формувалися.

Аналізуючи тенденції реформування систем охорони здоров'я в зарубіжних країнах, можна відзначити, що у сфері фінансового менеджменту реформи, як правило, спрямовуються на поєднання механізмів стримування видатків із заходами, орієнтованими на підвищення ефективності їх використання. Основними напрямками таких реформ є:

Встановлення бюджетних обмежень у поєднанні з державним фінансовим контролем. Цей інструмент виступає засобом обмеження витрат. Установлення загального обсягу видатків для медичних закладів на основі науково обґрунтованих прогнозів, на відміну від повного відшкодування всіх фактично понесених витрат, сприяє стримуванню їхнього зростання. Такі обмеження є найбільш результативними тоді, коли вони поширюються на медичні комплекси загалом, а не запроваджуються окремо для стаціонарних і амбулаторних закладів. Важливе значення має також обов'язкова маршрутизація пацієнтів до спеціалістів чи на стаціонарне лікування через

лікаря первинної ланки.

Розширення участі місцевих і регіональних органів управління в ухваленні рішень. Йдеться про залучення цих органів до визначення обсягів фінансових ресурсів, методів їх мобілізації, механізмів розподілу та використання. Такий підхід сприяє адаптації медичних послуг до місцевих умов і підвищує ефективність витратів. Цей механізм може також виступати дієвим засобом стримування витрат за умови, що місцеві органи влади несуть відповідальність за неефективні видатки та перевитрати і змушені їх компенсувати. У Швеції та Канаді розширення повноважень місцевого рівня поєднується зі збільшенням обсягів медичних послуг із відносно низьким рівнем витрат.

Використання ринкових механізмів у сфері охорони здоров'я. Ідеться про збільшення кількості страхових компаній, посилення конкуренції між страховиками, медичними закладами й окремими надавачами послуг, а також про розширення частки витрат, що компенсуються безпосередньо пацієнтом. Такі заходи здатні знизити витрати шляхом підвищення загальної ефективності системи. Перехід від простих форм відшкодування витрат до складніших механізмів, базованих на діагностичних або клініко-статистичних групах (за наявності протоколів лікування конкретних захворювань і відповідних тарифних шкал), означає, що оплата все більше залежить від якості й конкретних результатів роботи. Подібні методи успішно застосовуються, зокрема, у Німеччині та Італії.

Реформи, спрямовані на збільшення частки витрат, які сплачуються безпосередньо пацієнтами. Це досягається через розширення переліку платних послуг і розвиток добровільного медичного страхування. У низці країн, таких як Австралія, Канада та Франція, приватне медичне страхування широко використовується для оплати послуг, що не входять до гарантованого державою мінімуму. Водночас подібні реформи мають обов'язково поєднуватися із заходами із збереження доступності медичної допомоги для малозабезпечених верств населення та осіб із хронічними

захворюваннями.

Обмеження пропозиції медичних послуг чи ресурсів. На практиці такі заходи не завжди демонструють високу ефективність у стримуванні державних видатків на охорону здоров'я [64, с. 42; 100, с. 67].

За даними ВООЗ, найбільш результативними з погляду зниження темпів зростання державних видатків на охорону здоров'я є ринкові механізми, які дозволяють зменшити приріст витрат приблизно на 0,5 % ВВП. Другу позицію посідають методи державного та регіонального управління (майже 0,4 %), далі – бюджетні обмеження (0,26 % ВВП), обмеження попиту (0,1 %) і, нарешті, обмеження пропозиції (0,05 %) [64, с. 44].

В Україні та країнах ЦСЄ, де видатки на охорону здоров'я та середня тривалість життя нижчі, ніж у розвинутих державах Європи та світу, а рівень захворюваності вищий і ресурси для покращення здоров'я населення обмежені, вкрай важливо максимально повно використати позитивний досвід інших країн і впроваджувати реформи, спрямовані на підвищення ефективності державних витрат і покращення показників здоров'я населення.

Усі перелічені напрямки можна розглядати як перспективні для використання в процесі реформування механізму управління фінансами охорони здоров'я України. Водночас базовою передумовою запровадження одного чи кількох з описаних підходів є формування чітких концептуальних засад їх реалізації, розробка єдиної державної стратегії реформування організації надання послуг охорони здоров'я загалом та механізмів управління фінансовими ресурсами галузі зокрема. Головною метою такої стратегії має стати підвищення якості, доступності та ефективності послуг охорони здоров'я для населення.

Першим кроком у стратегії реформування системи управління фінансами має бути визначення потреби галузі у фінансових ресурсах. Навіть найбагатші країни світу не в змозі повністю використати всі наявні сучасні досягнення медицини та медичної техніки, тому експерти ВООЗ

наголошують на необхідності встановлення пріоритетів, що дають змогу отримати максимальний ефект за умов реалістичних витрат. Завдання реформування охорони здоров'я полягає у тому, щоб навіть за наявного рівня фінансування домогтися кращих результатів діяльності галузі. Лише після вирішення проблеми ефективного використання існуючих фінансових ресурсів доцільним є перехід до стратегій подолання кількісного дефіциту коштів шляхом збільшення обсягів фінансування.

До таких стратегій належать перерозподіл ресурсів на користь системи охорони здоров'я шляхом скорочення видатків в інших секторах бюджетної сфери та запровадження нового податку чи збору на соціальне медичне страхування [84, с. 158]. Зазначені заходи можуть реалізовуватися паралельно, однак їхнє практичне застосування нерідко обмежене низкою соціально-політичних і макроекономічних чинників. За умов низького рівня розвитку економіки держава, як правило, не може значно збільшити асигнування на охорону здоров'я або скоротити фінансування інших бюджетних програм, які також є суспільно важливими. Підвищення обсягів фінансування медичної галузі через запровадження нових податків неминуче посилює податковий тягар і може не отримати належної підтримки населення. В таких умовах соціальне медичне страхування розглядається як один із ключових шляхів подолання дефіциту фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я [84, с. 109]. Водночас, на нашу думку, незадовільний стан галузі не завжди пояснюється виключно кількісним дефіцитом фінансових ресурсів.

За результатами окремих досліджень загальні витрати на охорону здоров'я в Україні становлять 6–6,7 % ВВП. При цьому бюджетне фінансування галузі у 2010 р. дорівнювало лише 3,7 % ВВП. Якщо до цієї суми додати видатки населення на придбання лікарських засобів і виробів медичного призначення, витрати лікарняних кас, фінансування приватної медицини, кошти Світового банку та Глобального фонду боротьби з туберкульозом, ВІЛ/СНІДом і малярією, то загальний показник зростає до 5,8

%. Подальше збільшення сукупних видатків ще на 0,1–0,2 % ВВП забезпечують фонди допомоги хворим, діяльність яких координується та фінансується неурядовими організаціями і благодійними фондами. Врешті, цей показник істотно підвищується за рахунок неофіційних платежів за медичні послуги.

Слід зазначити, що загалом така система фінансування є неефективною: з одного боку, вона зазнає жорсткого регулювання, яке обмежує можливості управління фінансами як на рівні окремих закладів, так і на рівні місцевих органів влади; з іншого – насамперед це стосується неформальних виплат – відсутні дієві механізми контролю за їх використанням та спрямуванням на першочергові потреби. Лікувально-профілактичні заклади (ЛПЗ) в Україні переважно мають статус бюджетних організацій і фінансуються з державного або місцевих бюджетів. Відповідно до чинного законодавства бюджетні установи не мають права здійснювати запозичення у будь-якій формі або надавати позики юридичним чи фізичним особам за рахунок бюджетних коштів, за винятком випадків, прямо передбачених законом про Державний бюджет України. Такі обмеження суттєво звужують можливості ефективної роботи медичних закладів і ускладнюють процес ухвалення управлінських рішень, тоді як за своєю природою вони мають функціонувати як економічно активні та гнучкі суб'єкти.

У результаті, незалежно від загального обсягу фінансових ресурсів, медичні установи постійно змушені шукати додаткові джерела фінансування. Керівники ЛПЗ і регіональні адміністрації намагаються запроваджувати нові форми хоча б часткового відшкодування витрат на медичну допомогу та збереження (або поліпшення) якості лікування, але на цьому шляху виникають істотні правові бар'єри. Постатейний розподіл коштів за кодами бюджетної класифікації фактично усунув керівників-медиків від реального управління фінансами і значно зменшив їхні можливості впливати на зниження вартості медичних послуг, що, своєю чергою, негативно

позначилося на доступності цих послуг для широких верств населення.

З огляду на масштаби системи охорони здоров'я та наявні фінансові ресурси, покращення якості надання медичних послуг передусім потребує підвищення ефективності управлінських рішень, зокрема усунення структурних диспропорцій в організації вітчизняної охорони здоров'я, які є одними з головних перешкод на шляху результативного управління її фінансами.

Одним із підходів, що дозволяє інтегрувати процеси фінансування та надання допомоги і таким чином підвищити ефективність системи, є «керована медична допомога» (managed care). В європейському контексті така стратегія поєднується з розширенням участі приватних закладів і лікарів у наданні допомоги, яка раніше надавалася переважно державними установами. Паралельно здійснюються спроби запровадити у секторі охорони здоров'я квазіринкові підходи, що передбачають розмежування функцій фінансування та надання послуг. Очікується, що це посилить конкуренцію серед надавачів медичної допомоги й сприятиме вибору найбільш ефективних із них. При цьому особливий акцент робиться на розвитку профілактичної допомоги.

Поєднання заходів із пропаганди здорового способу життя, профілактики травматизму та нещасних випадків, а також покращення умов реабілітації після перенесених захворювань дає змогу знизити обсяги клінічних та пов'язаних з ними послуг. Одночасно зростає роль додаткового добровільного медичного страхування, що зумовлено обмеженнями базових програм медичної допомоги, розширенням співоплати, а інколи й цілеспрямованим заохоченням держави до розвитку цього виду страхування. Різні модифікації системи керованої медичної допомоги сьогодні застосовуються у багатьох країнах як європейського, так і американського континентів, у тому числі й у державах із бюджетною моделлю охорони здоров'я, таких як Великобританія.

Міжнародний досвід функціонування та реформування систем охорони

здоров'я засвідчує необхідність зміни організаційного забезпечення галузі, зокрема реструктуризації мережі лікувально-профілактичних установ, удосконалення економічних механізмів і правових форм діяльності медичних організацій, розвитку наукових досліджень і технологічних розробок, спрямованих на поліпшення якості медичних послуг і лікарських засобів. Важливими є також удосконалення механізмів координації між усіма ланками системи управління охороною здоров'я, зміцнення інститутів захисту прав пацієнтів і модернізація механізмів фінансового управління галуззю. Останнє включає реформування системи планування та фінансування охорони здоров'я, зміну методів оплати медичних послуг, створення раціональної системи державних гарантій лікарського забезпечення населення, а також формування умов для збільшення обсягів коштів, які інвестуються населенням, працівниками й роботодавцями у формування суспільного здоров'я.

1.2.Реформування системи охорони здоров'я в Україні

В Україні процес реформування системи охорони здоров'я розпочався вже з перших років здобуття незалежності. Водночас ці трансформації мали переважно фрагментарний характер і здійснювалися в окремих секторах галузі [53,54]. Найбільша увага в рамках цих реформ приділялася питанням оптимізації первинної медико-санітарної допомоги [55]. На окремих пілотних майданчиках запроваджувалися інноваційні для країни організаційно-економічні механізми, спрямовані на пошук ефективних моделей організації ПМСД на засадах сімейної медицини. До таких напрацювань належать, зокрема, різні моделі організації первинної медико-санітарної допомоги, відпрацьовані у Львівській області [56], м. Комсомольську Полтавської області [57], м. Вознесенську Миколаївської області [58]. Показово, що саме в м. Комсомольську Полтавської області вперше в Україні було реалізовано приклад функціонування приватної лікарської загальної практики – сімейної

медицини [59].

Паралельно, у Дніпропетровській області [60,61] розпочалося практичне відпрацювання підходів до регіоналізації перинатальної допомоги, яке згодом було масштабовано до рівня національного проекту і продемонструвало позитивні результати [62–64]. На низці пілотних майданчиків також досліджувалися можливості впровадження нових методів фінансування закладів охорони здоров'я. Серед таких механізмів слід відзначити подушну оплату, застосування глобального бюджету, запровадження договірних відносин та автономізацію медичних закладів [65–67]. Позитивні результати у цьому контексті були досягнуті, зокрема, в м. Комсомольську Полтавської області, Золочівському та Близьнюківському районах Харківської області, Попільнянському районі Житомирської області та ряді інших територій.

Водночас більшість таких експериментів ґрунтувалися переважно на місцевих ініціативах і реалізовувалися за підтримки проектів технічної допомоги міжнародних донорських організацій [68]. До таких проектів належали:

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

Однак у більшості випадків ці проекти мали локальний, обмежений у просторі та часі, фрагментарний характер і не отримували належного продовження після завершення міжнародної підтримки. Накопичений досвід [69–79] переважно залишався у формі підготовлених нормативних документів, методичних рекомендацій та аналітичних матеріалів, не будучи повною мірою інтегрованим у національну політику.

Поступове загострення проблем із забезпеченням доступної та якісної медичної допомоги, зростання суспільного запиту на її покращення обумовили потребу в переході до більш системного підходу до

реформування охорони здоров'я. Одним із перших кроків у цьому напрямі стало ухвалення Постанови Кабінету Міністрів України від 17.02.2010 р. № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» [80]. Документом передбачалося створення центрів первинної медико-санітарної допомоги, оптимізація мережі районних, міських і дільничних лікарень, спеціалізація та перепрофілювання лікарень з урахуванням реальних потреб населення в медичній допомозі. У зазначеній постанові було проголошено перехід від моделі охорони здоров'я Семашка до сучасної системи, орієнтованої як на задоволення реальних потреб пацієнтів, так і на адаптацію до ринкових умов функціонування.

Важливо наголосити, що при формуванні зазначених підходів бралися до уваги фактичні дані, отримані за результатами аналізу трансформацій систем охорони здоров'я в різних європейських країнах [81], а також напрацювання національних і міжнародних експертів щодо перспектив розвитку системи охорони здоров'я України. Серед таких документів особливе місце посідає Спільний звіт українських експертів та експертів Всесвітнього банку і Європейської Комісії, у якому було узагальнено рекомендації для уряду України стосовно шляхів модернізації вітчизняної системи охорони здоров'я [82].

Основні напрями реформування системи охорони здоров'я України було визначено та зафіксовано низкою документів національного рівня. Першочергово це Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000, яким затверджено Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України [83]. Подальшого розвитку ці засади отримали в затвердженій Постановою Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 р. № 14 Міжгалузовій комплексній програмі "Здоров'я нації" на 2002–2011 роки [84], а також в Указі Президента України від 6 грудня 2005 р. № 1694/2005 "Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення" [85].

Наступним етапом стала розробка Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року, затвердженого Постановою

Кабінету Міністрів України від 13 червня 2007 року № 815 [86], та Програми уряду "Український прорив: для людей, а не політиків", затвердженої Постановою Кабінету Міністрів України від 16.01.2008 № 14 [87]. Важливим кроком стало також ухвалення Постанови Кабінету Міністрів України від 17.02.2010 р. № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» [88], яка фактично закріпила послідовність і наступність раніше задекларованих напрямів реформування.

Накопичений Україною досвід реформування системи охорони здоров'я та критичні висновки міжнародних експертів щодо надзвичайно низької ефективності вітчизняної моделі [89] спонукали керівництво держави до переходу від точкових змін до комплексної реформи. Основні заходи такої реформи були визначені в Програмі економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [90].

Метою реформи системи охорони здоров'я було задекларовано забезпечення рівного й справедливого доступу всіх членів суспільства до медичних послуг, підвищення якості та своєчасності медичної допомоги. Необхідність проведення комплексної реформи, із чітким окресленням основних проблем та стратегічних напрямів її реалізації, була ґрунтовно представлена в праці провідних фахівців з організації та управління охороною здоров'я «Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір» [91].

У цьому контексті основними напрямами реформи було визначено:

- забезпечення доступної, якісної, кваліфікованої медичної допомоги для всіх громадян, незалежно від їх соціально-економічного статусу та місця проживання [92];
- пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини з одночасною оптимізацією мережі комунальних і підпорядкованих різним міністерствам та відомствам державних закладів охорони здоров'я [93];

- запровадження ефективної й прозорої моделі фінансування системи медичної допомоги, орієнтованої на реальні потреби пацієнтів; підвищення рівня і забезпечення сталості фінансування галузі; перехід від кошторисного фінансування до розподілу ресурсів за принципом оплати фактично наданих послуг, упровадження сучасних економічних механізмів у діяльність закладів охорони здоров'я; чітке розмежування бюджетних асигнувань на первинну, вторинну та третинну лікувально-профілактичну допомогу; запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування з гарантією належної якості безоплатних медичних послуг, визначених державою [94];

- запровадження дієвих механізмів мотивації медичних працівників до якісного й ефективного надання медичних послуг [95];

- формування єдиного медичного простору під управлінням Міністерства охорони здоров'я України як одного з ключових напрямів оптимізації мережі закладів охорони здоров'я відповідно до потреб населення [96];

- створення ефективного механізму державного контролю за виробництвом, імпортом, реалізацією та рекламою фармацевтичної продукції, а також за якістю лікарських засобів і виробів медичного призначення на всіх етапах – від виробництва й ввезення на митну територію України до кінцевого споживання; підвищення конкурентоспроможності вітчизняної фармацевтичної продукції [97];

- запровадження сучасної системи управління реформами та ефективного менеджменту в охороні здоров'я [98].

З метою практичного відпрацювання підходів до комплексної реформи було ухвалено рішення про пілотне впровадження змін у вибраних регіонах. Відповідні положення було закріплено в Законі України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» [99]. На виконання цього закону МОЗ України видало наказ від 19.08.2011 № 524 «Про

затвердження Плану заходів Міністерства охорони здоров'я України щодо організації підготовки проектів актів, необхідних для забезпечення реалізації Закону України від 7 липня 2011 року N 3612-VI "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві"» [100].

У пілотних регіонах протягом періоду реалізації проекту здійснювалося практичне відпрацювання механізмів структурної перебудови системи охорони здоров'я та впровадження сучасних фінансово-економічних інструментів управління в галузі. Пріоритетним напрямом реформи було визначено розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики – сімейної медицини [101–105].

Для запровадження цього підходу МОЗ України розробило низку нормативних документів, які забезпечили: можливість вільного вибору пацієнтами лікаря загальної практики – сімейного лікаря, механізм скерування пацієнтів на вищі рівні медичної допомоги, регламентацію порядку надання невідкладної допомоги, визначення табеля матеріально-технічного оснащення сімейних амбулаторій тощо [106–114], серед яких:

- Наказ МОЗ України від 29.06.2011 № 384 «Про затвердження Примірного статуту Центру первинної медико-санітарної допомоги»;
- Наказ МОЗ України від 01.09.2011 № 555 «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів первинної медичної допомоги у Вінницькій, Дніпропетровській, Харківській областях та м. Києві»;
- Наказ МОЗ України від 28.07.2011 № 443 «Про Порядок вибору лікаря, що надає первинну медичну допомогу»;
- Наказ МОЗ України від 15.08.2011 № 507 «Про затвердження комплексу показників для проведення оцінки стану реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах»;
- Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної медичної облікової документації та інструкцій щодо їх

заповнення, що використовується у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування» (zareestrovano v Min'yosti vid 28.04.2012 № 661/20974);

- Наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 129 «Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги»;

- Наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 130 «Про затвердження Примірного переліку лабораторних досліджень, що виконуються при наданні первинної медичної допомоги населенню»;

- Наказ МОЗ України від 26.04.2012 № 313 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо встановлення надбавок за обсяг та якість виконаної роботи працівникам закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я»;

- Наказ МОЗ України від 11.09.2012 № 713 «Про затвердження методичних рекомендацій МОЗ України щодо регіональних планів модернізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу».

У науковій літературі відображено результати аналізу позитивного досвіду розвитку первинної ланки охорони здоров'я, у тому числі питання ресурсного забезпечення (включаючи кадровий потенціал), а також проблеми й бар'єри на шляху досягнення поставлених цілей [115–118]. Крім того, щороку проводився ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні [119–121], що дозволяло оцінювати динаміку змін, виявляти проблемні аспекти і коригувати підходи до подальшого реформування системи первинної медичної допомоги.

В Україні процес реформування системи охорони здоров'я розпочався вже з перших років незалежності держави, однак протягом тривалого часу здійснювані перетворення мали переважно фрагментарний характер і стосувалися окремих секторів галузі [53,54]. Найбільший акцент при цьому

робився на питаннях оптимізації первинної медико-санітарної допомоги [55]. На окремих пілотних майданчиках запроваджувалися інноваційні для країни організаційно-економічні механізми. До таких напрацювань належать, зокрема, різні моделі організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, випробувані у Львівській області [56], м. Комсомольську Полтавської області [57], м. Вознесенську Миколаївської області [58]. Показово, що саме в м. Комсомольську Полтавської області вперше в Україні було реалізовано приклад приватної лікарської загальної практики – сімейної медицини [59].

Паралельно в Дніпропетровській області [60,61] розпочалося практичне відпрацювання підходів до регіоналізації перинатальної допомоги, яке згодом було масштабоване до рівня національного проєкту й продемонструвало позитивні результати [62-64]. На окремих пілотних майданчиках відпрацьовувалися також нові підходи до фінансування медичних закладів. Серед таких механізмів слід назвати подушну оплату, застосування глобального бюджету, побудову договірних відносин та автономізацію медичних установ [65-67]. Позитивні результати запровадження таких інструментів були отримані, зокрема, в м. Комсомольську Полтавської області, Золочівському та Близнюківському районах Харківської області, Попільнянському районі Житомирської області та ряді інших територій.

Водночас, як правило, зазначені експерименти базувалися на місцевих ініціативах і здійснювалися за підтримки проєктів технічної допомоги з боку міжнародних донорських організацій [68]. До таких проєктів належали:

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

Однак переважна частина цих ініціатив мала локальний і фрагментарний характер, обмежувалася часовими рамками дії міжнародних

проектів і після їх завершення не отримувала належного продовження. Накопичений за їх результатами досвід [69-79] переважно залишався у вигляді розроблених документів, методичних рекомендацій та аналітичних матеріалів і використовувався в обмеженому обсязі.

Поступове загострення проблем, пов'язаних з організацією доступної та якісної медичної допомоги, зумовило потребу у переході до більш системного, комплексного підходу до реформування галузі. Одним із перших кроків у цьому напрямі стало ухвалення Постанови Кабінету Міністрів України від 17.02.2010 р. № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» [80], якою передбачалося створення центрів первинної медико-санітарної допомоги, проведення оптимізації мережі районних, міських і дільничних лікарень, їх спеціалізації та перепрофілювання з урахуванням реальних потреб населення у медичній допомозі. Зазначеним актом було окреслено перехід від моделі охорони здоров'я Семашка до сучасної системи, орієнтованої як на задоволення реальних потреб пацієнтів, так і на адаптацію до ринкових умов функціонування.

Варто підкреслити, що при розробці зазначених підходів враховувалися фактичні дані, отримані внаслідок аналізу трансформацій систем охорони здоров'я в різних країнах Європи [81], а також результати численних рекомендацій національних і міжнародних експертів щодо розвитку системи охорони здоров'я України. Особливе значення серед таких документів мав Спільний звіт українських експертів та експертів Всесвітнього банку і Європейської Комісії, у якому було узагальнено рекомендації для уряду України щодо напрямів удосконалення вітчизняної системи охорони здоров'я [82].

Основні напрями реформування системи охорони здоров'я України були визначені та закріплені низкою документів загальнодержавного рівня. Базовим з них став Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000, яким затверджена Концепція розвитку охорони здоров'я населення України [83]. Подальший розвиток ці положення отримали в

Міжгалузевій комплексній програмі "Здоров'я нації" на 2002–2011 роки, затвердженій Постановою Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 р. № 14 [84], а також в Указі Президента України від 6 грудня 2005 року № 1694/2005 "Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення" [85].

Наступний етап формування стратегічних орієнтирів реформування було пов'язано з ухваленням Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 13 червня 2007 року № 815 [86], та Програми уряду "Український прорив: для людей, а не політиків", затвердженої Постановою Кабінету Міністрів України від 16.01.2008 № 14 [87]. Положення щодо подальшого удосконалення системи охорони здоров'я були додатково конкретизовані в Постанові Кабінету Міністрів України від 17.02.2010 р. № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» [88], яка забезпечила наступність та узгодженість попередніх стратегічних рішень.

Сформований у такий спосіб досвід реформування системи охорони здоров'я України, а також висновки міжнародних експертів про надзвичайно низьку ефективність функціонування вітчизняної моделі [89] стали підґрунтям для переходу від епізодичних і секторних змін до комплексної реформи. Основні заходи цієї реформи були окреслені в Програмі економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [90].

Як мету реформи системи охорони здоров'я було задекларовано забезпечення рівного й справедливого доступу всіх членів суспільства до медичних послуг, підвищення їх якості та своєчасності. Обґрунтування необхідності комплексної реформи з визначенням ключових проблем та стратегічних напрямів її реалізації було представлено у праці провідних фахівців з організації та управління охороною здоров'я «Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір» [91].

У цьому документі основними напрямками реформи було визначено:

- забезпечення доступної, якісної та кваліфікованої медичної допомоги для всіх громадян, незалежно від їх соціально-економічного становища та місця проживання [92];

- пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини з паралельною оптимізацією мережі комунальних і підпорядкованих різним міністерствам та відомствам державних закладів охорони здоров'я [93];

- запровадження ефективної та прозорої моделі фінансування системи медичної допомоги, орієнтованої на реальні потреби пацієнтів; підвищення рівня й забезпечення сталості фінансування галузі; перехід до розподілу коштів за принципом оплати наданих послуг, а не утримання закладів; упровадження сучасних економічних механізмів у діяльність закладів охорони здоров'я; чітке розмежування бюджетних асигнувань на первинну, вторинну та третинну допомогу; запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування із забезпеченням належної якості гарантованих державою безоплатних медичних послуг [94];

- упровадження дієвих механізмів мотивації медичних працівників до якісного й ефективного надання медичних послуг [95];

- формування єдиного медичного простору під управлінням Міністерства охорони здоров'я України як одного з ключових шляхів оптимізації мережі закладів охорони здоров'я відповідно до потреб населення [96];

- запровадження ефективного механізму державного контролю за виробництвом, імпортом, реалізацією та рекламою фармацевтичної продукції, а також за якістю лікарських засобів і виробів медичного призначення на всіх етапах їхнього обігу; підвищення конкурентоспроможності вітчизняної фармацевтичної продукції [97];

- упровадження системи управління реформами та ефективного менеджменту в галузі охорони здоров'я [98].

З метою переходу від декларативних намірів до практичної реалізації реформи було прийнято рішення про пілотне відпрацювання її основних положень у вибраних регіонах. Відповідний порядок був визначений Законом України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» [99]. На виконання цього закону Міністерство охорони здоров'я України видало наказ від 19.08.2011 № 524 «Про затвердження Плану заходів Міністерства охорони здоров'я України щодо організації підготовки проектів актів, необхідних для забезпечення реалізації Закону України від 7 липня 2011 року N 3612-VI "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві"» [100].

У пілотних регіонах протягом усього періоду реалізації реформи здійснювалося практичне відпрацювання механізмів структурної перебудови системи охорони здоров'я та впровадження сучасних фінансово-економічних інструментів управління. Пріоритетним напрямом було визначено розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики – сімейної медицини [101-105].

Для реалізації цього підходу МОЗ України розробило комплекс нормативних документів, якими було забезпечено: механізм вільного вибору пацієнтами лікаря загальної практики – сімейного лікаря; порядок скерування пацієнтів на вищі рівні надання медичної допомоги; регламент надання невідкладної допомоги; таблиць матеріально-технічного оснащення сімейної амбулаторії тощо [106-114]. До таких документів, зокрема, належать:

- Наказ МОЗ України від 29.06.2011 № 384 «Про затвердження Примірного статуту Центру первинної медико-санітарної допомоги»;
- Наказ МОЗ України від 01.09.2011 № 555 «Про затвердження Примірного таблиця матеріально-технічного оснащення закладів первинної

медичної допомоги у Вінницькій, Дніпропетровській, Харківській областях та м. Києві»;

- Наказ МОЗ України від 28.07.2011 № 443 «Про Порядок вибору лікаря, що надає первинну медичну допомогу»;

- Наказ МОЗ України від 15.08.2011 № 507 «Про затвердження комплексу показників для проведення оцінки стану реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах»;

- Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної медичної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовується у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування» (zareestrovano v Min'yosti vid 28.04.2012 № 661/20974);

- Наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 129 «Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги»;

- Наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 130 «Про затвердження Примірного переліку лабораторних досліджень, що виконуються при наданні первинної медичної допомоги населенню»;

- Наказ МОЗ України від 26.04.2012 № 313 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо встановлення надбавок за обсяг та якість виконаної роботи працівникам закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я»;

- Наказ МОЗ України від 11.09.2012 № 713 «Про затвердження методичних рекомендацій МОЗ України щодо регіональних планів модернізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу».

Питання позитивного досвіду функціонування первинної ланки охорони здоров'я, особливостей ресурсного забезпечення (зокрема кадрового), а також наявних проблем і бар'єрів на шляху досягнення

поставлених цілей знайшли відображення в наукових публікаціях [115-118]. Крім того, щорічно здійснювався ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні [119-121], що дозволяло відстежувати динаміку реформ, оцінювати їх результати та коригувати подальші кроки трансформації системи первинної медичної допомоги.

Висновки до 1 розділу:

Таким чином, здійснений аналітичний огляд наукових джерел засвідчує недостатню результативність уже проведених в Україні реформ системи охорони здоров'я, брак наступності у реалізації стратегічних пріоритетів, напрямків і конкретних заходів як на загальнодержавному, так і на регіональному рівнях, а також несистемність та непослідовність управлінських дій і недосконалість нормативно-правового супроводу реформування галузі. Водночас у численних документах ВООЗ послідовно наголошується на необхідності наукового обґрунтування стратегій і заходів реформування систем охорони здоров'я на національному рівні, причому таке обґрунтування має ґрунтуватися на достовірних фактичних даних і результатах досліджень із доведеною ефективністю.

Реалізація політики «Здоров'я-2020» на національному рівні розглядається як фундаментальне, пріоритетне завдання розбудови сучасних систем охорони здоров'я та забезпечення дієвого функціонування систем громадського здоров'я в Європейському регіоні. Стратегічним орієнтиром у цьому контексті виступає концепція нової європейської політики охорони здоров'я «Здоров'я-2020: основи європейської політики і стратегія для XXI ст.». Успіх реформування охорони здоров'я, досягнення прийнятного рівня доступності та якості медичної допомоги, а також покращення показників здоров'я населення значною мірою зумовлюються коректністю вибору моделі фінансування, яка має бути адекватною конкретним соціально-економічним і політичним умовам функціонування країни.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ РІВНЯ ВПРОВАДЖЕННЯ НАУКОВИХ РОЗРОБОК З ПИТАНЬ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ПРАКТИЧНУ ДІЯЛЬНІСТЬ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ (НА ПРИКЛАДІ КНП ХОР «ОКЛ»)

2.1.Реформування первинної медичної допомоги у Харківському регіоні

У ході реалізації реформи системи охорони здоров'я було здійснено масштабний перехід до моделі первинної медичної допомоги, побудованої на принципах загальної практики / сімейної медицини. Нову модель характеризує комплекс ключових компонентів, серед яких: чітке розмежування первинної та вторинної медичної допомоги; формування розгалуженої інфраструктури первинної ланки з відповідним матеріально-технічним забезпеченням; запровадження сімейного принципу надання первинної допомоги; функціонування контрольно-пропускної системи («воріт»), що забезпечує оптимальне маршрутизування пацієнта; встановлення механізму вільного вибору пацієнтом лікаря первинної ланки; фінансування закладів первинної допомоги з місцевих (міських і районних) бюджетів на подушній основі; запровадження договірних відносин між головними розпорядниками коштів та провайдерами первинної допомоги; оплата праці медичного персоналу на основі обсягу та якості фактично виконаної роботи.

У межах періоду експериментальної апробації в пілотних регіонах було повністю сформовано мережу закладів охорони здоров'я, що забезпечують надання первинної медико-санітарної допомоги. Було відкрито Центри ПМСД, кожен із яких отримав статус юридичної особи, відповідні реєстраційні документи та ліцензії МОЗ України на право здійснення медичної практики (табл. 2.1).

Як свідчать дані табл. 2.1, створення центрів первинної медико-санітарної допомоги у пілотних регіонах відбулося відповідно до затверджених планів реформування. Це забезпечило юридичне й, відповідно, фінансове розмежування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги.

У подальшому, в табл. 2.2 наведено інформацію щодо кількості відкритих амбулаторій загальної практики – сімейної медицини (АЗПСМ) та фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАПів), які обслуговують понад 1000 осіб.

Таблиця 2.1

Дані про відкриті Центри первинної медико-санітарної допомоги

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість ЦПМСД			Відсоток від запланованого
	усього	сільська місцевість	міста	
Вінницька обл.	33	6	27	100
Дніпропетровська обл.	53	30	23	100
Харківська обл.	72	55	17	100
м. Київ	28	–	28	100

Таблиця 2.2

Кількість всього АЗПСМ та ФАПів, які обслуговують понад 1000 осіб

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість АЗПСМ, усього			Кількість ФАПів, які обслуговують понад 1000 осіб
	усього	сільська місцевість	міста	
Вінницька обл.	302	68	234	62
Дніпропетровська обл.	376	141	235	15
Харківська обл.	357	205	152	24
м. Київ	257	–	257	–

Згідно з даними табл. 2.2, у пілотних регіонах на момент проведення експерименту функціонувало 101 ФАП, що обслуговували понад 1000 осіб кожний. Відповідно до завдань програми реформування, такі ФАПи підлягали трансформації в амбулаторії загальної практики – сімейної

медицини (АЗПСМ), що мало забезпечити підвищення доступності та якості первинної медичної допомоги у сільській місцевості.

Паралельно з формуванням і розвитком мережі закладів, які надають ПМСД, відбувалося введення необхідних штатних посад лікарів загальної практики – сімейних лікарів (ЛЗПСЛ) та поступове укомплектування таких посад. Це здійснювалося за рахунок випускників інтернатури відповідної спеціалізації, а також шляхом цільової перепідготовки лікарів інших спеціальностей, що дозволило відносно швидко компенсувати кадрові потреби первинної ланки (табл. 2.3, 2.4).

Аналіз даних табл. 3.3 свідчить про проведення цілеспрямованої оптимізації штатних посад лікарів первинної медичної допомоги. Суть такої оптимізації полягала, з одного боку, у збільшенні кількості посад лікарів загальної практики – сімейних лікарів, що відповідало стратегічній орієнтації реформи на домінування сімейної медицини. З іншого боку, із штатних розписів первинної ланки були поступово вилучені посади вузьких лікарів-спеціалістів, які тимчасово були введені до її структури в період початкового розмежування первинної та вторинної медичної допомоги.

Таким чином, реформування кадрового забезпечення первинної ланки відбувалося в напрямку її професійного унормування відповідно до міжнародних стандартів, що передбачають провідну роль лікаря загальної практики – сімейного лікаря як ключового координатора медичної допомоги пацієнтові.

Таблиця 2.3

Штатні посади лікарів загальної практики-сімейних лікарів в пілотних регіонах, 2023-2025 рр (кількість)

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість штатних посад ЛЗПСЛ			
	2023 р.	2024 р.	2025 р.	динаміка
Вінницька обл. (усього)	755,50	855,25	961,25	+205,75
міста	397,00	372,00	441,25	+44,5
сільська місцевість	358,50	483,25	520,00	+161,5
Дніпропетровська обл.	2200,75	1061,25	1478,75	-722,0

(усього)				
міста	1543,75	509,75	912,5	-631,25
сільська місцевість	657,00	551,50	566,25	-90,75
Харківська обл. (усього)	544,25	937,75	1250,00-	+705,75
міста	387,50	650,00	865,75-	+478,25-
сільська місцевість	156,50	287,75	384,25-	+ 227,75-
м. Київ (усього)	335,75	525,50	747,25	+ 411,5

Таблиця 2.4

Укомплектованість штатних посад лікарів загальної практики-сімейних
лікарів в пілотних регіонах, 2020-2025 рр, %

Адміністративно-територіальна одиниця	Укомплектованість					Динаміка
	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.	2025 р.	
Вінницька обл. (усього)	77,04	75,18	78,02	79,43	77,64	+0,6
Дніпропетровська обл. (усього)	72,0	65,05	65,71	72,74	75,31	+3,31
Харківська обл. (усього)	70,21	65,70	68,05	-	-	-
м. Київ (усього)	59,87	62,38	68,50	76,09	76,94	+17,07

В подальшому аналізі використано дані табл. 2.4, що характеризують рівень укомплектованості штатних посад лікарів загальної практики – сімейних лікарів (ЛЗП-СЛ) у пілотних регіонах протягом років дослідження. Узагальнення поданої інформації свідчить про те, що за весь період експерименту спостерігалось стійке зростання укомплектованості кадрового складу первинної ланки. При цьому найвищі темпи приросту забезпечення кадрами ЛЗП-СЛ були зафіксовані в м. Києві та Дніпропетровській області, що може пояснюватися як більшою територіальною концентрацією закладів освіти і ресурсів, так і активнішими управлінськими підходами до реалізації реформи.

Наступним етапом дослідження стало оцінювання забезпеченості населення пілотних регіонів амбулаторіями загальної практики – сімейної медицини (АЗПСМ). Так, у м. Києві показник забезпеченості становив 0,90 амбулаторії на 10 тис. населення; у Харківській області – 0,85 на 10 тис. міського населення і 2,82 на 10 тис. сільського населення; у Вінницькій області – відповідно 0,79 та 2,85 на 10 тис. населення. Отримані показники

порівнювалися з нормативами, затвердженими МОЗ України, відповідно до яких для міських територій встановлено норму 1 амбулаторія на 10 тис. населення, а для сільських територій – 3,30 на 10 тис. населення. Досягнення цих нормативів передбачено шляхом поступового нарощування інфраструктури до 2030 року.

Водночас граничні показники забезпеченості населення ЛЗП-СЛ у пілотних регіонах демонструють суттєві міжрегіональні відмінності, що засвідчує різний рівень стартових можливостей та неоднакову результативність реалізації реформи на місцевому рівні.

Окремим важливим напрямом аналізу став огляд стану матеріально-технічного забезпечення закладів первинної медико-санітарної допомоги. Встановлено, що істотне покращення матеріально-технічної бази спостерігалось виключно в пілотних регіонах, причому ключову роль у цьому процесі відігравали централізовані закупівлі медичного обладнання та автотранспорту. Узагальнені результати наведено у табл. 2.5 та 2.6, які демонструють позитивні зміни у рівні оснащення закладів ПМСД відповідно до вимог реформи.

Таблиця 2.5

Рівень оснащених АЗПСА відповідно до табелю матеріально-технічного оснащення, 2021-2025 рр, %

Адміністративно-територіальна одиниця	Відсоток амбулаторій оснащених відповідно до табелю матеріально-технічного оснащення				
	2021 р.	2023 р.	2024 р.	2025 р.	динаміка
Вінницька обл. (усього)	18,6	32,4	37,8	42,1	+23,5%
Дніпропетровська обл. (усього)	26,70	33,50	40,10	67,7	+41,0%
Харківська обл. (усього)	43,2	49,7	83,4	-	-
м. Київ (усього)	21,2	24,8	32,3	35,4	+14,2%

Аналіз даних, представлених у табл. 3.5, свідчить про те, що менше половини амбулаторій загальної практики – сімейної медицини (АЗПСА) оснащені медичним обладнанням відповідно до затвердженого табеля

матеріально-технічного оснащення. При цьому виявлена статистично достовірна різниця рівня забезпечення між пілотними регіонами. Найвищий відсоток оснащення зафіксовано в Дніпропетровській області, де він становив 67,7%, тоді як найнижчий – у м. Києві (35,4%). Гранична різниця між цими показниками сягає 1,9 разу, що вказує на суттєву нерівномірність у матеріально-технічному забезпеченні первинної ланки.

Подальший аналіз оснащеності представлено в табл. 3.6, де наведено дані щодо забезпеченості АЗПСА транспортними засобами.

Таблиця 2.6

Рівень оснащення АЗПСА транспортними засобами, 2021-2025 рр, %

Адміністративно-територіальна одиниця	Відсоток амбулаторій оснащених транспортними засобами					
	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.	2025 р.	динаміка
Вінницька обл. (усього)	43,8	44,7	47,5	50,2	51,55	+7,75
Дніпропетровська обл. (усього)	58,40	91,10	99,20	99,5	100,0	+41,6
Харківська обл. (усього)	72,4	77,5	78,3	79,3	80,4	+8,0-
м. Київ (усього)	н/д*	н/д*	н/д*	34,3	34,3	+34,3

Аналіз даних, наведених у табл. 2.6, засвідчує наявність статистично достовірних відмінностей у рівні забезпеченості амбулаторій загальної практики – сімейної медицини (АЗПСА) транспортними засобами в різних пілотних регіонах, а також різну динаміку цього процесу. Водночас слід підкреслити, що забезпеченість АЗПСА автотранспортом є ключовим чинником, який визначає доступність і своєчасність надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на дому, особливо у випадках необхідності оперативного реагування.

Граничні показники забезпеченості транспортними засобами демонструють суттєві міжрегіональні коливання, які сягають 2,9 разу, що підтверджує нерівномірність матеріально-технічних можливостей інфраструктури ПМСД у межах пілотних територій.

Порівняльна характеристика матеріально-технічного забезпечення АЗПСА в пілотних регіонах та середніх показників по країні загалом подана на рис. 2.1. У процесі реформування ПМСД увагу було зосереджено не лише

на структурних трансформаціях і розвитку мережі закладів охорони здоров'я, але й на підвищенні рівня їх оснащення та кадрового укомплектування. Значна частина амбулаторій у пілотних регіонах досягла повної відповідності табелю матеріально-технічного оснащення: так, у Дніпропетровській області цей показник становив 52,1%, у Харківській – 69,5%. Забезпеченість автоматизованими робочими місцями (АРМами) відповідно становила 44,4% та 79,9%. Окрім того, рівень оснащення автомобілями досягав 100% у Дніпропетровській та 80,4% у Харківській областях (рис. 2.1).

Наявність санітарного транспорту в кожній амбулаторії є критично важливою умовою для повноцінного виконання функцій невідкладної допомоги, які належать до компетенції первинної ланки. Дещо нижчі показники оснащеності зафіксовано в закладах м. Києва, що, імовірно, пов'язано з недостатньою системністю ухвалення взаємопов'язаних управлінських рішень.

Загалом рівень матеріально-технічного забезпечення амбулаторій у пілотних регіонах перевищує середньонаціональні показники, що підтверджує надання пріоритетності розвитку ПМСД у цих територіях.

Серед позитивних наслідків розмежування первинної медичної допомоги (ПМСД) та вторинної медичної допомоги (ВМД) слід виділити суттєве зростання обсягів цільового фінансування первинної ланки. Запровадження механізму окремого бюджетування дозволило трансформувати структуру видатків: частка ПМСД зросла з 4–6% зведеного бюджету на початку реформи до 17,8–22,4% у пілотних регіонах вже у 2020 році, що наочно представлено на рис. 2.2.

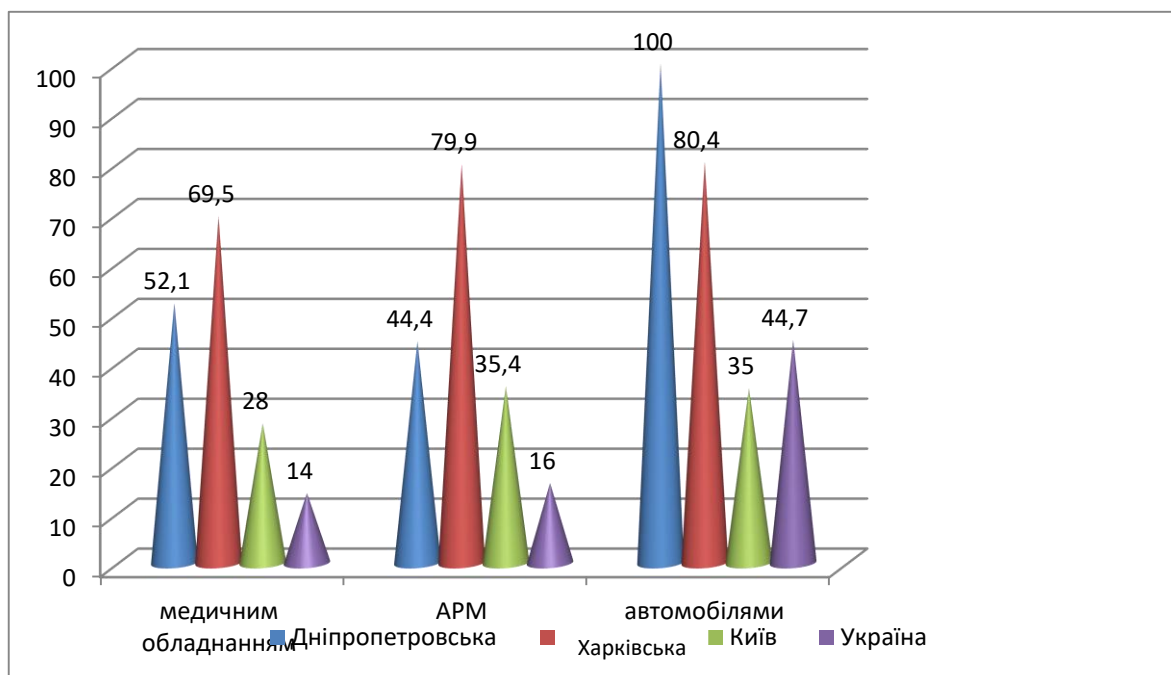


Рис. 2.1. Порівняльна характеристика матеріально-технічного забезпечення амбулаторій загальної практики-сімейної медицини в пілотних областях та країні в цілому, 2025 р.

Фінансування первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) органами місцевого самоврядування, зумовлене тим, що відповідальність за фінансування інших видів медичної допомоги була передана органам регіональної влади, сприяло концентрації уваги місцевих бюджетів на розвитку саме первинної ланки та забезпеченню її належної матеріальної підтримки. Такий підхід дозволив посилити цільовий характер фінансування та підвищити ефективність використання ресурсів, спрямованих на інфраструктурне та кадрове зміцнення ПМСД.

Кумулятивний ефект від поєднання зазначених заходів, за умови додаткової підтримки у вигляді державної субвенції у розмірі 327 млн грн (40,9 млн доларів), наданої у 2012 році для закупівлі автотранспорту та медичного обладнання для центрів ПМСД, проявився у реалізації комплексної програми трансформації первинної ланки. До структури цієї програми увійшли:

- а) підвищення рівня державних гарантій щодо забезпечення населення

ПМСД;

б) розбудова мережі амбулаторій;

в) проведення капітальних ремонтів наявних закладів і підрозділів ПМСД;

г) оснащення амбулаторій медичним обладнанням, автоматизованими робочими місцями (АРМ) та автомобілями, що створило передумови для покращення доступності та якості первинної допомоги, а також для формування комфортних умов її надання;

д) підвищення рівня забезпеченості медичними кадрами для надання ПМСД.

У сукупності ці заходи сформували стійку основу для зміцнення первинної ланки, посилили її кадровий та матеріально-технічний потенціал і підвищили спроможність системи забезпечувати своєчасну, якісну та доступну медичну допомогу населенню.

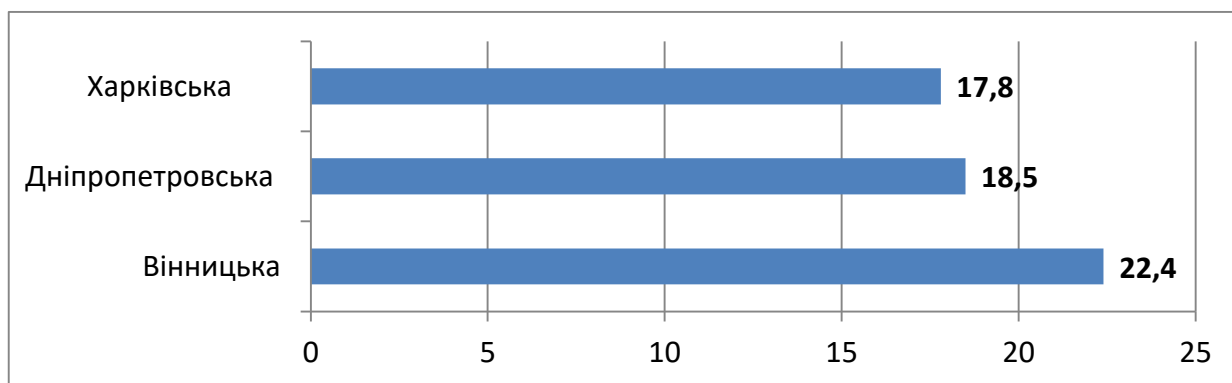


Рис.2.2. Питома вага витрат на ПМСД від загального фонду зведеного бюджету в пілотних регіонах, 2025 р.

Право пацієнта на вільний вибір і зміну лікаря загальної практики – сімейного лікаря (ЛЗП-СЛ) є ключовою умовою переорієнтації системи охорони здоров'я на потреби населення. Саме лікар первинної ланки володіє компетенцією визначати найбільш раціональну тактику лікування та оптимальний медичний маршрут пацієнта в межах усієї системи охорони здоров'я. У цьому контексті поєднання свободи вибору лікаря з наданням

йому повноважень щодо спрямування пацієнта на відповідний рівень допомоги виступає однією з найважливіших умов реалізації принципу керованості медичної допомоги. Така керованість забезпечує, щоб пацієнт отримував необхідні послуги на тому рівні та від того фахівця, який найбільш адекватно відповідає його клінічному стану.

У межах пілотного впровадження реформи охорони здоров'я було законодавчо врегульовано право пацієнтів на вільний вибір ЛЗП-СЛ та запроваджено систему направлень на отримання вторинної медичної допомоги. Нормативними актами визначено й випадки, коли пацієнт може звернутися на вищий рівень медичної допомоги без направлення сімейного лікаря. До таких випадків віднесено: екстрені стани; звернення до акушера-гінеколога, стоматолога, педіатра; звернення хронічних хворих до лікарів-спеціалістів, у яких вони перебувають під диспансерним наглядом.

У пілотних регіонах реалізація права на вільний вибір сімейного лікаря розпочалася у 2013 році. До цього часу доступ населення до вторинної медичної допомоги фактично не регулювався, що було пов'язано з відсутністю чіткого розмежування між первинною та вторинною ланками. У процесі пілотного впровадження реформи, хоча і повільними темпами, почала діяти контрольно-пропускна система, що передбачала доступ до спеціалізованої допомоги за направленням ЛЗП-СЛ. Водночас у пілотних регіонах було формально скасовано жорстку територіальну прив'язку пацієнтів до закладів вторинної допомоги, чому сприяло об'єднання фінансових ресурсів на регіональному рівні. Відтак лікарі первинної ланки отримали можливість скеровувати пацієнтів до будь-якого закладу вторинної допомоги в межах регіону.

Проблеми, що виникли в процесі впровадження механізму вільного вибору та направлень

У ході реформування було виявлено низку суттєвих проблем. По-перше, спостерігалася недостатня готовність населення до реалізації права на вільний вибір сімейного лікаря, що супроводжувалося пасивністю пацієнтів

та низьким рівнем зацікавленості медичних працівників у цьому процесі. По-друге, впровадження контрольно-пропускної системи відбувалося повільно з огляду на:

- а) надто широкий перелік категорій пацієнтів, які мали право самостійно звертатися на вторинний рівень;
- б) опір з боку окремих груп населення та частини лікарів-спеціалістів, які були не зацікавлені у запровадженні структурованої системи направлень.

Можливі шляхи розв'язання виявлених проблем

З метою активізації процесу вільного вибору ЛЗП-СЛ доцільним є: проведення широкої інформаційно-роз'яснювальної кампанії серед населення; розроблення та впровадження системи конкурентних переваг для лікарів, яких обирає більше пацієнтів (наприклад, стимулюючі виплати, професійні бонуси, можливості для підвищення кваліфікації).

Поширенню практики використання направлень можуть сприяти такі заходи:

- формування довіри пацієнтів до лікарів загальної практики/сімейних лікарів;
- реальне усунення географічних обмежень щодо вибору закладу вторинної допомоги, куди ЛЗП-СЛ може скеровувати пацієнта;
- створення відкритих і прозорих рейтингів лікарів різних спеціальностей, доступних як для медичних працівників, так і для пацієнтів;
- поступове запровадження механізмів матеріальної відповідальності пацієнтів за необґрунтоване самостійне звернення на вищі рівні медичної допомоги без клінічної необхідності.

У комплексі ці заходи здатні забезпечити більш ефективне функціонування первинної ланки, зміцнити роль ЛЗП-СЛ як ключової фігури в системі охорони здоров'я та сприяти раціональному використанню ресурсів медичної допомоги на всіх рівнях.

2.2. Реформування системи екстреної медичної допомоги у

Харківському регіоні

У межах пілотного проєкту реформування системи охорони здоров'я розвиток екстреної медичної допомоги (ЕМД) був визначений одним із ключових пріоритетів. У рамках зазначеної реформи в пілотних регіонах створено регіональні центри ЕМД та медицини катастроф, на які покладено функції організації, координації та безпосереднього забезпечення надання екстреної допомоги на території відповідного регіону. Фінансування діяльності цих центрів здійснюється з обласних бюджетів. Передбачалося, що до складу кожного центру входять територіальні відділення ЕМД, відповідальні за оперативне реагування на виклики у визначених адміністративно-територіальних зонах.

Одним із стратегічних напрямків реформи стало підвищення доступності ЕМД шляхом створення пунктів постійного та тимчасового базування бригад екстреної медичної допомоги, а також оптимізації їх кількості відповідно до потреб населення. Суттєвим елементом трансформації стало також розмежування функцій екстреної та невідкладної допомоги: надання медичної допомоги при невідкладних станах, які не становлять безпосередньої загрози життю, законодавчо віднесено до компетенції первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД).

У 2023 році в пілотних регіонах було створено 250 пунктів постійного та тимчасового базування бригад ЕМД. Для підвищення оперативності та своєчасності реагування автомобілі екстреної допомоги оснащено системами GPS-навігації, а всі бригади забезпечено засобами радіо- та мобільного зв'язку (табл. 2.7).

Наведені в табл. 2.7 дані засвідчують суттєві міжрегіональні відмінності у кількості пунктів постійного й тимчасового базування бригад ЕМД. Так, кількість пунктів постійного базування різниться в 3,5 раза, а тимчасового — у 6 разів, що обумовлено площею регіонів, особливостями їх

географічної структури, густотою розселення населення та транспортною інфраструктурою.

Відповідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу» встановлено норматив забезпечення населення бригадами ЕМД із розрахунку одна бригада на 10 тис. осіб. Згідно з наведеними в табл. 2.8 даними, цей показник наближається до нормативного у Дніпропетровській та Донецькій областях, тоді як у місті Києві він є значно нижчим за встановлений норматив.

Таблиця 2.7.

Формування мережі пунктів постійного та тимчасового базування (станом на 01.01.2025 р.)

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

Таблиця 2.8

Забезпеченість населення екстреною медичною допомогою (станом на 01.01.2025 р.)

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

Нормативи своєчасності надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) встановлені Законом України «Про екстрену медичну допомогу» і передбачають максимальний час доїзду бригад: 10 хвилин у міських населених пунктах та 20 хвилин у сільській місцевості. Упродовж 2011–2013

рр. зафіксовано поступове зростання рівня дотримання цих нормативів у всіх пілотних регіонах, як у міських умовах, так і в сільських районах, що ілюструється даними табл. 3.9 та рис. 3.3.

Разом із тим, наявні показники викликають певні сумніви щодо їх повної достовірності. Це пов'язано з тим, що в зазначений період облік часу прибуття бригад переважно здійснювався вручну, що залишало простір для помилок або суб'єктивних коригувань. Об'єктивна та уніфікована оцінка оперативності реагування стане можливою лише після повноцінного введення в експлуатацію централізованих диспетчерських служб, де фіксація викликів та часу доїзду бригад відбуватиметься автоматично, без впливу людського фактора.

Попри відносно короткий проміжок часу, що минув від початку функціонування оновленої системи екстреної допомоги, вже відзначено збільшення кількості бригад екстреної медичної допомоги, що свідчить про поступовий розвиток інфраструктурних спроможностей служби та формування її потенціалу до забезпечення нормативної оперативності реагування.

Таблиця 2.9

Своєчасність надання екстреної медичної допомоги , 2021-2025 рр, %

Адміністративно-територіальна одиниця	Відсоток викликів ЕМД з доїздом у визначений нормативом час					
	2021	2022	2023	2024	2025	динаміка
Вінницька обл. (усього)	—	—	—	-	-	-
міста	83,90	86,40	88,70	88,5	88,9	+5,0%
сільська місцевість	72,80	79,60	83,60	83,8	84,5	+11,7
Дніпропетровська обл. (усього)	—	—	—	-	-	-
міста	92,10	92,70	91,30	91,3	91,5	-0,6%
сільська місцевість	91,40	92,60	90,20	90,2	90,4	-1,0%
Харківська обл. (усього)	-	-		-	-	-
міста	86,10	85,00	86,10	-	-	-
сільська місцевість	80,10	86,70	84,80	-	-	-
м. Київ (усього)	50,90	54,30	85,90	86,2	87,0	+36,1

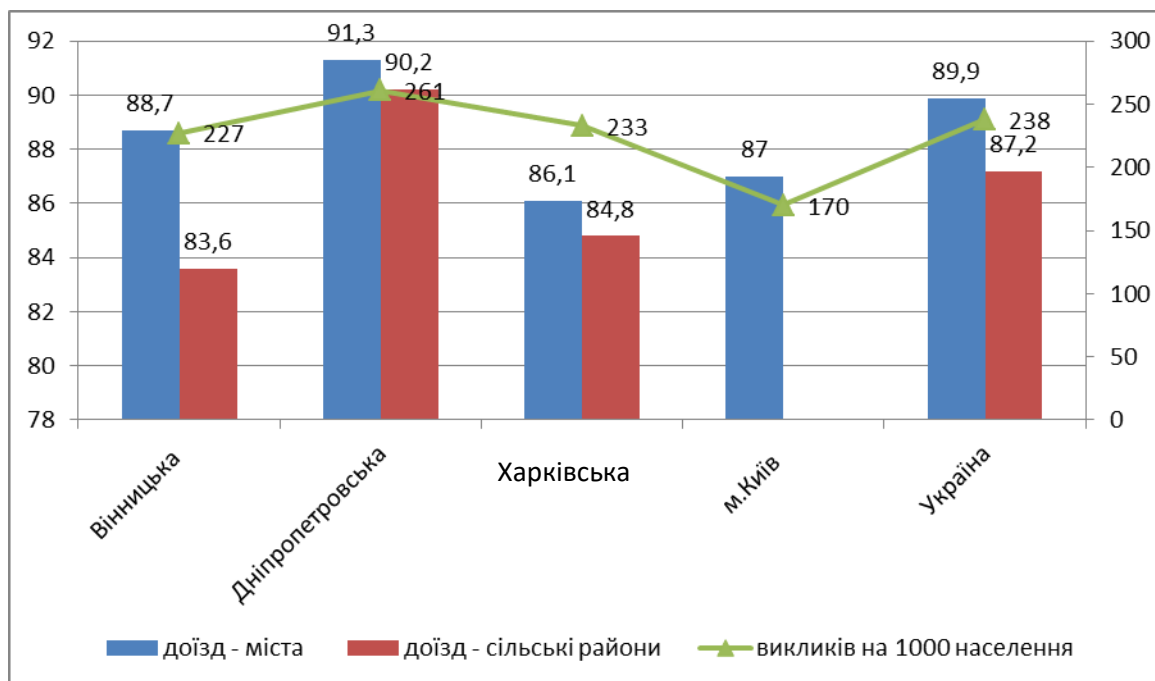


Рис.2.3. Своєчасність доїзду бригад та частота викликів ЕМД, 2015 , %

У процесі реформування зазнала трансформації і структура бригад екстреної медичної допомоги. Частка загальнолікарських бригад залишилася практично незмінною і становила 34%, однак відбулося істотне перерозподілення інших типів бригад. Зокрема, частка спеціалізованих бригад зменшилася до 6,4%, тоді як частка фельдшерських бригад істотно зросла — до 60%. Така структурна перебудова сприяла зниженню рівня непрофільних виїздів, що підтверджується даними табл. 2.10.

Таблиця 3.10
Характеристики екстреної медичної допомоги в пілотних регіонах та Україні в цілому, 2025 р.

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

Проблеми функціонування екстреної медичної допомоги (ЕМД)

Ключова роль у забезпеченні ефективного функціонування оновленої системи ЕМД належить оперативно-диспетчерським службам, які виступають структурними підрозділами центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Саме ці служби, використовуючи сучасні телекомунікаційні мережі, програмне забезпечення, технічні й інші засоби, повинні забезпечувати цілодобове приймання викликів з усієї території області, їх обробку та оперативне реагування. До їх функцій входять: передача інформації про виклик територіальним відділенням і відповідним бригадам ЕМД; визначення закладу охорони здоров'я, до якого необхідно транспортувати пацієнта; інформування відповідних установ і бригад про місце госпіталізації.

Однак заплановані заходи в рамках національного проєкту «Вчасна допомога», спрямованого на створення єдиних регіональних оперативно-диспетчерських служб, реалізовані лише частково. Введення в експлуатацію відбулося лише в одній області — Дніпропетровській, де у 2015 році було запущено централізовану диспетчерську, яка поступово набирає передбачену проєктом потужність. Водночас відсутні стандартизовані опитувальники для диспетчерів, не розроблено сучасні технології скерування бригад ЕМД для обслуговування викликів, що істотно знижує ефективність роботи системи.

Потребують подальшого вдосконалення й механізми розмежування невідкладної та екстреної медичної допомоги, а також моделі взаємодії служб первинної медичної допомоги з підрозділами ЕМД. Відсутність чітко регламентованих алгоритмів негативно позначається на ефективності реагування та розподілі навантаження між службами.

Окрім того, ефективність служби ЕМД значною мірою залежить від позагалузевих чинників — стану дорожнього покриття, освітленості вулиць, наявності та доступності нумерації будинків, тобто від елементів інфраструктури, які безпосередньо впливають на час прибуття бригад на виклик і можливість своєчасного надання допомоги.

2.3. Реформування вторинної медичної допомоги у Харківському регіоні (на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»)

Базою проведення нашого магістерського дослідження визначено КНП ХОР «ОКЛ», що є однією з найбільших та найважливіших багатoproфільних медичних установ Харківського регіону. Обласна клінічна лікарня виконує ключову функцію з надання високоспеціалізованої медичної допомоги переважно мешканцям районів області, питома вага яких стабільно зростає й становить 80–85 % від загальної кількості осіб, що звертаються за медичною допомогою.

Основними завданнями обласної клінічної лікарні є:

- надання спеціалізованої висококваліфікованої медичної допомоги третинного рівня у стаціонарних відділеннях із залученням професорсько-викладацького складу медичного університету;
- розвиток консультативної медичної допомоги на базі поліклінічного підрозділу лікарні;
- забезпечення планової та екстреної консультативної допомоги;
- організаційно-методичний супровід діяльності закладів охорони здоров'я області;
- підготовка і перепідготовка медичних кадрів.

У структурі лікарні функціонує консультативна поліклініка на 480 відвідувань на добу, 25 спеціалізованих стаціонарних відділень на 860 ліжок, а також сучасний комплекс діагностичних підрозділів: централізована багатoproфільна лабораторія, рентгенологічне та рентгенорадіологічне відділення, підрозділи променевої, ендоскопічної, ультразвукової, радіонуклідної та функціональної діагностики. Діє лабораторія очного протезування, відділення фізіотерапії, патологоанатомічне бюро, лікарняна аптека. На базі окремих відділень організована робота спеціалізованих дитячих ліжок: 10 гінекологічних та 5 нейрохірургічних.

Історичний аспект становлення та розвитку КНП ХОР «ОКЛ»

Обласна клінічна лікарня була заснована у 1896 році за розпорядженням Імператора Олександра III і спочатку включала три клініки — терапевтичну, акушерсько-гінекологічну та офтальмологічну на 96 ліжок. У 1898 році розпочалося будівництво неврологічної клініки та клініки дитячих хвороб, які були відкриті у 1917–1918 роках.

У 1920 році на базі медичного факультету Харківського університету була створена медична академія, яку у 1921 році реорганізовано в Харківський медичний інститут. Усі клініки перейшли у його підпорядкування як навчальна база, а ліжковий фонд на той час становив 180 ліжок.

У 1932 році клініки було передано у відання Харківського обласного відділу охорони здоров'я, після чого вони отримали статус «обласної клінічної лікарні», зберігши при цьому навчальну і клінічну функції для медичного інституту.

У післявоєнний період лікарню відновлено, і вже функціонували 7 клінік на 400 ліжок. З 1950 року почалося створення спеціалізованих відділень, введення посад завідувачів відділень та головного лікаря. До цього керівництво відділеннями здійснювали професори — завідувачі кафедр.

Новий етап розвитку розпочався у 1977 році зі спорудження великого комплексу нових корпусів: поліклініки на 480 відвідувань на зміну, лікарняного 9-поверхового корпусу на 500 ліжок, гуртожитку для працівників, пансіонату для хворих на 320 місць та харчоблоку. Нещодавно завершено будівництво патолого-анатомічного корпусу, де розміщено також діагностичний центр.

Лікарня є базою для 13 кафедр Харківського національного медичного університету. Важливим етапом стало створення у 2001 році Ради директорів клінік, започаткованої ректором університету академіком А. Я. Циганенком і головним лікарем М. І. Березком. Рада була створена для координації роботи клінік, підрозділів лікарні та кафедр університету, сприяння підвищенню

якості лікувально-діагностичного процесу та інтеграції наукового й клінічного потенціалу.

У подальшому на базі лікарні та університетських кафедр сформовано низку спеціалізованих центрів: передпухлинної патології, алергології та імунології, мікрохірургії ока, очного протезування, реконструктивної ЛОР-хірургії, пластичної абдомінальної хірургії, центру «діабетична стопа», інтервенційної аритмології, флебології, дитячої та підліткової гінекології, пластичної гінекології та лікування запальних захворювань підшлункової залози. Ці центри організовані на профільних відділеннях без виділення окремого ліжкового фонду.

Реформування вторинної медичної допомоги та участь ОКЛ у трансформаційних процесах

У пілотних регіонах реформа вторинного рівня медичної допомоги була визначена другим етапом після запровадження нової моделі первинної та екстреної допомоги. У 2012–2013 роках проведено підготовчі заходи до структурної реорганізації вторинної допомоги, зокрема розроблено плани реорганізації існуючих лікарень за типами: лікарні інтенсивного лікування, лікарні планового та відновного лікування, хоспіси, спеціалізовані центри. Створено схеми майбутніх госпітальних округів та плани перспективного розвитку кожного ЗОЗ вторинного рівня.

У 2014 році передбачалося практичне створення госпітальних округів, визначення їх структури та механізмів організації спеціалізованої допомоги.

У рамках підготовки проведено аудит стану надання вторинної медичної допомоги (наказ МОЗ від 17.08.2012 № 637) та інвентаризацію обладнання (постанова КМУ від 14.09.2013 № 711; наказ МОЗ від 28.10.2013 № 918). На основі результатів самооцінювання кожним ЗОЗ вторинного рівня були сформовані перспективні плани розвитку.

На підставі критеріїв щодо чисельності населення, транспортної доступності, стану матеріально-технічної бази та щільності розселення визначено, що створення госпітальних округів має відбуватися поетапно. До

завершення цього процесу усі заклади зберігають статус центральних районних лікарень.

Заплановані структурні зміни мали забезпечити подолання наслідків надмірної децентралізації та фрагментації фінансування, що традиційно обмежували ефективність роботи вторинного рівня через існування паралельних медичних служб, підпорядкованих різним відомствам.

Усі зміни в структурі та обсягах ліжкового фонду здійснювалися з урахуванням реальних потреб населення у спеціалізованій допомозі, не порушуючи безперервності надання медичних послуг (табл. 2.11).

Таблиця 2.11

Динаміка забезпеченості населення лікарняними ліжками у 2021–2025 рр. (на 10 тис. населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік					Динаміка скорочення (%)
	2021	2022	2023	2024	2025	
Вінницька обл.	79,80	75,37	64,10	63,9	63,1	-20,9
Дніпропетровська обл.	79,00	77,73	68,80	67,4	67,2	-14,9
Харківська обл.	85,00	83,97	74,90	--	--	--
м. Київ	76,60	74,15	71,20	71,0	70,5	-7,9

Реальне, а не декларативне реформування вторинної медичної допомоги у рамках пілотного проєкту було фактично реалізовано лише в Дніпропетровській області, де концентрація фінансових ресурсів для забезпечення вторинної медичної допомоги була здійснена на обласному рівні. Саме цей механізм дозволив сформувати централізовану модель управління спеціалізованою допомогою та забезпечити її фінансову стійкість.

Проміжні результати, отримані у Харківській області, підтверджують, що об'єднання фінансових потоків для надання вторинної медичної допомоги на рівні регіону створило низку важливих системних переваг. Зокрема, забезпечено підвищення доступності спеціалізованої допомоги завдяки її регіональній екстериторіальності та розширенню можливостей

пацієнта щодо вибору медичного закладу, який найбільш адекватно відповідає його клінічному стану.

Концентрація фінансових ресурсів також дала можливість уніфікувати нормативи видатків на медикаменти та харчування у закладах вторинної медичної допомоги та збільшити їх у два рази. Ці зміни підтверджено у наукових публікаціях [6, 18, 19, 149], що свідчить про наукове визнання ефективності відповідного підходу.

Особлива увага у Харківській області приділялася формуванню раціональних маршрутів пацієнтів, особливо тих, що потребують ургентної медичної допомоги. Метою було забезпечення їх оперативного транспортування службою екстреної медичної допомоги до медичних закладів вторинного рівня, які мають достатній кадровий потенціал і належний рівень матеріально-технічного забезпечення для надання цілодобової інтенсивної допомоги. У рамках цієї діяльності розроблено та впроваджено маршрутизацію пацієнтів, насамперед для хворих із гострими хірургічними патологіями та вагітних, які потребують спеціалізованого медичного супроводу.

За один рік — з 2012 до 2013 року — впровадження маршрутів транспортування пацієнтів із гострими хірургічними захворюваннями до закладів, які повністю укомплектовані кваліфікованим персоналом і оснащені необхідним обладнанням для цілодобового надання інтенсивної допомоги, забезпечило суттєве поліпшення низки ключових показників. Зокрема, вдалося:

- зменшити кількість перетранспортувань пацієнтів у 5,3 рази;
- знизити число виїздів санітарної авіації у 2,8 рази;
- зменшити кількість оперативних втручань, виконаних санітарною авіацією, у 4,3 рази;
- знизити післяопераційну летальність:
- при гострому апендициті - з 0,038 до 0;
- при гострій кишковій непрохідності - з 4,97 до 3,88;

- при гострому панкреатиті - з 0,5 до 0,45;
- при кровотечах — з 17,2 до 4,8.

Усі наведені дані структуровано у табл. 2.12, що підтверджує достовірність і об’єктивність отриманих результатів.

Таблиця 2.12

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

2024-2025 рр.

Показники	2024	2025
Кількість виїздів санавіації		Зменшилася в 2,8 рази
Кількість операцій, виконаних санавіацією		Зменшилася в 4,3 рази
Перетранспортування хворих в інші ЗОЗ		Зменшилася в 5,3 рази
Летальність при:		
-- проривній виразці	4,1%	3,4%
-- кровотечах	17,02%	4,8%
-- кишковій непрохідності	4,97%	3,88

Об’єднання фінансових ресурсів на обласному рівні забезпечило істотне розширення гарантій та підвищення справедливості розподілу видатків при наданні спеціалізованої (вторинної) медичної допомоги. У результаті впровадження відповідного підходу видатки на медикаменти та харчування були приведені до єдиних нормативів, при цьому їхній середній обсяг було збільшено більш ніж удвічі. Фінансування одного ліжка-дня було диференційоване за профілем ліжок: у закладах охорони здоров’я на різних територіях — від 1,5 до 3 грн, у відділеннях реанімації — до 60 грн, у хірургічних відділеннях — 25 грн, у пологових — 18 грн, у терапевтичних — 5–7 грн, а у відділеннях патології новонароджених — 50 грн незалежно від територіальної належності закладу. Одночасно видатки на харчування були підвищені у всіх закладах – з 1 грн до 7 грн.

Проблеми.

Реформування вторинної медичної допомоги є надзвичайно складним і ресурсоємним завданням, яке передбачає як значні фінансові інвестиції, так і

розроблення комплексних управлінських рішень. Для ефективної реалізації відповідних змін необхідні нові методичні та нормативні документи, масштабне навчання та перенавчання медичного персоналу. За відсутності чіткої пріоритезації цих напрямів будь-яка діяльність ризикує стати фрагментарною та не призвести до очікуваних результатів.

Шляхи вирішення. На сучасному етапі реформ доцільним є відмова від традиційного наповнення поняття «госпітальний округ», яке передбачає одномоментну реорганізацію всієї мережі закладів вторинної медичної допомоги. Насамперед необхідно зосередити зусилля на закладах, що надають інтенсивну медичну допомогу, забезпечивши повну відповідність їх матеріально-технічного оснащення та кадрового потенціалу вимогам до їхніх функцій. Формування реальних лікарень інтенсивного лікування зумовить природну зміну функцій закладів інших типів і приведе до їх поступової реорганізації.

У ході дослідження нами встановлено, що основні теми науково-дослідних робіт, присвячених питанням реформування системи організації охорони здоров'я, охоплюють окремі аспекти організації первинної медико-санітарної допомоги, паліативної та екстреної медичної допомоги, впровадження нових механізмів фінансування, адаптації законодавства до європейських норм та інформатизації галузі. Водночас повністю відсутні дослідження, присвячені реформуванню вторинного рівня медичної допомоги та системи перинатальної допомоги.

Разом із тим виявлено, що значна частина наукових установ і закладів вищої освіти не подає заявки на виконання тем НДР, пов'язаних із реформою системи охорони здоров'я, оскільки основну зацікавленість вони демонструють у проведенні клінічних досліджень.

У межах роботи було проаналізовано виконання кафедрами соціальної медицини та організації охорони здоров'я ХНМУ ініціативних науково-дослідних тем. Отримані результати наведено в табл. 2.13, і вони свідчать про те, що майже всі кафедри, які спеціалізуються у сфері соціальної

медицини та організації охорони здоров'я, реалізують ініціативні дослідження, присвячені питанням організації, управління та наукового забезпечення реформування системи охорони здоров'я.

Загалом частка наукових тем, затверджених МОЗ України й присвячених реформуванню галузі, становить не більше 5% щорічно, що свідчить про недостатню зацікавленість МОЗ у комплексному науковому супроводі реформи охорони здоров'я.

Частка науково-дослідних робіт, спрямованих на наукове забезпечення реформування системи охорони здоров'я, серед усіх НДР, що виконувалися за замовленням МОЗ України, становила:

- 2022 рік: 4,2% серед первинних тем, 1,9% — серед перехідних;
- 2023 рік: 1,5% серед первинних, 3,4% — серед перехідних;
- 2024 рік: 1,8% серед первинних і 1,8% серед перехідних;
- 2025 рік: 3,4% серед первинних та 2,3% серед перехідних.

Основними темами НДР залишалися питання організації ПМСД, паліативної та екстреної допомоги, упровадження нових механізмів фінансування, адаптації українського законодавства до європейських стандартів та інформатизації медичної галузі. Більшість наукових установ та університетів, як і раніше, орієнтуються здебільшого на виконання клінічних досліджень, що обмежує можливість розгортання комплексного наукового супроводу реформ.

У підсумку результати виконання НДР є фрагментарними та не забезпечують системну, всебічну й послідовну підтримку реформування охорони здоров'я в Україні.

Таблиця 2.13

Дані про виконання кафедрами соціальної медицини та організації
охорони здоров'я АМНЗ ініціативних НДР, 2021-2025 рр

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

Таким чином, аналіз загальної кількості затверджених МОЗ України тем науково-дослідних робіт засвідчує, що частка досліджень, спрямованих на наукове забезпечення реформування системи охорони здоров'я, щорічно не перевищувала 5%. Подібна пропорція свідчить про вкрай недостатню зацікавленість центрального органу виконавчої влади у формуванні системного та довгострокового наукового підґрунтя реформ, що, у свою чергу, істотно знижує ефективність і сталість трансформацій галузі.

Питома вага НДР, орієнтованих саме на науковий супровід реформи охорони здоров'я, серед усіх досліджень, виконаних на замовлення МОЗ України, становила:

- 2022 р. – 4,2% серед первинних тем і 1,9% серед перехідних;
- 2023 р. – 1,5% серед первинних і 3,4% серед перехідних;
- 2024 р. – 1,8% серед первинних і 1,8% серед перехідних;
- 2025 р. – 3,4% серед первинних і 2,3% серед перехідних.

Як свідчить тематичний спектр НДР, більшість робіт стосувалися окремих вузьких напрямів реформування: організації первинної медико-санітарної допомоги, розвитку паліативної та екстреної допомоги, впровадження нових механізмів фінансування, адаптації українського законодавства у сфері охорони здоров'я до європейських стандартів, а також інформатизації галузі. Водночас комплексні дослідження, спрямовані на багатовимірне реформування системи організації медичної допомоги, залишалися одиничними.

Ситуацію ускладнює й те, що значна кількість наукових установ і закладів вищої освіти не ініціює подання заявок на виконання відповідних тем НДР, оскільки зосереджена передусім на клінічних дослідженнях, які мають іншу логіку фінансування, організації та впровадження результатів. Унаслідок цього результати виконаних НДР є фрагментарними та не забезпечують належної наукової підтримки реформування медичної галузі.

Аналіз невиконаних законодавчо визначених напрямків реформи охорони здоров'я у пілотних регіонах

У процесі реалізації пілотного проєкту реформування охорони здоров'я у Вінницькій, Харківській, Дніпропетровській областях і місті Києві частина законодавчо визначених заходів так і не була виконана. Узагальнення відповідних матеріалів дозволило виокремити комплекс ключових причин, що негативно вплинули на реалізацію поставлених завдань.

1. Недостатня обґрунтованість законодавчо визначених напрямів реформування

Як зміст заходів, так і строки їх реалізації були недостатньо аргументованими. Під час розроблення нормативно-правових актів справді проводився аналіз їх відповідності законодавству ЄС, однак не здійснювався повноцінний прогноз можливих наслідків, зокрема й негативних; не аналізувалися потенційні бар'єри та ризики; не визначалися реалістичні строки реалізації.

2. Низький рівень готовності ключових суб'єктів реформи

Відсутність комплексної інформаційної політики та ефективних каналів комунікації призвела до недостатньої підготовленості населення, органів місцевого самоврядування та закладів охорони здоров'я до практичного впровадження змін.

3. Обмежене залучення наукового потенціалу

Науковці практично не були залучені до розроблення підзаконних актів, що унеможливило створення повноцінного експертного супроводу та зниження ризиків неефективних управлінських рішень.

4. Відсутність персональної відповідальності за невиконання законів

Відсутність дієвих механізмів відповідальності посадових осіб за невиконання положень законодавства призвела до низького рівня виконавчої дисципліни на всіх етапах реформи.

5. Законодавчі обмеження, що фактично призупинили реалізацію реформи

Прийняття 23.02.2014 р. Закону України № 772-VII «Про введення мораторію на ліквідацію та реорганізацію закладів охорони здоров'я» практично заблокувало продовження структурних змін у пілотних регіонах і зупинило заплановані заходи реформи.

Висновки до 2 розділу

Основними стратегічними напрямками реформи системи охорони здоров'я було визначено впровадження сучасних механізмів фінансування галузі та структурну перебудову організаційної моделі, що передбачала пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах загальної лікарської практики – сімейної медицини (ЗЛП-СМ), а також формування госпітальних округів із подальшим створенням лікарень інтенсивного лікування.

У пілотних регіонах упродовж періоду експериментального впровадження реформи було здійснено концентрацію бюджетних коштів для забезпечення ПМСД на районному рівні, а також проведено юридичне розмежування первинної та вторинної медичної допомоги. Водночас у Дніпропетровській області реалізовано інтеграцію ресурсів, призначених для надання вторинної (ВМД), третинної (ТМД) та екстреної медичної допомоги (ЕМД), на рівні області, що стало унікальною практикою серед пілотних адміністративно-територіальних одиниць.

У рамках реформування фінансової складової було застосовано елементи програмно-цільового методу бюджетування на рівні місцевих бюджетів у частині видатків на охорону здоров'я. Це дало можливість збільшити рівень фінансування ПМСД та ЕМД, забезпечивши більш раціональний розподіл ресурсів відповідно до функціонального призначення видів допомоги. На первинному рівні також було впроваджено економічні

мотиваційні інструменти, спрямовані на стимулювання ЛЗП-СЛ до ефективної, орієнтованої насамперед на профілактику, діяльності.

Паралельно здійснювалися заходи із запровадження фінансування закладів охорони здоров'я за скороченою економічною класифікацією видатків, а також введення механізмів фінансового забезпечення ЗОЗ за видами медичної допомоги на основі договорів про медичне обслуговування населення.

Що стосується пріоритетного розвитку ПМСД, то в усіх пілотних регіонах були створені Центри ПМСД, проведено масштабну роботу з формування та укомплектування штатних посад лікарів загальної практики – сімейних лікарів (ЛЗП-СЛ), а також з оснащення амбулаторій необхідним медичним обладнанням і автотранспортом. Слід зазначити, що показники укомплектованості та матеріально-технічного забезпечення в різних регіонах істотно відрізнялися, що відображає нерівномірність темпів реформування.

Пілотне опрацювання реформування вторинної медичної допомоги відповідно до законодавчо визначених підходів було повноцінно реалізоване лише в Дніпропетровській області, що обумовило низку позитивних результатів, зокрема підвищення рівня доступності, якості та результативності спеціалізованої допомоги.

Разом з тим, упродовж законодавчо визначеного терміну апробації реформи значну частину її заходів реалізувати не вдалося. Комплекс причин, що зумовив таку ситуацію, є багатфакторним.

По-перше, зафіксовано недостатній рівень обґрунтованості законодавчо встановлених напрямків реформування охорони здоров'я як щодо змісту конкретних заходів, так і щодо строків їх реалізації. Хоча під час підготовки нормативних актів здійснювався аналіз їх відповідності законодавству ЄС, проте практично не проводилося оцінювання можливих негативних наслідків їх упровадження, не враховувалися потенційні бар'єри, управлінські ризики та не здійснювалося реалістичне прогнозування необхідних часових ресурсів.

По-друге, відзначено недостатній рівень підготовленості ключових суб'єктів реформи – населення, органів місцевої та регіональної влади, а також самих закладів охорони здоров'я. Відсутність розгорнутої інформаційної стратегії та ефективної системи комунікацій у галузі спричинила нерозуміння цілей і механізмів реформи серед її основних учасників.

По-третє, виявлено низький рівень залучення науковців і профільних експертів до процесу розроблення підзаконних актів. Це обмежило можливість забезпечити наукову валідність реформаторських рішень та унеможливило створення якісного аналітичного підґрунтя для їх реалізації.

У сукупності ці фактори зумовили обмеженість результатів пілотного впровадження реформ, а також підкреслили необхідність більш детального, науково обґрунтованого та комунікаційно забезпеченого підходу до подальшого розвитку системи охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНІЗАЦІЙНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ МОДЕЛІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ (НА ПРИКЛАДІ КНП ХОР «ОКЛ»)

3.1. Теоретичні основи розробки організаційно-функціональної моделі забезпечення реформи охорони здоров'я в Україні

Характеристика засобів наукової комунікації з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні

Враховуючи, що у сфері охорони здоров'я одним із ключових інструментів наукової комунікації є проведення спеціалізованих наукових форумів з широким залученням фахівців — як науковців, так і практиків-організаторів охорони здоров'я, нами було здійснено цілеспрямоване вивчення комунікаційних механізмів за спеціальністю «Соціальна медицина» в контексті їх здатності забезпечувати інформаційну та методологічну підтримку процесів реформування системи охорони здоров'я України.

Організацію обліку та координації наукових заходів на національному рівні забезпечує ДУ «Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України», який щорічно, на підставі поданих заявок, формує офіційний Реєстр наукових форумів. За своєю функцією цей Реєстр має бути загальнодоступним для науковців, управлінців та керівників закладів охорони здоров'я всіх рівнів медичної допомоги, оскільки саме він створює нормативно визначені умови для участі у відповідних заходах та сприяє інтеграції наукових даних у процеси практичного управління.

Результати аналізу наукових форумів, що проводилися в Україні у 2021–2025 рр. з питань організації охорони здоров'я (табл. 3.1), свідчать, що за досліджуваний період було організовано 19 наукових форумів, проте лише

два з них були безпосередньо присвячені реформуванню системи охорони здоров'я. Це демонструє недостатній рівень комунікаційної підтримки реформи та фрагментарність інформування професійної спільноти щодо ключових змін у системі охорони здоров'я.

Особливе місце серед таких заходів посідає V З'їзд спеціалістів із соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я, проведений у 2012 році. Цей форум, підготовлений ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», Житомирським інститутом медсестринства, Українською асоціацією організаторів охорони здоров'я та головним управлінням охорони здоров'я Житомирської обласної державної адміністрації, став одним із найбільш представницьких наукових заходів: у ньому взяли участь понад 350 організаторів охорони здоров'я та науковців з усіх регіонів країни.

Однак подальший аналіз засвідчив низьку ефективність поширення результатів цього заходу:

- понад 60% опитаних головних лікарів закладів різних рівнів надання допомоги не були поінформовані про факт його проведення;
- понад 85% респондентів не мали жодних відомостей щодо питань, що обговорювалися на форумі, та його резолюції.

Це свідчить про суттєві розриви у каналах професійної комунікації в галузі охорони здоров'я, що ускладнює трансляцію науково обґрунтованих пропозицій та управлінських рішень.

Таблиця 3.1

Наукові форуми з соціальної медицини та організації охорони здоров'я за спеціальністю «соціальна медицина», 2020-2025 рр

Роки	З'їзди		Конгреси, симпозиуми		НПК	
	Всього по організації охорони здоров'я	З питань проведення реформи охорони здоров'я	Всього по організації охорони здоров'я	З питань проведення реформи охорони здоров'я	Всього по організації охорони здоров'я	З питань проведення реформи охорони здоров'я
2020	-	-	-	-	9	-
2021	-	-	-	-	4	-
2022	1	1	1	-	4	1
2023						
2024	1	1	1	-	4	1
2025						

Наступним етапом нашого дослідження стало аналізування кількості та структури галузевих нововведень, зареєстрованих в системі охорони здоров'я України у 2021–2025 рр. Отримані результати систематизовано та подано в табл. 3.2, що дозволяє охарактеризувати рівень інноваційної активності, спрямованої на реформування галузі, та оцінити, наскільки ці нововведення підтримували реалізацію ключових реформаторських рішень.

Таблиця 3.2

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

Рік	Всього	Охорона здоров'я		Реформа охорони здоров'я	
		абс	%	абс	%
2021	32	25	78,2	7	21,8
2022	18	13	72,3	5	27,7
2023	20	15	75,0	5	25,0
2024	42	32	76,2	10	23,8
2025	47	34	72,4	13	27,6
Всього	159	119	74,8	40	25,2

Аналіз даних, наведених у табл. 3.2, свідчить, що щороку за спеціальністю «Організація та управління охороною здоров'я» затверджується від 18 (2022 р.) до 47 (2025 р.) галузевих нововведень. Однак

частка нововведень, що безпосередньо стосуються реформи охорони здоров'я, залишається недостатньою: вона коливається від 21,8% у 2021 р. до 27,7% у 2022 р., що, враховуючи інтенсивність та масштабність реформаторських процесів у зазначений період, не відповідає реальним потребам системи охорони здоров'я. Така частка є явно обмеженою й не створює належного науково-методичного підґрунтя для супроводу реформ.

Додатковий аналіз структури галузевих нововведень за 2025 рік вказує, що частка нововведень за спеціальністю «Організація та управління охороною здоров'я» становила лише 5,4% від їх загальної кількості, тоді як частка нововведень, безпосередньо присвячених реформуванню системи охорони здоров'я, була ще нижчою — 1,5%. Загалом у 2025 році МОЗ України та НАМН України було зареєстровано та затверджено 877 галузевих нововведень, що ще виразніше підкреслює незначну увагу до управлінських аспектів та реформаторської проблематики.

У подальшому дослідженні було розглянуто питання забезпеченості системи охорони здоров'я інформаційними листами, що супроводжують галузеві нововведення за 2021–2025 рр. Отримані результати систематизовано в табл. 3.3, що дозволяє оцінити рівень інформаційної підтримки нововведень і доступності їх практичного впровадження на місцях.

Таблиця 3.3

Інформаційні листи в сфері охорони здоров'я України зі спеціальності «Соціальна медицина» за даними «Укрмедпатентінформ», 2021-2025 рр.

Рік	Всього	Охорона здоров'я		Реформа охорони здоров'я	
		абс	%	абс	%
2021	10	8	80,0	2	20,0
2022	10	7	70,0	3	30,0
2023	12	10	83,4	2	16,6
2024	10	8	80,0	2	20
2025	4	4	100,0	-	-
Всього	46	37	81,2	9	18,8

Відповідно до наведених в табл.3.3 даних за роки дослідження За досліджуваний період «Укрмедпатентінформ» підготував і розповсюдив у системі охорони здоров'я України 46 інформаційних листів, присвячених галузевим нововведенням за спеціальністю «соціальна медицина». Аналіз їх змістовного наповнення засвідчує, що 37 листів (81,2%) стосувалися загальних питань організації та управління охороною здоров'я, тоді як лише 9 листів (18,8%) були безпосередньо орієнтовані на проблематику реформування системи охорони здоров'я України. Це означає, що навіть у період активного реформування галузі один із найбільш доступних, оперативних та економічно малозатратних інструментів наукової комунікації був задіяний украй обмежено — в середньому лише по два інформаційні листи на рік.

На наступному етапі аналізу було досліджено питання забезпечення системи охорони здоров'я методичними рекомендаціями, що стосуються організації та управління охороною здоров'я, а також реформування галузі. Вивчення охоплювало методичні документи, які пройшли рецензування та були офіційно затверджені МОЗ України з подальшою реєстрацією у «Укрмедпатентінформі». Узагальнені дані щодо кількості таких методичних рекомендацій подано в табл. 3.4. Відповідно до встановленої процедури, зазначені рекомендації надсилалися виконавцям згідно з офіційним реєстром, що мало забезпечувати їх практичне впровадження у діяльність медичних закладів та органів управління охороною здоров'я.

Таблиця 3.4

Методичні рекомендації в системі охорони здоров'я України за даними,

«Укрпатентінформ», 2021-2025 рр

Рік	Всього	Охорона здоров'я		Реформа охорони здоров'я	
2021	3	3	100	-	-
2022	8	6	75,0	2	25,0
2023	17	13	76,4	4	23,6
2024	12	10	83,4	2	16,6
2025	8	6	75,0	2	25,0
Всього	48	38	79,2	10	20,8

Аналіз інформації, наведеної в табл. 3.4, свідчить про те, що протягом досліджуваного періоду в «Укрпатентінформ» була зареєстрована достовірно варіабельна кількість методичних рекомендацій з питань організації та управління охороною здоров'я: від трьох документів у 2011 році до сімнадцяти у 2013 році. Частка методичних рекомендацій, присвячених безпосередньо реформуванню системи охорони здоров'я, у структурі щорічного реєстру коливалася в межах від 16,6% до 25,0%, що загалом вказує на нерівномірність уваги до даного напрямку навіть у період активних реформаторських процесів.

Усього за аналізований проміжок часу в «Укрпатентінформ» було зареєстровано 48 методичних рекомендацій з проблематики організації та управління охороною здоров'я, із яких 10 документів (20,8%) присвячено актуальним питанням реформи системи охорони здоров'я. Отримані результати підтверджують, що лише п'ята частина методичних розробок була спрямована на підтримку реформування галузі, що істотно обмежувало можливості методичного супроводу трансформаційних процесів.

Під час дослідження встановлено також важливий аспект інформаційного забезпечення реформи: частина методичних рекомендацій, що стосувалися організаційних та змістовних компонентів реформування системи охорони здоров'я — у тому числі підготовлених робочими групами МОЗ України та ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» — не була зареєстрована у «Укрпатентінформі». Поширення таких рекомендацій здійснювалося через офіційні листи МОЗ України, а не через централізований реєстраційний механізм. Узагальнені результати щодо цієї категорії документів наведено у табл. 3.5.

Таблиця 3.5

Методичні рекомендації в системі охорони здоров'я України за даними МОЗ України та ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», 2021-2025 рр

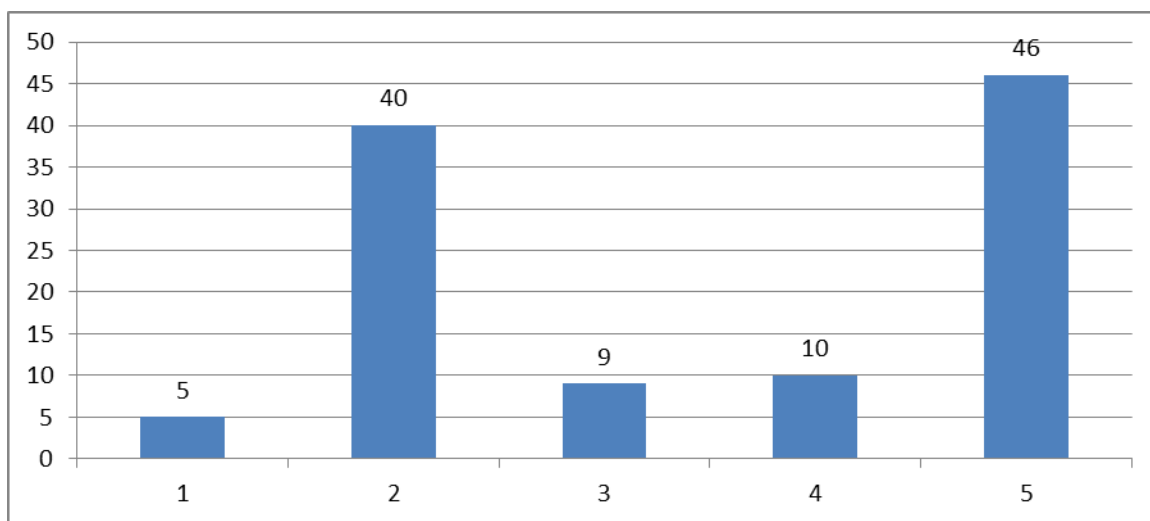
Рік	Охорона здоров'я	Реформа охорони здоров'я	
		абс	%
2021	7	3	42,8
2022	19	15	78,9
2023	26	21	80,7
2024	9	6	66,7
2025	7	1	14,3
Всього	68	46	67,6

Аналіз інформації, наведеної в табл. 3.5, свідчить, що протягом досліджуваного періоду МОЗ України та ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» підготували та поширили 68 методичних рекомендацій з питань організації та управління охороною здоров'я без їх реєстрації в «Укрпатентінформі». Така практика свідчить про наявність паралельного каналу методичного забезпечення галузі, що функціонував поза встановленою системою офіційної реєстрації нововведень.

Із загальної кількості виданих документів 46 методичних рекомендацій (67,6%) були присвячені питанням методичного забезпечення реформи охорони здоров'я. Це підтверджує, що значна частка розробок спрямовувалася саме на потреби підтримки реформаторських процесів.

Особливої уваги заслуговує той факт, що 29 методичних рекомендацій (63,0% від кількості документів, присвячених реформі) стосувалися методичного супроводу розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики – сімейної медицини. Така концентрація зусиль відображає стратегічний пріоритет державної політики, орієнтованої на розбудову первинної ланки як фундаменту трансформації системи охорони здоров'я.

Узагальнені характеристики засобів наукової комунікації, що забезпечували інформаційно-аналітичну підтримку реформування галузі охорони здоров'я, подано на рис. 3.1.



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

Рис.3.1. Узагальнені дані про наявність засобів засоби наукової комунікації реформи охорони здоров'я, 2011-2015 рр (абсолютна кількість)

Рівень ознайомлення організаторів охорони здоров'я з науковими розробками з питань реформування системи охорони здоров'я

На основі результатів проведеного соціологічного дослідження серед організаторів охорони здоров'я встановлено, що всі начальники управлінь охорони здоров'я та головні лікарі закладів охорони здоров'я третинного рівня мають доступ до мережі Інтернет на робочому місці. У той же час серед керівників лікарень вторинного рівня доступ до Інтернету забезпечено $71,1 \pm 2,2\%$ респондентів, а серед керівників закладів первинного рівня цей показник становить лише $55,1 \pm 2,5\%$. Встановлено також, що $7,3 \pm 1,4\%$ опитаних не мають жодної можливості доступу до мережі Інтернет на робочому місці, що свідчить про наявність інфраструктурних обмежень, здатних негативно впливати на комунікаційну спроможність системи.

Наступним етапом дослідження було вивчення доступності організаторів охорони здоров'я до різних засобів наукової комунікації, які забезпечують їхню поінформованість у сфері реформування охорони здоров'я та наукових новацій. Узагальнені результати цього аналізу наведено в табл. 3.6.

Таблиця 3.6

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

Засіб наукової комунікації	Начальники управлінь охорони здоров'я		Головні лікарі лікарень відповідного рівня					
			Третинного		Вторинного		Первинного	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Реєстр галузевих нововведень	109	80,7±2,0	137	72,5±2,2	79	14,6±1,8	3	1,1±0,5
Інформаційні листи про галузеві нововведення	87	64,4±2,4	51	26,9±2,2	54	10,0±1,5	-	-
Реєстр з'їздів, конгресів, конференцій	118	87,4±1,7	129	68,2±2,3	102	18,9±2,0	12	4,4±1,0
Науково-практичних та практичних журналів								
Україна. Здоров'я нації	58	42,9±2,5	49	25,9±2,2	53	9,8±1,5	9	3,3±0,9
Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.	24	17,8±1,9	15	7,9±1,3	9	1,7±0,7	-	-
Східноєвропейський журнал громадського здоров'я	17	12,6±1,7	13	6,8±1,3	5	0,9±0,4	-	-
Управління закладом охорони здоров'я	83	61,5±2,4	112	59,3±2,5	358	66,3±2,4	176	65,2±2,4
Практика управління закладом охорони здоров'я	79	58,6±2,5	98	51,8±2,5	373	69,1±2,4	197	72,9±2,2
Главный врач	37	27,4±2,2	27	14,3±1,7	47	8,7±1,4	-	-
Журнали інших країн	32	23,7±2,1	14	7,4±1,3	12	2,2±0,7	-	-
Дисертаційні роботи, автореферати								
Докторські	14	10,4±1,5	5	2,6±0,8	7	1,3±0,6	-	-
Кандидатські	27	20,0±2,0	9	4,8±1,1	7	1,3±0,6	-	-

Методичні рекомендації, що видані								
МОЗ України	96	71,1±2,3	68	35,9±2,4	239	44,3±2,5	37	13,7±1,7
Українським інститутом стратегічних досліджень	72	53,3±2,5	43	22,7±2,1	197	36,9±2,4	15	5,6±1,1
Науковим закладом регіонального рівня	46	34,0±2,4	72	38,0±2,4	162	30,0±2,3	9	3,3±0,9

Згідно з отриманими результатами, наведеними в табл. 3.6, встановлено достовірні відмінності у рівні доступності засобів наукової комунікації серед організаторів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги. Найвищий рівень доступу характерний для керівників управлінь охорони здоров'я, тоді як найнижчий — для керівників закладів первинної ланки медичної допомоги. Доведено також, що найменш доступним засобом наукової комунікації для всіх груп опитаних є дисертаційні роботи та їх автореферати, що свідчить про суттєві бар'єри у доступі до результатів поглиблених наукових досліджень.

У подальшому було проаналізовано рівень доступності засобів наукової комунікації для науково-педагогічних працівників кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров'я ЗВО III–IV рівнів акредитації, а також для наукових співробітників науково-дослідних установ. Відповідні результати наведено в табл. 3.7.

Аналіз поданих у табл. 3.7 даних засвідчує достатньо низький рівень доступності засобів наукової комунікації навіть серед тих груп, які за своєю професійною діяльністю мають бути максимально інтегрованими у наукове середовище. Зокрема, доступність спеціалізованих науково-практичних журналів, що публікують результати досліджень з організації та управління охороною здоров'я, коливається в широких межах:

- серед наукових співробітників НДУ — 62,5±2,4% – 16,7±1,9%,
- серед професорів ЗВО — 100,0% – 60,0%,
- серед доцентів — 81,5±1,9% – 37,5±2,4%,
- серед асистентів — 13,6±1,7% – 31,8±2,3%.

Подібна ситуація пояснюється тим, що ані НДУ, ані заклади вищої медичної освіти, ані обласні медичні бібліотеки не здійснюють інституційної передплати на ці наукові видання. Ознайомлення відбувається переважно завдяки індивідуальним контактам між науковцями, коли журнали передаються колегам, передусім у процесі підготовки дисертацій. Респонденти також наголошують, що особиста передплата наукових журналів є фінансово обтяжливою, що створює додаткові бар'єри для доступу до наукової інформації.

Крім того, встановлено, що рівень ознайомлення з методичними рекомендаціями, виданими ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», є суттєво вищим, ніж із тими, що видаються безпосередньо МОЗ України:

50,0±2,5% проти 20,8±2,0%, що становить різницю у 2,4 рази ($p \leq 0,05$).

Такий дисбаланс пояснюється тим, що інститут формує цільову розсилку своєї наукової продукції безпосередньо на кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я закладів вищої медичної освіти, а також — до вибраних НДУ, що забезпечує кращу доступність цієї інформації серед відповідних фахівців.

Таблиця 3.7

Доступність для викладачів кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров'я закладів вищої медичної освіти та наукових працівників НДУ засобів наукової комунікації (%)

Засіб наукової комунікації	Наукові працівники НДУ		Займана посада					
			Професор		Доцент		Асистент	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Реєстр галузевих нововведень	11	45,8±2,5	2	40,0±2,5	4	25,0±2,2	7	31,8±2,3
Інформаційні листи про галузеві нововведення	9	37,5±2,4	4	80,0±2,0	6	37,5±2,4	4	18,2±1,9
Реєстр з'їздів, конгресів,	9	37,5±2,4	4	80,0±2,0	11	68,8±2,3	9	40,9±2,5

конференцій								
Науково-практичних та практичних журналів								
Україна. Здоров'я нації	15	62,5±2,4	5	100,0	13	81,5±2,0	7	31,8±2,3
Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.	6	25,0±2,2	3	60,0±2,4	8	50,0±2,5	3	13,6±1,7
Східноєвропейський журнал громадського здоров'я	4	16,7±1,8	3	60,0±2,4	6	37,5±2,4	3	13,6±1,7
Управління закладом охорони здоров'я	2	8,3±1,4	-	-	2	12,5±1,7	5	22,7±2,1
Практика управління закладом охорони здоров'я	-	-	-	-	1	6,3±1,2	3	13,6±1,7
Главный врач	-	-	1	20,0±2,0	2	12,5±1,7	4	18,2±1,9
Журнали інших країн	11	45,8±2,5	4	80,0±2,0	7	43,8±2,5	13	59,1±2,5
Дисертаційні роботи, автореферати								
Докторські	8	33,3±2,4	4	80,0±2,0	6	37,5±2,4	8	36,4±2,4
Кандидатські	10	41,7±2,5	4	80,0±2,0	7	43,8±2,5	8	36,4±2,4
Методичні рекомендації, що видані								
МОЗ України	5	20,8±2,1	2	40,0±2,5	4	25,0±2,2	4	18,2±2,0
Українським інститутом стратегічних досліджень	12	50,0±2,5	4	80,0±2,0	5	100,0	5	22,7±2,1

Базуючись на отриманих результатах, нами було продовжено аналіз у напрямку вивчення потреби організаторів охорони здоров'я в отриманні наукової інформації, що стосується актуальних питань організації системи медичної допомоги та реформування галузі в Україні. Дані соціологічного дослідження свідчать, що переважна більшість опитаних — 86,9±1,7% — висловили бажання отримувати спеціалізований реферативний журнал, у якому були б представлені реферати наукових публікацій та доступ до першоджерел наукової інформації.

Таким чином, можна стверджувати про наявність сформованого запиту серед керівників системи охорони здоров'я на систематизовані, аналітично опрацьовані та регулярні інформаційні матеріали, які дозволяли б оперативно

ознайомлюватися з новими науковими даними, технологіями та рекомендаціями щодо розвитку галузі.

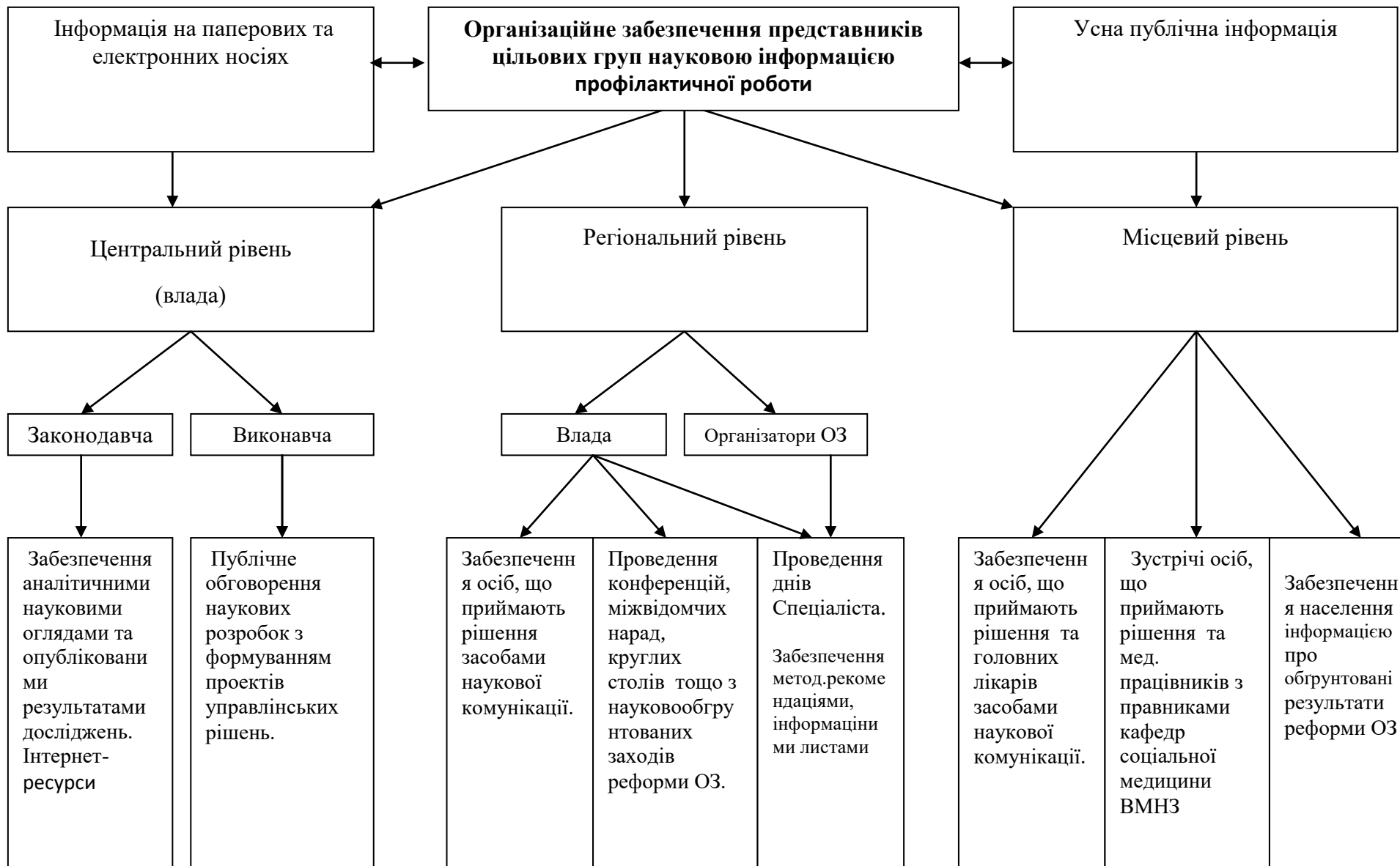
У табл. 3.8 наведено узагальнену оцінку структурних розділів такого видання, сформовану відповідно до побажань опитаних організаторів охорони здоров'я, що дозволяє визначити пріоритетні напрями наповнення майбутнього спеціалізованого реферативного журналу.

Таблиця 3.8

Позитивна оцінка організаторами охорони здоров'я розділів спеціалізованого реферативного журналу

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

За даними табл. 3.8 встановлено, що найвищий інтерес організаторів охорони здоров'я спрямований на джерела наукової інформації з України та країн СНД. Значною мірою респонденти також зацікавлені у використанні європейських засобів наукової комунікації. Водночас, найнижчий рівень зацікавленості зафіксовано щодо джерел Америки, що може бути зумовлено мовними бар'єрами, відмінностями у контексті реформ та меншою репрезентативністю американських розробок у вітчизняному інформаційному просторі.



Модель форм та методів наукової комунікації з реформування охорони здоров'я

Отримані результати соціологічного дослідження стали підґрунтям для обґрунтування пропозицій до МОЗ України щодо заснування спеціалізованого реферативного медичного журналу за спеціальністю «соціальна медицина». Передбачено, що такий журнал має випускатися як у друкованій, так і в електронній формах, забезпечуючи безперешкодний доступ керівникам органів управління охороною здоров'я всіх рівнів. Зміст журналу має включати реферати та посилання на такі ключові джерела інформації:

- документи, аналітичні доповіді та публікації ВООЗ;
- провідні монографії вітчизняних, європейських країн та країн СНД;
- статті фахівців із соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я України та країн СНД;
- методичні рекомендації щодо організації охорони здоров'я;
- дисертаційні роботи за спеціальністю «Соціальна медицина», захищені в Україні та державах СНД.

Основними функціями в межах запропонованої моделі наукових комунікацій є, по-перше, адвокація серед осіб, що приймають рішення на всіх рівнях управління, щодо найкращих організаційних практик, передового світового досвіду та вітчизняних наукових розробок, які стосуються оптимізації функціонування системи охорони здоров'я. По-друге, важливим завданням є ознайомлення управлінців і організаторів охорони здоров'я з кращими національними практиками організації медичної допомоги та їх результативністю. По-третє, значну роль відіграє залучення управлінців та організаторів охорони здоров'я до публічного обговорення результатів наукових досліджень, що створює можливість формувати на їх основі підготовлені, науково обґрунтовані управлінські рішення. Далі, серед ключових функцій моделі — забезпечення ухвалення управлінських рішень, пов'язаних із реформуванням системи охорони здоров'я, на підставі достовірних і доказових результатів досліджень. Нарешті, вагомим напрямом

є інформування працівників засобів масової інформації про теоретично та науково обґрунтовані підходи щодо проведення реформи охорони здоров'я, її потенційні ризики та можливі шляхи їх мінімізації.

Рівні наукової комунікації

Рівень наукової комунікативної діяльності визначається поставленими завданнями. У структурі цієї діяльності виокремлюються центральний, галузевий, регіональний та місцевий рівні, а також індивідуальний та колективний рівні комунікативного впливу. Такий підхід дозволяє забезпечити адресність інформаційного впливу відповідно до управлінської ієрархії та структури прийняття рішень у сфері охорони здоров'я.

Суб'єкти наукового комунікативного впливу

Суб'єкт впливу формується відповідно до рівня управління. Національним головним суб'єктом наукових комунікацій виступає Міністерство охорони здоров'я України, яке має реалізовувати відповідну діяльність переважно через ДУ «Укрпатентінформ» та ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». На регіональному рівні функції суб'єктів комунікативного впливу мають виконувати співробітники кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров'я закладів медичної освіти IV рівня акредитації.

Об'єкти комунікативного впливу

Основними об'єктами наукового комунікативного впливу є особи, що ухвалюють рішення у сфері охорони здоров'я на всіх рівнях управління, а також організатори охорони здоров'я та медичні працівники. Особливу групу об'єктів становлять журналісти та медіапрацівники, які висвітлюють проблематику охорони здоров'я. У міжсекторальному розрізі до об'єктів впливу належать представники органів місцевого самоврядування, керівники провідних громадських організацій та професійні лікарські асоціації.

Форми реалізації комунікаційної діяльності

Управлінські форми реалізації комунікацій полягають у ухваленні науково обґрунтованих управлінських рішень щодо реформування системи

охорони здоров'я. Організаційними формами вважають забезпечення доступу цільових груп до засобів наукової комунікації — науково-практичних журналів, реєстрів, результатів виконання НДР, інформаційно-аналітичних матеріалів, а також поширення цих матеріалів через засоби масової інформації, створення спеціалізованих узагальнюючих веб-ресурсів.

Особливо важливим інструментом доступності є випуск спеціального реферативного журналу з соціальної медицини та регулярна підготовка аналітичних оглядів. Додатковими формами є проведення регулярних наукових семінарів, конференцій, круглих столів на галузевому та регіональному рівнях.

Ресурсне забезпечення

Для реалізації визначених функцій необхідні ресурси:

- достатнє кадрове забезпечення;
- наявність наукових інформаційних матеріалів з урахуванням потреб різних цільових груп;
- організація доступу до цих матеріалів і можливостей отримання консультаційної допомоги.

Інструменти комунікативного впливу

Інструменти впливу обираються відповідно до рівня та суб'єкта впливу, а також форм реалізації завдань. Основним інструментом виступає адвокація доказових управлінських рішень, заснованих на результатах наукових досліджень. У вирішенні практичних завдань реформування особливого значення набуває інформування організаторів охорони здоров'я та медичних працівників, які належать до найбільш консервативних груп щодо реформ.

Моніторинг і оцінка ефективності

Моніторинг запропонованої моделі здійснюється через систему індикаторів структури, процесу та результативності.

Індикатори структури:

1. Наявність і доступність науково обґрунтованих інформаційних матеріалів.
2. Охоплення максимальної частки представників цільових груп.
3. Регулярність проведення масових наукових заходів на різних управлінських рівнях.

Індикатори процесу:

1. Частка управлінських рішень, що ухвалюються на підставі науково обґрунтованих даних.

Індикатори результату:

1. Коригування — а не перегляд — заходів реформування.
2. Зменшення ризиків при впровадженні реформ.
3. Підвищення рівня задоволеності населення та медичного персоналу ходом реформ.

Запровадження зазначених інновацій дозволить забезпечити всі цільові групи комплексною, науково обґрунтованою інформацією з питань реформування охорони здоров'я.

Теоретичні засади розроблення функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров'я в Україні

Необхідність розроблення відповідної моделі ґрунтується на тому, що протягом усіх років незалежності України реформи системи охорони здоров'я здійснювалися за умов:

- відсутності чітко визначених цілей;
- браку комплексності реформаторських заходів, що зумовлювало їх фрагментарність;
- регулярного перегляду стратегічних напрямків;
- відсутності політики, яка б забезпечувала виконання ухвалених рішень;
- нехтування доказовими та апробованими підходами;
- істотного впливу лобістських груп на зміст реформ;
- повільних темпів впровадження заходів;

- непослідовності та суперечливості управлінських рішень.

Відсутність цілісного науково обґрунтованого підходу призводила до того, що результати реформ — позитивні, негативні, а також наявні ризики — аналізувалися частково й практично не враховувалися при ухваленні подальших рішень. Це свідчить про відсутність наступності реформ, що в умовах частих змін керівництва галузі негативно впливає на її функціонування.

Ураховуючи рекомендації ВООЗ [117–122] щодо необхідності наукового забезпечення реформування систем охорони здоров'я, необхідним є обґрунтування функціонально-організаційної моделі наукового супроводу реформи.

Науковий супровід реформи має забезпечувати:

- визначення стратегії та її методичного забезпечення загалом і за окремими напрямками;
- оцінку дієвості та результативності запропонованої моделі з подальшим коригуванням;
- поширення апробованих підходів на всю територію країни з постійним моніторингом;
- інформування управлінців, медичної спільноти та населення щодо сутності реформ;
- залучення професійних асоціацій і дорадчих структур до вироблення управлінських рішень;
- підготовку фахівців з організації охорони здоров'я відповідно до сучасних вимог менеджменту

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

Рис.3.3. Модель методичних підходів до наукової комунікації з реформування охорони здоров'я

3.2. Організаційно-функціональна модель забезпечення реформи охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні (на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»)

Наукове забезпечення проведення реформи охорони здоров'я є багатокомпонентним і складним процесом, який включає низку взаємопов'язаних елементів. До ключових складових цього процесу належать:

- формування замовлення на виконання науково-дослідних робіт (НДР), що передбачає визначення кола необхідних дослідницьких тем, формулювання чітких завдань, обґрунтоване визначення оптимального виконавця та встановлення реалістичних термінів виконання;
- затвердження тематики НДР для конкретної наукової установи або закладу вищої медичної освіти, а також розгляд можливості комплексування процесу їх виконання;
- забезпечення належного фінансування НДР із покриттям усіх етапів дослідницького циклу;
- визначення наукових баз для проведення досліджень, установлення джерел отримання первинного матеріалу та вибір адекватних методів статистичної обробки;
- залучення професійних лікарських асоціацій, недержавних організацій, що опікуються питаннями організації охорони здоров'я, а також осіб, які приймають управлінські рішення на різних рівнях, до участі у процесі дослідження;
- організація широкого фахового та громадського обговорення результатів НДР;
- розроблення науково обґрунтованих варіантів вирішення поставлених завдань;
- регулярне надання МОЗ України поточних звітів щодо перебігу виконання досліджень та представлення проміжних результатів;

- професійна презентація отриманих наукових результатів для їх експертизи, апробації та подальшого використання;
- передання замовнику узагальнених висновків і рекомендацій як основи для прийняття управлінських рішень.

На підставі наведених підходів була розроблена комплексна функціонально-організаційна модель наукового забезпечення реформи охорони здоров'я на центральному рівні, що представлена на рис. 1.

Стратегічним напрямом цієї моделі виступає створення наукового підґрунтя для прийняття управлінських рішень на всіх рівнях державного управління, які стосуються реформування системи медичної допомоги населенню України.

Тактичний напрям моделі полягає у вдосконаленні процесу планування НДР, максимальному залученні до їх виконання науковців та організаторів охорони здоров'я, а також проведенні комплексного фахового та правового обговорення отриманих результатів.

Прийняття рішення про здійснення комплексної реформи системи охорони здоров'я, орієнтованої на забезпечення населення якісною та доступною медичною допомогою відповідно до реальних потреб населення і з підвищенням ефективності використання ресурсів, відбулося на рівні Президента України та було закріплене у законодавчих і підзаконних актах. Центральним виконавцем цих рішень виступає Міністерство охорони здоров'я України, яке реалізує державну стратегію оптимізації системи медичної допомоги та забезпечує підвищення ефективності її функціонування на всіх рівнях.

Міжнародний досвід свідчить, що реформи в охороні здоров'я були найуспішнішими в тих країнах, де вони мали чітке наукове обґрунтування та супроводжувалися системним науковим супроводом. Крім наукової обґрунтованості нормативно-правових актів, необхідною умовою ефективного реформування є проведення правової експертизи проектів

документів, яка дозволяє оцінити потенційні негативні наслідки їх ухвалення для держави, населення, системи охорони здоров'я та медичних працівників.

Існуюча організаційно-функціональна модель наукового забезпечення реформи охорони здоров'я на центральному рівні (рис. 3.4) передбачає ухвалення Міністерством охорони здоров'я України відповідних нормативно-правових актів, а також прийняття законодавчих рішень центральними органами влади на основі належного наукового підтвердження. Для цього МОЗ України здійснює формування замовлення на виконання відповідних НДР, у межах якого встановлюються ключові напрямки досліджень.

Визначення пріоритетних дослідницьких напрямів здійснюється МОЗ України у взаємодії з Національною академією медичних наук України (у частині спільних досліджень), а також із відомчими системами охорони здоров'я — у межах спільної діяльності щодо реформування медичної допомоги. На наступному етапі МОЗ України залучає проблемну комісію МОЗ та НАМН України зі спеціальності «Соціальна медицина», яка здійснює науково-експертний супровід формування та реалізації замовлення.

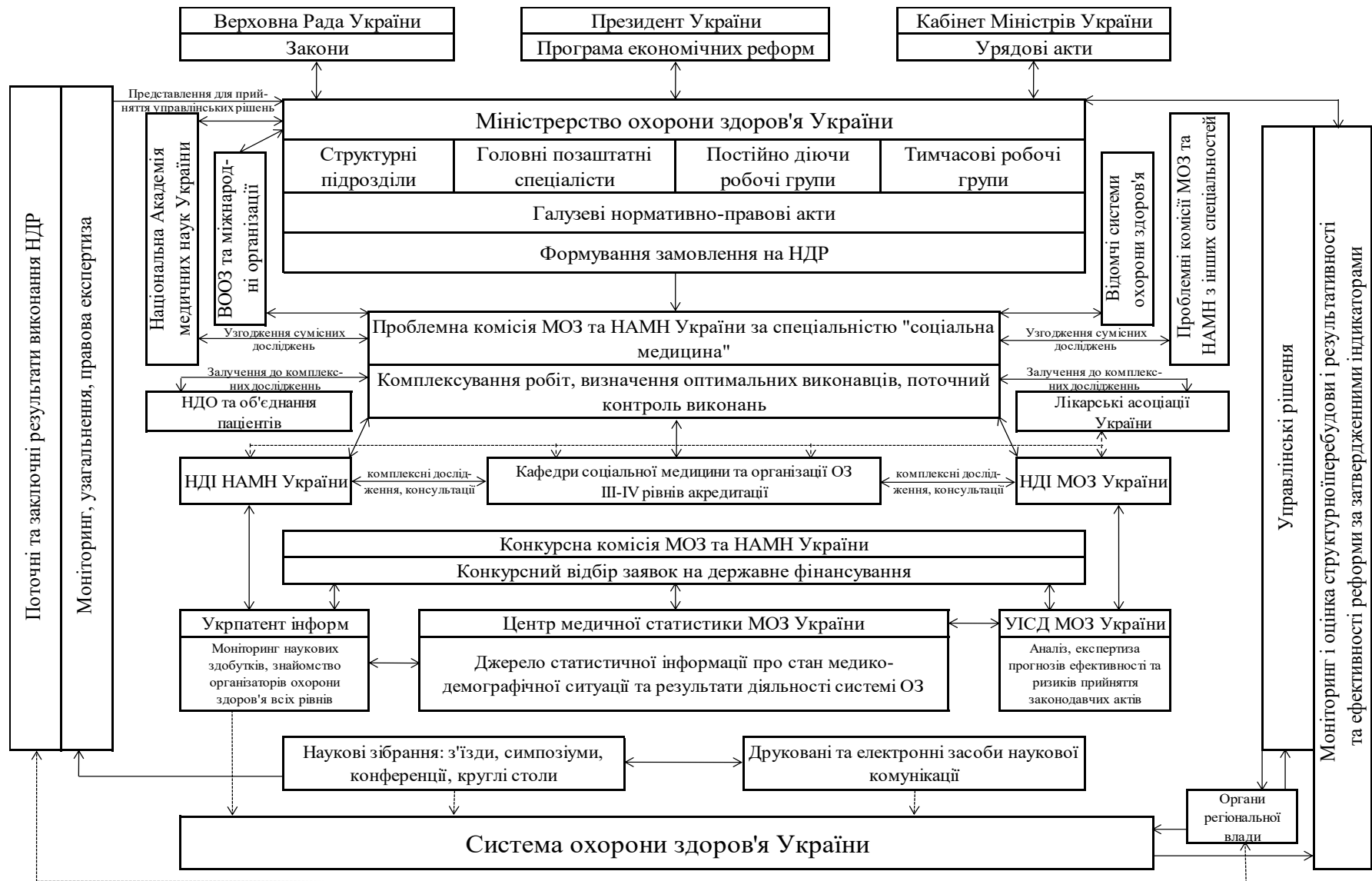


Рис. 3.4. Організаційна – функціональна модель забезпечення реформи охорони здоров'я на центральному рівні

Крім виконання безпосередньо покладених на неї функцій, проблемна комісія МОЗ та НАМН України зі спеціальності «Соціальна медицина» здійснює розгалужену організаційну діяльність. Спираючись на напрями наукових досліджень, визначені Міністерством охорони здоров'я України, ця комісія формує тематику науково-дослідних робіт, розкриває їх цілі й завдання, а також визначає найбільш доцільних виконавців з урахуванням наявного наукового потенціалу, кадрових і матеріальних ресурсів та попереднього досвіду наукових установ. Особливий акцент робиться на залученні науково-дослідних інститутів системи МОЗ України й НАМН України, а також кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров'я закладів вищої медичної освіти III–IV рівнів акредитації.

До переліку завдань проблемної комісії входить також опрацювання можливостей проведення спільних наукових досліджень із проблемними комісіями МОЗ та НАМН України з інших спеціальностей. Важливим напрямом виступає залучення до дослідницького процесу професійних лікарських асоціацій (передусім Асоціації спеціалістів із соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я України, Асоціації головних лікарів), профільних недержавних організацій, що працюють у сфері організації медичної допомоги, а також представників пацієнтських об'єднань на загальнодержавному рівні та в пілотних регіонах реформування.

Окремою функцією проблемної комісії є узгодження потреб у наукових розробках із тематикою НДР, що замовляються МОЗ України, а також з дисертаційними дослідженнями, які плануються до виконання за спеціальністю «Соціальна медицина». Паралельно здійснюється аналіз можливостей комплексування наукових досліджень між кафедрами соціальної медицини й організації охорони здоров'я та науковими інститутами, а також визначаються оптимальні строки виконання НДР.

Після визначення наукової доцільності та погодження тематики проблемна комісія передає напрацьовані пропозиції до МОЗ України. Потенційні виконавці, у свою чергу, готують необхідний пакет документів-

заявок і подають їх на розгляд конкурсної комісії МОЗ і НАМН України для участі у конкурсі та одержання бюджетного фінансування.

Ключовим джерелом комплексної статистичної інформації щодо медико-демографічної ситуації в країні та показників діяльності системи охорони здоров'я виступає Центр медичної статистики МОЗ України. Бази проведення НДР затверджуються відповідними наказами МОЗ України, що забезпечує дослідникам можливість безперешкодного доступу до необхідних даних, здійснення експертних оцінок та організації соціологічних досліджень.

У межах запропонованої моделі суттєву роль відіграють такі науково-дослідні установи:

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», який, поряд із виконанням НДР, проводить аналіз та експертну оцінку проєктів нормативно-правових актів, пов'язаних із реформуванням системи охорони здоров'я, прогнозує ефективність їх реалізації та можливі ризики, а також оцінює відповідність таких документів правовим нормам Європейського Союзу.

ДУ «Укрпатентінформ», що забезпечує моніторинг наукових розробок у галузі організації охорони здоров'я в Україні, країнах СНД та інших державах, і здійснює інформування як науковців, так і організаторів охорони здоров'я про новітні досягнення у цій сфері.

Проміжні та кінцеві результати науково-дослідних робіт широко презентуються на наукових і фахових зібраннях, доводяться до відома осіб, які ухвалюють управлінські рішення, а також публікуються в друкованих і електронних засобах наукової комунікації. За допомогою засобів масової інформації підготовлені матеріали поширюються як серед широкої громадськості, так і серед визначених цільових груп. Відповідно до затвердженого МОЗ України плану результати НДР доповідаються керівництву галузі, а за потреби – вищим органам державної влади для прийняття стратегічно важливих рішень.

Після ухвалення управлінські рішення впроваджуються в практику функціонування системи охорони здоров'я, а з використанням визначених індикаторів здійснюється моніторинг ефективності структурних змін, ресурсозабезпеченості та результативності оптимізованої моделі. Отримані дані моніторингу стають підґрунтям для нового циклу наукових досліджень, формуючи безперервний процес удосконалення організаційних механізмів надання медичної допомоги населенню.

Невід'ємним елементом функціонування запропонованої моделі є органи регіональної виконавчої влади, які відповідають за реалізацію державної політики охорони здоров'я у відповідних адміністративно-територіальних одиницях. На відміну від існуючої практики, запровадження моделі забезпечує наукову обґрунтованість управлінських рішень, необхідних для реалізації реформ у сфері охорони здоров'я, та сприяє формуванню суспільної підтримки реформ серед населення й окремих цільових груп.

Центральним системоутворювальним елементом такої моделі виступає Міністерство охорони здоров'я України, яке, як центральний орган виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, визначає потребу в науковому супроводі реформ, формує замовлення на виконання НДР, забезпечує їх фінансування та використовує отримані результати для прийняття конкретних управлінських рішень.

Специфіка моделі полягає в максимальному використанні наукового потенціалу фахівців зі спеціальності «Соціальна медицина», широкому залученні організаторів охорони здоров'я, зокрема й тих, що критично ставляться до окремих аспектів реформи, а також у комплексуванні досліджень між різними науковими установами та спеціальностями. Це, своєю чергою, підвищує методологічний рівень досліджень і результативність їх практичного застосування.

До ключових умов упровадження моделі належать:

- перехід від практики, коли наукові колективи самостійно обирають

теми досліджень, часто не пов'язані з найгострішими потребами галузі, до моделі цільового планування тематики НДР відповідно до першочергових завдань системи охорони здоров'я;

- формування зацікавленості співробітників МОЗ України у використанні науково обґрунтованих підходів під час розроблення нормативно-правових актів;

- активне залучення до комплексних досліджень широкого кола фахівців, включаючи опонентів реформи, що сприяє всебічному аналізу проблем і потенційних наслідків запропонованих змін;

- належне ресурсне забезпечення НДР з мотивацією виконавців до отримання об'єктивних, валідних та репрезентативних результатів.

Організаційно-функціональна модель забезпечення реформи охорони здоров'я на регіональному рівні

З огляду на те, що кожний регіон України характеризується специфічними соціально-економічними, географічними, інфраструктурними та медико-демографічними умовами, реформування системи медичної допомоги, хоча й здійснюється в межах єдиної загальнодержавної стратегії, має бути адаптованим до регіональних особливостей. Наукове обґрунтування реформ, що враховує такі особливості, є принципово важливим чинником їх ефективності та відповідності потребам населення конкретного регіону.

У цьому контексті розроблено комплексну організаційно-функціональну модель наукового забезпечення реформи охорони здоров'я на регіональному рівні, яка схематично подана на рис. 3.5.

Прийняті на центральному рівні управління законодавчі акти щодо проведення реформи охорони здоров'я надходять для реалізації в регіони передусім до

- обласних державних адміністрацій (ОДА) та Комітету економічних реформ регіону;

- Департаментів охорони здоров'я ОДА, які є основними виконавцями заходів реформи.

На регіональному рівні формується програма реформування системи охорони здоров'я, визначається система індикаторів її виконання з урахуванням особливостей конкретного регіону, а також створюється група моніторингу та оцінки, відповідальна за відстеження динаміки реалізації програми.

Департамент охорони здоров'я, після консультацій із професійними лікарськими асоціаціями, профільними недержавними організаціями, які опікуються питаннями організації медичної допомоги, а також із пацієнтськими об'єднаннями, визначає перелік потрібних наукових досліджень для регіонального обґрунтування заходів програми реформування. Одночасно визначаються бази досліджень та коло їх виконавців.

Основними виконавцями науково-дослідних робіт виступають науково-педагогічні працівники відповідних кафедр закладів вищої медичної освіти, передусім кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров'я. Для проведення соціологічних досліджень, після відповідної підготовки, долучаються також викладачі й студенти старших курсів медичних коледжів (I–II рівнів акредитації). До виконання досліджень залучаються й організатори охорони здоров'я, особливо ті, хто має науковий ступінь та відповідний практичний досвід.

Базами досліджень визначаються заклади охорони здоров'я першого, другого та третього рівнів надання медичної допомоги. Наказом Департаменту охорони здоров'я регламентуються конкретні ЗОЗ, обсяги дослідження й порядок його проведення.

Планування науково-дослідних робіт може здійснюватися у кількох форматах:

- як пошукові ініціативні теми, що враховуються під час рейтингової оцінки науково-педагогічних працівників, атестації організаторів охорони здоров'я, присвоєння чи підтвердження кваліфікаційних категорій, а також у процесі державної атестації студентів;

– як госпрозрахункові дослідження, оплата яких здійснюється в межах чинного законодавства;

– як дослідження, профінансовані Департаментом охорони здоров'я ОДА.

Виконання НДР здійснюється відповідно до затвердженого плану-графіка з обов'язковим представленням проміжних результатів замовнику. Як проміжні, так і остаточні результати наукових робіт проходять широке професійне обговорення в колах науковців, організаторів охорони здоров'я та лікарів-практиків. Формами такого обговорення можуть бути розширені засідання Вчених рад, конференції, семінари, профільні дні спеціаліста, круглі столи тощо.

Результати досліджень, отримані висновки та пропозиції щодо заходів з реформування системи медичної допомоги поширюються через засоби масової інформації та інші канали комунікації. Такі заходи сприяють інформуванню як широких верств населення, так і окремих цільових груп, формуючи їх прихильність до реформи охорони здоров'я.

У підсумку результати наукових досліджень використовуються для ухвалення управлінських рішень, спрямованих на формування регіональних програм реформування охорони здоров'я та їх корекцію з урахуванням результатів контролю виконання і нових наукових чи статистичних даних.

У межах дослідження обґрунтовано та розроблено дві моделі:

- функціонально-організаційну модель наукового забезпечення реформи охорони здоров'я на центральному рівні;
- функціонально-організаційну модель наукового забезпечення реформи охорони здоров'я на регіональному рівні.

Обидві моделі покликані забезпечити наукове супроводження процесу ухвалення управлінських рішень на всіх рівнях управління, що стосуються реформування системи медичної допомоги населенню України. Ключовим елементом є удосконалення планування НДР, широке залучення науковців та організаторів охорони здоров'я, комплексування досліджень, професійне

обговорення результатів і проведення правової експертизи.

Особливістю запропонованої моделі є максимальне використання наукового потенціалу фахівців зі спеціальності «соціальна медицина» та організаторів охорони здоров'я, схильних до наукової діяльності, включаючи критично налаштованих до реформи експертів. Комплексування наукових установ і спеціальностей підвищує методичний рівень і результативність досліджень.

Таким чином, науковий супровід реформи охорони здоров'я має забезпечувати її ефективність, гарантувати обґрунтованість управлінських рішень і сприяти формуванню оптимальної моделі функціонування системи медичної допомоги, зорієнтованої на потреби населення.

3.3. Експертна оцінка організаційно–функціональної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні (на прикладі КНП ХОР «ОКЛ»)

Було проведено експертне оцінювання організаційно–функціональної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров'я в Україні. До складу експертної групи увійшли управлінці охорони здоров'я регіонального рівня, завідувачі кафедр організації охорони здоров'я та соціальної медицини закладів вищої медичної освіти, а також керівники та заступники керівників наукових установ МОЗ і НАМН України.

Під час експертизи модель була представлена у формі ґрунтовної доповіді з відповідями на уточнювальні запитання та коментарі експертів. Після ознайомлення з матеріалами кожен експерт заповнив стандартизовану анкету оцінювання. Оцінка здійснювалася за 10-бальною шкалою, що дало змогу отримати достатню варіативність думок і провести подальший статистичний аналіз. Узагальнені результати наведено у табл. 3.9.

Отримані дані були статистично оброблені з метою перевірки узгодженості оцінок та визначення середньозважених показників. Результати

незалежної експертної оцінки засвідчили високу значущість запропонованих інновацій у створенні функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров'я в Харківському регіоні — 9,6 бала, що свідчить про практично одностайне позитивне сприйняття концепції серед провідних фахівців галузі.

Найвищі оцінки експерти надали таким характеристикам моделі:

Отримані результати експертного опитування дали змогу виокремити як найбільш високо оцінені, так і відносно нижче оцінені елементи запропонованої моделі. Найвищі бали експерти надали таким складовим:

- комплексний підхід до планування та виконання НДР – 9,9 бала;
- комісійне ухвалення напрямків наукових досліджень, що забезпечує їх узгодженість і відповідність потребам галузі – 9,9 бала;
- оптимальне ресурсне забезпечення науково-дослідних установ, необхідне для повноцінної реалізації досліджень – 9,9 бала.

Водночас найнижчі оцінки у структурі експертного опитування, хоч і залишаються високими у межах загальної шкали, отримали такі елементи:

- широке громадське обговорення результатів виконання НДР, яке експерти оцінили у 9,2 бала;
- запровадження системи наукових комунікацій у сфері охорони здоров'я – 9,3 бала;
- узгодження тем дисертаційних робіт із темами НДР, що отримало 9,4 бала.

Узагальнена інтегральна оцінка моделі становить 9,6 бала із 10 можливих, що демонструє її високу сприйнятність серед фахівців, залучених до опитування.

Для перевірки ступеня одностайності експертних думок було розраховано коефіцієнт варіації, який дорівнює 9,4%. Такий показник свідчить про високий рівень узгодженості оцінок та підтверджує статистичну стійкість отриманих результатів. Позитивна консолідована оцінка експертів доводить, що запропонована функціонально-організаційна модель наукового

забезпечення реформи охорони здоров'я в Харківському регіоні є обґрунтованою, збалансованою та потенційно ефективною для практичної імплементації.

Таблиця 3.9

Оцінка експертами складових функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров'я в Харківському регіоні (бали)

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

Висновки до 3 розділу

1. Обґрунтовано та розроблено функціонально-організаційну модель наукового забезпечення реформи охорони здоров'я на регіональному рівні. Ключовим замовником науково-дослідних робіт у межах запропонованої моделі виступає регіональний орган управління охороною здоров'я. Безпосередніми виконавцями досліджень визначено науково-педагогічних працівників профільних кафедр закладів вищої медичної освіти, насамперед кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров'я, які мають відповідний теоретичний і методологічний потенціал.

До проведення соціологічних досліджень у ролі волонтерів залучаються підготовлені викладачі та студенти старших курсів закладів освіти I–II рівнів акредитації. Також у науковій роботі беруть участь

організатори охорони здоров'я, зокрема фахівці, які мають науковий ступінь і володіють досвідом дослідницької діяльності.

Базами виконання наукових досліджень визначаються заклади охорони здоров'я першого, другого та третього рівнів надання медичної допомоги. Відповідним наказом Департаменту охорони здоров'я деталізуються конкретні установи, що залучаються до дослідження, а також обсяги та межі запланованої роботи.

3. Запропоновані інновації частково впроваджені в систему охорони здоров'я України. Встановлено, що окремі елементи моделі та запропоновані в її межах організаційні рішення вже знайшли практичне застосування в діяльності регіональних структур охорони здоров'я, що підтверджує їх реалістичність, релевантність і відповідність потребам галузі.

4. Модель отримала високу позитивну оцінку незалежних експертів. За результатами експертного опитування, проведеного серед управлінців галузі регіонального рівня, завідувачів кафедр соціальної медицини та організації охорони здоров'я ЗВО, а також керівників наукових установ МОЗ і НАМН України, інтегральна оцінка моделі становить 9,6 бала із 10 можливих. Розрахований коефіцієнт варіації — 9,4% — свідчить про високу узгодженість позицій експертів і консолідовану підтримку представлених інновацій.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі розв'язано актуальне наукове завдання – обґрунтування та розроблення організаційно-функціональної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров'я України на регіональному рівні. Проведене дослідження дозволило отримати такі науково обґрунтовані результати.

1. Систематизація та узагальнення підходів, реалізованих у провідних країнах світу щодо побудови сучасних систем охорони здоров'я, аналіз міжнародного досвіду реформ і вивчення моделей функціонування систем охорони здоров'я країн Європи засвідчили відсутність в Україні цілісного, науково обґрунтованого та комплексного підходу до проведення реформ галузі. На що, зокрема, наголошує ВООЗ. Цей висновок визначив необхідність формування функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформування на регіональному рівні.

2. Доведено, що стратегія, напрями та строки реалізації реформи охорони здоров'я у пілотних регіонах були чітко визначені чинними законами України. Центральними елементами реформи виступали:

- упровадження сучасних механізмів фінансування закладів охорони здоров'я;
- структурна перебудова системи надання медичної допомоги з пріоритетним розвитком первинної медичної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини;
- реформування вторинної медичної допомоги шляхом формування госпітальних округів;
- створення сучасної системи екстреної медичної допомоги.

3. Встановлено, що у пілотних регіонах під час експерименту було досягнуто концентрації бюджетних коштів на первинному рівні, здійснено юридичне розмежування первинної та вторинної медичної допомоги. У Дніпропетровській області проведено об'єднання ресурсів для надання

вторинної, третинної та екстреної медичної допомоги на обласному рівні. Запровадження елементів програмно-цільового методу у бюджетному процесі дозволило підвищити фінансування ПМСД (у 1,9 раза) та ЕМД (до 46,3%). На первинному рівні запроваджено дієві економічні мотиваційні механізми, спрямовані на посилення профілактичної діяльності сімейних лікарів. Також здійснювалося поетапне впровадження фінансування закладів охорони здоров'я за скороченою економічною класифікацією та запровадження механізму оплати за видами медичної допомоги.

4. Показано, що регіони забезпечили створення Центрів ПМСД, введення посад лікарів ЗП-СЛ (до 77,6%), оснащення амбулаторій медичним обладнанням (28,0–69,5%) та автотранспортом (35,0–100%). Водночас пілотне відпрацювання реформування вторинної медичної допомоги не було реалізовано відповідно до законодавчо визначених підходів. Досвід, недоліки та ризики реформування не були узагальнені, результати – не підведені, що унеможливило формування наступності реформ. Причинами цього є: недостатня обґрунтованість законодавчо визначених напрямів реформи, відсутність комплексної інформаційної політики, низька готовність населення та системи охорони здоров'я до реформ, а також недостатня участь науковців у розробці підзаконних актів.

5. Виявлено недостатній рівень кадрового наукового потенціалу за спеціальністю «Соціальна медицина» як у закладах вищої медичної освіти, так і в ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». Частка НДР, присвячених науковому забезпеченню реформи, не перевищувала 5% від загальної кількості затверджених МОЗ України тем. Це вказує на низьку зацікавленість державного замовника у науковому супроводі реформування галузі. Більшість виконаних НДР мали фрагментарний характер, були несвоєчасними та не могли забезпечити комплексне наукове підґрунтя реформ.

6. Встановлено низький рівень забезпеченості системи охорони здоров'я засобами наукової комунікації щодо реформування галузі: частка

профільних галузевих нововведень становить 25,2%, інформаційних листів – 18,8%, методичних рекомендацій – 20,8%. Наукові форуми з проблем реформування організації охорони здоров'я проводяться спорадично. Результати соціологічного дослідження показали недостатній рівень доступу управлінців регіонального рівня ($80,7 \pm 2,0\%$ – $10,4 \pm 1,5\%$), керівників ЗОЗ первинної ($13,6 \pm 1,7\%$ – $3,3 \pm 0,9\%$) і вторинної ($72,5 \pm 2,2\%$ – $1,1 \pm 0,5\%$) ланок, викладачів кафедр соціальної медицини ЗВО ($81,5 \pm 1,9\%$ – $37,5 \pm 2,4\%$) і науковців НДУ ($62,5 \pm 2,4\%$ – $16,7 \pm 1,9\%$) до результатів наукових досліджень реформування охорони здоров'я.

7. Запропоновано модель методичних підходів до наукових комунікацій з реформування охорони здоров'я, що охоплює механізми забезпечення управлінців усіх рівнів та організаторів охорони здоров'я актуальними науковими розробками. Стратегічний напрям моделі полягає у забезпеченні комплексного доступу всіх цільових груп (осіб, що приймають рішення, медичних працівників, організаторів охорони здоров'я, ЗМІ) до вітчизняних і зарубіжних наукових напрацювань. Тактичний напрям полягає у регулярному доведенні результатів НДР до всіх учасників реформування.

8. Обґрунтовано та розроблено організаційно-функціональну модель наукового забезпечення реформи охорони здоров'я на регіональному рівні. Стратегічний напрям моделі визначається забезпеченням наукового супроводу процесу прийняття управлінських рішень на всіх рівнях. Тактичний напрям зосереджений на оптимізації планування НДР, широкому залученні науковців і управлінців до виконання досліджень, їх комплексуванні та проведенні професійного обговорення результатів з подальшою правовою експертизою. Особливістю моделі є максимальне використання потенціалу фахівців із соціальної медицини, включаючи опонентів реформ, та інтеграція наукових напрацювань між установами й спеціальностями. Також визначено умови практичного впровадження моделі.

9. Часткове впровадження окремих елементів моделі, розробленої відповідно до рекомендацій ВООЗ, її висока експертна оцінка (9,6 бала з 10)

та високий ступінь узгодженості думок експертів забезпечують можливість рекомендувати модель до використання в різних регіонах України як ефективний механізм наукового забезпечення реформування системи охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення. – Київ, 2014. – 207 с.
2. Слабкий Г.О. Стратегічні напрямки та підходи до розвитку лікарень в ХХІ столітті/Г.О.Слабкий // Всеукраїнська науково-практична конференція. Лікарня в ХХІ столітті: управління та організація медичної допомоги. 5-6 червня 2008 року. м. Київ. – С.3–5.
3. Закон України від 07.07. 2011 № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській Донецькій областях та місті Києві».
4. Слабкий Г. О. Пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини / Г. О. Слабкий, І. С. Зозуля, А. І. Зозуля // Сімейна медицина. 2014. – № 3 (53). – С. 25–27.
5. Шевченко М. В. Пілотний проект реформування системи охорони здоров'я (застосування елементів програмно-цільового методу, перехід до стратегічних закупівель) / М. В. Шевченко, Г. О. Слабкий // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 4. – С. 17–21.
7. Лехан В.М. Модернізація первинної медичної допомоги населенню України в руслі світових тенденцій / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, В.Г.Гінзбург, Л.В.Крячкова, М.В.Шевченко // Україна. Здоров'я нації. - 2012. - № 2 (22). - С. 63-69.
8. Лехан В. М. Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони здоров'я в Україні / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Е. В. Борвінко // Медицина сьогодні і завтра. - 2013. - № 4. - С. 99-105.
9. Пархоменко Г. Я. Лікарня інтенсивної допомоги – лікарня європейського зразка / Г. Я. Пархоменко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 2. – С. 39–41.

10. Слабкий Г.О. Модель лікарні майбутнього. [монографія]/Г.О. Слабкий, Г.Я. Пархоменко. - Київ, 2011. – 50 с.
11. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи : спеціалізоване видання / В. В. Лазоришинець, Н. О. Лісневська, Л. Я. Ковальчук [та ін.]. – Київ, 2014. – 608 с.
12. Результати діяльності галузі охорони здоров'я України: 2013р. Матеріали до підсумкової колегії Міністерства охорони здоров'я. Київ, 2014. - 172 с.
13. Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення. – Київ, 2014. – 207 с.
14. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років [Електронний ресурс] / Стратегічна дорадча група питань реформування системи охорони здоров'я в Україні,. 2015. – 41 с.- Режим доступу: <http://healthsag.org.ua/strategiya/>
15. Куценко В. Здоров'я нації як стратегічний ресурс держави / В. Куценко // Вісник НАН України. – 2009. – №6. – С. 44-51
16. Князевич В. М. Розвиток національної системи охорони здоров'я: стан, перспективи та шляхи розбудови / В. М. Князевич // Програмні доповіді IV з'їзду спеціалістів з соц. медицини та орг. охорони здоров'я, Житомир, 23–25 жовт. 2008 р. – Київ-Житомир, 2008. – С. 4–35.
17. Конституція України. Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року, №254/96-ВР.
18. Охорона здоров'я: агонія чи реформи?// <http://novosti.mif-ua.com/archive/issue-242/article-317>
19. Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні: акредитація медичних закладів / Василь Ананьєв, О. М. Новічкова, Грета Росс [та ін.]; представництво Європейської комісії в Україні. – К., 2009. – 64 с. – (Посібник підготовлений в рамках проекту ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні»).

20. Юридичні рекомендації з підтримки системи стандартизації надання медичної допомоги населенню//Штайнхаус Л., Гривцова Р., Рудий В., Слабкий Г. та інші. К., 2006. - 68 с.

21. Посібник для розробників клінічних рекомендацій/медичних стандартів/ В.М. Пономаренко, Г.О. Слабкий, О.О. Дудіна, А.В.Степаненко та інші. К., 2006. - 166 с

22. Глуховський В.В. Україна крізь призму Європейської хартії прав пацієнтів: результати виконання в Україні другого етапу європейських досліджень на відповідність стандартам ЄС з прав пацієнтів/ В.В.Глуховський, Г.О.Слабкий, О.В. Ангелов, Л.П. Білоконь - К.: Вид ТОВ “Дизайн і поліграфія”, 2012. – 158 с.

23. Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні // Рекомендації щодо реорганізації системи охорони здоров'я в Україні: базова проблематика і варіанти рішень : матеріали підс. конф. Проекту ЄС. – К., 2009. – 96 с.

24. Князевич В. М. Розвиток національної системи охорони здоров'я: стан, перспективи та шляхи розбудови / В. М. Князевич // Охорона здоров'я України. – 2008. – № 3 (31). – С. 5–19.

25. Охорона здоров'я України: проблеми та напрямки розвитку / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко [та ін.] // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 4. – С. 5–18.

26. Аналіз розвитку первинної медико-санітарної допомоги та стаціонарозамінних форм медичної допомоги населенню / Н. Ю. Кондратюк, О. А. Семенюк, В. Г. Слабкий [та ін.] // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2012. – С. 97–108.

26. Матюха Л.Ф. Аналіз діяльності мережі закладів первинної медико-санітарної допомоги у сільській місцевості. / Л.Ф. Матюха, Н.Г. Гойда, М.П. Жданова // Україна. Здоров'я нації. - 2009. - № 1-2 (9-10). - С. 153-159.

27. Лисак В. П. Витрати на надання стаціонарної допомоги в різних

типах закладів охорони здоров'я Полтавської області / В. П. Лисак // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 1. – С. 50–56.

28. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2013. – 415 с.

99. Щорічна доповідь. Приватна медицина в Україні. 2010 рік [монографія] / Г. О. Слабкий, Ю. Б. Ященко, Л. А. Чепелевська [та ін.]. – К., 2011. – 105 с.

30. Гінзбург В.Г. Результати регіоналізації перинатальної допомоги в Дніпропетровській області / В.Г. Гінзбург // Україна. Здоров'я нації. - 2012. - №2-3 (22-23). - С. 27-31.

31. Дудіна О. О. Сучасні перинатальні технології – важлива складова поліпшення здоров'я дітей / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко, Р. О. Моїсеєнко // Современная педиатрия. – 2015. – № 4. – С. 24–29.

32. Дудіна О. О. Нормативно–правове забезпечення регіоналізації перинатальної допомоги в Україні / О. О. Дудіна, У. В. Волошина // Економіка і право охорони здоров'я. –2015. – № 1 (1). – С. 64–69.

33. Дудіна О. О. Перші результати впровадження заходів національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства» / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2014. – № 1. – С. 5–12.

34. Дудіна О. О. Регіоналізації перинатальної допомоги як важливий чинник збереження здоров'я населення України / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко // Актуальні питання форм. здорового способу життя та використання оздоровчих технологій : матеріали міжн. наук.-практ. конф., м. Херсон, 25–27 червня 2014 р. : тези доп. – Херсон : ПП «РА Ельф», 2014. – С. 27–30.

35. Здоров'я населення та діяльність системи охорони здоров'я України: реалії, проблеми та шляхи вирішення : [аналіт. матеріали] / В. В. Лазоришинець, В. Г. Бідний, М. В. Банчук; за ред. З. М. Митника. – К. :

МОЗ, УІСД, 2010. – 107 с.

36. Оцінка структури та надання первинної медичної допомоги в Україні [монографія] / Винки Г. В. Буерма, Дионн С. Крингос, Г. О. Слабкий. – К., 2010. – 124 с.

37. Склад С. І. Реформування системи охорони здоров'я: світовий досвід та Україна (огляд літератури) / С. І. Склад, Н. Ю. Кондратюк // Україна. Здоров'я нації. – 2008. – № 2 (6). – С. 82–87.

38. Шевченко М. В. Деякі аспекти реформи системи охорони здоров'я / М. В. Шевченко, О. Г. Шекера // Медичні перспективи. – 2013. – Т. XVIII, № 2, ч. 1. – С. 8–15.

39. Рекомендації по вдосконаленню потоків статистичної інформації та економічних показників діяльності// Проект Європейського союзу «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». - Київ, 2009. – 30 с.

40. План стратегічного розвитку вторинної медичної допомоги в Полтавській області// Проект Європейського союзу «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». - Київ, 2009. – 80 с.

41. Модель фінансового відшкодування (на прикладі DRG), адаптована до застосування в пілотних областях. Індикатори результативності роботи// Проект Європейського союзу «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». - Київ, 2009. – 27 с.

42. Рекомендації щодо реорганізації системи охорони здоров'я в Україні: базова проблематика і варіанти рішень// Проект Європейського союзу «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». - Київ, 2009. – 36 с.

43. Роль управління кадровими ресурсами у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров'я України// Проект Європейського союзу «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». - Київ, 2009. – 72 с.

44. Посібник з управління лікарнею для керівників лікарень// Проект Європейського союзу «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в

Україні». - Київ, 2009. – 48 с.

45. Програма післядипломної підготовки керівників медичних закладів за спеціальністю «Управління охороною здоров'я»// Проект Європейського союзу «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». - Київ, 2009. – 44 с.

46. Роль зв'язків з громадськістю в забезпеченні інформаційного супроводу реформи системи охорони здоров'я в Україні// Проект Європейського союзу «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні». - Київ, 2006. – 40 с.

47. Ангелов О.В. Громадські ради в системі охорони здоров'я: створення і робота. Методичний посібник/ О.В. Ангелов, В.В. Глуховський, О.Д. Корвецький, Г.О. Слабкий - М.: ТОВ «Дизайн і поліграфія», 2008. - 124 с.

48. Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні: стандартизація медичної допомоги / Майкл Б'юс, М. В. Гуляєва, О. О. Дзізінська [та ін.]; представництво Європейської комісії в Україні. – К., 2009. – 40 с. – (Посібник підготовлений в рамках проекту ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні»).

49. Реформування вторинної медичної допомоги в Україні: базова проблематика та варіанти вирішення Зведений звіт Проекту «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні», 2007-2009. [Електронний ресурс] : [Веб-сайт]. – Режим доступу: http://www.eushc.com.ua/UserFiles/File/SR_V04_ua.pdf. – Назва з екрану.

50. Постанови КМУ від 17.02.2010р. № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я»

51. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К.: Вид во Раєвського, 2005. – 168 с.

52. Указ Президента України від 7.12.2000 р. №1313/2000 «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України».

53. Постанова КМУ України від 10.01. 2002 р. № 14 «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки».

54. Указ Президента України від 6.12.2005 року № 1694/2005 "Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення".

55. Постанова КМУ України від 13.06.2007р. № 815 «Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010р.

56. Постанова КМУ України від 16.01.2008 № 14 «Програма діяльності уряду України "Український прорив: для людей, а не політиків»

57. Постанова Кабінету Міністрів України від 17.02.2010р. № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я».

58. Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню у 2010 році : підсумки діяльності системи охорони здоров'я та реалізація Програми економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» / за ред. першого заступника Міністра охорони здоров'я О. В. Аніщенка. – К. : МОЗ України, 2011. – 104 с.

59. Програма економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» / Комітет з економічних реформ при Президентові України, 2010. – 87 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.president.gov.ua/content/ker-program.html>. – Назва с екрану.

60. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 1 (13). – С. 5–23.

61. Шевченко М. Основні напрямки реформування системи охорони здоров'я / М. Шевченко // Баланс-бюджет (Спецвипуск. Реформуванню медичної галузі – фінансове підґрунтя) . – 2011. – № 25 (332). – С. 29–31.

62. Слабкий Г. Нові підходи до організації первинної медико-санітарної допомоги/ Г. Слабкий, К. Надутий, Л. Матюха // Практика управління

медичним закладом. – 2011. – № 7. – С. 16–22.

63. Шевченко М. Основні напрямки реформування системи охорони здоров'я / М. Шевченко // Баланс-бюджет (Спецвипуск. Реформуванню медичної галузі – фінансове підґрунтя) . – 2011. – № 25 (332). – С. 29–31.

64. Шевченко М. В. Подальші напрямки реформування системи фінансування сфери охорони здоров'я в Україні / М. В. Шевченко // Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій : матеріали міжн. наук.-практ. конф., м. Херсон, 25–27 червня 2014 р. – Херсон : ССП «Ельф», 2014. – С. 110–112.

65. Слабкий Г.О. Концептуальні підходи до створення та розвитку єдиного медичного простору / Г.О. Слабкий, В.І.Стриженко, О.Ю. Булах, М.В.Кудренко // “Україна. Здоров'я нації” . 2015 - № 3 (спецвипуск). С. 108-111.

66. Проблеми доступності медикаментів для жителів сільської місцевості / В. М. Бодак, Г. О. Слабкий, О. І. Ремінник, В. С. Швецов // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2009. – № 3. – С. 49–53.

67. Слабкий Г. О. Основи державної політики в галузі охорони здоров'я на 2012 рік / Г. О. Слабкий, Ю. Б. Ященко, М. В. Шевченко // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2012. – С. 10–13.

68. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві: Закон України від 07.07.2011 № 3612-VI[Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.

69. Наказ від 19.08.2011 № 524 «Про затвердження Плану заходів Міністерства охорони здоров'я України щодо організації підготовки проектів актів, необхідних для забезпечення реалізації Закону України від 7 липня 2011 року N 3612-VI "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»

70. Нова модель надання первинної медико-санітарної допомоги – досвід пілотних регіонів / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Л. В. Крячкова, М. В. Шевченко // *Widomosci Lekarskie* (Medline, EBSCO, MniSW, Index Copernicus .PBL). – 2014. – Том LXVII, № 2. – С. 210–214.

71. Матюха Л. Ф. Стан модернізації первинної медичної допомоги в Україні / Л. Ф. Матюха, К. О. Надутий, Н. Ю. Кондратюк // *Україна. Здоров'я нації*. – 2013. – № 2 (26). – С. 76–83.

72. Лехан В. М. Інноваційні підходи до забезпечення доступності первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню / В. М. Лехан, К. О. Надутий, Г. О. Слабкий // *Україна. Здоров'я нації*. – 2011. – № 3 (19). – С. 86–91.

73. Лехан В. М. Модернізація первинної медичної допомоги населенню України в руслі світових тенденцій / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, В. Г. Гінзбург, Л. В. Крячкова, М. В. Шевченко // *Україна. Здоров'я нації*. – 2012. – № 2 (22). – С. 63–69.

74. Первинна медико-санітарна допомога/сімейна медицина : [монографія] / З. М. Митник, Г. О. Слабкий, Н. П. Кризина; за ред. В. М. Князевича; МОЗ України. – К., 2010. – 404 с.

. Про затвердження Примірного статуту Центру первинної медико-санітарної допомоги від 29.06.2011 № 384

75. Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів первинної медичної допомоги у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві від 01.09.2011 № 555

76. Про Порядок вибору лікаря, що надає первинну медичну допомогу від 28.07.2011 № 443

77. Про затвердження комплексу показників для проведення оцінки стану реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах від 15.08.2011 № 507

78. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної медичної облікової документації та інструкцій щодо їх

заповнення, що використовується у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування» (zareestrovano v Min'yosti vid 28.04.2012 № 661/20974).

79. Наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 129 «Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги».

80. Наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 130 «Про затвердження Примірного переліку лабораторних досліджень, що виконуються при наданні первинної медичної допомоги населенню».

81. Наказ МОЗ України від 26.04.2012 № 313 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо встановлення надбавок за обсяг та якість виконаної роботи працівникам закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я».

82. Наказ МОЗ України від 11.09.2012 № 713 «Про затвердження методичних рекомендацій МОЗ України щодо регіональних планів модернізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу».

83. Механізм розмежування медичної допомоги між первинним, вторинним та третинним рівнями медичної допомоги / Г. О. Слабкий, Ю. Б. Ященко, М. В. Шевченко [та. ін.] // Реєстр галузевих нововведень. – 2012. – Вип. 37. – Реєстр. № 375/37/12. – С. 29.

84. Механізм розмежування медичної допомоги між первинним, вторинним та третинним рівнями медичної допомоги / Г. О. Слабкий, Ю. Б. Ященко, М. В. Шевченко [та. ін.] // Реєстр галузевих нововведень. – 2012. – Вип. 37. – Реєстр. № 375/37/12. – С. 29.

85. Результати діяльності галузі охорони здоров'я України: 2013р. Матеріали до підсумкової колегії Міністерства охорони здоров'я. Київ, 2014. - 172 с.

86. Лехан В.М. Нова модель надання первинної медико-санітарної

допомоги - досвід пілотних регіонів / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, В.Г.Гінзбург, Л.В.Крячкова, М.В.Шевченко // Wiadomosci Lekarskie. - 2014, Tom LXVII, gr.2czesc. II, P.210-214.

87. Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні. 2010 р. / О. І. Антонишин, П. С. Бондарчук, М. В. Денисенко [та ін.]; за ред. Г. О. Слабкого : МОЗ України, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». – К. 2011. – 28 с.

88. Рейтингова оцінка стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я України за попередніми даними моніторингу 2011 року/ за ред. Г. О. Слабкого. К: МОЗ; УІСД, 2012. – 63 с.

89. Качур О. Ю. Характеристика проекту госпітальних округів Житомирської області / О. Ю. Качур // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 4. – С.73–77.

90. Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів / О. В. Аніщенко, Р. О. Моїсеєнко, О. К. Толстанов [та ін.]. – К., 2011. – 149 с.

91. Постанова КМУ України від 24.10. 2012. № 1113 «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві»;

92. Про затвердження положень про заклади охорони здоров'я, які входять до складу госпітальних округів та їх структурних підрозділів від 31.10.2011 № 732

93. Регіональні системи охорони здоров'я України. Частина I : [монографія] / за ред. З. М. Митника, Г. О. Слабкого. – Київ, 2010. – 393 с.

94. Ященко Ю. Б. Результати оптимізації вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у пілотних регіонах у 2012 році / Ю. Б. Ященко, М. В. Шевченко // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я : матеріали міжн. наук.-практ. конф., присвяченої Всесвітньому дню здоров'я 2013 р. : тези доп. – 2013. – № 1 (21). – С. 288–289.

95. Характеристика стану, проблем та оптимізації стаціонарної і

спеціалізованої медичної допомоги / Н. Ю. Кондратюк, Ю. Б. Ященко, Н. А. Острополец [та ін.] // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2012. – С. 108–130.

96. Наказ МОЗ України від 21.12.2012 № 1080 «Про затвердження Порядку складання планів-схем госпітальних округів, включаючи підготовку плану перспективного розвитку закладів охорони здоров'я».

97. Лобас В. М. До питання підготовки керівників закладів охорони здоров'я для роботи в умовах реформованої системи охорони здоров'я / В. М. Лобас, О. Б. Петряєва, Г. В. Шпак // Стратегия качества в промышленности и образовании : материалы 1X Межд. конф., 31 мая – 7 июня 2013 г., Варна, Болгария. – С. 611–613.

98. Пархоменко Г. Я. Ставлення керівників закладів охорони здоров'я до реформування системи надання медичної допомоги / Г. Я. Пархоменко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 4.

99. Напрями удосконалення системи фінансово-економічних відносин охорони здоров'я (аналітичний огляд наукової літератури) / М. В. Шевченко, О. О. Заглада, Л. А. Карамзіна, В. Я. Бойко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2010. – № 4. – С. 58–64.

100. Перелік нових бюджетних програм та їх індикативних показників на основі програмно-цільового методу складання та виконання місцевих бюджетів в системі охорони здоров'я / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко [та ін.] // Реєстр галузевих нововведень. – 2012. – Вип. 37. – Реєстр. № 378/37/12. – С. 31–32.

101. Шевченко М. В. Фінансування системи охорони здоров'я України у 2009–2010 роках / М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 4. – С. 113–116.

102. Методичні рекомендації щодо встановлення надбавок за обсяг та якість виконаної роботи працівникам закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з

реформування системи охорони здоров'я / уклад. : А. В. Купліванчук, В. М. Лехан, М. В. Шевченко [та ін.]. – К., 2012. – 13 с.

103. Методичні рекомендації щодо планування видатків та використання бюджетних коштів для надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я / уклад. : Г. О. Слабкий, О. І. Левицький, М. Г. Вовк [та ін.] // Главный врач. – 2011. – № 4. (120). – С. 28–38.

104. Постанова Кабінету Міністрів України від 20 травня 2013 р. № 395 «Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я»

105. Наказ МОЗ України від 15.05.2013 № 373 «Про затвердження Методики розподілу обсягу видатків між видами медичної допомоги»

106. Постанова Кабінету Міністрів України від 5 березня 2012 р. № 209 «Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я»

107. Наказ МОЗ України від 08.06.2011 № 346 «Про затвердження Тимчасового типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я» для пілотних проектів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві».

108. Шевченко М. В. Методичні підходи щодо запровадження програмно-цільового методу складання та виконання місцевих бюджетів в системі охорони здоров'я к пілотних регіонах (Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській та м. Києві) / М. В. Шевченко, А. А. Климак, М. М. Максимчук // Реєстр галузевих нововведень. – 2012. – Вип. 37. – Реєстр. № 372/37/12. – С. 27.

109. Методологія визначення обсягів фінансування закладів охорони здоров'я за видами надання медичної допомоги у пілотних регіонах / М. В. Шевченко, О. О. Дорошенко, О. І. Левицький // Реєстр галузевих

нововведень. – 2012. – Вип. 37. – Реєстр. № 373/37/12. – С. 27–28.

110. Правові засади реформування механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я / С. В. Істомін, В. В. Поканевич, С. В. Збітнєва, Г. Я. Пархоменко // Інновації в медицині (наук.-практ. видання) : Інноваційна система управління охороною здоров'я: галузь, регіон, лікарня : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. з міжн. участю, м. Київ, 29–30 вересня 2011 р. : тези доп. – К., 2011. – С. 48.

111. Слабкий Г. О. Пропозиції щодо удосконалення системи фінансування охорони здоров'я України / Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, В. М. Лехан // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 2 (18). – С. 126–132.

112. Сучасні механізми фінансування системи охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, О. О. Заглада // Реєстр галузевих нововведень. – 2012. – Вип. 37. – Реєстр. № 383/37/12. – С. 34–35.

113. Аналітична довідка про стан реформування системи охорони здоров'я за 2013 р. (на виконання наказу МОЗ України від 11.06.2013 № 494 "Про удосконалення моніторингу реформи системи охорони здоров'я"/Укладач М.В.Шевченко. . К.: 2014, – 51 с.

114. Марчук Н. В. Обґрунтування та розробка системи організації профілактичної діяльності закладів загальної практики / сімейної медицини : автореф. дис... к. мед. наук / Н. В. Марчук. – К., 2008. – 24 с.

115. Шинкарьова І.М. Організаційно-технологічна модель удосконалення первинної медико-санітарної допомоги (на прикладі сільського населення Харківської області): автореф. дис.....к.мед.н./І.М.Шинкарьова - Київ, 2009, - 21 с.

116. Гаврилюк О.Ф. Медико-соціальне обґрунтування медичної допомоги населенню сільського району в умовах впровадження сімейної медицини: автореф. дис.....к.мед.н./О.Ф.Гаврилюк - Київ, 2010, - 21с.

117. Матюха Л.Ф. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні: автореф. дис.....д.мед.н./Л.Ф. Матюха - Київ, 2011, - 45с.

118. Короп О.А. Медико-соціальне обґрунтування системи організації позалікарняної хірургічної допомоги в умовах реформування галузі охорони здоров'я: автореф. дис.....д.мед.н./ О.А. Короп - Харків, 2014, - 40с.

119. Бугро В.І. Система вторинної стаціонарної медичної допомоги (медико-соціальне обґрунтування): автореф. дис.....д.мед.н./ В.І. Бугро - Київ, 2017, - 40с.

120. Лисак В.П. Медико-соціальне обґрунтування стратегії розвитку вторинної стаціонарної медичної допомоги: автореф. дис.....к.мед.н./ В.П.Лисак - Київ, 2011, - 24с.

121. Шевченко М. В. Медико-соціальне обґрунтування нової системи фінансування охорони здоров'я в Україні: автореф. дис.....д.мед.н./ М.В.Шевченко - Харків, 2016, - 41 с.

122. Гарачук В.В. Медико-соціальне обґрунтування моделі системи управління якістю медичної допомоги: автореф. дис.....д.мед.н./В.В.Гарачук - Київ, 2015, - 36с.

123. Яворський А.М. Медико-соціальне обґрунтування удосконаленої пацієнтоорієнтованої системи управління якістю медичного обслуговування (на прикладі стаціонарної хірургічної допомоги): автореф. дис.....к.мед.н./А.М.Яворський - Київ, 2014, - 23 с.

124. Толстанов О.К. Медико-соціальне обґрунтування якісно нової системи лабораторної служби на регіональному рівні: автореф. дис.....д.мед.н./О.К. Толстанов - Київ, 2012, - 36 с.

125. Бугорков І.В. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи стоматологічної ортопедичної допомоги на регіональному рівні: автореф. дис.....д.мед.н./І.В.Бугорков - Київ, 2013, - 36с.

126 . Зозуля А.І. Медико-соціальне обґрунтування якісно нової системи спеціалізованої допомоги хворим з судинною патологією головного мозку: автореф. дис.....д.мед.н./А.І.Зозуля - Київ, 2014, - 40с.

127. Жилка Н.Я. Медико-соціальне обґрунтування системи профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини: автореф.

дис.....д.мед.н./ Н.Я.Жилка - Київ, 2011, - 39с.

128. Золотарьова Ж.М. Обґрунтування моделі удосконалення підготовки та підвищення кваліфікації медичного персоналу для надання паліативної допомоги: автореф. дис.....к.мед.н./ Ж.М. Золотарьова - Київ, 2015, - 26 с.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Анкета соціологічного опитування

Шановні організатори охорони здоров'я!

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України вивчає питання рівня комунікацій в охороні здоров'я з питань реформування охорони здоров'я. Просимо Вас відповісти на питання анкети. Участь у дослідженні проводиться за Вашим бажанням. Анкета є анонімною тому жодних посилань на Вас як на автора відповідей зроблено не буде.

Результати анкетування будуть використані в узагальненому виді виключно з науковою метою.

Просимо Вас указати наступне:

Ви працюєте: (підкресліть) начальником управління охорони здоров'я (заступником), головним лікарем лікарні (заступником головного лікаря).

Рівень надання медичної допомоги закладом охорони здоров'я в якому Ви працюєте; первинний, вторинний, третинний.

Просимо Вас відповісти на питання Щодо доступності Вам засобів наукової комунікації. Чи доступні Вам наступні засоби наукової інформації?

Засіб масової комунікації	Так	Ні
Реєстр галузевих нововведень		
Інформаційні листи про галузеві нововведення		
Реєстр з'їздів, конгресів, конференцій		
Науково-практичних та практичних журналів		
Україна. Здоров'я нації		
Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.		
Східноєвропейський журнал громадського здоров'я		
Управління закладом охорони здоров'я		
Практика управління закладом охорони здоров'я		
Главный врач		
Журнали інших країн		
Дисертаційні роботи, автореферати		
Докторські		
Кандидатські		

Методичні рекомендації, що видані		
МОЗ України		
Українським інститутом стратегічних досліджень		
Науковим закладом регіонального рівня		

Чи бажаєте Ви отримувати спеціалізований реферативний журнал з організації та управління охорони здоров'я: так, ні.

Якщо Ви бажаєте отримувати спеціалізований реферативний журнал з організації та управління охорони здоров'я, то які розділи в ньому мають бути:

Назва розділу	Так	Ні
Реферати статей з країн Європи		
Реферати статей з країн Америки		
Реферати статей з країн СНД		
Реферати статей українських авторів		
Реферати основних документів ВООЗ		
Реферати основних видань ВООЗ		
Анотації, висновки та практичні рекомендації українських дисертацій		
Анотації, висновки та практичні рекомендації дисертацій з країн СНД		
Анотації, висновки та практичні рекомендації дисертацій з країн Європи		
Анотації, висновки та практичні рекомендації дисертацій з країн Америки		
Дані про методичні рекомендації, які видані в Україні		
Дані про методичні рекомендації, які видані в СНД		
Дані про галузеві нововведення		
Реферати монографій українських авторів		
Реферати монографій авторів з СНД		
Реферати монографій авторів з країн Європи		
Реферати монографій авторів з країн Америки		

Дякуємо Вам за відповіді.

Бажаємо творчих успіхів.

ДОДАТОК Б

Розрахунок обсягу вибіркової сукупності для проведення соціологічного дослідження серед організаторів охорони здоров'я

53195 – генеральна сукупність

$$n = \frac{Nt^2\sigma^2}{N\Delta_x^2 + t^2\sigma^2},$$

де N – чисельність генеральної сукупності;

n – чисельність вибіркової сукупності, необхідне число спостережень;

σ^2 – середньоквадратичне відхилення (дисперсія 0,25);

t – довірчий коефіцієнт (дорівнює 2);

Δ_x – гранична похибка вибірки (0,05, що забезпечує достовірність результатів в 95 випадках зі 100 із граничної похибкою $\pm 5\%$).

$$N = \frac{53195 \times 2^2 \times 0,25}{53195 \times 0,05^2 + 2^2 \times 0,25} \approx 400$$

Таким чином обсяг вибіркової сукупності становить 400 респондентів.

ДОДАТОК В

Анкета експертної оцінки

Шановні експерти!

Просимо Вас оцінити за 10-бальною шкалою складові функціонально-організаційної моделі наукового забезпечення реформи охорони здоров'я в Харківському регіоні.

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

Примітка: оцінка експертами проводиться за 10 бальною шкалою.

0 балів - відсутність позитивної оцінки;

10 балів – найвища оцінка.