

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

До захисту

В.о. завідувача кафедри
публічного управління та державної служби
к.держ.упр., доц. Л.В. Набока

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»

281 «Публічне управління та адміністрування»

28 «Публічне управління та адміністрування»

Виконавець:

здобувач 2 курсу, групи ЗПУА-1-23

Л. І. Горобець

Науковий керівник,

к.держ.упр., доц.

Л. В. Набока

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ ..	5
1.1 Розвиток сфери охорони здоров'я як об'єкт публічного управління	5
1.2 Механізми публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я	13
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ СТАНУ РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ	23
2.1 Результативність публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я на місцевому рівні (на прикладі Миргородської міської територіальної громади Полтавської області)	23
2.2 Проблеми забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я	34
РОЗДІЛ 3 КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	42
3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо розвитку сфери охорони здоров'я	42
3.2 Перспективні напрями і засоби публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я	52
ВИСНОВКИ	61
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	63

ВСТУП

Актуальність теми. Збалансований розвиток галузей/сфер національної економіки та розбудова окремих територій потребує відповідних ресурсів, серед яких важливе місце має достатність трудових ресурсів. При цьому важлива не лише їхня кількість, а і якість, що, окрім іншого, залежить від стану здоров'я. Це, своє чергою, значною мірою обумовлює належний рівень розвитку сфери охорони здоров'я. Проте реальність така, що допоки мають місце численні факти хвороб населення (в т.ч. у хронічній формі), недостатнє ресурсне забезпечення закладів охорони здоров'я та інші негаразди, що є наслідком недостатньої результативності публічного управління розвитком цієї сфери. Відтак, питання вдосконалення механізмів публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я на місцевому рівні набуває особливої актуальності, що спонукало автора до проведення відповідного дослідження.

В сучасних умовах над цією проблемою плідно працюють Григорович В. [10], Данько В. [12; 13], Долот В. [15; 16], Карлаш В. [19], Кланца А. [20], Кризина Н. [21], Лехан В. [23; 24], Лещенко В. [25], Медяник Г. [28], Мельниченко О. [29; 30], Обуховська Л. [31], Пітко Я. [33], Радиш Я. [39], Худоба О. [47], Шевцов В. [49], Яремчук О. [53] та інші вчені.

Мета та завдання дослідження. Мета магістерської роботи полягає у розробці практичних рекомендацій щодо удосконалення публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я на місцевому рівні.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі завдання:

- з'ясувати сутність і значення розвитку сфери охорони здоров'я як об'єкту публічного управління;
- дослідити діючі механізми публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я;
- оцінити результативність публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я на місцевому рівні;

- виокремити для подальшої адаптації до умов України передовий світовий досвід щодо розвитку сфери охорони здоров'я;
- запропонувати комплекс заходів за пріоритетними напрямками для подальшого вдосконалення публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є суспільні відносини, які виникають у процесі розвитку сфери охорони здоров'я.

Предметом дослідження є публічне управління розвитком сфери охорони здоров'я на місцевому рівні.

Методи дослідження. Під час виконання магістерської роботи використовувалися такі методи дослідження: абстрактно-логічний (для теоретичних узагальнень і формування висновків); аналізу та синтезу (для оцінки параметрів розвитку сфери охорони здоров'я); статистичних порівнянь (для дослідження результативності публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я).

Практичне значення результатів дослідження полягає у поглибленні існуючих уявлень про застосування механізмів публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я. Отримані результати можуть використовуватися для розробки органами публічної влади рекомендацій та практичних пропозицій щодо комплексних змін, які мають відбуватися у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні у результаті реалізації низки реформ. Вони стосуються удосконалення кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я, покращення доступу населення до якісних медичних і супутніх послуг, зміни акцентів у реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я на профілактику захворювань серед мешканців ОТГ; підвищення рівня медико-соціальної безпеки пацієнтів і працівників закладів охорони здоров'я тощо.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Розвиток сфери охорони здоров'я як об'єкт публічного управління

Конституцією України визначено загальнодержавним пріоритетом підтримка й відновлення здоров'я громадян. Для забезпечення цього їхнього конституційного права уповноважені органи публічного управління забезпечують розвиток вітчизняної сфери охорони здоров'я – сукупності необхідних заходів різного характеру, спрямованих на зміцнення фізичного, соціального та психічного здоров'я кожного громадянина, підтримання його довголіття і активності життя, надання йому медичних послуг/допомоги у випадку погіршення здоров'я [1]; система заходів, що здійснюються органами державної влади і органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), фізичними особами-підприємцями, які в установленому законом порядку зареєстровані та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, медичними й фармацевтичними працівниками, громадськими об'єднаннями і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя [32].

У сфері охорони здоров'я державний і суспільний інтерес функціонально взаємообумовлені між собою, посилюючи територіальну цілісність держави, стримуючи її послаблення та деградацію [56]. Належну реакцію на загрози сучасного світу здатна дати лише держава, яка спроможна адекватно реагувати на виклики сьогодення. Основою для цього є захист умов життєдіяльності нації, що визначає могутність геополітичного потенціалу держави у світі [20], що,

окрім іншого, передбачає підтримання здоров'я нації на належному рівні.

При цьому слід зважати на таке:

- стан здоров'я населення дуже різниться між країнами;
- багато вагомих чинників, що безпосередньо впливають на здоров'я населення, залежать безпосередньо від політичних рішень;
- здоров'я населення становить один з ключових показників, за яким оцінюється можливість людини реалізувати власні права, а саме – право на охорону здоров'я [11];
- охорона здоров'я включає запровадження низки профілактичних заходів щодо створення відповідних умов збереження здоров'я населення та ефективності/результативності його діагностики, лікування та реабілітації [4];
- гуманітарна спрямованість сфери охорони здоров'я передбачає верховенство медичних результатів над фінансовими – і тому ця сфера дії ринкових стосунків дійсно істотною мірою обмежена;
- необхідне чітке розмежування сегментів охорони здоров'я, де на досягнення найкращих медичних показників повинні бути направлені економічні методи, і сфер, де цього необхідно добиватися адміністративними, суспільними й іншими заходами [45];
- задля підвищення доступності і якості медичних послуг застосовують телемедицину з залученням кваліфікованих (у т.ч. вузькопрофільних) лікарів;
- виклики, що нині постають перед цією сферою у вирішенні медико-соціальних проблем, спонукають держави об'єднуватися у відповідні глобальні та/чи регіональні структури для підвищення власного потенціалу в протистоянні цим викликам [37];
- належні умови для охорони здоров'я, яка детерміновано артикулювала потенціал національної безпеки держави, має бути утверджена належна практика ведення здорового стилю життя, спрямована на збереження буттєвої цінності людини як найвищої структурної складової в ієрархії безпекового функціонування держави, яка щодо сфери охорони здоров'я

демонструє організаційну й інституційну інертність [20].

Національні пріоритети й політична воля керівництва держави (зважаючи на специфіку кожної країни) є визначальними критеріями при формуванні національної системи охорони здоров'я [47]. Але не всі держави належно ставляться до виконання власних соціальних функцій у цій сфері, перетворюючись на політично-нігілістичну «конструкцію», для якої потреби й інтереси населення недооцінені. Водночас, унаслідок глобалізації, державні структури та соціальні інститути, проходять через руйнівний процес своїх ціннісних систем, що може призвести до підриву традиційних пріоритетів держави, що знецінює їх національну політику [58], а також призводить до структурних змін, які мають забезпечуватись не лише національними урядами, а у їхній співпраці з міждержавними інституціями. Але не можна припустити, щоб глобальні інтереси домінували над національними, які, до того ж, можуть характеризуватися ознаками «розпаду», а з тим – певного унеможливлення забезпечення прав і свобод населення на охорону його здоров'я [20].

Варто відзначити, що реальну відповідальність щодо реалізації прав населення на забезпечення належних умов для збереження його здоров'я несуть саме національні уряди [56], а відтак мають зберігаючи свої позиції завдяки реформі традиційної системи національних інтересів [62], що, урешті-решт, знаходить своє практичне втілення у медичних реформах. Означене цілком стосується і Україна, яка зосередилась на такому:

- забезпечення ефективнішого та справедливого розподілу публічних ресурсів у сфері охорони здоров'я;
- докорінна зміна системи фінансування вітчизняної охорони здоров'я;
- підвищення рівня прозорості та підзвітності використання бюджетних коштів, спрямованих на розвиток сфери охорони здоров'я;
- оптимізації мережі ЗОЗ відповідно з реальними потребами населення у медичних послугах/допомозі;
- підвищенню рівня оплати праці лікарів і медичних працівників;
- посилення конкуренції постачальників усіх форм власності на ринку

медичних послуг, а також товарів/послуг медичного призначення;

- реалізація принципу вільного вибору для всіх учасників сфери охорони здоров'я (для пацієнта – лікаря, ЗОЗ, замовника медичних і супутніх послуг);
- покращання якості та доступності медичних послуг/допомоги;
- зменшення розміру неформальних платежів за надану медичну допомогу;
- створення умов для інтеграції приватного сектору до сфери охорони здоров'я [37].

Міра доступності для населення якісних медичних послуг/допомоги в умовах медичної реформи залежить від наявних обсягів фінансування, розвиненості ринку платних медичних послуг, параметрів підготовленості лікарів і медичного персоналу, впровадження сучасних технологій діагностики, лікування та реабілітації, створення адекватної системи менеджменту ЗОЗ [36] – юридичних осіб будь-якої організаційно-правової форми та форми власності чи її відокремлених підрозділів, основним завданням яких є забезпечення населення доступом до медичних послуг/допомоги на основі ліцензії на здійснення медичної практики та професійної діяльності лікарів і медичних працівників [32] – як запоруки їхньої внутрішньої стійкості та спроможності забезпечити сталих темпів подальшого розвитку. Ці цілі можна досягти уповноважені публічні інституції. Сприятливими чинниками впливу на сферу охорони здоров'я та роботу ЗОЗ є формування конкурентного середовища на ринку медичних послуг, низький рівень корупції в цій сфері, висока кваліфікація лікарів і медпрацівників, а також рівень безпеки пацієнтів... [51].

Основним надавачем якісних медичних послуг/допомоги в Україні є ЗОЗ комунальної форми власності, які унаслідок першого етапу реалізації медичної реформи набули статус КНП – юридичної особи, яка використовує принципи автономності та комерціалізації, самостійно встановлює чисельність працівників і штатний розпис, обирає власну організаційну структуру [9], укладає угоди з НСЗУ та іншими суб'єктами господарювання, а також

затверджує переліки платних медичних і супутніх послуг й встановлює ціни на них. Варто відзначити, що КНП – отримали можливість (фактично, змушені) самостійно формувати власні доходи (перш за все, внаслідок різкого скорочення обсягів бюджетного фінансування) і, водночас, вільно розпоряджатися саме власними фінансовими ресурсами, тим самим забезпечуючи традиційне виконання соціальної функції. Тобто має місце зміна пріоритетної функції, що вимагає від керівництва та співробітників КНП нових знань, умінь і навичок, зокрема, щодо здатності швидко пристосовуватися до нових умов господарювання та їхній готовності успішно функціонувати у мінливому конкурентному середовищі.

Запорукою успіху у процесі пристосування КНП до викликів сьогодення неминуче пов'язане з комплексним вирішенням актуальних завдань, а саме: удосконалення організаційно-управлінської структури та розвиток кадрового потенціалу; підвищення рівня якості медичного обслуговування та приведення його до європейських і міжнародних стандартів; підвищення продуктивності та доступності надання медичної допомоги; розширення асортименту медичних і супутніх послуг [27]; забезпечення ефективнішого використання ресурсного потенціалу КНП; приведення реального переліку медичних послуг/допомоги у відповідність потребам населення; впровадження зважених методів і засобів управління розвитком КНП; забезпечення справедливого розподілу бюджетних ресурсів між КНП відповідно до їх можливостей; формування та використання баз даних з релевантною інформацією, використання якої сприяє підвищенню ефективності/результативності публічного управління розвитком КНП [14].

Для забезпечення належного функціонування КНП необхідні відповідні ресурси, задля чого доречно використовувати такі джерела залучення коштів:

- кошти, отримані за договорами з Національної служби здоров'я України (далі – НСЗУ);
- доходи від надання платних медичних і супутніх послуг;
- власні надходження КНП, які (попри господарську самостійність) поки є обмеженими й не є основною статтею для формування власного

бюджету;

- грошові й матеріальні внески відповідного органу місцевого самоврядування (Засновника);
- доходи від продажу цінних паперів;
- капітальні вкладення, необхідні для створення необхідних умов функціонування КНП;
- майно передане Засновником в користування КНП комплекс споруд, що призначений для лікування хворих;
- кошти від благодійних внесків і майно, що надходить безоплатно;
- надходження коштів на виконання програм соціально-економічного розвитку регіону, програм розвитку сфери охорони здоров'я;
- цільові, централізовані кошти МОЗ.

При цьому варто зважати на те, що потреби (витрати), і що важливіше, можливості (доходи) у окремих КНП залежить не лише від його менеджменту, а від локації. У вигіднішому становищі знаходяться КНП у великих містах (мегаполісах) та обласних центрах [31]. Чим більшими є доходи КНП, тим кращими є їхні можливості не лише «покривати» поточні витрати, а й, що важливіше, забезпечувати подальший власний розвиток – збалансоване покращання кількісних і якісних параметрів його діяльності – має істотну значущість (як для окремих суб'єктів господарювання (зокрема, КНП), так і суспільства загалом), а тому цей процес передбачає використання доступних ресурсів, що спрямовані не лише на розбудову матеріально-технічної бази та кадрового потенціалу КНП, розширення ринку доступних та якісних медичних та супутніх послуг, а й на притягнення до відповідальності перед суспільством за результати такої діяльності [51].

Важливим завданням ПМД є забезпечення населення комплексними й інтегрованими послугами з усебічної, безперервної та пацієнт-орієнтованої ПМСД, спрямованої на задоволення потреб населення у відновленні й збереженні здоров'я, профілактику розвитку захворювань, зменшення потреби в ушпиталенні та покращанні якості життя населення [8].

Передусім КНП вирізняються своєю приналежністю до певної ланки сфери охорони здоров'я (загальні, кластерні, надкластерні) та території (міська чи сільська місцевість). При цьому слід зазначити, що КНП у сільській місцевості надають переважно первинну (далі – ПМД) й лише частково – спеціалізовану медичну допомогу.

Параметри розміщення КНП ПМД:

- усталене транспортне забезпечення, необхідність оптимізації витрат на його утримання і на переміщення пацієнтів до лікаря;
- можливість відвідування медперсоналом пацієнтів удома;
- наявність належного кадрового забезпечення надання ПМД;
- традиційність територіального розташування місця надання ПМД;
- відсутність фінансових бар'єрів для населення у процесі відвідування;
- достатня кількість лікарів і медсестер (фельдшерів);
- територіальне розташування відповідно до щільності проживання населення [4];
- спроможність задовольняти запити населення на медичні та супутні послуги;
- гранична потужність має складати в середньому чотири візити до місця надання ПМД на рік на одного мешканця відповідної території планування;
- повинна бути наявна систематична взаємодія окремих надавачів ПМД для забезпечення її доступності для населення [34];
- повинна бути забезпечена доступність ПМД (власне наявність, інклюзивна, фінансова, зручного графіка роботи, комунікаційна) для мешканців відповідної території планування;
- забезпеченість населення транспортом для доїзду до місця отримання ПМД;
- фінансова стійкість мережі [53].

Якщо раніше КНП були «прив'язані» до адміністративних районів;

натомість унаслідок адміністративно-територіальної та медичної реформ – КНП «пов'язують» з відповідними об'єднаними територіальними громадами (далі – ОТГ). У разі формування спроможних мереж надання ПМД на території ОТГ, що створені у межах кількох суміжних районів, спроможна мережа формується в межах району, куди входить найбільша частина території ОТГ.

Щоб гарантувати надання якісної ПМД, медична реформа повинна реалізовуватися з дотриманням принципу децентралізації, тим самим наближуючи населення до якісних медичних послуг/допомоги. При цьому почала формуватися нова модель територіального розвитку з інноваційною системою управління й сучасними економічними відносинами у сфері охорони здоров'я [56].

ПМД населенню надається такими установами, як: медичні центри, до штату яких входять педіатр, терапевт, гінеколог і медичні сестри; міські поліклініки, у штаті яких є різні фахівці; диспансери; спеціалізовані поліклініки; відомчі поліклініки; сільські медичні пункти, у штаті яких перебувають фельдшер і в деяких випадках акушер [1]; амбулаторії групової практики; амбулаторії моно-практики; пункти здоров'я [53].

Зважаючи на неприпустимість збереження наявних масштабів ексклюзії у доступі (особливо соціально менш захищених верств) населення до якісних медичних і супутніх послуг, неможливість учасників цього ринку самостійно подолати наявні протиріччя, а також соціальну значущість гарного здоров'я населення, розвиток сфери охорони здоров'я як загалом, так і на місцевому рівні є об'єктом публічного управління – діяльністю уповноважених органів публічної влади з управління всіма складовими сфери охорони здоров'я задля задоволення потреб населення у збереженні та зміцненні його здоров'я шляхом впливу на процеси у цій сфері національної економіки [39].

Зрештою варто зазначити, що важливою запорукою подальшого розвитку сфери охорони здоров'я є належне застосування відповідних механізмів публічного управління.

1.2 Механізми публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я

Подальший розвиток сфери охорони здоров'я (у т.ч. на місцевому рівні) забезпечують уповноважені органи публічної влади, які в своїй діяльності застосовують відповідні механізми публічного управління – сукупність форм і методів формування, розподілу й використання доступних ресурсів для забезпечення розвитку відповідних галузей/сфер національної економіки (у т.ч. сфери охорони здоров'я) [28], перелік і спосіб використання яких визначається наявними проблемами й доступними ресурсами, необхідними для їх вирішення.

Означений механізм публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я складається з наступних елементів: бачення, місія, мета, цілі, завдання, функції, принципи, суб'єкти, об'єкти, методи та засоби впливу [19].

Баченням публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я на місцевому рівні є створення простору для результативної взаємодії отримувачів і надавачів якісної медичної допомоги.

Місією публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я на місцевому рівні є розбудова й підвищення результативності використання ресурсного потенціалу сфери охорони здоров'я на місцевому рівні як запорука покращання фізичного та ментального здоров'я населення [28].

Метою публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я на місцевому рівні є створення найкращих умов для діяльності лікарів/медперсоналу як запорука підвищення доступності якісних медичних і супутніх послуг для населення та, зрештою, покращання його здоров'я.

Цілями публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я на місцевому рівні є:

- забезпечення стійких темпів розвитку КНП як передумови покращання стану трудових ресурсів ОТГ і подальшої її розбудови;
- надання медичних послуг, лікарських засобів і виробів медичного

призначення, передбачених програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, за рахунок коштів держбюджету;

- забезпечення населення дієвими, якісними й необхідними лікарськими засобами і виробами медичного призначення;

- забезпечення матеріально-технічної бази й інших умов, необхідних для підвищення доступності та якості медичного обслуговування населення.

Завданнями публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я на місцевому рівні є:

- підтримка наукового потенціалу цієї сфери;

- створення сприятливих умов для задоволення потреби населення ОТГ в якісних медичних і супутніх послугах;

- регулювання структурних змін в сфері охорони здоров'я, викликаних рівнем захворюваності населення, економічною, демографічною та політичною ситуацією в країні загалом і на конкретній території;

- розширення публічно-приватного партнерства та здійсненню благодійної діяльності у цій сфері;

- розвиток необхідної телекомунікаційної і транспортної інфраструктури за рахунок застосування авіаційних, водних, автомобільних спеціальних і спеціалізованих санітарних транспортних засобів;

- реалізація національних, регіональних і місцевих програм з медичного обслуговування населення;

- сприяння дієвій просвітницькій роботі серед сільського населення щодо активної соціальної орієнтації на здоровий спосіб життя;

- залучення інвестицій у розвиток ресурсного забезпечення КНП;

- забезпечення участі органів місцевого самоврядування, громадських об'єднань, наукових установ у реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я;

- координація діяльності зацікавлених осіб щодо підвищення доступності медичних послуг;

- розроблення та виконання цільових програм, стратегій, спрямованих

на підвищення доступності якісних медичних/супутніх послуг для населення [29].

До функцій публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я на місцевому рівні окрім «класичних» (економічні, соціальні...), також належать специфічні функції (вирішення проблем, забезпечення розвитку, економічної безпеки, якості медичних послуг, конкурентоспроможності [13], безпечної обстановки в КНП, безпеки клінічної практики [64]), що конкретизують вплив на його діяльність.

Але головною функцією є створення правової основи для комплексного впливу на розвиток цієї сфери на місцевому рівні, а існуюча надмірність функцій держави у забезпеченні медичної допомоги дозволяє налагоджувати стійку систему забезпечення права людини на здоров'я [19].

Принципами публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я на місцевому рівні є:

- ефективне використання обмежених доступних ресурсів [13; 64];
- взаємоповага пацієнтів і медичних працівників; співпраця різних секторів національної економіки;
- справедливе співвідношення «ціна-якість»;
- доступ населення до гарантованого державою пакету медичної допомоги [13];
- ефективна підтримка розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості [47];
- безпечності – створення безпечних умов для персоналу та надання безпечних медичних і супутніх послуг пацієнтам;
- високої якості – прагнення надати найкращу можливу (доступну) медичну допомогу пацієнтам;
- відкритості та конфіденційності – дотримання принципу публічності (звісно, з дотриманням вимог до збереження лікарської таємниці) при взаємодії у ланцюгу «пацієнти – лікарі та медперсонал КНП – його адміністрація – бізнес-партнери – уповноважені органи публічного управління»;

- відповідальності – необхідність обов’язково відповідати за свої дії та чи бездіяльність;
- колегіальності – залучення колективу до прийняття доленосних рішень;
- надійності – спроможність за будь-яких (навіть, форс-мажорних) обставин виконувати свої зобов’язання перед зацікавленими особами;
- пацієнто-орієнтовності – спрямування доступних сил і зусиль на захист інтересів пацієнтів і їх сімей як партнерів в процесі лікування;
- професіоналізму – високий рівень знань, практичного досвіду та професійних навичок, які постійно вдосконалюються;
- рівності – тотожне ставлення до кожної зацікавленої особи, незалежно від статі, віку, національності, мови спілкування, раси, добробуту;
- роботи в команді – вміння поєднувати належне виконання власних посадових обов’язків зі взаємодією з колегами, пацієнтами та їхніми родичами;
- розвитку та інновації – використання оновленої та модернізованої матеріально-технічної бази й безперервного розвитку персоналу задля розширення переліку та підвищення якості доступної медичної допомоги [29].

Суб’єктами публічного управління розвитком сфери охорони здоров’я на місцевому рівні є:

- Управління/Відділи охорони здоров’я районних державних (військових) адміністрацій (далі – РДА/РВА) реалізовує державну політику в сфері охорони здоров’я на місцевому (районному) рівні;
- Управління/Відділи охорони здоров’я міських рад: на базовому рівні – забезпечення надання послуг швидкої медичної допомоги, первинної охорони здоров’я, з профілактики хвороб; на районному рівні – гарантування у надання спеціалізованих медичних послуг; на обласному рівні – надання високоспеціалізованої медичної допомоги; управління ЗОЗ, що належать територіальним громадам або передані їм;
- Департаменти/Управління охорони здоров’я обласних державних (військових) адміністрацій (далі – ОДА/ОВА) – реалізовує державну політику в

сфері охорони здоров'я на регіональному рівні; об'єднує у спільних інтересах територіальних громад на договірній основі бюджетні кошти з коштами КНП; фінансує ЗОЗ; здійснює загальне керівництво ЗОЗ, які належать до сфери її управління, їх матеріально-фінансове забезпечення [30].

Повноваження місцевих органів публічного управління у сфері охорони здоров'я щодо розвитку КНП:

- співфінансування (утримання) суб'єктами співробітництва КНП – інфраструктурних об'єктів; утворення суб'єктами співробітництва спільних КНП – спільних інфраструктурних об'єктів [12];

- встановлення порядку та здійснення контролю за використанням прибутків КНП відповідних ОТГ;

- встановлення тарифів на платні медичні і супутні послуги; забезпечення доступу населення до безоплатних медичних послуг/допомоги на відповідній території ОТГ;

- заслуховування звітів про роботу КНП відповідних ОТГ;

- прийняття рішень про створення, ліквідацію, реорганізацію та перепрофілювання підприємств, установ та організацій КНП;

- управління КНП, які належать територіальним громадам або передані їм, організація їх ресурсного забезпечення; управління майном КНП у межах, визначених органом місцевого самоврядування;

- формування замовлень та укладання договорів на підготовку лікарів і медичного працівників для КНП, організація роботи щодо підвищення їхньої кваліфікації [17];

- фінансування проектів публічно-приватного партнерства у цій сфері, з урахуванням пріоритетів розвитку ОТГ [12; 17];

- впровадження додаткових стимулів задля залучення на роботу в сільській місцевості високо кваліфікованих медичних працівників шляхом запровадження мотиваційних пакетів;

- вирішення в установленому порядку питання про забезпечення медичних і фармацевтичних працівників житлом, службовим транспортом,

належними умовами праці, стаціонарним і мобільним зв'язком, мобільною комп'ютерною технікою й програмними продуктами, професійною літературою та періодичними медичними виданнями, у т.ч. електронними;

– сприяння реалізації заходів із забезпечення доступу закладів охорони здоров'я у сільській місцевості до мережі Інтернет.

Уповноваженим інституціям у цій сфері притаманні такі характеристики:

– здійснення управлінської, виконавчо-розпорядчої діяльності з керівництва КНП відповідно до встановленого для нього профілю та функцій;

– захист прав органу публічного управління охороною здоров'я може бути предметом розгляду судових органів;

– має свою компетенцію (завдання, цілі, функції, права та обов'язки, форми й методи діяльності), закріплену правовими актами;

– права гарантуються конституцією та іншими нормативними актами, а також статутами КНП;

– організаційними гарантами виступають Президент України, органи, що вирішують питання утворення цих органів, органи прокуратури;

– організація або політична установа, частина державного апарату, створювана державою;

– має структуру, територіальний масштаб діяльності [10].

Загалом органи державної влади, органи місцевого самоврядування, заклади охорони здоров'я взаємодіють із громадськістю при вирішенні питань поліпшення медичного обслуговування у сільській місцевості, зокрема вдосконалення мережі закладів охорони здоров'я, що забезпечують медичне обслуговування у сільській місцевості, поліпшення матеріально-технічної бази таких закладів.

Органи публічної влади можуть залучати громадськість до розгляду питань щодо підвищення доступності і якості медичних послуг для населення, зокрема, шляхом проведення громадських слухань за участю жителів відповідної сільської місцевості, конференцій, форумів, круглих столів, зборів, зустрічей (нарад), засідань громадських рад, інших допоміжних органів,

утворених при таких органах. Результати проведення таких заходів враховуються під час прийняття відповідних рішень і в подальшій роботі органів державної влади та органів місцевого самоврядування.

Об'єктами публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я на місцевому рівні є:

- надавачі медичних послуг/допомоги (ЗОЗ);
- споживачі медичних послуг/допомоги (пацієнти).

Адміністративні методи публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я на місцевому рівні – засновані на силі державної влади й включають себе заходи зобов'язань, дозволу та заборони, а також обмежують свободу економічного вибору продуцента послуг охорони здоров'я [47]. При цьому застосовуються такі адміністративні засоби публічного управління:

- видача дозволів на використання нових технологій;
- сертифікація медичних послуг;
- стандартизація медичних послуг;
- проведення системи статистичної звітності;
- атестація лікарів і медпрацівників;
- підготовка й планування необхідної кількості кадрів;
- застосування санкцій; видача ліцензій на здійснення медичної практики;
- регулювання цін на медичні та супутні послуги;
- проведення акредитації лікарняних установ;
- здійснення контролю за діяльністю муніципальної та приватної системи охорони здоров'я;
- розробка та контроль виконання державних програм, які передбачають надання громадянам України комплексу безкоштовних медичних послуг [21].

Економічні методи публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я на місцевому рівні є системою цілеспрямованої взаємодії між уповноваженими органами публічного управління і об'єктами такого впливу,

що передбачає застосування комплексу підходів, методів, засобів і економічних інструментів дослідження та трансформації взаємопов'язаних процесів забезпечення ефективного функціонування ЗОЗ з урахуванням впливу зовнішнього і внутрішнього середовища [42]. При цьому застосовуються такі економічні засоби публічного управління:

- амортизаційна політика;
- інноваційна політики;
- забезпечення фінансування розвитку цієї сфери;
- регулювання фінансових потоків діяльності бюджетної сфери;
- покупка нового устаткування;
- податкова політика та податкові пільги;
- проведення централізованих торгів на поставку медичного обладнання й матеріалів;
- фінансування цільових програм охорони здоров'я [16].

Організаційні методи публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я на місцевому рівні – це прямий/опосередкований вплив на структуру, функції, зовнішню та внутрішню взаємодію постачальників і споживачів не лише медичних і супутніх послуг, а й товарів медичного призначення і послуг для КНП. Це стимулює (а у разі некоректного застосування, стримує) розвиток конкуренції та децентралізацію публічного управління, а також визначають пріоритети для цільового фінансування та запровадження нових організаційних форм господарювання у цій сфері [10]. При цьому застосовуються такі організаційні засоби впливу:

- трансферт інновацій у лікувально-діагностичний процес;
- інтеграційні зв'язки між КНП і профільними науковими та науково-виробничими установами [8].

Правові методи публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я на місцевому рівні все активніше використовуються в умовах обмежених фінансових можливостей держави [41]. При цьому застосовуються такі правові засоби публічного управління:

- створення як нормативно-правової бази, так і правових механізмів реалізації юридичних норм, що регулюють діяльність цієї сфери;
- визначення прав та обов'язків кожного лікаря і медичного працівника щодо охорони здоров'я населення, а також кожної особи (пацієнта) щодо формування, збереження й зміцнення свого власного здоров'я [22].

Соціально-психологічні методи публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я на місцевому рівні дозволяють зменшувати навантаження на бюджет і надають стимулюючу дію на населення для підтримки, зміцнення і збереження свого здоров'я та відповідальності за нього. При цьому застосовуються такі соціально-психологічні засоби публічного управління:

- залучення працівників до управління КНП; корпоративна культура [8];
- надання соціальних гарантій [8; 15];
- забезпечення соціального страхування;
- залучення населення до участі в управлінні цією сферою;
- реалізація державних соціальних програм;
- проведення роз'яснювальної роботи щодо особливостей державної політики щодо розвитку сфери охорони здоров'я;
- розміщення в широкому доступі інформації про діяльність КНП і стан здоров'я населення;
- розвиток телемедицини і методів морального переконання;
- надання інформації про оцінки ефективності/результативності публічного управління розвитком КНП;
- створення можливостей для соціальної адаптації і реабілітації;
- створення взаємних зобов'язань між виробниками і споживачами медичних послуг [12];
- вікове обмеження на продаж алкоголю та цигарок;
- заборона на куріння й вживання алкоголю в громадських місцях;
- інформаційні медичні сайти;
- соціальна реклама [19].

Ресурсно-кадрові методи публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я на місцевому рівні дозволяють здійснювати оптимальне планування та використання ресурсів у процесах надання медичних послуг у межах використання концепції сталого розвитку медичних організацій усіх типів, що уможлиблює визначення їх планової і фактичної потужності з урахуванням прогнозів, й розрахунок необхідного обсягу медичних послуг [46].

Політичні методи публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я на місцевому рівні визначається вищими органами державної влади як стратегічний напрям модернізаційного розвитку цієї сфери на засадах медичної реформи [22].

Конкретні методи публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я на місцевому рівні активне залучення до цього не лише медичних працівників і організаторів охорони здоров'я, але й фахівців інших галузей, органів державного управління і місцевого самоврядування.

Мотиваційні методи публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я на місцевому рівні визначають роль безперервного професійного розвитку лікарів і медпрацівників, рейтингової оцінки кількості та якості їх професійної роботи й внутрішньо-поліклінічного аудиту [33].

Зрештою, наразі сформовано сукупність методів і засобів публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я на місцевому рівні, які у сукупності систему впливу на цей важливий сегмент національної економіки.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СТАНУ РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

2.1 Результативність публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я (на прикладі Миргородської міської територіальної громади Полтавської області)

Миргородська міська територіальна громада (далі – Миргородська МТГ) має сприятливе географічне розташування. Її центром є місто Миргород, місто обласного значення площею 2859,0 га. Перша писемна згадка про місто датована 1575 р. Місто Миргород розташоване на берегах річки Хорол, і має зручне залізничне сполучення завдяки комфортабельному швидкісному «Столичному експресу», що з'єднує міста Київ – Миргород – Полтава – Харків.

За даними Головного управління статистики Полтавської області, на території населених пунктів Миргородської МТГ проживає 54,9 тис. осіб (28,0 % від чисельності Миргородського району), зокрема в м. Миргород – 40,4 тис. осіб, в сільській місцевості – 14,5 тис. осіб. Упродовж останніх років на її території наявні негативні тенденції природного приросту населення. Міграційний його рух має позитивну тенденцію, але загалом це не вирішує проблеми з демографічною ситуацією на цій території, а з тим, окрім іншого – з умовами забезпечення населення якісними медичними послугами.

Миргородщина – курортний центр Лівобережжя України з багатим історичним, рекреаційним, творчим і виробничим потенціалом, який належне використання якого робить миргородців і миргородчанок успішними, а гостей регіону – більшою мірою задоволеними; це екологічна перлина не лише Полтавщини, а й взагалі України. 06 вересня 2011 р. Верховна Рада України прийняла Закон «Про оголошення природних територій міста Миргорода

курортом державного значення».

Органами місцевого самоврядування забезпечується розвиток соціально-гуманітарної сфери життєдіяльності територіальної громади – науки й освіти, охорони здоров'я, фізкультури і спорту, культури та мистецтва.

Відділ охорони здоров'я міської ради (надалі – відділ) є виконавчим органом Миргородської міської ради. Відділ підконтрольний і підзвітний міській раді, а з питань здійснення делегованих повноважень підконтрольний відповідним органам виконавчої влади. Структура та чисельність відділу затверджуються міською радою. Відділу підконтрольні й підзвітні установи, підприємства та ЗОЗ комунальної власності Миргородської ТМГ.

Основними напрямками роботи відділу є:

- реалізація державної політики в сфері охорони здоров'я, санітарного і епідемічного благополуччя населення громади;
- прогнозування розвитку мережі ЗОЗ громади, підпорядкування для нормативного забезпечення населення громади медико-санітарною допомогою;
- контроль за дотриманням законодавства в сфері охорони здоров'я, держстандартів, критеріїв і вимог, направлених на охорону навколишнього природного середовища, санітарно-епідеміологічного благополуччя населення, нормативів і професійної діяльності у сфері охорони здоров'я, стандартів медичного обслуговування;
- організаційне керівництво та здійснення контролю за діяльністю ЗОЗ міського підпорядкування.
- аналіз роботи суб'єктів комунальної власності, які надають платні медичні та фармакологічні послуги на території міста;
- організація та проведення перевірок у підвідомчих ЗОЗ по всіх напрямках їх діяльності в межах наданих повноважень;
- контроль за наданням медико-санітарної допомоги населенню громади;
- подання пропозицій до проєктів програм соціально-економічного розвитку громади та проєктів місцевих бюджетів;

- сприяння впровадженню в практику роботи ЗОЗ міського підпорядкування нових високоефективних форм і методів роботи;
- розгляд звернень громадян в межах повноважень відділу;
- забезпечення охорони життя, здоров'я та захисту прав учасників надання медичних послуг в ЗОЗ громади.

- забезпечення відповідно до закону розвитку всіх видів медичного обслуговування, розвитку й вдосконалення мережі ЗОЗ усіх форм власності, визначення потреби та формування замовлень на кадри для цих закладів, укладення договорів на підготовку спеціалістів, організація роботи щодо удосконалення кваліфікації кадрів.

- забезпечення відповідно до законодавства пільгових категорій населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення.

Відділ при виконанні покладених на нього завдань взаємодіє з органами виконавчої влади, відділами, управліннями, структурними підрозділами Миргородської міської ради, депутатами, постійними комісіями, іншими органами утвореними міською радою, підприємствами, установами, організаціями незалежно від форми власності, об'єднаннями громадян; одержує від них в установленому порядку інформацію, документи, статистичні дані та інші матеріали, необхідні для виконання покладених на нього завдань.

Одночасно в Україні проведена адміністративно-територіальна реформа. Відповідно до Закону України «Про добровільне об'єднання територіальних громад» утворені нові суб'єкти (об'єднані територіальні громади), а постанова Верховної Ради України від 17 липня 2020 р. «Про утворення та ліквідацію районів» завершила процес змін до адміністративно-територіального устрою, зменшивши кількість районів майже в чотири рази.

Це надало нові можливості місцевому самоврядуванню у здійсненні своїх повноважень у сфері охорони здоров'я. З'явилися реальні важелі впливу для ефективної реорганізації застарілої мережі лікарень, забезпечення ефективного розвитку ЗОЗ і працюючого медичного персоналу, запровадження місцевих програм в сфері охорони здоров'я. З метою визначення спроможної мережі ЗОЗ

в регіонах України Кабінетом Міністрів України була прийнята постанова від 28 лютого 2023 р. № 174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я», яка передбачає оновлення підходів до визначення госпітальних округів та впровадження сучасних підходів до формування мережі ЗОЗ. Начальником ОВА видано розпорядження від 28 лютого 2023 р. № 185 «Про створення робочої групи щодо визначення спроможної мережі ЗОЗ Полтавського госпітального округу».

ЗОЗ отримали від НСЗУ за надані послуги відповідні суми, з них 20,7 % пішло на фінансування ПМД, 9,1 % – на екстрену медичну допомогу, 11,2 % – на медичну допомогу дорослим і дітям в амбулаторних умовах, біля 0,8 % – на медичну допомогу при пологах, 0,9 % – на медичну допомогу при гострому мозковому інсульті, 0,4 % – на лікування гострого інфаркту міокарду. На організацію діяльності хірургічних стаціонарів було відшкодовано більше 17,3 % від загальної суми отриманих коштів, а для надання медичної допомоги дорослим і дітям без проведення хірургічних операції – біля 20,8%. На фінансування медичної реабілітації було витрачено 0,6 % від суми відшкодування НСЗУ.

Миргородська МТГ має істотний рекреаційний потенціал – придатні для цього землі займають 130,9 га (4,58 % від загальної площі земель). Тут також наявна велика кількість угідь (лісів, луків...), які багаті на ягоди гриби, а також придатні для організації мисливства, рибальства й інших форм турботи про здоров'я населення. На окрему вагу заслуговує курорт мінеральних (лікувальних) вод (ЗАТ «Миргородкурорт», до складу якого входять 4 санаторії різних профілів («Березовий гай», «Миргород», «Полтава», «Хорол»); санаторії «Слава» (для інвалідів війни та праці Мінпраці); ім. М.В. Гоголя (Державної адміністрації залізничного транспорту Південної залізниці); медичний реабілітаційний центр «Миргород» (МВС України); «Райдужний»), в яких одночасно можуть оздоровитися понад 5 тис. пацієнтів [38] як з різних регіонів України, так і з близького та далекого зарубіжжя (принаймні, у мирні часи).

На території Миргородської МТГ розташовані такі ЗОЗ: Центральна

районна лікарня (далі – ЦРЛ), Центр ПМСД і такі його структурні підрозділи: 19 АЗПСМ, 9 пунктів здоров'я, 6 ФАПів. Відсутні будь-які ЗОЗ обласного підпорядкування. Так, комунальне некомерційне підприємство «Миргородська лікарня інтенсивного лікування» Миргородської міської ради (КНП «МЛІЛ» ММР») є кластерним. До її складу входять наступні структурні підрозділи:

- акушерсько-гінекологічне відділення;
- бактеріологічний відділ;
- відділення по наданню офтальмологічної та отоларингологічної допомоги;
- відділення анестезіології з ліжками для інтенсивної терапії;
- дитяче відділення;
- інфекційне відділення;
- гінекологічне відділення;
- зубопротезна лабораторія;
- кабінет по проведенню обов'язкових профілактичних наркологічних оглядів;
- кабінет по проведенню обов'язкових попередніх і періодичних психіатричних оглядів;
- кардіологічне відділення; діагностично-лікувальне відділення;
- рентгенологічне відділення;
- операційний блок;
- клініко-діагностична лабораторія;
- неврологічне відділення;
- приймальне відділення;
- пологове відділення;
- паліативне відділення для надання допомоги онкологічним хворим;
- поліклінічне відділення для дітей;
- поліклінічне відділення для дорослих;
- стоматологічна поліклініка;
- терапевтичне відділення;

- урологічне відділення;
- хірургічне відділення.

Упродовж 2022-2023 рр. ЗОЗ, що розташовані на території Миргородської МТГ, мали місце наступні тенденції:

- чисельність наявних лікарів зросла з 438 до 450 осіб;
- забезпеченість населення лікарями зросла з 22,35 до 22,96 осіб на 10 тис. населення, що є одним з найгірших показників по Полтавській області;
- чисельність молодших спеціалістів з медичною освітою скоротилася з 1096 до 1091 осіб;
- забезпеченість населення молодших спеціалістів з медичною освітою скоротилася з 55,93 до 55,67 осіб на 10 тис. населення, що є одним з найкращих показників по Полтавській області;
- потужність амбулаторно-поліклінічних установ (відвідування в зміну) склала 1966 загалом, і у т.ч. ЦРЛ – 755, Центри ПМСД – 1211;
- забезпеченість населення лікарями відповідної спеціалізації (осіб у розрахунку на 100 тис. населення): а) *порівняно найкращі показники*: лікарі загальної практики – сімейні лікарі – 4,46; терапевти – 2,55; лікарі з організації і управління охорони здоров'я – 2,42; анестезіологи – 2,32; акушери-гінекологи – 2,16; хірурги – 2,07; невропатологи – 1,52; медицини невідкладних станів – 1,27; б) *порівняно гірші показники*: імунологи – 0,00; лаборанти-генетики – 0,01; кардіоревматологи дитячі, психотерапевти, торакальні хірурги, трансфізіологи – 0,03; генетики – 0,04; проктологи – 0,05; пульмонологи – 0,06;
- лише лікарі дитячих різних спеціалізацій на 100 % пройшли атестацію, тоді як серед переважної більшості лікарів інших спеціалізацій атестованими є 50-99 % фахівців; найгірша ситуація серед лікарів загальної гігієни – 15,4 %, психотерапевти – 25,0 %; епідеміологи, дезінфекціоністи, паразитологи – 41,7 %; означене обумовлено «дозволом» відтермінування цієї процедури на час продовження військового стану;
- кількість незайнятих ліжок скоротилася на 171,6 (у 2,65 рази);
- відвідування в ЗОЗ (у розрахунку на 1 жителя) на амбулаторно-

поліклінічному прийомі скоротилася з 6,3 до 5,7 осіб;

- відвідування вдома (у розрахунку на 100 жителя) скоротилася з 19,3 до 18,3 осіб;

- попри збереження кількості ЗОЗ, має місце скорочення на 9 числа ліжок у денних стаціонарах при амбулаторних ЗОЗ, що автоматично позначилося на зниженні на 0,5 забезпеченості населення ліжками; зросла як абсолютна (на 4888 (37,3 %)), так і відносна (на 234,6 (35,1 %)) кількість пролікованих хворих;

- збільшилося навантаження на денні стаціонари: на 734 (16,6 %) та 37,6 (16,7 %) зросла абсолютна та відносна кількість пролікованих хворих;

- середнє число днів зайнятості ліжка зросло на 74,7 (33,8 %); порівняно найбільший рівень цього показника (понад 400 днів) має місце в відділеннях як для дорослих (алергологічні, гнійні хірургічні, нейрохірургічні, ревматологічні, опікові, стоматологічні), так і дітей (ортопедичні, педіатричні (соматичні));

- обіг ліжка зросло на 7,1 (24,7 %); порівняно найбільший рівень цього показника (понад 50) має місце в відділеннях як для дорослих (кардіохірургічні, ревматологічні, стоматологічні), так і дітей (гастроентерологічні, ортопедичні, педіатричні (соматичні), ендокринологічні, кардіоревматологічні, неврологічні, нейрохірургічні, стоматологічні, урологічні, хірургічні);

- середня тривалість перебування хворого на ліжку зросло на 0,5 (6,5 %); порівняно найбільший рівень цього показника (понад 10 днів) має місце в відділеннях як для дорослих (відновного лікування, гастроентерологічні, дерматовенерологічні, нейрохірургічні, опікові, психіатричні, радіологічні, паліативної допомоги, туберкульозні), так і для дітей (відновного лікування, паліативної допомоги, психіатричні);

- кількість операцій (з розрахунку на 10 тис. населення) зросла на 155,86 (25,5 %); найбільшу частку складають операції на нервовій системі, органах дихання, органах травлення та черевної порожнини, серці;

- число первинно визнаних інвалідами осіб збільшилося на 264

(37,9 %), що почасти обумовлено наступними захворюваннями: новоутворення, травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників, хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини, хвороби нервової системи, хвороби системи кровообігу;

– результатами діяльності рентгенологічного відділення (кабінету), включаючи профілактичні дослідження, має місце таке: скорочення загального числа таких досліджень на 2583 (2,7 %); зростання кількості рентгенологічних досліджень на один діючий апарат на 29 (1,5 %) та їх скорочення з розрахунку на одну зайняту посаду лікаря-рентгенолога на 178 (2,7 %);

– більш затребуваними стали ендоскопічні дослідження: їх загальна кількість зросла на 1222 (34,7 %), що, відповідно, позначилося на зростанні кількості таких досліджень з розрахунку на один діючий апарат (на 65 (25,9 %)) та на одну зайняту посаду лікаря-ендоскопіста (на 181 (16,7 %)); 92,7 % таких досліджень припадає на езофагогастродуоденоскопію;

– загальна кількість проведених процедур кабінетом ЛФК скоротилася на 109 (0,2 %); кількість таких процедур з розрахунку на одну особу, яка закінчила лікування, зросла на 0,6 (7,0 %); при цьому кількість таких процедур з розрахунку на 100 відвідувань в поліклініці, включаючи хворих вдома та на одного стаціонарного хворого, скоротилася у 18,5 та 5,5 разів, відповідно;

– загальна кількість флюорографічних (профілактичних) обстежень населення скоротилася як у абсолютних (на 3164 (17,7 %)), так і у відносних (з розрахунку на 1 тис. дорослого населення) (на 1,86 (17,6 %));

– загальна кількість проведених процедур фізіотерапевтичного відділення (кабінету) зменшилася на 6522 (4,6 %); водночас, їх кількість з розрахунку як на одну особу, яка закінчила лікування, зросла на 3,2 (18,1 %), тоді як на 100 відвідувань в поліклініці, включаючи хворих вдома зросла 1,5 (20,3 %); з розрахунку на одного стаціонарного хворого залишилася незмінною (1,7);

– у результаті діяльності відділення (кабінету) ультразвукової діагностики має місце зменшення як загальної кількості таких досліджень на

4529 (0,8 %), так і кількості УЗД з розрахунку на один діючий апарат на 325 (12,5 %) й на одну зайняту посаду лікаря-УЗД на 1239 (15,9 %);

– загальна кількість проведених лабораторних аналізів зросла на 446590 (24,4 %); при цьому цей показник з розрахунку: на одну особу – збільшився на 2,3 (24,7 %), на 100 відвідувань в поліклініці (включаючи хворих вдома) – зросло на 26,2 (31,2 %), на одного стаціонарного хворого – скоротилася на 3,1 (8,8 %); питома вага аналізів, зроблених в поліклініці (включаючи хворих вдома), від загальної кількості зросла на 3,2%;

– летальність скоротилася на 0,5 (15,2 %); порівняно найбільший рівень цього показника (понад 1) має місце в відділеннях для дорослих (неврологічні, нейрохірургічні, паліативної допомоги, терапевтичні, туберкульозні); основними причинами смертності є хвороби системи кровообігу (64,5 %), новоутворення (10,7 %), зовнішні причини смерті (3,9 %);

– з розрахунку на 1000 народжених живими і мертвими маємо такі показники: смертність дітей віком до 1 року – 4,5; мертвонароджуваність – 3,3; перинатальна смертність – 3,3; неонатальна смертність – 2,2; розподіл померлих дітей віком до 1 року за окремими причинами смерті: окремі стани, що виникають у перинатальному періоді (45,5 %), природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (31,8 %); мав місце лише один факт материнської смертності.

Наявні тенденції щодо розвитку сфери охорони здоров'я на території Миргородської МТГ цілком кореспондується з ситуацією у цій сфері в Полтавській області загалом (табл. 2.1).

01 серпня 2023 р. Полтавська ОВА затвердила план Спроможності мережі закладів охорони здоров'я Полтавського госпітального округу. Лікарні в області поділили на загальні, кластерні та надкластерні, зокрема у Миргородському районі: КНП «Гадяцька міська центральна лікарня» та КНП «Лікарня інтенсивного лікування Миргородської міської ради» відносяться до кластерної мережі; КНП «Лохвицька міська лікарня» відноситься до загальної мережі; КНП Великобагачанська центральна лікарня» і КНП «Шишацька

лікарня планового лікування» знаходяться поза спроможною мережею. Усі зазначені заклади забезпечені генераторами у разі виникнення необхідності працювати в умовах блекауту.

Таблиця 2.1 – Основні показники діяльності ЗОЗ Полтавської області

	2010 р.	2015	2020	2021	2022	2023
Число лікарняних закладів	110	67	54	54	51	50
Загальне число ліжок	12459	11818	9991	9414	9130	9194
Забезпеченість на 10 тис. населення	84,2	82,6	73,3	70,0	68,0	68,5
Середнє число днів зайнятості ліжка	316,6	296,7	186,8	195,6	218,6	279,5
Середнє перебування хворого на ліжку	12,0	11,0	9,0	8,8	8,2	8,5
Госпіталізація на 100 жителів	22,2	22,1	14,9	15,9	18,0	22,4
Число закладів, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу	316	109	98	101	100	101
Число відвідувань на 1 жителя	9,7	10,6	6,5	7,1	6,8	7,2
Число амбулаторно-поліклінічних закладів, які мають денні стаціонари	266	73	63	62	59	57
Число ліжок в денних стаціонарах	2251	2351	2156	1871	1684	1458
зокрема на 10 тис. населення	15,2	16,4	15,8	13,9	12,5	10,9
Проліковано хворих в денних стаціонарах	74009	83551	52070	43684	45345	46983
зокрема на 10 тис. населення	498,1	581,8	379,7	322,6	337,5	349,7
Кількість викликів швидкої медичної допомоги	469662	350469	238229	263323	228723	242498
зокрема на 1000 населення	313,2	243,2	172,7	193,1	170,1	180,4
Загальна чисельність лікарів	6582	6421	5887	5795	6065	5949
Забезпеченість на 10 тис. населення	44,5	44,9	43,2	43,1	45,2	44,3
Загальна чисельність середнього медичного персоналу	14375	13476	10911	10523	10124	9854
Забезпеченість на 10 тис. населення	97,1	94,2	80,0	78,3	75,4	73,4

Стратегічні цілі розвитку госпітального округу безпосередньо пов'язані зі змінами, які наразі відбуваються в Україні. У 2018 р. було прийнято Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», що започаткувало докорінні зміни у сфері охорони здоров'я України. Це, перш за все, запровадження державного гарантованого пакету медичної допомоги та принципу «гроші ходять за пацієнтом». У квітні 2020 р. відбувся перехід від утримання мережі медичних закладів за рахунок державної медичної субвенції до стратегічної закупівлі послуг у ЗОЗ. Пакети медичної допомоги, гарантовані державою, визначаються, виходячи з пріоритетів охорони здоров'я та в обсязі, що може бути профінансований з держбюджету.

ЗОЗ комунальної власності були перетворені на автономні суб'єкти господарської діяльності (КНП), що наразі отримують оплату за надану пацієнтам медичну допомогу. Запрацювала електронна система охорони здоров'я. Уряд України підтримав модернізацію мережі опорних ЗОЗ, перелік яких було затверджено на початку 2020 р. Зокрема, в рамках державної програми «Велике будівництво» проведено роботу з реконструкції та оснащення відділень невідкладної медичної допомоги тощо.

Задля забезпечення подальшого розвитку інфраструктури профілактики й лікування захворюваності на території Миргородської МТГ (відповідно до комплексної програми «Здоров'я громади») передбачено такі заходи:

- проведення інформаційно-просвітницьких кампаній щодо попередження захворювань і переваг здорового способу життя серед мешканців Миргородської МТГ;
- підвищення рівня знань, вмінь і навичок серед мешканців Миргородської МТГ щодо управління здоров'ям;
- проведення моніторингу та аналізу стану здоров'я населення;
- проведення щорічного безкоштовного обстеження учнівської молоді у співпраці з КНП Миргородської МТГ;
- постійне оновлення матеріально-технічної бази КНП Миргородської МТГ і забезпечення їх необхідними базовими медпрепаратами [44].

Зрештою слід зазначити, уповноважені органи публічного управління на території Миргородської МТГ здійснюють необхідні заходи, що забезпечують функціонування сфери охорони здоров'я. Проте фактична результативність такого впливу залишається недостатньою, що пов'язано з існуючими проблемами з у цій сфері.

2.2 Проблеми забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я

Наявні параметри розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я навряд чи можуть влаштувати як населення, так й політиків і керівників уповноважених органів публічного управління щодо процесу та результатів медичної реформи.

Для належного реагування на наявні виклики (у т.ч. пов'язані з медичною реформою) необхідні відповідні зміни керівництва КНП в сільській місцевості. Проте донині його директори, на відміну від менеджерів інших галузей/сфер національної економіки, недостатньою мірою розуміють необхідність (а тому не докладають належних зусиль і не виділяють достатніх ресурсів) процесу формування та розвитку кадрів КНП, що полягає в професійному плануванні якісного і кількісного складу персоналу, підборі, відборі, розстановці, адаптації, підготовці/перепідготовці (за необхідності) та оцінюванні персоналу КНП [5].

Однією з найскладніших у всьому світі вважають саме медичну реформу, оскільки успішність її реалізації передбачає сталу обґрунтовану політичну позицію уряду й залежить від багатьох економічних, демографічних, соціальних та інших чинників, а також узгодженості дій на різних рівнях публічного управління. Ба більше, наявні заходи (зокрема, у межах медичної реформи) обмежують можливості КНП у придбанні сучасного обладнання та впроваджувати у медичну практику інноваційні технології, знижують суспільний статус лікарів і медпрацівників та якість їхньої фахової підготовки й збільшують їхню внутрішню/зовнішню міграцію [47]. При цьому має місце

доволі чітка закономірність: стан КНП значною мірою залежить не лише від менеджменту та колективу КНП, а й від зваженого та послідовного публічного управління сферою охорони здоров'я, яке мінімізує ризики (фактично, негативні наслідки) медичної реформи [31].

Проведені узагальнення дозволили виокремити наступні проблеми, що ускладнюють/унеможливають розвиток сфери охорони здоров'я:

- дефіцит навичок вирішувати наявні проблеми, а також домагатися від роботи підлеглих бажаного результату;
- наявність неконкретизованих особистісних цінностей і брак творчого підходу до менеджменту та публічного управління;
- нездатність формувати дружній колектив;
- відсутність вмінь впливу на лікарів і медперсоналу, а також навчати підлеглих, що має негативний вплив на їхню «адаптацію» до медичної реформи та запускає стартовий механізм для формування інших обмежень;
- недостатність розуміння особливостей праці менеджерів;
- низька умотивованість до саморозвитку фахівців сфери охорони здоров'я;
- розмитість особистісних цінностей [24];
- відсутність внутрішньо узгодженої системи лікування та оздоровлення населення;
- тотальний брак висококваліфікованих лікарів і медперсоналу;
- неврахування факторів, що створюють загрози здоров'ю населення [59];
- інвестиційна непривабливість КНП через відсутність гарантій збереження коштів, не кажучи вже про можливість отримання прибутків [26];
- фрагментарність фінансових ресурсів сфери охорони здоров'я;
- неефективний захист населення від ризиків, пов'язаних з додатковими витратами на отримання медичної допомоги [52];
- невідповідність «ціна – якість» на медичні та супутні послуги;
- відсутність цивілізованої конкуренції на ринку медичних послуг;

- недостатність рівня кваліфікації лікарів і медперсоналу;
- дефіцит гарантованих пакетів медичних послуг, доступних кожному громадянину;
 - слабка співпраця різних секторів економіки, організацій та служб в інтересах широких верств населення [51];
 - низький рівень персональної відповідальності суб'єктів та об'єктів публічного контролю [50];
 - недостатня державна підтримка трансформаційних процесів у вітчизняній сфері охорони здоров'я;
 - невпорядкованість нормативно-правової бази та ієрархії розподілу функцій і повноважень суб'єктів публічного контролю;
 - обмеженість фінансових та організаційних ресурсів;
 - наявність істотного спротиву окремих представників сфери охорони здоров'я необхідним змінам (передусім, у межах медичної реформи);
 - недостатність рівня фаховості й відсутність відповідної освіти менеджерів КНП (особливо у сільській місцевості) [40];
 - відсутність координації діяльності з боку місцевих органів публічної влади у межах їхньої співпраці з ПМД і спеціалізованими лікарнями;
 - відсутність галузевого законодавства й відомчих галузевих нормативно-правових актів на місцях, прийняття локальних документів, що розширюють й спотворюють галузеве законодавство;
 - недостатність співпраці й обміну досвідом з провідними іноземними лікарнями відповідної спеціалізації (профілю);
 - недостатня увага з боку органів публічної влади щодо розвитку транспортної та соціальної інфраструктури;
 - удосконалення діяльності органів публічного управління розвитком охорони здоров'я на регіональному рівні [31];
 - недосконалість і декларативність системи забезпечення ліками (навіть попри розвиток механізму реімбурсації) [2];
 - поширення особливо небезпечних й інших епідеміологічних

захворювань (ВІЛ/СНІД...);

- відсутність координації у сфері охорони здоров'я;
- поширення важких (у т.ч. хронічних) неепідеміологічних захворювань (серцево-судинних, онкологічних, спадкових) [20];
- низький рівень доступності до якісних медичних послуг [2; 65];
- відсутність дієвих механізмів стимулювання менеджменту, лікарів і медперсоналу у підвищенні результативності їхньої діяльності;
- незбалансованість ресурсів й обсягів допомоги;
- екстенсивний шлях розвитку сфери охорони здоров'я [38];
- дисбаланс кадрового і матеріально-технічного забезпечення й ліжкового фонду різних кластерів сфери охорони здоров'я для окремих нозологій;
- невідповідність національної системи підготовки медичних кадрів потребам регіональної сфери охорони здоров'я;
- недостатня розвиненість і забезпеченість системи диспансеризації, а також медичної реабілітації;
- істотна поширеність поведінкових (недостатня рухова активність, зловживання наркотиками, незбалансоване харчування тощо) та біологічних факторів ризику неінфекційних захворювань (гіпертонія, гіперхолестеринемія);
- недостатня забезпеченість спеціалізованою (паліативною) медичною допомогою невиліковним пацієнтам;
- низька вмотивованість населення до ведення здорового способу життя;
- недостатня профілактична активність, спрямована на своєчасне виявлення захворювань, патологічних станів і факторів, що їх обумовлюють;
- відсутність належної культури та недостатність сприятливих умов для ведення здорового способу життя широким загалом населення;
- диспропорції щодо територіального розміщення КНП;
- заполітизованість питання медичної реформи;
- нестабільна соціально-економічна, політична і епідеміологічна

ситуація;

- істотна моральна застарілість та високий рівень фізичного зношення матеріально-технічної бази більшості КНП;
- надмірний рівень декларативності публічно-управлінських рішень;
- недостатність міри організації роботи з профілактики захворювань;
- недостатність фінансування вітчизняної сфери охорони здоров'я;
- суперечливість, нечіткість і розпорошеність нормативно-правової бази щодо розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я; правові колізії;
- слабкість громадських інститутів публічного контролю за сферою охорони здоров'я [49];
- відсутність прозорого та зрозумілого для широкого загалу зв'язку між обсягом та якістю медичної допомоги, і обсягом фінансування КНП;
- недосконалість правових і соціальних норм щодо забезпечення конкуренції стосовно надання медичних послуг у рамках реалізації Програми державних гарантій безоплатного надання громадянам медичної допомоги;
- недостатність довіри пацієнтів до лікарів і медперсоналу;
- консервація застарілих процедур організації медичного обслуговування пацієнтів в КНП;
- складність і витратність забезпечення необхідною медичною допомогою частини населення краю через недосконалу систему розселення та складну транспортну доступність окремих населених пунктів;
- збереження проблеми абсолютного (кількісного, якісного) й структурного дефіциту кадрів для сфери охорони здоров'я;
- недостатня координація діяльності медичних установ і лікарів на різних етапах надання медичної допомоги;
- висока поширеність поведінкових факторів ризику захворювань; орієнтація на лікування захворювань, а не на їх запобігання;
- надмірне навантаження на стаціонарну допомогу при відносно слабкому розвитку первинної, реабілітаційної, медико-соціальної допомоги;
- недостатня розвиненість механізмів публічно-приватного

партнерства в сфері охорони здоров'я;

- низька ефективність/результативність використання медичного обладнання, в т.ч. у результаті нестачі підготовлених кадрів;
- нерозвиненість системи медичного страхування;
- адміністративні бар'єри для участі приватного сектора охорони здоров'я у виконанні державного замовлення та демографічна криза [62].

Водночас, не можна оминати увагою ті проблеми, що ускладнюють розвиток КНП, а саме:

- географічна віддаленість від спеціалізованих і високоспеціалізованих закладів охорони здоров'я;
- невідповідність матеріально-технічної бази сучасним вимогам надання медичної допомоги;
- недостатнє транспортне забезпечення;
- незадовільний стан покриття доріг місцевого значення;
- низька мотивація медичного персоналу й небажання працювати у сільській місцевості [27];
- байдуже (пасивне) ставлення населення до власного здоров'я;
- брак фінансових ресурсів для стимулювання персоналу КНП;
- дефіцит лікарів високої кваліфікації;
- дорожнеча та тривалий термін окупності витрат сучасного обладнання;
- збідніння широких мас і скорочення частки заможного населення;
- масштабна внутрішня та зовнішня міграції лікарів і медперсоналу, та пацієнтів;
- недостатнє фінансування державних, регіональних і місцевих цільових програм;
- недостатність сучасного лікувально-діагностичного обладнання;
- низька інвестиційна привабливість КНП;
- низька умотивованість персоналу КНП до власного професійного розвитку та продуктивнішої праці;

- підвищення конкуренції на ринку медичних послуг;
- повномасштабна військова агресія РФ;
- поганий стан автомобільних доріг;
- пошкодження та/або руйнування значної кількості приміщень КНП унаслідок бойових дій та обстрілів;
- погіршення епідеміологічної ситуації унаслідок пандемії COVID-19;
- старіння нації.

Серед ключових викликів госпітального сектору можна виокремити:

- недостатню ефективність використання наявних ресурсів ліжкового фонду (завищена пропозиція ліжкового фонду, надмірна тривалість перебування у відділенні тощо);
 - брак рівного доступу до сучасних технологій діагностики та лікування у закладів, що надають відповідну послугу;
 - недостатньо розвинений сектор надання амбулаторних послуг;
 - відсутність повноцінної системи моніторингу безпечності та якості надання медичної допомоги.

У цілому відчувається брак медичних кадрів. Разом з тим мають місце структурні диспропорції у забезпеченості лікарями та медичними сестрами залежно від таких параметрів як місто або сільська місцевість, амбулаторна або стаціонарна медична допомога, первинна або спеціалізована медична допомога та розподіл фахівців всередині спеціалізованої допомоги.

Більшість КНП, попри свою нібито загальну подібність (свого часу їхнє бюджетне фінансування відбувалась на загальних засадах тощо), все ж є неподібними між собою за наявним ресурсним потенціалом та ефективністю (результативністю) його використання. При цьому фактично всі КНП потребують ремонту (у т.ч. капітального) приміщень і обладнання, а також істотної модернізації обладнання та інструментарію, оскільки без цього неможливо забезпечити доступ населення до якісних медичних послуг. Проте ситуація ускладнюється дефіцитом власних коштів (поточних доходів), небажанням/неможливістю власників (органів місцевого самоврядування),

низькою інвестиційною привабливістю КНП (зокрема, зважаючи як на їх статус некомерційного, так і на їхню територіальну приналежність).

Отож медична реформа створила нові можливості, але фактичні результати залишаються далекими від бажаних, що обумовлено наявністю допоки невирішених проблем (породжені як внутрішніми, так і зовнішніми чинниками) політичного, епідеміологічного, соціального та економічного походження. Без вирішення наявних проблем неможливо розраховувати на збереження функціональності наявної сфери охорони здоров'я (у т.ч. на місцевому рівні), а з тим – на підтримання на прийнятному рівні параметрів здоров'я усіх верств населення.

РОЗДІЛ 3

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо розвитку сфери охорони здоров'я

Глобальний ринок медичних послуг і національні системи охорони здоров'я (особливо у розвинених країнах світу) знаходяться у певній динаміці щодо власного розвитку, що обумовлено, як зазвичай, впливом, численних внутрішніх і зовнішніх факторів. Певні зміни мають місце і в Україні. Для оптимізації цього процесу необхідно спочатку вивчити передові практики у цій царині, а потім виокремити ті з них, що є потенційно найбільш прийнятними саме для подальшого використання (після належної адаптації до конкретної ситуації/території) на теренах України. При цьому передусім слід звернути увагу на ті країни, які за своїми політичними, економічними, соціальними й іншими умовами подібні до України, а також саме на той досвід (зокрема механізми публічного управління), який може найбільш корисним для подальшого розвитку національної сфери охорони здоров'я.

Для початку акцентуємо увагу на досвіді акредитації. Задля цього урядом Чехії створено Єдиний комітет з акредитації із включенням до його складу не тільки представників державних органів управління розвитком сфери охорони здоров'я, але й представників медичної громадськості – членів незалежних лікарняних асоціацій. Водночас, в Португалії акредитаційні комісії створені на рівні адміністративно-територіальних одиниць [6]. Цей процес здійснюється за стандартами ISQua – організації, що об'єднує незалежні організації з різних країн, які оцінюють та клінічні аспекти діяльності ЗОЗ і медичних працівників на підставі власних розроблених стандартів [63]. У Великобританії успішно діє

приватна незалежна компанія QHA Trent, яка об'єднує визнаних клініцистів та інших експертів, що працюють у різних секторах сфери охорони здоров'я, і повністю незалежною від Національної служби охорони здоров'я. Її (QHA Trent) стандарти розподілені за трьома основними групами: загальні, специфічні (клінічні напрями), додаткові. Процедура акредитації може тривати декілька місяців і проходити до 20 послідовних стадій. Відтак, система міжнародних стандартів якості медичної допомоги (ISQua, QHA Trent...) зосереджені на потребах і безпеці пацієнта, а саме: на спроможність ЗОЗ забезпечувати найвищий з можливих рівень якості медичних послуг, а також знаходити та утримувати найбільш кваліфікований персонал, функціонувати у складних і непередбачуваних умовах, попереджувати ризики та миттєво на них реагувати [4]. Задля вдосконалення чинної системи акредитації ЗОЗ полягають у передачі від державних органів влади до неурядових професійних організацій повноважень по проведенню акредитації за стандартами, що відповідають міжнародним схемам акредитації, і які спрямовані, передусім, на вивчення процесів надання медичних послуг в ЗОЗ з визначенням рівня забезпечення потреб і безпеки пацієнтів [7]. Також доцільно внесення зміни до чинного законодавства України в частині залишення за ЗОЗ акредитації без попереднього їх ліцензування, яке слід запровадити тільки для професійної діяльності медичних працівників (лікарів) [47].

Якщо виокремлювати цікаві практики інституціонального забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я, то слід звернути увагу на досвід США, де Управління медичних ресурсів і послуг має за мету: забезпечення лідерства й фінансової підтримки постачальникам медичних послуг у віддалених сільських громадах, які не є застрахованими фінансування розвитку сільської медицини; [49]; підтримка загальнонаціональних мереж клінік і мобільних медичних фургонів, що надають медичні послуги незастрахованим особам; фінансування проєктів з підвищення ефективності/результативності діяльності сільських лікарень (особливо малих, тобто тих, де менше ніж 200 ліжок) [43]. Також не лише приватні страхові компанії, а й держава активно підтримують усі

ініціативи, що спрямовані на поширення моделі надання медичних послуг за принципом «медичний будинок, орієнтований на пацієнта». При цьому важливим є й інші принципи: пацієнт є провідною фігурою для сімейного лікаря; пацієнт має отримувати медичну допомогу, що є доступною, безперервною та сфокусованою виключно на його потреби; артикуляція зусиль та ресурсів на профілактиці та ефективності/результативності лікування, так і усунення невиправданих витрат і підвищення ролі самих пацієнтів [14].

Проте попри комплекс вдалих управлінських рішень у цій сфері, майже у всіх (передусім, західноєвропейських) країнах світу залишається невирішеною проблема браку медичних кадрів у сільській місцевості. Але молоді випускники ЗВО медичного профілю не бажають їхати працювати у сільські віддалені райони. Причинами цього є важкі умови праці, з щільними графіками і правило «безперервності догляду» за старіючим сільським населенням [66].

У Норвегії на муніципалітети покладено відповідальність за ПМД, яку ВООЗ розглядає у якості одного з провідних інструментів досягнення стратегії «Здоров'я для всіх», тому що вона здійснює головну функцію системи охорони здоров'я та є її центральною ланкою, складає невід'ємну частину всього процесу соціально-економічного розвитку суспільства. Від стану амбулаторно-поліклінічної допомоги залежить ефективність і якість діяльності всієї системи охорони здоров'я, збереження трудового потенціалу, й вирішення більшості медико-соціальних проблем, що виникають на рівні сім'ї та у соціально незахищених верств населення: дітей, інвалідів, осіб похилого віку [46].

Однією з важливих умов розвитку сфери охорони здоров'я на місцевому рівні є належне кадрове забезпечення подальшого розвитку цієї сфери. При цьому істотні зусилля спрямовуються на компенсування дефіциту кадрів завдяки такому: «по-м'якшання» проблеми важких умов праці, з щільними графіками; дотримання правила «безперервності догляду» за старіючим сільським населенням [66]; розвиток, телемедицини як способу подолання транспортних бар'єрів для пацієнтів і постачальників медичних послуг (передусім щодо локацій, які є географічно ізольованими) [68], оскільки у переважній більшості

таких територій відсутні ЗОЗ, а також приманні обмеження щодо доступу до громадського транспорту населення. При цьому основним способом надання медичних послуг є телефонний зв'язок та інтернет, оскільки саме їх лікарі можуть використати для обговорення з пацієнтами варіантів їхнього лікування, перегляду попередньої діагностичної інформації та надання консультацій [54].

Канадська модель охорони сільського здоров'я, що базується на засадах міжсекторального партнерства МОЗ з муніципалітетами та провінціями. Для надання консультації федеральному МОЗ була заснована Консультативна рада міністрів з питань сільського здоров'я, яка визначила такі пріоритетні напрями: 1) здорові сільської ОТГ; 2) здоров'я через інформаційні технології; 3) охорона здоров'я людських ресурсів; 4) здоров'я аборигенів. Відповідно, було створено чотири робочі групи, які у процесі своєї роботи визначили стратегічні напрями для вирішення проблем медичного обслуговування сільського населення [57]. Діяльність цієї ради спрямовано на таке:

- впровадження системи міжсекторальної та міжгалузевої співпраці задля покращання здоров'я сільського населення;
- державне забезпечення належних умов праці постачальникам медичних послуг у сільській місцевості;
- забезпечення сільських, віддалених і північних регіонів високо кваліфікованими спеціалістами, які є орієнтованими на територіальну громаду;
- використання інформаційних і комунікаційних технологій задля обміну інформацією та використання найкращих лікарських практик;
- державна підтримка аборигенів у співпраці з провінційними та територіальними урядами;
- зміцнення потенціалу місцевих громад, які здатні самостійно визначити проблеми у сфері охорони здоров'я, встановити пріоритети, розробити стратегії та вжити відповідних заходів;
- поглиблення досліджень проблем зі здоров'ям сільського населення, особливо санітарних досліджень, завдяки яким можна контролювати відповідну політику в сфері охорони здоров'я;

– створення мережі «Сільських інноваційних центрів здоров'я» [57].

В Австралії розроблена програма сталого розвитку сільського здоров'я «Національні рамки ефективності», для успішної реалізації якої у п'яти в регіональних органах влади створені департаменти з питань сільського здоров'я [61]. Збільшення фінансування на місцеву медицину вирішено завдяки перерозподілу ресурсів на основі «сільського індексу», який враховує всі проблеми віддалених регіонів, додається під час формування бюджетів на сферу охорону здоров'я до статей на сільську медицину [60]. Пацієнт має можливість отримати допомогу в будь-якому ЗОЗ і не потребує спеціальних направлень. Ключовим аспектом є співпраця МОЗ з навчальними ЗОЗ медичного профілю, у яких розпочалась підготовка спеціалістів із сільської медицини за спеціальними програмами та курсами [55].

Цікавим є досвід США, де набули широкого поширення вертикально та горизонтально інтегровані мережі – Американська асоціація лікарень (далі – ААЛ), які об'єднуються на регіональному рівні. В основу горизонтальної інтеграції від початку було закладено об'єднання регіональних і національних католицьких систем як основи мультилікарняних мереж. Згодом набули розвитку порівняно невеликі місцеві лікарняні мережі, які формувалися перш за все за рахунок приєднання до некомерційних систем районних лікарень шляхом фінансування «материнською» холдинговою компанією, чи передачі у володіння/оренду. Водночас, організаціями лікарів формуються вертикально інтегровані мережі, управління якими передбачало використання механізмів впливу через систему укладання контрактів і встановлення стандартів надання медичної допомоги. При цьому лише окремі спеціалізовані лікарні (зокрема, дитячі) отримали пацієнтів від декількох мереж відразу, залишаючись формально за рамками інтегрованих систем. Водночас, ААЛ опікується не лише формуванням регіональних медичних мереж, а й забезпеченням належного фінансування їх функціонування [64]. За пропозицією ААЛ, в США партнерами медичним мереж стають страховики, які привносять цінні навички, особливо в управління ризиками, у забезпечення повторного страхування,

аналіз й використання даних про витрати та результати. Співпрацюючи, страховики та постачальники створюють систему «паралельних» стимулів, яка підвищує зацікавленість лікарів/лікарень у наданні якісної медичної допомоги. Проте допоки для України проблема інтеграції установ зі страховими організаціями не є актуальною через обмеженість розвитку страхового бізнесу та порівняно низьку конкуренцію на ринку медичних послуг.

Зрештою слід зазначити, що експерти вважають досвід функціонування інтегрованих мереж в США та медичних трастів Великобританії як спробу самоорганізації в сфері охорони здоров'я. Проте цей підхід вимагає більш виваженого ставлення, оскільки такі мережі є доволі крупними, а відтак – складними в управлінні (особливо зважаючи на підвищені витрати на забезпечення стабільності та/чи унеможливлення «саморуїнування») [67].

Останнім часом в розвинених країн світу з'явилася нова парадигма ціннісно-орієнтованої системи охорони здоров'я, яка фокусується на якості наданих медичних послуг за певного рівня витрат, а також підвищення ефективності у цій сфері та забезпечення сталих темпів її розвитку [69].

Ще одним аспектом, що забезпечує розвиток сфери охорони здоров'я, є надання ЗОЗ і пацієнтам додаткових фінансових стимулів, спрямованих на підвищення економічної ефективності діяльності ЗОЗ за рахунок передачі у розпорядження лікарняного сектора первинного рівня усіх чи частини бюджетних коштів задля вирішення не тільки клінічних, а й бюджетних питань. Так, зокрема, у Великобританії створені фонди первинної допомоги, у Швеції – районні ради охорони здоров'я, у Фінляндії – муніципальні ради охорони здоров'я та соціальних питань. Введена у Великобританії практика оформлення «замовлень» на надання медичних послуг сприяла передачі бюджету лікарям загальної практики, що спрямовано на зміщення акцентів зі стаціонарної допомоги пацієнтам на первинну, а й поліпшення координації між рівнями [43].

При цьому слід зважати не лише на подальшу глобалізацію (в політичних, соціальних, економічних та інших аспектах), а й на надалі прогресуючу комерціалізацію світового ринку медичних послуг, що діаметрально

протилежно впливає на ЗОЗ (зокрема в сільській місцевості, а особливо в умовах економічної/демографічної кризи), а відтак – вимагає розроблення та запровадження сучасних заходів щодо забезпечення стабільного розвитку [50] і подальшого розвитку. У більшості країн ЄС пріоритетом розвитку системи ПМД став принцип загально-лікарської (сімейної) практики. Високий інтерес до сімейного принципу надання ПМД відзначається в Китаї та Японії [60]. Подальший розвиток принципу цієї практики в Західній Європі (Нідерланди, Данія, окремі регіони Великобританії, Фінляндія та Швеція) відбувався в напрямі формування лікарських об'єднань (центрів). У Німеччині були створені крупні лікувально-профілактичні установи, в яких об'єднані ПМД, діагностичні служби й спеціалізовані види допомоги; тобто спрямований від загально-лікарських практик до формування поліклінічних установ [61].

Проблема територіальної несправедливості в доступі до якісних медичних послуг/допомоги вирішується провідними країнами світу протягом майже півстолітнього періоду, проте досягти позитивних результатів і «вирівняти» рівні медичного обслуговування міського й сільського населення вдалося лише окремим з них. ВООЗ підкреслює, що кожній з країн необхідно провести оцінку характеру та масштабів відмінностей в доступності медичних послуг/допомоги для різних соціальних груп населення, як з точки зору географічної складової, так й з урахуванням економічних і соціальних аспектів функціонування сфери охорони здоров'я. Найбільш перспективною стратегією її розвитку, що стоїть поза конкуренцією з іншими підходами, як і раніше, залишається зміцнення ПМСД. Зрештою варто погодитись, що зарубіжний досвід організації сфери охорони здоров'я демонструє, що майже усі держави намагаються вирішити проблему рівного доступу сільського населення до медичних послуг [65].

Сучасні умови функціонування сфери охорони здоров'я вимагають від керівників ЗОЗ наявності системи компетенцій, як от:

– особистісних і міжособистісних компетенцій – організації командної роботи, етизації менеджменту, врегулювання міжособистісних конфліктів, використання мотиваційного механізму впливу на працівників...;

- ділових (підприємницьких) – управління змінами, ситуаційного та проєктного менеджменту, менеджмент інновацій та фінансових ресурсів, клієнто-орієнтованого управління;

- фахових (менеджерських) – стратегічного планування, організації роботи ЗОЗ і його персоналу, визначення зон відповідальності та забезпечення інформаційно-комунікативної взаємодії ЗОЗ зі споживачами медичних і супутніх послуг, власними працівниками;

- галузевих – управління ЗОЗ, а також якістю медичних і супутніх послуг, інституціонального аналізу та ін. [60].

Проведені узагальнення змісту наукових публікацій та дисертацій за досліджуваною проблематикою (зокрема щодо передового світового досвіду у цій царині) дозволило виокремити такі пріоритетні напрями розвитку сфери охорони здоров'я, що є актуальними й для України:

- розробка й прийняття законодавчих актів щодо особливостей діяльності ЗОЗ та запровадження сучасних технологій надання медичних послуг [23];

- впровадження обов'язкового медичного страхування;

- оптимізація моделі державного управління охороною здоров'я на основі формування єдиного медичного простору регіону;

- покращання територіальної доступності та розширення переліку якісних медичних послуг;

- розвиток спроможної мережі закладів охорони здоров'я [25];

- активізація міжнародної співпраці фахівців КНП ПМД щодо проведення наукових досліджень і обґрунтування конкретних практичних заходів, спрямованих на модернізацію напрямів розвитку родинної медицини;

- вдосконалення наявних інструментів зовнішнього професійного аудиту та позавідомчого контролю, а також активніше запровадження внутрішнього професійного аудиту;

- підвищення рівня мотивації лікарів і медсестер КНП, а також пацієнтів (населення) стосовно формування, збереження та зміцнення здоров'я

населення (як індивідуального, так і громадського), на основі економічного механізму державного управління сферою охорони здоров'я з використанням сучасних медичних та інформаційних технологій;

- раціоналізація сучасної фармакоterapiї на основі національної (державної) формулярної системи лікарських засобів;

- вдосконалення існуючого організаційно-функціонального механізму державного управління індивідуальним і громадським здоров'ям жителів ОТГ усіх вікових груп на основі опрацьованого реєстру здоров'я населення сімейно-територіальної дільниці, положення про центр ПМД і амбулаторію РМ, посадових інструкцій фахівців родинної медицини конкретного КНП;

- створення сприятливих умов для пацієнтів і громадських організацій вільного доступу до професійної медичної інформації, що дозволить їм брати активну участь у прийнятті та виконанні рішень, які спрямовані на зміцнення індивідуального й громадського здоров'я [11];

- запровадження заходів державного управління, спрямованих на попередження кризи сфери охорони здоров'я як умови забезпечення національної безпеки;

- здійснення комплексної медичної реформи, враховуючи кращі вітчизняні традиції та провідну практику її функціонування у сучасному світі;

- подальше реформування системи медичної освіти, що у такий спосіб сприятиме підвищенню професійного рівня надання медичної допомоги [20];

- моніторинг оснащеності ЗОЗ необхідними матеріально-технічними ресурсами, оптимізація закупівель витратних матеріалів і комплектуючих, аналіз інформації про стан, експлуатації та використанні програмно-технічних засобів, моніторинг завантаженості високотехнологічного медобладнання;

- оптимізація фінансово обґрунтованих витрат в сфері охорони здоров'я;

- проведення комплексного аналізу впливу прийнятих державно-управлінських рішень на забезпеченість ресурсами сфери охорони здоров'я;

- організація безпечних умов праці, безпеки питної води та продуктів

харчування як запоруки забезпечення здорових умов життя для населення [19];

- переорієнтація власне сфери охорони здоров'я на пріоритетне забезпечення запобігання захворюванням і ПМД, а не тільки на відновлення індивідуального здоров'я;

- створення сприятливих умов навколишнього середовища (техногенних, соціальних, економічних, культурних і духовних), й організації і безпеки праці;

- розвиток індивідуальних навичок і вмінь, необхідних для підтримки здоров'я та самореалізації людини [67];

- вироблення принципового алгоритму подолання кризових ситуацій, які системно пронизують сферу охорони здоров'я, що тим самим становить виклики для національної безпеки;

- впровадження гарантованого обсягу та забезпечення високого рівня медичної допомоги [49];

- зміна характеру відносин між ЗОЗ із переважно адміністративних до переважно економічних засобів впливу;

- перехід від прямого фінансування КНП до фінансування медичної допомоги на основі відповідних нормативів витрат [33].

На основі аналізу різних аспектів застосування механізмів публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я в розвинених країнах світу на місцевому рівні, слід зазначити, що безоплатне надання у будь-яких обсягах всіх видів медичної допомоги для населення – недосяжна мрія. Проте навіть високорозвинені країни не можуть собі дозволити розкіш надавати безплатно медичні послуги. Це вимагає стратегічного планування розвитку цієї сфери, з урахуванням міжнародного досвіду й аналізу результатів його впровадження в пілотних проєктах на конкретних територіях [3].

Отож, нині у розвинених країнах світу накопичено істотний позитивний досвід розвитку сфери охорони здоров'я (у т.ч. щодо розвитку КНП), але його необхідно, передусім, адаптувати до умов сучасної України. Для забезпечення рівного доступу до медичних послуг усіх верств населення, слід передусім

використати досвід тих країн, які провели медичну реформу та запровадили новітні форми медичного обслуговування: телемедицину, медичні пересувні фургони для діагностики, стимулювання молодих фахівців до роботи у ЗОЗ, перерозподіл бюджетних коштів на сферу охорони здоров'я (у т.ч. за рахунок формування спроможної мережі ЗОЗ).

3.2 Перспективні напрями і засоби публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я

Запорукою подальшого вдосконалення публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я є реалізація комплексу заходів за наступними напрямками:

1 Розбудова матеріально-технічної бази ЗОЗ:

- забезпечення підтримки та реалізації механізмів публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я на територіальному рівні;
- керівництво, яке здатне встановлювати «правила гри» та забезпечувати їх дотримання, задавати зрозумілий напрям діяльності й використовувати потенціал всіх зацікавлених сторін;
- посилення нормативної та інституційної регламентації сфери охорони здоров'я відповідно до технологічних умов суспільного розвитку та реальних потреб населення;
- проведення комплексного аналізу впливу прийнятих управлінських рішень на забезпеченість галузі ресурсами (в т.ч. фінансовими), ефективність їх використання, забезпечення гарантій надання медичних послуг у необхідному обсязі й відповідно до стандартів якості;– диверсифікація джерел фінансування (платні медичні та/чи супутні послуги);
- проведення реконструкції та капітального ремонту, а також відбудова зруйнованих та/чи пошкоджених приміщень ЗОЗ;

- проведення косметичних/капітальних ремонтів структурних підрозділів ЗОЗ;
- будівництво і введення в експлуатацію нових приміщень/корпусів ЗОЗ;
- реконструкція інженерних мереж (електропроводка, водогін, каналізація, вентиляція);
- ремонт/відновлення пошкодженого обладнання;
- ремонт покрівлі та системи опалення;
- ремонт системи тепlopостачання, заміна люмінесцентного освітлення, холодильного обладнання, ліфтів;
- реконструкція системи постачання кисню, закупівля та встановлення кисневого резервуару;
- реалізація програм енергозбереження (у т.ч. завершення термоізоляції будівлі лікарняного та лабораторного корпусів КНП);
- модернізація наявного технічного оснащення ЗОЗ;
- забезпечення ЗОЗ достатньою кількістю комп'ютерного обладнання (комп'ютерів, планшетів, смартфонів, принтерів, тощо) на які встановлено сучасне ліцензійне програмне забезпечення для стійкого доступу до системи ЦБД ЕСОЗ, роботі в медичній інформаційній системі, контрахтуванні з НСЗУ;
- забезпечення ЗОЗ необхідним медичним обладнанням (лабораторний біохімічний аналізатор, апарати добового моніторингу артеріального тиску, стаціонарний та портативний ультразвуковий доплерівський апарат, тредміл-тест, тілт-тест, апарати штучної вентиляції легенів, портативний рентгенівський апарат, система енцефаловідеомоніторингу);
- закупка медичної апаратури, комп'ютерної техніки та сумки-укладки для телемедичних консультацій;
- здача в оренду тимчасово вільних і мало використовуваних приміщень (зокрема, для створення центру МРТ, КТ-діагностики);
- створення локальної комп'ютерної мережі для стійкого електронного зв'язку між усіма структурними підрозділами ЗОЗ в сільській місцевості і

центральним, регіональним офісом НСЗУ, ЦБД ЕСОЗ;

- забезпечення ЗОЗ необхідними лікарськими препаратами й медичними виробами, інструментами та інвентарем;
- встановлення протипожежної сигналізації в приміщеннях ЗОЗ;
- оснащення відділення екстреної медичної допомоги необхідним переліком обладнанням, відповідно до таблицю оснащення та забезпеченням цілодобового чергування лікарів по наданню невідкладної допомоги;
- придбання сучасного лікувально-діагностичного та лабораторного обладнання;
- організація харчування пацієнтів ЗОЗ;
- переведення на аутсорсинг окремих видів інструментальних, лабораторних й інших досліджень, а також харчування пацієнтів стаціонару;
- проведення аналізу доцільності утримання автопарку ЗОЗ;
- просування бренду ЗОЗ;
- розвиток маркетингу медичних і супутніх послуг;
- створення єдиного образу спільного майбутнього ЗОЗ в сільській місцевості;
- реалізація проєктів публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я (зокрема, щодо співпраці з благодійниками, міжнародними фондами, органами державного управління, органами місцевого самоврядування...);
- сприяння легалізації медичного обладнання, інструментів, лікарських засобів..., що надходять до ЗОЗ у межах гуманітарних і благодійних проєктів;
- забезпечення сервісу (ремонт, технічне обслуговування) медичного обладнання та інструментів, що надходять до ЗОЗ у межах гуманітарних і благодійних проєктів;
- здійснення фінансового планування діяльності ЗОЗ в умовах нової моделі фінансування;
- акредитація ЗОЗ та ліцензування медичної практики на підставі

об'єктивних критеріїв;

- оптимізація структури й фінансування програми державних гарантій безоплатної медичної допомоги населенню в сільській місцевості;
- підвищення фінансової та організаційної незалежності ЗОЗ;
- розвиток добровільного медичного страхування;
- впровадження обов'язкового медичного страхування;
- перехід на оптимізаційні моделі управління охороною здоров'я на основі формування єдиного медичного простору території та розвитку спроможної мережі ЗОЗ;
- урахування особливостей формування складових (ринкову, історичну, психологічну) сфери охорони здоров'я загалом і території, на якій функціонує ЗОЗ в сільській місцевості;
- активніша міжнародна співпраця фахівців щодо проведення наукових досліджень і обґрунтування практичних заходів, спрямованих на забезпечення подальшого проведення медичної реформи та належне реагування на зовнішні та внутрішні виклики;
- досягнення соціального (отримувати задоволення від праці, бути затребуваним), економічного (вихід на нові ринки, максимізація прибутку), ресурсного (реалізувати трудовий і творчий потенціал співробітників) ефекту від діяльності ЗОЗ;
- узгодження економічних і соціальних цілей (завдань) ЗОЗ з його ресурсним потенціалом і тенденціями на ринку медичних послуг, а також впливом пандемії COVID-19, повномасштабної агресії РФ тощо.

2 Розвиток кадрового забезпечення ЗОЗ:

- впровадження сучасних активних методів підготовки (перепідготовки, підвищення кваліфікації) й добору потрібних співробітників (договори з навчальними закладами як медичного профілю, так і суміжних; організація освоєння нової техніки та сучасних технологій);
- поглиблення співпраці з ВНЗ медичного профілю задля цільової підготовки лікарів для ЗОЗ в сільській місцевості;

- планомірна робота з діючими керівниками ЗОЗ і з кадровим резервом;
- застосування коучингу у межах підготовки керівників ЗОЗ задля розвитку їхньої управлінської компетентності;
- організаційно-методичне, психологічне та ресурсне забезпечення готовності керівників ЗОЗ і представників органів публічного управління у сфері охорони здоров'я щодо реалізації медичної реформи та протидії опору змінам у цій сфері на місцевому рівні;
- сприяння професійному розвитку та самоосвіті співробітників ЗОЗ;
- підвищення кваліфікації та перепідготовка лікарів і медперсоналу;
- навчання лікарів і медперсоналу навичкам роботи з програмним забезпеченням і в умовах поширення телемедицини;
- ротація кадрів ЗОЗ;
- заохочення молодих спеціалістів до роботи в сільській місцевості (у т.ч. за рахунок надання відомчого житла);
- підвищення рівня зацікавленості лікарів і медперсоналу у результатах своєї праці, дбайливому ставленні до обладнання, предметів тощо, а також у повазі до колег і пацієнтів;
- вдосконалення системи стимулювання персону ЗОЗ і представників органів публічного управління у сфері охорони здоров'я з урахування результатів їхньої діяльності;
- надання допомоги новоприйнятим співробітникам ЗОЗ щодо швидшого адаптування до нового середовища (прийняти корпоративні цінності як свої; усвідомити необхідність чіткого дотримання правил і норм поведінки);
- створення позитивного психологічного клімату в ЗОЗ;
- залучення персоналу ЗОЗ до участі у прийнятті управлінських рішень;
- оптимізація структури (передусім, адміністративно-господарського) персоналу ЗОЗ;
- планування траєкторії кар'єрного розвитку персоналу ЗОЗ;

- об'єднання всього колективу навколо досягнення мети та завдань ЗОЗ, що узгоджені з особистими цілями;
- підвищення лояльності та активності лікарів і медперсоналу ЗОЗ;
- врахування масштабів внутрішньої та зовнішньої міграції лікарів і медперсоналу, що прямо/опосередковано впливає на доступність якісних медичних послуг (як на прифронтових й окупованих територіях, так і тих територіях, які є «тиловими» (порівняно «безпечними»)).

3 Активізація діяльності по профілактиці захворювань серед мешканців ОТГ:

- посилення епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами, виконання пріоритетних цільових програм, забезпечення закупівлі імунологічних препаратів для проведення профілактичних щеплень, забезпечення лікарськими препаратами хворих на первинний імунодефіцит;
- покращання стану здоров'я та досягнення ремісії у хворих на Аддісонову хворобу, цукровий та нецукровий діабет шляхом замісної медикаментозної терапії та препаратів інсуліну, біологічний моніторинг патології щитовидної залози, забезпечення дітей, хворих на цукровий діабет розхідними матеріалами та виробами медичного призначення, лабораторного обстеження, забезпеченням їх санаторно-курортним лікуванням;
- проведення агітації у школах району щодо залучення більшої кількості й роз'яснення хворим на гіпертонічну хворобу та цукровий діабет норм і правил правильного харчування та складання меню;
- профілактика вживання алкоголю і тютюнових виробів дітьми та підлітками;
- профілактика захворювань, спричинених вживанням електронних сигарет;
- профілактика вживання алкоголю і наркотиків підлітками та молоддю;
- розробка та реалізація заходів, пов'язані з вакцинацією населення від гострої респіраторної хвороби COVID-19;

- посилення просвітництва з питань формування здорового способу життя серед сільського населення;
- підготовка матеріалів для проведення лекцій/бесід з населенням щодо здорового способу життя, користь від занять масовим спортом;
- проведення моніторингу уподобань сільського населення задля швидкого впровадження популярних видів рухової активності;
- забезпечення доступу різних верств населення до оздоровчих закладів і фізкультурно-спортивних об'єктів;
- налагодження співпраці ЗОЗ з непрофільними організаціями різної форми власності для можливості використання їх матеріально-технічної бази в організації систематичної рухової активності населення задля їх оздоровлення;
- заохочувати спонсорів і меценатів до більш активнішої участі у проведенні (зокрема, фінансуванні) фізкультурно-оздоровчих заходів;
- проведення тематичних вікторин і різноманітних інтелектуальних ігор під час проведення спортивно-масових заходів як спосіб підвищення фізкультурної грамотності сільського населення;
- вирішення проблем гігієни та безпеки праці, профілактики виробничого травматизму та професійних захворювань;
- своєчасна евакуація населення (особливо дітей і осіб старечого віку) з прифронтових населених пунктів.

4 Покращання доступу до якісних медичних і супутніх послуг населення:

- дотримання принципів доказової медицини;
- запровадження у практичну діяльність нових медичних технологій;
- застосування новітніх технологій діагностики захворювань;
- посилення контролю якості надання медичних і супутніх послуг;
- досягнення справедливості й рівноправного доступу до медичних послуг;
- виконання умов і вимог у межах пакетів медичних послуг/допомоги, що фінансуються НСЗУ;
- укладання з орендодавцями угоди про соціальну квоту (щорічне

безкоштовне обстеження пацієнтів ЗОЗ);

- запровадження керованості медичної допомоги мешканцям сімейно-територіальної дільниці з боку фахівців родинної медицини, профілактичної спрямованості в їх діяльності, стандартизації та доказовості професійних втручань на основі локальних клінічних протоколів медичної допомоги при конкретних захворюваннях і державної формулярної системи лікарських засобів, ефективність яких доказана на великій кількості міжнародних клінічних спостережень;

- забезпечення важко хворих, що страждають на онкологічні захворювання, симптоматичним лікуванням;

- забезпечення виробами медичного призначення та лікарськими препаратами хворих, які проживають на території ОТГ, які страждають на рідкісні (орфанні) хвороби;

- забезпечення виробами медичного призначення пацієнтів, які потребують стороннього догляду або мають наслідки перенесених тяжких хвороб та операцій;

- впровадження системи запису до лікаря у телефонному режимі та у мережі Internet;

- створення електронної бази пацієнтів ЗОЗ;

- створення палат підвищеної комфортності;

- встановлення для усіх стейхолдерів єдиних «правил гри»;

- встановлення в ЗОЗ банкомату та терміналу;

- забезпечення ЗОЗ сталим WI-FI;

- організація в ЗОЗ буфету;

- активніше залучення пацієнтів до організації зворотного зв'язку.

5 Підвищення рівня медико-соціальної безпеки пацієнтів і співробітників ЗОЗ:

- забезпечення гарантії соціального захисту лікарів і медперсоналу ЗОЗ;

- створення на місцевому рівні уповноважених інституції, що будуть

опікуватись медико-соціальною безпекою пацієнтів і співробітників ЗОЗ;

- залучення професійних охоронних агенцій для забезпечення фізичної та/чи кібербезпеки;

- створення безпечних умов для перебування пацієнтів в ЗОЗ й отримання ними медичних і супутніх послуг;

- встановлення в ЗОЗ засобів відеоспостереження;

- забезпечення професійного та ретельного аналізу медичних помилок;

- створення безпечних умов для роботи та відпочинку лікарів і медперсоналу ЗОЗ;

- забезпечення своєчасності та правильності діагностики, а також безпечного застосування нових технологій, обладнання, ліків;

- посилення виконавчої дисципліни та вмотивованості лікарів/пацієнтів до надання повідомлень про факти недотримання медичних протоколів тощо;

- детінізація фінансових потоків у межах ЗОЗ;

Зрештою слід зазначити таке:

- активізація діяльності по профілактиці захворювань як запоруки зменшення кількості звернень пацієнтів з більш складними захворюваннями (у т.ч. попередження їх «перехід» у стан хронічні), що покращує економічну, медичну та соціальну результативність діяльності ЗОЗ, а також скорочує витрати на лікування;

- розбудова матеріально-технічної бази ЗОЗ як запорука збереження (покращання) належних умов для його функціонування;

- розвиток кадрового забезпечення ЗОЗ;

- розширення переліку та покращання якості доступних медичних і супутніх послуг;

- підвищення рівня медико-соціальної безпеки пацієнтів і співробітників ЗОЗ як запоруки захисту їхніх інтересів від негативного впливу внутрішніх і зовнішніх факторів.

ВИСНОВКИ

1. З'ясування специфіки розвитку сфери охорони здоров'я – збалансованого покращання кількісних і якісних параметрів, що передбачають зміцнення фізичного, соціального та психічного здоров'я кожної особи, підтримання її довголіття і активності життя, надання йому медичних послуг/допомоги у випадку погіршення здоров'я – дозволяє стверджувати про його суспільну значущість та необхідність публічного управління цим процесом – діяльністю уповноважених органів публічної влади з управління всіма складовими сфери охорони здоров'я задля задоволення потреб населення у збереженні та зміцненні його здоров'я шляхом впливу на процеси у цій сфері національної економіки.

2. Механізми публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я є сукупністю форм і методів формування, розподілу й використання доступних ресурсів для забезпечення розвитку відповідних галузей/сфер національної економіки (у т.ч. сфери охорони здоров'я), перелік і спосіб використання яких визначається наявними проблемами й доступними ресурсами, необхідними для їх вирішення. Означений механізм публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я складається з наступних елементів: бачення, місія, мета, цілі, завдання, функції, принципи, суб'єкти, об'єкти, методи та засоби впливу.

3. За результатами оцінки результатів публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я на місцевому рівні (на прикладі Миргородської міської територіальної громади Полтавської області) виявлено таке: Миргородщина має істотний рекреаційний і лікувальний потенціал; забезпеченість населення лікарями зросла з 22,35 до 22,96 осіб на 10 тис. населення; забезпеченість населення молодших спеціалістів з медичною освітою скоротилася з 55,93 до 55,67 осіб на 10 тис. населення; відвідування в ЗОЗ (у розрахунку на 1 жителя) на амбулаторно-поліклінічному прийомі

скоротилася з 6,3 до 5,7 осіб; обіг ліжка зросло на 7,1 (24,7 %); кількість операцій (з розрахунку на 10 тис. населення) зросла на 155,86 (25,5 %).

4. Виокремлено для подальшої адаптації до умов України передовий світовий досвід щодо розвитку сфери охорони здоров'я: упорядкування процедури акредитації ЗОЗ (*Великобританія, Португалія Чехія*); розвиток цієї сфери на засадах міжсекторального партнерства (*Канада*); покладення на муніципалітети відповідальності за ПМД (*Норвегія*); розроблення програми сталого розвитку сільського здоров'я (*Австралія*); поширення вертикально та горизонтально інтегрованих мереж ЗОЗ (*США*); надання ЗОЗ і пацієнтам додаткових фінансових стимулів (*Великобританія, Швеція, Фінляндія*).

5. Визначено такі перспективні напрями і засоби публічного управління для подальшого вдосконалення публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я: розбудова матеріально-технічної бази ЗОЗ; розвиток кадрового забезпечення ЗОЗ; активізація діяльності по профілактиці захворювань серед мешканців ОТГ; покращання доступу до якісних медичних і супутніх послуг населення; підвищення рівня медико-соціальної безпеки пацієнтів і співробітників ЗОЗ.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Авраменко Н.В. Система державного регулювання охорони здоров'я. *Економіка та держава*. 2011. № 2. С. 145–148.
2. Авраменко Т. Державне управління охороною здоров'я в умовах медико-демографічних змін (архетипова складова). *Публічне управління: теорія та практика*. 2013. Спец. вип. С. 183–192.
3. Авчухова А.М., Кочемировська О.О. Щодо проблем розвитку соціальної інфраструктури сільських населених пунктів: аналітична записка. URL: <http://www.niss.gov.ua/articles/1132> (дата звернення: 01.10.2024).
4. Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. та ін. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні: операційне керівництво. Київ, 2018. 368 с.
5. Борщ В.І. Сучасна парадигма системи управління персоналом закладу охорони здоров'я. *Проблеми системного підходу в економіці*. 2019. Вип. 1. С. 73–79.
6. Бутенко С. Порівняльний аналіз зарубіжних моделей акредитації лікувально-профілактичних закладів. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2012. Вип. 2. URL: <http://visnyk.academy.gov.ua/wp#content/uploads/2013/11/2012#2#13.pdf> (дата звернення: 01.10.2024)
7. Віленський А.Б. Сучасний стан та перспективи розвитку державного регулювання акредитації закладів охорони здоров'я в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 6. С. 61–65.
8. Головаш О.В. Концептуальні положення розвитку закладів охорони здоров'я АТ «Українська залізниця». *Вісник економіки транспорту і промисловості*. 2019. № 67. С. 248–254.
9. Господарський кодекс України 17 червня 2018 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 01.10.2024)

10. Григорович В.Р. Державне управління процесами підготовки та прийняття управлінських рішень у системі охорони здоров'я України: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2011. 23 с.
11. Грицко Р. Сімейний лікар – центральний суб'єкт реалізації механізмів державного регулювання первинної медичної допомоги. *Актуальні проблеми державного управління*. 2012. Вип. 2. С. 132–135.
12. Данько В.В. Удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я на інноваційних засадах. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського. (Серія: Економіка і управління)*. 2019. Т. 30. № 2. С. 102–110.
13. Данько В.В. Управління закладами охорони здоров'я в сучасних умовах: теоретичний аспект. *Вісник ХНАУ. (Серія: Економічні науки)*. 2017. № 4. С. 225–233.
14. Державна служба статистики України. Офіційний сайт. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua> (дата звернення: 01.10.2024).
15. Долот В.Д. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2013. № 2. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2013_2_11 (дата звернення: 01.10.2024).
16. Долот В.Д., Лещенко В.В. Поняття менеджменту й маркетингу в системі охорони здоров'я. *Держава та регіони. (Серія: Державне управління)*. 2014. № 1. С. 8–13.
17. Дубок І.П. Сутність та особливості державно-приватного партнерства. *Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентові України*. 2014. Вип. 2. С. 139–149.
18. Заколюдяжна М.В. Програмно-цільовий підхід у державному управлінні системою охорони здоров'я. *Держава та регіони. (Серія: Державне управління)*. 2011. № 1. С. 234–240.
19. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2020. 214 с.
20. Кланца А.І. Охорона здоров'я як структурна складова національної

безпеки держави: дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2019. 571 с.

21. Кризина Н.П. Аналіз державної політики в галузі охорони здоров'я в працях українських учених. URL: <http://academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/08-KRIZINA.pdf> (дата звернення: 01.10.2024)

22. Лемішко Б.Б., Мартинюк І.І. Мотиваційний менеджмент в сімейній медицині. *Ефективність державного управління*: зб. наук. пр. Львів: Вид-во ЛРІДУ НАДУ, 2010. Вип. 21. С. 231–236.

23. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Волчек В.В. Проблеми та перспективи перебудови стаціонарної медичної допомоги вторинного рівня. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2008. Т. 2. № 2. С. 44–52.

24. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Канюка Г.С., Романова О.В. Управлінські обмеження як індикатор здатності і готовності керівників закладів охорони здоров'я до реформи системи охорони здоров'я. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2015. № 1. С. 81–86.

25. Лещенко В.В. Громадські лікарські організації як суб'єкти формування та реалізації державної політики України в галузі охорони здоров'я: автореф. дис... к.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2009. 20 с.

26. Литвинова О.Н., Панчишин Н.Я., Юріїв К.Є., Зінчук А.М. Аналітичні дослідження інноваційного підходу до управління комунального некомерційного закладу охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2018. № 3. С. 29–35.

27. Луговий В.І. Десять років становлення (досвід досліджень, розробок і впроваджень у сфері державного управління). Київ: Вид-во НАДУ, 2005. 356 с.

28. Медяник Г.Є. Формування механізмів державного регулювання в системі фінансування закладів охорони здоров'я комунальної форми власності: автореф. дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Запоріжжя, 2010. 23 с.

29. Мельниченко О.А., Лобойко К.М., Старусева В.В. Концептуальні засади стратегії подальшого розвитку обласної клінічної лікарні. *Acta*

Academiae Beregsasiensis. Economics. 2024. № 5. С. 96–108.

30. Мельниченко О.А., Овчарова Ж.М. Стратегія подальшого розвитку сфери охорони здоров'я Харківської області як засіб публічного реагування. *Актуальні питання у сучасній науці.* 2024. № 4. С. 418–430.

31. Обуховська Л.І. Імплементация інституту державної власності в систему місцевого самоврядування та діяльність закладів охорони здоров'я: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Запоріжжя, 2020. 214 с.

32. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 01.12.2024)

33. Пітко Я.М. Роль державних органів управління і місцевого самоврядування в механізмі реформування первинної медико-санітарної допомоги: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Львів, 2010. 24 с.

34. Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України від 06 лютого 2018 р. № 178/24. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show> (дата звернення: 01.10.2024).

35. Про місцеве самоврядування в Україні. Закон України від 21 травня 1997 р. № 280/97-ВР. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 01.09.2024).

36. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні». Постанова Верховної Ради України від 21 квітня 2016 р. № 1338-VIII. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1338-19> (дата звернення: 01.12.2024).

37. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 01.10.2024).

38. Профіль субрегіону «Миргород». Миргород, 2016. 50 с.

39. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні:

генезис та тенденції розвитку: автореф. дис. ... д.держ.упр.: 25.00.01. Київ, 2003. 38 с.

40. Сабецька Т.І., Стефанишин Л.С. Технологія стратегічного управління діяльністю закладів сфери охорони здоров'я. *Бізнес-навігатор*. 2020. Вип. 1. С. 56–62.

41. Свінціцький А.С., Висоцька О.І. Актуальні питання щодо впровадження медичних інноваційних технологій у закладах охорони здоров'я. *Практикуючий лікар*. 2015. № 1. С. 7–13.

42. Смирнов С.О., Бикова В.Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. *Управління розвитком*. 2016. № 3. С. 78–83.

43. Солоненко Н.Д. Економіка охорони здоров'я: навчальний посібник. Київ: НАДУ, 2015. 416 с.

44. Стратегія сталого розвитку Миргородської міської територіальної громади до 2028 року. Миргород, 2018. 64 с.

45. Торбас О.М. Державне регулювання розвитку ринкових механізмів у системі охорони здоров'я на місцевому рівні в Україні. *Економіка та держава*. 2011. № 4. С. 129–131.

46. Фірсова О.Д. Система охорони здоров'я Норвегії, особливості її організації на муніципальному рівні: досвід для України. *Економіка та держава*. 2011. № 1. С. 100–104.

47. Худоба О.В. Державна політика забезпечення права на охорону здоров'я хворих на деменцію в Україні: механізми формування та реалізації: дис... д.держ.упр.: 25.00.02. Львів, 2019. 535 с.

48. Худошина О. Порядок здійснення контролю якості надання медичної допомоги у закладах охорони здоров'я. *Управління закладом охорони здоров'я*. 2015. № 1. С. 9–14.

49. Шевцов В.Г. Державне управління розвитком медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2011. 20 с.

50. Шевченко Н.В. Механізм оцінки ефективності державного

фінансового контролю в Україні: автореф. дис. ... к.е.н.: 08.00.08. Суми, 2011. 21 с.

51. Шкільняк М.М., Кривокульська Н.М. Розвиток концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 2. С. 22–30.

52. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік. Київ: УІГЗ, 2009. 360 с.

53. Яремчук О.В. Удосконалення державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Запоріжжя, 2020. 208 с.

54. Affordable Care Act provisions affecting the rural elderly. National Advisory Committee Rural Health and Human Services. URL: <http://www.hrsa.gov/advisorycommittees/rural/publications/elderly.pdf> (дата звернення: 01.10.2024).

55. Bourke L. et al. Charting the future course of rural health and remote health in Australia: Why we need theory. *J Rural Health*. 2010. № 18. P. 54–62.

56. Dingwerth K., Pattberg Ph. Global Government as a Perspective of World Politics. *Global Government*. 2016. № 2. P. 389.

57. Government of Canada delivers on promise to provide economic development tools for rural communities. Government of Canada. Ottawa: News release. URL: www.agr.gc.ca/cb/news/2002/n20626be.html (дата звернення: 01.10.2024).

58. Harris R., Marks W. Compact Ultrasound for Improving Maternal and Prenatal Care in Low-Resource Settings: Review of Potential Benefits, Implementation Challenges and Public Health Issues. *Journal of Ultrasound Medicine*. 2016. № 28. P. 1067–1076.

59. Hiwovar H.A., Chapman W.W. Identifying data sharing in biomedical literature. *AMIA Annu Symp Proc*. 2017. P. 596–600.

60. Humphreys J. Delimiting «rural»: implications of an agreed «rurality»

index for healthcare planning and resource allocation. *J Rural Health*. 1998. № 6. P. 212–216.

61. Humphreys J. et al. Roles and activities of the Commonwealth Government University Departments of Rural Health . *J Rural Health*. 2000. № 8. P. 120–153.

62. Impact of the global economic crisis on selected SADC countries. URL: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/...> (дата звернення: 01.10.2024).

63. ISQua. URL: <https://isqua.org/who...> (дата звернення: 01.10.2024).

64. Motschman T., Bales C., Timmerman L. A Hospital-Based Healthcare Quality Management System Model: Improving Healthcare Monograph Series. *Healthcare Technical Committee*. 2016. Vol. 1. № 1. P. 2–22.

65. Outcome Document for the High-level Meeting on Health Systems in Times of Global Economic Crisis: An Update of the Situation in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

66. Probleme de la disertification midicale: Politioe culturelle et associative / Yannick guillo legislatives. URL: <http://archive.is/6VG7V#selection-61.0-65.31> (дата звернення: 01.10.2024).

67. Rosamond R., Battin M., Silvers A. Medicine and social justice: essays on the distribution of health care. New York: Oxford University Press, 2012. 213 p.

68. Telehealth use in Rural Healthcare. Rural Assistance Center. URL: <http://www.raconline.org/topics/telehealth> (дата звернення: 01.10.2024).

69. The Boston Consulting Group: Health Care Payers & Providers. Managing Health Care Costs and Quality. URL: <http://on.bcg.com/1dvxtwA> (дата звернення: 01.10.2024).