

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Навчально-науковий інститут «Інститут державного управління»
Кафедра публічного управління та державної служби

Кваліфікаційна робота магістра
на тему
РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ
В УКРАЇНІ

Виконала студентка 2 курсу,
групи ЗПУА-3-24
Спеціальності 281 – «Публічне
управління та адміністрування»
Освітньо-професійної програми
«Публічне управління та
адміністрування»

_____ Олена СЕРЕДА

Науковий керівник роботи:
кандидат наук з державного
управління, доцент

_____ Олег КОНОТОПЦЕВ

Харків - 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ.....	6
1.1 Модернізація системи охорони здоров'я як складова сталого розвитку держави.....	6
1.2 Стратегічні пріоритети трансформації системи медичної допомоги населенню в Україні.....	12
РОЗДІЛ 2 ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ МЕХАНІЗМИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ	21
2.1 Інституційно-правові засади реалізації медичної реформи в Україні та зарубіжний досвід.....	21
2.2 Сучасний етап медичної реформи та розвиток системи медичної допомоги в територіальних громадах	31
РОЗДІЛ 3 ЗАПРОВАДЖЕННЯ МЕТОДИКИ ОЦІНКИ ЯКОСТІ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ..	49
3.1 Міжнародні підходи до індикаторів якості медичної допомоги...	49
3.2 Цифрові індикатори якості в умовах медичної реформи в Україні.....	60
ВИСНОВКИ.....	67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	70

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Питання реформування системи медичної допомоги населенню в Україні набуло особливої актуальності в умовах трансформаційних процесів публічного управління та децентралізації влади. Починаючи з кінця 2018 року, держава перейшла до системної реалізації медичної реформи, спрямованої на побудову ефективної, орієнтованої на громадянина моделі охорони здоров'я. Процес реформування передбачає поетапну модернізацію: на першому етапі – первинної медичної ланки, на другому – спеціалізованої (вторинної), а на третьому – високоспеціалізованої (третинної) медичної допомоги.

Основною метою реформи є комплексне оновлення системи медичного забезпечення населення, підвищення якості послуг, забезпечення їхньої фінансової та територіальної доступності, раціоналізація використання бюджетних ресурсів і посилення ролі органів місцевого самоврядування у формуванні політики розвитку галузі. З позиції публічного управління це означає перехід до ефективної моделі управління охороною здоров'я, заснованої на принципах результативності, підзвітності та прозорості. Важливим очікуваним результатом є зміцнення здоров'я населення, підвищення рівня задоволеності громадян якістю медичних послуг і збільшення тривалості життя.

У межах реформи виграють усі суб'єкти публічного управління у сфері охорони здоров'я: населення, яке отримує якісну допомогу; медичні працівники, чиї умови праці та оплата поліпшуються; заклади охорони здоров'я, які отримують автономію у використанні фінансових ресурсів; органи місцевого самоврядування, що розширюють управлінські повноваження щодо медичної інфраструктури. Дослідники наголошують, що модель реформування медичної допомоги в Україні є еволюційною і розрахована на тривалий період – 4–5 років адаптації інституційних

механізмів.

Науковий інтерес до окресленої проблематики проявили такі вчені, як О. П. Мінцер, Ю. В. Вороненко, Л. Ю. Бабінцева, М. В. Банчук та інші, які вивчали методологічні засади державного управління у сфері медицини, розвиток медичної політики в умовах децентралізації та підвищення ефективності менеджменту охорони здоров'я.

Мета і завдання дослідження. Метою даної роботи є комплексне дослідження процесу реформування системи медичної допомоги населенню в Україні як важливої підсистеми державної соціальної політики та складової публічного управління людським розвитком.

Для досягнення мети необхідно вирішити такі завдання:

- проаналізувати сучасні принципи і методи модернізації медичної системи в контексті стратегічних пріоритетів сталого розвитку України;
- узагальнити вітчизняний і зарубіжний досвід впровадження медичних реформ у сфері публічної політики;
- визначити стратегічні напрями удосконалення системи управління медичною допомогою на національному та місцевому рівнях;
- дослідити особливості організації медичних послуг в об'єднаних територіальних громадах у контексті децентралізації;
- провести аналіз тенденцій розвитку системи індикаторів якості медичних послуг на основі цифрових технологій та електронного урядування.

Об'єктом дослідження є державна політика у сфері надання медичної допомоги населенню України.

Предметом дослідження виступає процес модернізації системи публічного управління медичною допомогою, інституційні механізми її реформування та взаємодія державної і місцевої влади у реалізації цієї політики.

Методи дослідження. У процесі дослідження використано широкий спектр методів публічного управління та аналізу:

- метод комплексного аналізу – для вивчення принципів

трансформації системи охорони здоров'я у контексті забезпечення сталого розвитку;

- системно-структурний і логіко-семантичний методи – для опрацювання досвіду реалізації медичних реформ в Україні та за кордоном;
- методи порівняння та узагальнення – для виділення стратегічних напрямів удосконалення управління медичною сферою;
- структурно-функціональний метод – для вивчення управлінських аспектів розвитку охорони здоров'я у громадах.

Нормативно-правову базу складають Конституція України, закони України, укази Президента, постанови Кабінету Міністрів, стратегічні документи Міністерства охорони здоров'я, а також місцеві програми розвитку медичних послуг.

Емпіричну базу формують звітні дані Держстату, аналітичні матеріали МОЗ, дані департаментів охорони здоров'я обласних і міських рад, публікації у фахових виданнях та відкритих інформаційних ресурсах.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості використання їх працівниками органів публічного управління, структур медичної сфери та органів соціального захисту при розробці програм підвищення якості медичних послуг і вдосконаленні механізмів управління галуззю.

РОЗДІЛ 1

РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ

1.1 Модернізація системи охорони здоров'я як складова сталого розвитку держави

Забезпечення високого рівня здоров'я громадян є стратегічним чинником сталого розвитку України, а система медичної допомоги виступає її ключовим соціальним інститутом. Відповідно до Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я України на 2023–2030 роки, затвердженої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 25 жовтня 2023 р. № 1059-р, головним орієнтиром державної політики у сфері медицини є побудова людиноцентричної, ефективної та фінансово стійкої системи охорони здоров'я.

У цьому контексті важливе місце посідає ринок медичних послуг, який спрямований на задоволення потреб громадян у якісній та своєчасній медичній допомозі, профілактиці захворювань і підтриманні здорового способу життя. Система охорони здоров'я не лише забезпечує лікувальний ефект, а й виконує соціально-політичну функцію – формує довіру громадян до держави, зміцнює соціальну стабільність і підвищує рівень людського розвитку.

Попри суттєвий прогрес останніх років, система медичного забезпечення України наразі потребує подальшої модернізації. Основними проблемами залишаються недостатній рівень фінансування, кадровий дефіцит у регіонах, структурні диспропорції між первинним, вторинним і третинним рівнями медичної допомоги, застаріла матеріально-технічна база частини лікарень і недосконала система управління. Довготривале функціонування командно-адміністративної моделі управління в галузі охорони здоров'я суттєво обмежувало її потенціал для адаптації до ринкових та децентралізованих умов.

Ситуацію ускладнює й недостатня узгодженість між державним, регіональним і місцевим рівнями реалізації медичної політики. У цьому контексті актуальним є посилення ролі органів місцевого самоврядування у розробці та впровадженні програм розвитку медичних послуг відповідно до положень Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» та Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Саме інтеграція державної та комунальної ланок управління дозволяє досягти прозорості фінансових потоків, ефективного використання бюджетних коштів, підвищення довіри пацієнтів і створення дієвої системи контролю за якістю медичних послуг.

Нова модель публічного управління у сфері охорони здоров'я базується на засадах автономізації закладів, контрактних відносин між надавачами послуг і Національною службою здоров'я України, впровадженні електронних систем моніторингу, діджиталізації процесів і розширенні прав пацієнта як суб'єкта вибору. Ці зміни визначені у державній політиці охорони здоров'я, схваленій постановами Кабінету Міністрів України 2020–2024 років.

Отже, модернізація системи охорони здоров'я передбачає створення нових механізмів управління, економічних стимулів для медичних закладів, розроблення сучасних підходів до оцінки ефективності діяльності галузі та формування науково обґрунтованих орієнтирів державної політики у сфері охорони здоров'я як складової сталого розвитку.

У межах дослідження виділяють три групи завдань, реалізація яких сприятиме стабілізації системи медичного забезпечення.

Перша група завдань стосується аналізу економічної сутності системи охорони здоров'я як підсистеми державного управління, визначення ключових теоретико-методичних підходів до її модернізації та оцінки впливу реформування на досягнення Цілей сталого розвитку (зокрема, ЦСР 3 «Міцне здоров'я і благополуччя»).

Друга група завдань зосереджується на дослідженні тенденцій розвитку регіональних систем охорони здоров'я в умовах глибоких

соціально-економічних трансформацій, зростання ролі громад та інтеграції України у європейський простір охорони здоров'я. Зокрема, це дослідження ретроспективи розвитку системи, аналіз прорахунків і здобутків державної соціальної політики, а також оцінка динаміки ринку медичних послуг у контексті децентралізації управління.

Третя група завдань спрямована на розроблення стратегічних орієнтирів подальшого розвитку галузі, формування механізмів регіонального врівноваження медичної системи, утвердження принципів адресності, ефективності та партнерства державного і приватного секторів у наданні медичних послуг.

Серед ключових напрямів реформування слід визначити такі:

- перегляд організаційно-фінансових механізмів функціонування медичних закладів відповідно до принципів автономії та конкурентності;
- удосконалення системи планування людських ресурсів у медицині, зокрема через інтеграцію освітньої, кадрової та управлінської політики;
- розроблення методології оцінки якості медичних послуг з використанням цифрових індикаторів;
- регіональну диференціацію політики охорони здоров'я з урахуванням соціально-економічних і демографічних особливостей територій.

Важливим завданням є формування стратегічної концепції збалансування та підвищення ефективності системи охорони здоров'я на рівні регіонів. Її реалізація повинна базуватися на принципах соціальної справедливості, державних соціальних стандартах і гарантіях, визначених у Законі України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії». Це передбачає оптимізацію механізмів фінансування, розвиток державно-приватного партнерства, стимулювання інноваційних технологій у медичних закладах, удосконалення інформаційної взаємодії між громадянами, медичною системою та органами влади.

Можна зазначити, що реформування системи медичної допомоги населенню в Україні є багаторівневим і тривалим процесом, який охоплює

інституційну, організаційну, правову й економічну модернізацію галузі. Його кінцева мета – підвищення якості життя громадян, розвиток людського капіталу та досягнення європейських стандартів державного управління у сфері охорони здоров'я.

У процесі реформування системи охорони здоров'я України особливо важливо визначити кількісні та якісні орієнтири її перспективного розвитку, які ґрунтуються на засадах сталого розвитку, принципах публічного управління, формуванні відкритого ринку медичних послуг і поступової інтеграції в європейський медичний простір. Відповідно до положень Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я України на 2023–2030 роки, Державної стратегії регіонального розвитку до 2027 року та Указу Президента України № 261/2021 «Про Стратегію людського розвитку», основними завданнями державної політики у сфері охорони здоров'я визначено створення сучасної, фінансово збалансованої, результативної системи, орієнтованої на потреби громадян.

Науковці дедалі активніше аналізують реформування системи медичної допомоги як міждисциплінарний процес, що поєднує соціальні, економічні, правові та управлінські аспекти. У сучасних публікаціях узагальнено результати досліджень, присвячених теоретико-методологічним основам удосконалення організаційно-економічного механізму системи охорони здоров'я, виявлено її проблеми та ризики, зокрема низький рівень ефективності фінансування, недостатню територіальну доступність базових медичних послуг і нерівномірність кадрового забезпечення між регіонами.

Одним із важливих напрямів підвищення ефективності є розроблення моделі територіально-економічної доступності медичних послуг, яка дає змогу враховувати специфіку окремих регіонів України. Так, за результатами досліджень, проведених на прикладі Вінницької області, було адаптовано модель, що відображає ключові закономірності функціонування ринку медичних послуг. У структурі цієї моделі виділено кілька базових компонентів (блоків):

- I блок – матеріально-ресурсна база системи охорони здоров'я регіону (інфраструктура, медичне обладнання, кадровий потенціал, фінансові ресурси);
- II блок – територіальна доступність (показники забезпеченості населення медичними установами, радіус доступу до лікарів первинної ланки, час доїзду до закладів охорони здоров'я);
- III блок – економічна доступність медичних послуг (співвідношення вартості лікування, доходів домогосподарств, а також рівня державних гарантій відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»);
- IV блок – результативність функціонування ринку медичних послуг (показники захворюваності, тривалості життя, задоволеності громадян якістю медичної допомоги, рівень медичної безпеки).

Такий підхід узгоджується з Європейською хартією охорони здоров'я (WHO, 2018) та принципами ЄС щодо рівного доступу до медичних послуг. У практиці публічного управління модель може використовуватися як інструмент планування регіональної політики у сфері охорони здоров'я, формування програм модернізації медичної інфраструктури та оцінки результативності державних інвестицій у галузі.

Дослідження також вказують, що у сучасних умовах необхідно оцінювати вплив глобалізаційних і євроінтеграційних процесів на трансформацію системи охорони здоров'я, її адаптацію до стандартів ЄС у сфері управління якістю, фінансування та регулювання лікарських засобів. Україна, проголосивши соціально орієнтований шлях розвитку, має враховувати соціальний вимір глобалізації, що визначає рівень добробуту, доступ до медичних і соціальних послуг, а також формує передумови сталого людського розвитку регіонів.

Особливої актуальності набуває питання посилення конкурентоспроможності медичної сфери як одного з факторів сталого розвитку національної економіки. Науковці наголошують, що підвищення

ефективності медичної галузі можливе через впровадження інновацій, цифрових технологій, використання міжнародного досвіду та розширення державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я.

Новітня парадигма сталого розвитку, обґрунтована у працях [1–4], розглядає людину не лише як об'єкт впливу державної політики, а як головний ресурс і рушійну силу змін. Це відповідає положенням Цілі сталого розвитку 3 «Міцне здоров'я і благополуччя» та підходу «Health in All Policies», рекомендованому Європейською комісією та ВООЗ.

У межах концепції сталого розвитку сучасне суспільство розглядається крізь призму трьох взаємопов'язаних підсистем – економічної, соціальної та екологічної. Медична галузь, інтегруючи всі ці складові, забезпечує їхній збалансований розвиток. Жодна зі складових не може розвиватися самостійно без взаємодії з іншими: економічні реформи потребують здорової та соціально активної нації, а соціальна політика – стабільної економічної основи.

Під час аналізу сучасного стану медичної сфери слід урахувати не лише традиційні показники охоплення населення послугами, а й інтенсивність використання інфраструктурного потенціалу, рівень кадрової мобільності, ступінь впровадження електронних медичних сервісів (eHealth) та вплив галузі на формування людського капіталу регіонів. Такий підхід відповідає Стратегії цифрової трансформації сфери охорони здоров'я України (2022–2026 рр.) та дозволяє оцінювати внесок медичної системи у виконання вимог міжнародних програмних документів ООН і ЄС зі сталого розвитку.

Таким чином, сучасна стратегія реформування системи охорони здоров'я України передбачає комплексну модернізацію за такими напрямками:

- децентралізація управлінських функцій і посилення відповідальності територіальних громад у реалізації державних медичних програм;
- розвиток конкурентоспроможного ринку медичних послуг на основі поєднання державних і приватних ресурсів;
- впровадження індикаторно-орієнтованої моделі моніторингу якості

медичної допомоги;

- забезпечення сталого кадрового розвитку через інвестиції у професійну освіту, інновації та міжнародні обміни;
- посилення ролі цифрових технологій, аналітики даних і телемедицини у формуванні єдиного медичного простору України та її інтеграції в європейську систему охорони здоров'я.

Таким чином, комплексна стратегія реформування системи медичної допомоги населенню в Україні формує нову парадигму публічного управління охороною здоров'я, орієнтовану на принципи децентралізації, ефективності та європейської інтеграції. Синергія децентралізованих управлінських функцій територіальних громад, розвитку конкурентного ринку медичних послуг, індикаторного моніторингу якості, сталого кадрового потенціалу та цифрової трансформації створює передумови для підвищення доступності, результативності та безпеки медичної допомоги на всіх рівнях – від первинної ланки до високоспеціалізованої.

Ці напрями реалізуються через інституційні механізми Національної служби здоров'я України, програми автономізації комунальних закладів та державно-приватного партнерства, що забезпечують раціональне використання бюджетних ресурсів і посилення ролі пацієнта як активного суб'єкта системи. У контексті сталого розвитку та євроінтеграції України така модель не лише оптимізує регіональні диспропорції, а й сприяє формуванню людського капіталу, підвищенню тривалості та якості життя громадян, а також адаптації до стандартів ЄС у сфері охорони здоров'я.

1.2 Стратегічні пріоритети трансформації системи медичної допомоги населенню в Україні

На основі розробленої моделі територіально-економічної доступності медичних послуг фахівцями публічного управління та практики медичної галузі здійснено ранжування адміністративно-територіальних одиниць і

регіоналізацію території України за рівнем розвитку системи медичної допомоги населенню, обґрунтовано нагальні потреби її подальшої модернізації в умовах децентралізації та європейської інтеграції.

У контексті підвищення результативності використання стратегічного потенціалу соціальної сфери України та досягнення збалансованості її економічного розвитку визначено ключові здобутки, системні прорахунки та управлінські ризики формування й реалізації державної політики у сфері медичної допомоги. З огляду на необхідність удосконалення якості публічного управління в процесі становлення соціально орієнтованої ринкової економіки, поглиблення євроінтеграційних процесів України (за критеріями наукової обґрунтованості стратегій, їхньої збалансованості, комплексності реалізації, посилення фінансового забезпечення, а також повноцінної нормативно-правової регламентації державних соціальних стандартів і гарантій відповідно до сучасних положень Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я на 2023–2030 роки), сформульовано принципи й пріоритети модернізації, прискорення темпів трансформації та стимулювання інноваційного розвитку системи медичної допомоги.

На підставі комплексних теоретико-методологічних та аналітичних напрацювань першого етапу дослідження запропоновано напрями реформування організаційно-фінансового механізму функціонування системи медичної допомоги на державному, регіональному та місцевому рівнях, а також визначено засади забезпечення сталого розвитку як соціальної сфери, так і національної економіки в цілому. Обґрунтовано першочергові управлінські заходи щодо створення основи для динамічного підвищення якості та доступності медичних послуг на основі вдосконалення взаємодії державного, комунального та приватного секторів, а також окреслено стратегічні напрями модернізації системи медичної допомоги, спрямовані на формування сприятливого внутрішнього й зовнішнього середовища для

суспільної та індивідуальної діяльності з отримання медичних послуг, з кінцевою метою збереження, вдосконалення та нарощування людського капіталу як провідного фактору економічного зростання держави.

У теоретичному аспекті суттєве значення мають теоретико-методологічні засади вирішення ключових проблем системи медичної допомоги з урахуванням світового та вітчизняного досвіду публічного управління, які розширюють наукову базу щодо її трансформації в контексті забезпечення сталого розвитку держави.

У методологічному аспекті вагомими є принципи, положення та методи наукових досліджень системи медичної допомоги, що слугують основою для розробки науково обґрунтованих рекомендацій щодо можливостей її модернізації в умовах сталого розвитку та децентралізованого управління.

У практичному аспекті визначальну роль відіграють конкретні напрями, пропозиції, інституційні механізми та інструменти для оптимізації функціонування системи медичної допомоги та ринку медичних послуг через застосування традиційних і новітніх підходів публічного управління, включаючи моніторинг індикаторів ефективності та оцінку результативності.

Дослідження результативності функціонування системи медичної допомоги в умовах трансформаційних процесів і стабілізації національної економіки виявило низку критичних викликів: погіршення багатьох кількісних і якісних характеристик надання та споживання медичних послуг, зокрема через неврегульованість організаційно-фінансового механізму галузі; поглиблення регіональних диспропорцій у розвитку медичної інфраструктури та обсягах обслуговування населення; суперечливу тенденцію до посилення залежності рівня задоволення суспільно значущих потреб від грошових доходів громадян, соціального статусу та місця проживання, що суперечить принципам соціального захисту в державах із соціально орієнтованою ринковою економікою.

Обґрунтування цілей і пріоритетів подальшого розвитку України та її територіальних громад у контексті завдань сучасної парадигми сталого

розвитку вимагає детального аналізу прорахунків і здобутків державної політики у сфері медичної допомоги. Зокрема, серед основних управлінських прорахунків виділяються:

- відсутність єдиної послідовної науково обґрунтованої стратегії реформування галузі з домінуванням ситуативного підходу до публічного управління;
- безсистемність і стихійність впровадження платних послуг у державних та комунальних закладах медичної допомоги;
- низька ефективність механізмів контролю за цільовим використанням бюджетних, програмних коштів та позабюджетних надходжень, а також недосконалість системи підзвітності на всіх рівнях децентралізованого управління;
- недостатнє залучення неурядових організацій та інших стейкхолдерів до партнерства поза межами системи медичної допомоги.

Основними здобутками реформування та модернізації системи медичної допомоги населенню України є посилення профілактичної спрямованості державної політики охорони здоров'я та поступовий перехід до людиноцентричної моделі публічного управління галуззю. Передусім ідеться про переорієнтацію системи з домінування лікувальних заходів на пріоритет профілактики, попередження інфекційних хвороб і зниження ризиків для здоров'я, пов'язаних із забрудненням довкілля та шкідливими факторами середовища життєдіяльності, що прямо відповідає підходу «Health in All Policies» та Цілі сталого розвитку 3.

Важливим результатом стало формування політики підтримки здорового способу життя: удосконалення системи гігієнічної освіти населення, зокрема дітей і молоді; посилення протитютюнових і антиалкогольних заходів; розвиток масового спорту й фізичної активності як інструментів зміцнення людського капіталу. Україна ратифікувала низку міжнародних документів у сфері охорони здоров'я, навколишнього середовища та контролю за тютюном, що закріпило зобов'язання держави щодо покращення середовища

життєдіяльності та умов для оздоровлення населення. Одночасно реалізується демографічна та соціальна політика, спрямована на підтримку народжуваності, зниження передчасної смертності, збереження репродуктивного здоров'я, а також на захист молоді, людей з інвалідністю та осіб похилого віку.

Суттєвим кроком стала поетапна модернізація фінансових механізмів, зокрема впровадження багатоканального фінансування та повноцінне функціонування Програми медичних гарантій (ПМГ), яка забезпечує універсальне покриття населення базовим пакетом послуг через Національну службу здоров'я України. Розпочато системну роботу з визначення пріоритетів медичної допомоги та науково обґрунтованого переліку гарантованих державою безоплатних послуг, що відповідає сучасній моделі універсального охоплення послугами охорони здоров'я. Удосконалюються підходи до оплати праці медичних працівників, зокрема через диференціацію винагороди залежно від кваліфікації, складності й результативності роботи, що є важливою умовою утримання кадрів та підвищення якості послуг.

На рівні організації медичної допомоги ключовим здобутком є розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, що підтверджується високим охопленням деклараціями з лікарями первинної ланки та їхньою провідною роллю у маршрутизації пацієнтів. Продовжується реструктуризація мережі закладів з метою зменшення диспропорцій між видами допомоги, оптимізації співвідношення між амбулаторною та стаціонарною допомогою та підвищення ефективності використання ліжкового фонду.

Фінансові результати впровадження ПМГ демонструють масштабність реформи: щорічні видатки на програму зростають і у 2025 році перевищують 175 млрд грн, що забезпечує оплату послуг первинної, спеціалізованої, екстреної та високоспеціалізованої допомоги, а також розширених пакетів для онкологічних, кардіологічних пацієнтів і осіб, постраждалих від війни. Програма «Доступні ліки» продовжує працювати як один із ключових інструментів фінансового захисту, розширюючи перелік препаратів для

лікування серцево-судинних захворювань, діабету та астми й забезпечуючи мільйонам пацієнтів доступ до медикаментів через мережу аптек, що співпрацюють з НСЗУ.

У сфері кадрового забезпечення здійснено низку кроків для підтримки молодих спеціалістів: врегульовано механізми відшкодування витрат базам стажування, забезпечено виплату заробітної плати лікарям-інтернам та підвищено рівень оплати праці медичних працівників порівняно з довоєнним періодом. Особлива увага приділяється підтримці кадрів у психіатричній та фтизіатричній службах, де ризик деградації мережі був найбільшим, зокрема через перегляд тарифів, гарантування мінімального рівня фінансування та включення відповідних пакетів послуг до ПМГ.

Важливою складовою сучасного етапу реформ є цифрова трансформація системи охорони здоров'я. Система eHealth функціонує у форматі 24/7, інтегруючи електронні декларації, електронні рецепти, електронні медичні висновки, цифрові інструменти для моніторингу послуг та звітності закладів. У 2024 році на першому національному eHealth Summit було представлено нові цифрові рішення: електронні сервіси для відстеження обігу медичних виробів, електронні реєстри, модулі управління запасами (eStock), особисті кабінети пацієнтів, а також розширені можливості телемедицини, що особливо важливо в умовах війни та переміщення населення. Це сприяє зменшенню адміністративного навантаження на медичних працівників, підвищенню прозорості фінансових потоків і доступності медичної допомоги для жителів віддалених, прифронтових і деокупованих територій.

Попри прогрес, зберігаються і ключові причини необхідності подальших змін: очікувана тривалість життя в Україні все ще нижча за середньоєвропейську (приблизно 73 роки проти понад 80 років у країнах ЄС у 2023 році), високою залишається смертність від серцево-судинних захворювань і наслідків інсультів, а рівень руйнівних «катастрофічних» витрат домогосподарств на медичну допомогу все ще перевищує показники багатьох країн Європейського регіону. Вакцинація дітей і надалі залишається

проблемною: рутинне охоплення щепленнями в окремі роки знижувалося до 40–50% по окремих вакцинах, а війна додатково ускладнила доступ до імунізації, особливо в зонах активних бойових дій.

У цьому контексті головною метою сучасної стратегії сталого розвитку України, яка охоплює соціальну, економічну та безпекову компоненти, залишається повноцінна реалізація конституційно гарантованих прав людини, включаючи рівний доступ до медичної допомоги через стійку та ефективну систему охорони здоров'я, що базується на інноваційності, соціальній справедливості та партнерстві з міжнародною спільнотою.

Реформа системи медичної допомоги населенню України спрямована на глибоку трансформацію фінансових, організаційних та управлінських механізмів галузі з метою забезпечення рівного доступу громадян до якісних медичних послуг і посилення фінансового захисту населення.

Реформа передбачає перехід від утримання мережі закладів до оплати конкретних медичних послуг, насамперед на рівні спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги, через Програму медичних гарантій та контракти з Національною службою здоров'я України (НСЗУ). Ключовим завданням є забезпечення фінансового захисту пацієнтів від катастрофічних витрат на лікування шляхом розширення гарантованого пакета послуг і програм відшкодування вартості лікарських засобів.

Модель державного гарантування пакета медичної допомоги має бути доступною для всіх громадян незалежно від статі, місця проживання, доходів та інших соціально-демографічних характеристик, що відповідає підходу універсального охоплення послугами охорони здоров'я. Одночасно реформа передбачає оновлення матеріально-технічної бази, посилення кадрового потенціалу та цифрову модернізацію закладів усіх рівнів, включно з впровадженням eHealth та телемедицини відповідно до міжнародних стандартів.

Реформування здійснюється за кількома взаємопов'язаними пріоритетами: медична реформа як така, розвиток системи громадського

здоров'я, модернізація спеціалізованої медицини, а також забезпечення доступними та якісними лікарськими засобами. Для кожного напрямку визначено завдання, серед яких: підвищення заробітної плати медичних працівників, створення ефективної системи контролю якості медичної допомоги, оновлення клінічних протоколів та національних стандартів лікування, впровадження державної оцінки медичних технологій.

Важливими інструментами реформи є розвиток конкурентного середовища для закладів охорони здоров'я, розширення добровільного медичного страхування, посилення державно-приватного партнерства та залучення приватного капіталу, зокрема через податкові стимули. Паралельно відбувається розбудова спроможної мережі закладів, розвиток системи екстреної медичної допомоги, високотехнологічної медицини й трансплантації, посилення допомоги пацієнтам з туберкульозом, психічними та орфаними (рідкісними) захворюваннями, реалізація національних стратегій боротьби з онкологічними хворобами.

Ключовою правовою основою є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII, який визначив принцип «гроші йдуть за пацієнтом» і заклав підвалини нової моделі фінансування. На його базі створено НСЗУ як національного «страховика», що укладає договори із закладами, закуповує у них послуги й оплачує їх за єдиними тарифами, незалежно від форми власності. Важливим елементом є автономізація закладів охорони здоров'я та їх перетворення на комунальні некомерційні підприємства, що дає змогу самостійно управляти бюджетом, кадрами та структурою послуг.

Створення та розвиток електронної системи охорони здоров'я (eHealth) забезпечило можливість укладання декларацій з лікарями, електронного документообігу, електронних рецептів та направлень, що стало технічною основою для роботи нової фінансової моделі.

Вільний вибір лікаря первинної ланки (сімейного лікаря, терапевта, педіатра) та укладання декларацій дозволили пацієнтам орієнтуватися не на

місце реєстрації, а на якість послуг та довіру до фахівця. Завдяки контрактам із НСЗУ заклади отримали пряме фінансування за надані послуги, що створило умови для суттєвого зростання заробітних плат медичних працівників, особливо тих, хто демонструє високу результативність.

Розширення Програми медичних гарантій та розвиток таких інструментів, як програма реімбурсації «Доступні ліки», безкоштовна діагностика та пріоритетні пакети (інфаркт, інсульт, пологи, неонатальна допомога, онкологічна діагностика), посилили фінансовий захист та доступність критично важливих видів медичної допомоги. Ці зміни, доповнені цифровізацією та розвитком системи громадського здоров'я, формують сучасну модель реформування системи медичної допомоги населенню України, орієнтовану на сталість, ефективність та відповідність європейським стандартам.

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ МЕХАНІЗМИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

2.1 Інституційно-правові засади реалізації медичної реформи в Україні та зарубіжний досвід

У сучасних умовах реформування системи медичної допомоги якість медичних послуг розглядається як базова цільова функція системи охорони здоров'я та водночас як ключовий критерій ефективності публічного управління галуззю. У більшості країн реалізуються державні програми управління якістю медичної допомоги, які інтегруються у національну політику охорони здоров'я й охоплюють питання стратегічного планування, стандартизації, фінансового забезпечення, клінічного менеджменту та контролю результатів. Таким чином, якість виступає системоутворюючим важелем реформ, що залежить від організації управлінських процесів (цілі, принципи, інструменти, структура, планування), моделі надання послуг та ресурсоемності медичної системи (матеріально-технічні, кадрові, інформаційні, фінансові ресурси), а також від впровадження сучасних технологій, клінічних настанов, стандартів і протоколів лікування.

У розвинених системах охорони здоров'я контроль якості трансформовано у повноцінне управління якістю та системи її безперервного вдосконалення, засновані на індикаторах, аудиті та зворотному зв'язку. В Україні ж тривалий час зберігалася модель «постфактум-контролю», орієнтована на покарання, що не забезпечувала усунення структурних причин низької якості й не створювала стимулів до розвитку; саме це стало одним із аргументів на користь переходу до нових інструментів публічного управління в умовах медичної реформи.

У правовій системі держави питання реалізації права на життя, здоров'я

та особисту безпеку закріплені у нормах конституційного, адміністративного, цивільного, кримінального та інших галузей права, однак у контексті реформування медичної допомоги вони потребують конкретизації через механізми державних фінансових гарантій та управління доступністю послуг. Відсутність єдиного підходу до трактування права на життя в теорії права зумовлює потребу виділення його складових, зокрема права на медичну допомогу, в окремий блок державної політики у сфері охорони здоров'я та медичної реформи.

У площині публічного управління в медицині вдалося досягти низки важливих результатів нормативно-правового характеру. По-перше, ухвалено законодавство щодо автономізації закладів охорони здоров'я (Закон № 2002-VIII), у якому вперше чітко закріплено поняття «послуги з медичного обслуговування населення» як об'єкта фінансування та базової одиниці вартості в системі охорони здоров'я. Це стало підґрунтям для переходу від утримання мережі до фінансування конкретних послуг, що відповідає сучасним європейським практикам.

По-друге, одним з ключових нормативних актів стала імплементація Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII (первинно законопроект № 6327), яким запроваджено принцип «гроші йдуть за пацієнтом» і визначено нову модель фінансування медичної допомоги. Відповідно до міжнародного досвіду, держава оплачує фактично надану пацієнту медичну послугу, а не утримання ліжка-місць або площ закладу, що підвищує ефективність використання бюджетних ресурсів і орієнтує систему на результат.

Сутність принципу «гроші йдуть за пацієнтом» полягає в тому, що кошти державного бюджету спрямовуються безпосередньо тим надавачам, які реально надають послуги громадянам, а обсяг фінансування залежить від кількості пацієнтів і структурованого пакета послуг. На первинному рівні це реалізується через пряме фінансування сімейних лікарів, терапевтів і педіатрів за укладеними з пацієнтами деклараціями, що дозволяє фіксувати обсяг

відповідальності лікаря та формувати персоніфіковані списки населення.

Реальним кроком до розбудови нової моделі стало ухвалення у квітні 2017 року Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» (№ 2002-VIII). Документ передбачає створення мережі державних і комунальних закладів із достатнім рівнем самостійності для забезпечення своєчасного та дієвого медичного обслуговування населення, що є ключовою умовою реформування системи медичної допомоги.

Закон закріплює фінансову та управлінську автономію закладів, встановлює спрощений порядок їх реорганізації у казенні підприємства та комунальні некомерційні підприємства, дозволяє накопичувати невикористані кошти та спрямовувати їх на оновлення матеріально-технічної бази, розвиток інфраструктури й підвищення якості послуг. Окремо врегульовано питання укладання договорів про медичне обслуговування населення за спеціальним порядком, затвердженим Кабінетом Міністрів України, що забезпечує прозорість договірних відносин між державою, органами місцевого самоврядування та надавачами медичних послуг.

Важливою гарантією, закріпленою в законодавстві, є надання медичної допомоги безоплатно за рахунок бюджетних коштів у закладах охорони здоров'я та у фізичних осіб-підприємців, які мають відповідну ліцензію, але виключно за умови укладення договору про медичне обслуговування з головним розпорядником бюджетних коштів. Водночас встановлено фінансові обмеження: такі договори укладаються лише в межах бюджетних призначень на охорону здоров'я на відповідний рік, на основі розрахованої вартості та обсягу послуг, замовником яких виступає держава або орган місцевого самоврядування. Тому в умовах дефіциту фінансових ресурсів фактичний обсяг гарантованої державою медичної допомоги є обмеженим, що зумовлює потребу подальшого нарощування фінансування, оптимізації пріоритетів і синхронізації реформ з європейськими підходами до універсального охоплення послугами.

З позицій публічного управління запровадження нормованого фінансування медичної допомоги та оплати за результат («гроші йдуть за пацієнтом») є економічно раціональним і бюджетно дисциплінуючим механізмом, однак воно супроводжується клінічними ризиками, пов'язаними з неможливістю повністю спрогнозувати перебіг хвороби, обсяг необхідних втручань та індивідуальну реакцію пацієнта на лікування. Надмірна жорсткість протоколів і прив'язка фінансування виключно до стандартизованих схем може обмежити клінічну автономію лікаря та звузити простір для професійного судження, що фактично перетворює його з суб'єкта прийняття рішень на виконавця технічних регламентів, що є предметом дискусії в рамках продовження реформи.

Ключовим інституційним елементом сучасної моделі реформування системи медичної допомоги населенню стало створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як центрального органу виконавчої влади за зразком служб типу National Health Service у Великій Британії, що виконує функції національного закупівельника медичних послуг. НСЗУ контракує заклади охорони здоров'я та лікарів-ФОП, укладаючи з ними договори про медичне обслуговування населення, адмініструє Програму медичних гарантій і здійснює оплати за реально надані послуги, будучи підзвітною безпосередньо Кабінету Міністрів України, що забезпечує інституційну відокремленість функцій замовника послуг від регулятора (МОЗ).

Перевагою такої моделі є розмежування повноважень: Міністерство охорони здоров'я формує політику, затверджує клінічні протоколи, стандарти і таблиці оснащення, тоді як НСЗУ виступає незалежним платником і контролером, який замовляє послуги у закладів різних форм власності, не будучи їхнім засновником. Вибір закладу та лікаря здійснює сам пацієнт, а НСЗУ оплачує надану допомогу та контролює її вартість і якість за встановленими індикаторами, що посилює конкуренцію між надавачами послуг і підвищує підзвітність системи.

Суттєвим компонентом організаційно-правового забезпечення якості є

система ліцензування та акредитації. Ліцензування в Україні охоплює всі юридичні особи та фізичних осіб-підприємців, які здійснюють медичну практику, і покликане гарантувати мінімальні стандарти безпеки для пацієнтів. Натомість акредитація має забезпечувати безперервне підвищення якості, однак її реалізація через структури, підпорядковані МОЗ, а не незалежний національний акредитаційний орган, як у країнах ЄС, об'єктивно обмежує спроможність системи до неупередженої зовнішньої оцінки закладів і наближення до європейських моделей (JCAHO, HAS тощо).

Нормативною основою запровадження сучасних інструментів управління якістю стали, зокрема, Концепція управління якістю медичної допомоги, затверджена наказом МОЗ № 454, яка проголосила принцип безперервного вдосконалення якості та впровадження клінічного аудиту, а також подальші накази МОЗ щодо організації клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги. Вони передбачають перехід від суто статистичного аналізу діяльності закладів до комплексної експертизи випадків надання допомоги, зіставлення результатів лікування зі стандартами, протоколами та ресурсним забезпеченням, що є важливою складовою реформування системи медичної допомоги на основі доказових підходів і публічної підзвітності.

Попри нормативне закріплення сучасних інструментів управління якістю медичної допомоги (клінічний аудит, моніторинг індикаторів), на практиці й досі домінує модель експертної оцінки окремих ускладнень і небажаних випадків з орієнтацією на «каральні» організаційні заходи, а не на системне вдосконалення процесів лікування. Клінічний аудит у закладах, який має проводитися як регулярний інструмент пошуку резервів покращення якості, часто зводиться до формальних процедур кілька разів на рік замість того, щоб виконувати функцію безперервного вдосконалення та навчання команд.

Важливою складовою реформування системи медичної допомоги населенню є нова модель фінансування, що поєднує чітко визначені державні гарантії, посилення фінансового захисту населення від катастрофічних витрат, справедливий розподіл публічних ресурсів та поетапне скорочення

неформальних платежів. Світовий досвід показує, що попит на приватні медичні послуги існуватиме за будь-якої моделі, однак стратегічною метою є така конфігурація системи, за якої державний сектор залишається базовим за охопленням, а приватний – доповнює його, віддзеркалюючи стандарти якості й безпеки, встановлені публічною політикою.

У сучасних умовах здоров'я населення розглядається як ключовий макроекономічний та політичний ресурс, що визначає конкурентоспроможність держави, стійкість суспільства й перспективи його розвитку, тому завдання зміцнення здоров'я набувають транснаціонального характеру й інтегруються в глобальні програми сталого розвитку. Саме системи охорони здоров'я, їхня організація та якість управління, забезпечують реальну можливість досягати цілей у сфері людського розвитку, згуртованості й соціальної стабільності, що робить їх центральним елементом соціальної політики більшості країн.

Україна перебуває у процесі пошуку оптимальної моделі медичної допомоги, і поштовхом до реформ стали критичні показники здоров'я населення, низька доступність та якість послуг, а також незадоволеність пацієнтів, медичного персоналу й органів влади існуючою системою. Високий рівень прямих витрат домогосподарств на медичну допомогу, значні відмінності за показниками смертності, тривалості життя, захворюваності на туберкульоз та ВІЛ/СНІД порівняно з країнами ЄС підтверджують необхідність глибинних змін і зміщення акценту на фінансовий захист, профілактику та якість послуг.

Система медичної допомоги тривалий час не задовольняла й лікарів через низьку оплату праці, надмірне навантаження, особливо на первинній ланці, та застарілу матеріально-технічну базу, що обмежувало можливість реалізувати професійні компетентності. Для органів влади проблема полягала в тому, що зростання обсягів фінансування не трансформувалося у покращення результатів через утримання неефективної мережі, надлишковий ліжковий фонд і повільне впровадження вартісно-ефективних технологій, що й стало

одним із ключових аргументів для започаткування реформи як складової ширшої програми трансформацій державного управління.

Унормування перших кроків реформування системи охорони здоров'я було започатковано прийняттям Закону України від 07.07.2011 № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві», який визначив рамки пілотних проєктів як інструменту апробації нових управлінських і фінансових підходів, виявлення ризиків та вироблення механізмів їх нейтралізації до розгортання реформи на загальнодержавному рівні. Подальший розвиток правового підґрунтя реформ забезпечили, зокрема, Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII, а також Національна стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, які закріпили нову модель фінансування та пріоритети трансформації галузі.

Відповідно до підходів ВООЗ, сучасна система медичної допомоги має розвиватися за шістьма ключовими компонентами: надання послуг, кадрові ресурси, інформаційні системи, фінансування, лікарські засоби та технології, лідерство й управління, і всі ці елементи в Україні потребують модернізації. У площині організації надання медичних послуг реформа передбачає структурну перебудову з чітким розмежуванням первинного, вторинного та третинного рівнів, посилення профілактичного компоненту на первинці, вільний вибір лікаря, впровадження маршрутизації пацієнтів, а також використання доказових стандартів і клінічних протоколів як основи управління якістю.

Структурна реорганізація розпочалася з первинної ланки: створення мережі амбулаторій загальної практики/сімейної медицини, їх оснащення відповідно до табелів, формування центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) як базових організаційних одиниць. Станом на 2024 рік в Україні функціонують тисячі закладів первинної допомоги, а понад 32 млн громадян уклали декларації з лікарями первинного рівня, що свідчить про інституційну стабілізацію цього сегмента системи медичної допомоги, попри

збереження проблем із матеріально-технічним забезпеченням, кадровим дефіцитом і організацією невідкладної допомоги в окремих громадах.

Фінансування залишається одним із найбільш критичних вимірів реформ. У країнах ЄС сукупні витрати на охорону здоров'я сягають у середньому 9–11% ВВП, тоді як в Україні цей показник за останні роки коливається в межах близько 7–8% з урахуванням усіх джерел, але частка публічних витрат залишається нижчою, а частка прямих витрат домогосподарств істотно перевищує рекомендований ВООЗ рівень. За оцінками міжнародних організацій, у 2022–2023 роках катастрофічні витрати домогосподарств на медичну допомогу все ще залишалися одними з найвищих у Європейському регіоні ВООЗ, що підтверджує необхідність посилення фінансового захисту пацієнтів через розширення Програми медичних гарантій та механізмів реімбурсації.

Оптимальна для країн із соціально орієнтованою економікою структура фінансування, за експертними оцінками, передбачає покриття близько 70% витрат за рахунок податків і обов'язкового медичного страхування при мінімальному рівні прямих платежів населення, тоді як в Україні частка прямих витрат населення на медичні послуги та ліки, за даними досліджень ВООЗ і Світового банку, досі залишається надмірно високою. «Викривленою» є й структура видатків місцевих бюджетів, де понад 70–80% часто йде на оплату праці, тоді як на медикаменти й витратні матеріали спрямовується значно менша частка, що прямо впливає на доступність і якість лікування на місцях. У відповідь на це в межах реформи впроваджуються нові підходи до фінансування закладів (тарифікація пакетів ПМГ, договори з НСЗУ, перехід на оплату за послугу), а також до оплати праці медичних працівників, зокрема шляхом відмови від жорсткої тарифної сітки та запровадження гнучких систем оплати на основі результатів роботи.

Консолідація фінансових ресурсів для надання первинної медичної допомоги на рівні районних (нині – здебільшого базових громадських та обласних) бюджетів стала одним із ключових організаційно-фінансових

результатів реформування системи медичної допомоги населенню. У центрах первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) запроваджено спрощену структуру кошторисів з поділом видатків лише на дві основні групи – поточні та капітальні, що забезпечує більшу гнучкість у перерозподілі ресурсів, орієнтацію на економічну доцільність, а не лише на формальну бюджетну класифікацію, і дає змогу швидше реагувати на зміну потреб пацієнтів та вимоги Програми медичних гарантій. У сучасних умовах ці підходи інтегруються з механізмами прямого фінансування закладів через договори з Національною службою здоров'я України, що дозволяє поєднувати місцеві бюджети, державні кошти та інші джерела фінансування в єдиній логіці публічного управління галуззю.

Відбувся й перехід до нових підходів в оплаті праці медичних працівників первинної ланки, спрямованих на підвищення мотивації та продуктивності праці. Ключовою метою цих змін є збільшення рівня винагороди лікарів та середнього медперсоналу, формування стимулів до раціонального використання ресурсів системи охорони здоров'я і поліпшення якості послуг. Модель оплати праці передбачає виділення двох основних компонентів заробітної плати: постійної (базовий посадовий оклад відповідно до Єдиної тарифної сітки чи внутрішньої системи оплати) та змінної (надбавки та премії залежно від обсягу наданих послуг, досягнутих показників якості, кількості укладених декларацій, виконання індикаторів ПМГ).

Нормативною основою для запровадження нових умов оплати праці в пілотних регіонах стала постанова Кабінету Міністрів України від 05.03.2012 № 209 «Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я», а на наступних етапах – рішення Уряду 2020–2024 років щодо поетапного підвищення мінімальних гарантій для медиків. Практичний ефект цих змін, зокрема у Дніпровському та Дарницькому районах м. Києва, проявився у поступовому зростанні доходів сімейних лікарів та формуванні диференційованої оплати залежно від результатів роботи, що пізніше було

масштабовано через контракти з НСЗУ для всієї країни.

Водночас, попри досягнутий прогрес, в системі первинної медичної допомоги зберігається значна кількість невирішених проблем, які стримують повну реалізацію потенціалу реформи. До них належать:

- необхідність подальшого розширення мережі сімейних амбулаторій, особливо у сільських, прифронтових та деокупованих громадах;
- завершення інституційного формування та належного ресурсного забезпечення ЦПМСД;
- оптимізація штатної структури центрів з урахуванням реальних потреб населення та навантаження на медичний персонал;
- актуалізація та перегляд табелів оснащення з фокусом на сучасні діагностичні та інформаційні технології;
- повномасштабне впровадження клінічних протоколів, методичних рекомендацій і стандартів у практику сімейних лікарів;
- запобігання штучному обмеженню доступу пацієнтів до вторинної допомоги через необґрунтовані бар'єри направлень;
- організація вечірніх та розширених прийомів, виїзних консультацій лікарів-спеціалістів в амбулаторіях;
- розроблення чітких методичних рекомендацій щодо організації стоматологічної, акушерсько-гінекологічної допомоги та лабораторної діагностики в структурі ЦПМСД.

Основні принципи реформування системи медичної допомоги, відпрацьовані у пілотних регіонах, реалізуються в рамках щорічних національних планів дій щодо впровадження програм економічних і соціальних реформ та Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Нормативно-правова база та методичний інструментарій реформи значною мірою сформовані та продовжують актуалізуватися з урахуванням умов воєнного стану, викликів повоєнного відновлення та євроінтеграційних зобов'язань України. Важливо, що зміни на первинному рівні вже набули незворотного характеру: нова модель фінансування, автономізація закладів,

декларування вибору лікаря, інтеграція до eHealth та Програми медичних гарантій сформували якісно інший формат публічного управління медичною допомогою населенню, який визначатиме подальші вектори трансформації всієї системи.

2.2 Сучасний етап медичної реформи та розвиток системи медичної допомоги в територіальних громадах

Медична реформа в Україні перейшла від етапу нормативного запуску до фази поглибленої імплементації, що особливо відчутно на рівні первинної медичної допомоги та в об'єднаних територіальних громадах (сьогодні – територіальні громади в умовах децентралізації). Ключові зміни стартували після набрання чинності Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ), а з 2020 року – із повноцінним запуском Програми медичних гарантій для всіх рівнів медичної допомоги.

На первинному рівні модель «гроші йдуть за пацієнтом» реалізується через оплату закладам і лікарям за кількість пацієнтів, які уклали декларації, з урахуванням вікових та інших коефіцієнтів ризику. Станом на 2024–2025 роки понад 32 млн українців мають чинні декларації з лікарями первинної ланки, а фінансування первинної допомоги в структурі Програми медичних гарантій становить одну з найбільших часток, що забезпечує відносну фінансову стабільність ЦПМСД навіть в умовах війни. Тарифування поступово еволюціонувало від єдиної базової ставки до диференційованої капітаційної оплати з мотиваційними коефіцієнтами, а в пріоритеті – запровадження індикаторів якості (виконання календаря щеплень, контроль хронічних захворювань, раціональне направлення пацієнтів на вторинну ланку), за які можуть нараховуватися додаткові стимули.

Для територіальних громад реформа означає не лише зміну фінансових потоків, а й посилення управлінської відповідальності за організацію мережі

закладів, кадрову політику, розвиток інфраструктури та доступність послуг. Громади виступають власниками значної частини закладів первинної та частково вторинної ланки, забезпечують їх утримання, співфінансування капітальних видатків і участь у програмах відновлення, зокрема в межах Плану відбудови системи охорони здоров'я та регіональних стратегій розвитку. У низці областей реалізуються проекти створення спроможної мережі опорних лікарень і амбулаторій у громадах, що має зменшити територіальну нерівність доступу до медичної допомоги.

Щодо участі приватного сектору, сучасна модель передбачає, що будь-який приватний заклад або лікар-ФОП може стати партнером НСЗУ за умови виконання вимог до матеріально-технічного забезпечення, кадрового складу, дотримання стандартів та підключення до eHealth. Приватні надавачі працюють за тими самими правилами, що й комунальні: НСЗУ оплачує затверджені пакети послуг, а пацієнт у межах Програми медичних гарантій отримує їх безоплатно; додаткові платні послуги можливі лише поза межами гарантованого пакета. Для багатьох приватних клінік це створює нову бізнес-модель – від оплати за кожен візит до «абонементного» підходу, коли основний дохід формують контракти з НСЗУ та стабільний потік пацієнтів.

У територіальних громадах особливе значення мають питання інтеграції первинної допомоги з іншими рівнями, розвитку телемедицини, мобільних бригад і цифрових сервісів, що дозволяє надавати послуги у віддалених та прифронтових населених пунктах. Виклики війни, міграції населення та руйнування інфраструктури зумовили акцент на гнучких моделях організації медичної допомоги, посиленій координації між громадами, обласними департаментами та центральними органами влади, що сьогодні є одним із ключових напрямів подальшого реформування системи медичної допомоги населенню.

МОЗ України й надалі зберігає підхід, за яким базовий обсяг послуг сімейного лікаря у межах Програми медичних гарантій залишається безоплатним для пацієнта, а перелік платних сервісів чітко визначається як

додаткові, не пов'язані з основною клінічною функцією (медичні огляди для працевлаштування, окремі довідки, масаж, частина профілактичних оглядів тощо). Це відповідає принципу розмежування гарантованого пакета і добровільних послуг та дозволяє уникати дублювання фінансування за рахунок державного бюджету та приватних страхових схем.

Розвиток добровільного медичного страхування і корпоративних програм відбувається з урахуванням того, що первинна допомога для застрахованих осіб уже покривається державою, а страхові компанії фокусуються на розширених послугах: стоматологічна допомога, розширені профогляди, додаткові діагностичні методи (наприклад, УЗД на первинному рівні), сервісні опції та страхування на випадок стаціонарного лікування. Така модель наближає українську систему до європейської практики, де базові послуги фінансуються публічно, а добровільне страхування доповнює їх, не замінюючи.

Для участі в реформі заклади охорони здоров'я мають відповідати трьом ключовим вимогам: мати статус комунального некомерційного підприємства (для державного/комунального сектору) або статус ФОП/приватного закладу, бути підключеними до eHealth та мати укладений договір з НСЗУ. Лікарі, які обирають модель приватної практики як ФОП, користуються спрощеними процедурами ліцензування та контрактування, однак зобов'язані забезпечити належне приміщення, обладнання та дотримання вимог до якості й безпеки, визначених у пакетах Програми медичних гарантій.

У період повномасштабної імплементації реформи (з 2018 року) НСЗУ здійснює виплати ФОП та приватним амбулаторіям за тим самим принципом, що й комунальним ЦПМСД, – за кількість задекларованих пацієнтів, з урахуванням вікових коефіцієнтів та обсягу наданих послуг. За оцінками МОЗ та міжнародних партнерів, інвестиції, необхідні для базового оснащення амбулаторії первинної допомоги, залишаються відносно невисокими в порівнянні з потенційним доходом від контракту з НСЗУ, що робить модель приватної практики економічно привабливою для частини лікарів, особливо в

малих громадах.

Процедура ліцензування медичної практики також була спрощена: основний акцент зроблено на підтвердженні професійної кваліфікації (диплом, сертифікат лікаря-спеціаліста), відсутності заборон на медичну діяльність, а вимоги до приміщень і оснащення прив'язуються до переліку вимог НСЗУ для відповідного пакета послуг. Для укладення договору з НСЗУ лікар чи заклад повинен мати доступ до е-системи, відповідне технічне забезпечення, організовані зони для вакцинації, прийому пацієнтів, зберігання лікарських засобів, що перевіряється під час верифікації надавача.

Сучасна практика показує, що така модель поєднання публічного фінансування первинної ланки, чітко регульованого переліку додаткових платних послуг і можливості приватної практики створює більш гнучке, конкурентне середовище, у якому пацієнт отримує базові послуги безоплатно, а лікар – більше автономії та можливостей для професійного розвитку й підвищення доходів.

Пацієнт і нині зберігає ключову роль у виборі лікаря первинної ланки: декларація укладається виключно за його волею, а відмова лікаря можлива лише у випадку перевищення максимально допустимого навантаження (орієнтовно 1800–2000 пацієнтів для сімейного лікаря, залежно від чинних нормативів і тарифної моделі). Договори закладів з НСЗУ обов'язково містять інформацію про організацію медичної допомоги в нічний час, у вихідні та святкові дні, а також на випадок тимчасової відсутності лікаря, що покладає на керівництво закладу відповідальність за укладення відповідних угод з іншими надавачами послуг.

Заклади, що працюють за Програмою медичних гарантій, маркуються емблемою НСЗУ, що сигналізує пацієнтам про наявність гарантованого пакета безоплатних послуг. Станом на 2024–2025 роки в системі eHealth зареєстровано понад 3 тисячі надавачів первинної медичної допомоги (ЦПМСД, приватні клініки, лікарі-ФОП) та десятки тисяч лікарів, а кількість укладених декларацій перевищує 32 млн, що забезпечує майже повне

охоплення населення, яке проживає на підконтрольних територіях. Електронна система охорони здоров'я інтегрує реєстри надавачів, лікарів, пацієнтів, договорів з НСЗУ та медичних записів і є технічною основою для цільових виплат «гроші йдуть за пацієнтом».

Впровадження eHealth спрямоване не лише на прозорість фінансування, а й на підвищення якості послуг за рахунок кращого обміну даними, зменшення паперового навантаження та можливості аналітики показників здоров'я на рівні громади і країни. У межах цифрової трансформації запущено електронні рецепти, електронні направлення, медичні висновки, включно з довідками про тимчасову непрацездатність та щеплення, що дозволяє точково відслідковувати обсяги надання послуг і мотивувати лікарів до ефективної роботи. Це створює умови, за яких лікарі з високим рівнем довіри пацієнтів, кращими показниками профілактики та лікування отримують більшу кількість декларацій і, відповідно, вищі доходи в межах контрактів з НСЗУ.

У сучасних умовах реформи системи медичної допомоги населенню держава декларує єдині стандарти якості первинної медичної допомоги для всіх пацієнтів, незалежно від місця проживання, тоді як відмінності між містом і селом переважно стосуються організації доступу до лікаря та інфраструктурних можливостей територіальних громад. Тарифи Програми медичних гарантій для первинної ланки є єдиними по всій країні, а завдання органів місцевого самоврядування й військових/цивільних адміністрацій полягає в забезпеченні фізичної доступності амбулаторій, транспортного сполучення, належних умов праці для медичних працівників та безпечного маршруту пацієнта.

У різних громадах спостерігаються різні моделі організації доступу: від пішої досяжності амбулаторії до необхідності використання громадського транспорту, службових автомобілів або мобільних бригад, особливо в прифронтових і деокупованих районах. Центральні органи влади відповідають за єдині стандарти, фінансові гарантії та цифрову інфраструктуру, тоді як місцева влада – за дороги, транспорт, розміщення амбулаторій та комунальну

підтримку закладів. Саме ця розподілена модель відповідальності є ключовим елементом децентралізованого публічного управління охороною здоров'я.

Обсяги фінансування первинної медичної допомоги суттєво зросли порівняно з початком реформи: у межах Програми медичних гарантій загальний бюджет на 2025 рік для всієї системи охорони здоров'я перевищує 175 млрд грн, з яких значна частина спрямовується на первинну допомогу, екстрену та пріоритетні пакети послуг. Фінансування первинки сьогодні здійснюється переважно через прямі договори закладів із НСЗУ, тоді як медична субвенція, яка раніше була основою утримання первинної ланки, фактично перестала бути ключовим інструментом і використовується переважно для окремих програм та підтримки мережі в перехідних умовах чи на непідконтрольних територіях.

Заклади, що виконують вимоги реформи (автономізація, комп'ютеризація, підключення до eHealth, укладення договору з НСЗУ), отримують статус партнерів Програми медичних гарантій, що маркується емблемою НСЗУ. Для пацієнтів це означає можливість вільного вибору лікаря, доступ до гарантованого пакета безоплатних послуг і сучасних сервісів (електронна черга, електронні рецепти, направлення), тоді як заклади, які залишаються поза новою моделлю, продовжують працювати за старими підходами з більшою часткою паперового документообігу, приписним принципом і обмеженими можливостями розвитку.

Практика останніх років показує, що заклади, повноцінно інтегровані в реформу та цифрову інфраструктуру, демонструють вищі показники задоволеності пацієнтів, кращу організацію процесів і більшу фінансову стабільність, що створює додаткові стимули для інших надавачів переходити на нову модель. У цьому контексті реформування первинної ланки набуло незворотного характеру й слугує базою для подальшого удосконалення системи медичної допомоги населенню на рівні громад і держави в цілому.

Експерти наголошують, що органи місцевого самоврядування територіальних громад і районні державні адміністрації мають чітко розуміти

сучасну архітектуру фінансування медичної допомоги, роль Національної служби здоров'я України (НСЗУ) та власні повноваження у сфері охорони здоров'я, закріплені, зокрема, у Законі України «Про місцеве самоврядування в Україні» та галузевих актах. Сьогодні кошти на медичну допомогу населенню спрямовуються переважно через Програму медичних гарантій, що затверджується разом із Державним бюджетом України, а головним розпорядником коштів за цією програмою є МОЗ та НСЗУ як національний закупівельник послуг.

Отримувачами коштів у межах Програми медичних гарантій виступають безпосередньо надавачі медичних послуг – комунальні некомерційні підприємства, державні, приватні заклади будь-якої форми власності та лікарі-ФОП, які уклали договори з НСЗУ і відповідають вимогам до матеріально-технічного забезпечення, кадрового складу та підключення до eHealth. Таким чином, первинна, спеціалізована та частково високоспеціалізована медична допомога в громадах може надаватися не лише комунальними закладами, а й приватними структурами за умови дотримання єдиних правил і стандартів, що розширює конкуренцію та вибір для пацієнтів.

Попри те, що гроші державного бюджету дедалі частіше «минають» місцеві бюджети й ідуть безпосередньо до закладів за договорами з НСЗУ, громади не усуваються від відповідальності за здоров'я населення. Навпаки, у контексті децентралізації саме територіальні громади, згідно з Конституцією України, Законом «Про місцеве самоврядування в Україні» та Законом «Про засади державної регіональної політики», відповідають за розвиток локальної системи охорони здоров'я, включно з утриманням інфраструктури, участю у співфінансуванні проєктів, формуванням госпітальних округів і взаємодією із госпітальними радами.

Питання збереження здоров'я населення виходять далеко за межі клінічної медицини й охоплюють спосіб життя, доступ до спортивної та соціальної інфраструктури, якість довкілля, безпеку життєвого середовища – усе це сфера відповідальності місцевої влади в межах політики «здоров'я в

усіх політиках». Завдання управлінської команди громади – розробити й реалізувати власну стратегію розвитку системи охорони здоров'я громади, узгоджену з Державною стратегією регіонального розвитку та Стратегією розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, із чітким визначенням ролі кожного надавача послуг (комунального, приватного, міжмуніципального) на своїй території та за її межами.

У межах такої стратегії громада формує запит до закладів первинної медичної допомоги, сприяє розвитку профілактичних програм, скринінгів, мобільних бригад, а також може спрямовувати власні ресурси (місцевий бюджет, ДФРР, міжнародну технічну допомогу) на модернізацію інфраструктури, ремонт амбулаторій, закупівлю обладнання тощо. Важливою є й контрольна функція – участь представників громади в опікунських/наглядових радах при комунальних медичних підприємствах, моніторинг якості послуг і врахування думки жителів під час планування мережі.

Окремим стратегічним напрямом є кадрова політика в сімейній медицині: залучення та утримання молодих лікарів у громадах, що передбачено, зокрема, Національною стратегією розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Громади можуть застосовувати інструменти публічного управління: забезпечення житлом, розвиток освітньої та соціальної інфраструктури для сімей медиків, програми співфінансування навчання студентів-медиків із подальшим відпрацюванням у громаді, локальні «пакети підтримки» для лікарів-ФОП, що відкривають практику на території громади. Це дозволяє зменшувати кадровий дефіцит, зміцнювати первинну ланку та забезпечувати сталість реформування системи медичної допомоги на місцевому рівні.

У територіальних громадах для ефективної участі в реформуванні системи медичної допомоги населенню необхідно інституційно закріпити управлінську функцію у сфері охорони здоров'я – створити відповідний структурний підрозділ або ввести посаду профільного заступника голови

громади з питань охорони здоров'я та громадського здоров'я. Такі посадові особи не обов'язково мають бути лікарями, але повинні володіти компетенціями у стратегічному плануванні, фінансовому менеджменті, комунікаціях і добре розуміти нову модель взаємодії між громадами, НСЗУ та надавачами медичних послуг, що випливає з Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» та сучасних документів медичної реформи.

У багатьох громадах досі домінує практика створення власних центрів первинної медико-санітарної допомоги або амбулаторій сімейної медицини як комунальних підприємств, хоча з позицій економічної ефективності та оптимізації мережі це не завжди доцільно. Нова модель публічного управління дає громадам ширший вибір організаційних рішень:

- створити власне комунальне некомерційне підприємство (КНП) як надавача первинної допомоги;
- укласти договір про співробітництво територіальних громад з КНП сусідньої громади (з опорним ЦПМСД чи лікарнею), що дозволяє зменшити адміністративні витрати й підвищити зарплати лікарів;
- співпрацювати з приватним медичним закладом, надаючи йому приміщення на пільгових умовах в обмін на гарантії обслуговування населення;
- укласти угоди з лікарями-ФОП, забезпечивши їм пільгову оренду, підтримку місцевими програмами профілактики (щеплення, скринінги, програми боротьби із сезонними інфекціями тощо).

Перелік можливих моделей не є вичерпним, їх можна комбінувати: власне КНП може частину населення обслуговувати своїми працівниками, а частину – через контракти з лікарями-ФОП або міжмуніципальне співробітництво. Вибір моделі має базуватися на аналізі географії громади, транспортної доступності, вікової структури та потреб населення, а також спроможності адміністративної команди управляти складнішими партнерськими моделями.

Сучасні рекомендації для управлінських команд громад передбачають

кілька послідовних кроків:

- сформувати візію стану здоров'я мешканців громади на горизонті 3–5 років із урахуванням цілей Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року та місцевих пріоритетів;
- провести комплексний аудит системи надання медичних послуг (опитування населення щодо задоволеності, аналіз черг, графіків прийому, використання приміщень, кадрового потенціалу та стану обладнання);
- вивчити досвід інших громад (виїзні бригади сімейних лікарів, стимулювання праці молодих лікарів, міжмуніципальні проєкти з підтримки опорних закладів);
- розробити фінансові моделі надання медичних послуг, визначити джерела додаткових інвестицій (місцевий бюджет, ДФРР, проєкти ЄС, ПРООН, ВООЗ, інші грантові програми).

Різні точки зору, зібрані під час аудиту (мешканці, лікарі, керівники закладів, депутати, бізнес, громадські організації), дозволяють більш точно визначити фокус реформ та інвестицій. За результатами соціологічних та експертних досліджень у громадах найчастіше фіксуються скарги на тривалі черги, незручний графік роботи лікарів, недостатню кількість фахівців, що підтверджує необхідність не лише фінансових, а й управлінських змін у системі медичної допомоги на рівні територіальних громад.

У Харківській області протягом останніх чотирьох років роль територіальних громад у забезпеченні населення якісною медичною допомогою суттєво зросла, особливо в умовах повномасштабної війни та фронтового розташування значної частини території. Для громад, які ще не завершили трансформацію мережі закладів, пріоритетом є забезпечення безперервності фінансування, збереження доступності первинної та екстреної допомоги, а також адаптація медичної інфраструктури до безпекових викликів (укриття, релокація амбулаторій, розгортання модульних пунктів).

За даними обласних та міжнародних аналітичних звітів, Харківський регіон демонструє поєднання сильного міського ядра (Харківська міська

територіальна громада з населенням близько 1,4 млн осіб) та значної кількості сільських і прифронтових громад, де доступ до медичних послуг ускладнений руйнуваннями та вимушеною міграцією. У 2023–2024 роках у сільських районах області відзначалися проблеми з функціонуванням ФАПів, амбулаторій і відділень лікарень через пошкодження будівель, кадровий дефіцит і перебої з постачанням медикаментів, що змусило громади переорієнтовуватись на мобільні бригади, виїзні прийоми та використання телемедицини.

Водночас у Харкові та частині більш захищених громад області продовжилося впровадження електронних сервісів і цифрової інфраструктури: розбудова eHealth, електронних карток пацієнтів, запису на прийом, телемедичних консультацій, що підтримується як державними програмами, так і міжнародними проєктами від ВООЗ та партнерів. Наприклад, у 2024 році ВООЗ і міжнародні організації встановили модульні амбулаторії первинної допомоги в Харківській області, щоб швидко відновити доступ до послуг там, де будівлі були зруйновані, та посилили роботу виїзних команд, які обслуговують сільське населення і внутрішньо переміщених осіб.

Фінансування первинної медичної допомоги в Харківській області здійснюється на загальнонаціональних засадах через Програму медичних гарантій: у 2024 році на первинку в Україні спрямовано близько 23,7 млрд грн, що більше ніж 20,7 млрд грн у 2021 році, а частина цих коштів забезпечує роботу Центрів ПМСД, амбулаторій і ФОП-лікарів у громадах Харківщини. У прифронтових громадах, таких як Великобурлуцька, соціологічні опитування 2024 року засвідчили, що основними медичними проблемами є серцево-судинні захворювання та стоматологічні проблеми, на тлі зростання психологічного навантаження та хронічного стресу, що потребує посилення локальних програм профілактики та реабілітації.

Громади Харківської області використовують різні моделі організації мережі: частина зберігає власні КНП «ЦПМСД», інші активніше застосовують міжмуніципальне співробітництво та залучення лікарів-ФОП, що відповідає

сучасним підходам до оптимізації медичної інфраструктури в умовах обмежених ресурсів і воєнних ризиків. Для підтримки медичної сфери обласна влада реалізує цільові програми розвитку охорони здоров'я, що діяли до 2024 року, спрямовані на модернізацію обладнання, підтримку екстреної допомоги, пілотні проєкти паліативної допомоги та розвиток людського ресурсу, зокрема в Харкові та районах області.

В Одеській та Дніпропетровській областях за останні роки також сформувалися показові приклади розвитку спроможної мережі медичної допомоги на рівні громад, із акцентом на кардіологічну, первинну та діагностичну допомогу. Це відбувається як у межах загальнонаціональної мережі реперфузійних центрів та опорних лікарень, так і через локальні ініціативи громад за підтримки держави й міжнародних партнерів.

В Одеській області, окрім уже діючих реперфузійних центрів в обласній клінічній лікарні та великих міських лікарнях, у 2024 році відкрито нову модульну амбулаторію первинної допомоги у селі Чогодарівка, яка обслуговує понад 1800 жителів, включно з дітьми. Амбулаторія повністю оснащена для цілорічної роботи (електрика, водопостачання, автономний генератор), має кабінети сімейного лікаря, щеплень, базової діагностики та слугує вузловою точкою маршрутизації пацієнтів до лікарень інтенсивного лікування в межах госпітального округу. Для мешканців віддалених сіл в Одеській області також розгорнуто проєкти мобільних бригад первинної допомоги, що виїжджають у села за графіком, проводять огляди, вимірювання тиску, ЕКГ, базові аналізи й за потреби організовують транспортування до реперфузійних та опорних центрів.

На рівні вторинної та високоспеціалізованої допомоги Одещина входить до мережі українських реперфузійних центрів, які цілодобово забезпечують проведення черезшкірних коронарних втручань пацієнтам з гострим інфарктом міокарда відповідно до стандартів Європейського товариства кардіологів. Дані національних реєстрів свідчать, що у 2021–2022 роках реперфузійні центри в Києві, Харкові, Вінниці, Львові й Одесі забезпечували проведення інвазивних

втручань (переважно стентувань) у понад 85–90% пацієнтів із гострим коронарним синдромом, що супроводжувалося зниженням госпітальної летальності в таких центрах до 5–7% проти значно вищих показників у лікарнях без можливостей інтервенційної кардіології.

У Дніпропетровській області, яка є одним із ключових медичних хабів сходу України, опорні лікарні та кардіологічні центри Дніпра й Кривого Рогу виконують функції кластерних і надкластерних закладів у рамках спроможної госпітальної мережі. За даними аналітичних звітів та профільних реєстрів, частка пацієнтів з інфарктом міокарда, яким проводять своєчасну реперфузійну терапію (первинне стентування), за останні роки тут стабільно зростає, а показники використання інтервенційних процедур у кардіології в регіоні є одними з найвищих в Україні. Це безпосередньо впливає на зниження смертності й інвалідизації від серцево-судинних захворювань серед населення області.

На рівні громад Дніпропетровщини в 2023–2024 роках реалізовано низку проєктів із відновлення та модернізації первинної ланки за підтримки донорів і державних програм: ремонт амбулаторій, закупівля сучасного діагностичного обладнання, створення денних стаціонарів при ЦПМСД, а також розгортання мобільних клінік для обслуговування віддалених громад, у тому числі в межах проєктів з відновлення доступу до медичної допомоги. Окремі громади області беруть участь у грантових програмах, спрямованих на зміцнення громадського здоров'я, профілактику серцево-судинних і інфекційних захворювань, що доповнює класичну лікувальну складову медичної реформи та сприяє формуванню єдиного медичного простору регіону.

У багатьох громадах України, зокрема в Одеській, Дніпропетровській, Хмельницькій та Сумській областях, дефіцит медичних кадрів залишається одним із ключових викликів для успішного реформування системи медичної допомоги населенню, особливо у сільській місцевості та прифронтових районах. Тому кадрова політика органів місцевого самоврядування дедалі більше орієнтується на комплексні стимули: забезпечення службовим житлом,

створення комфортних умов праці, розвиток соціальної інфраструктури для сімей лікарів і гнучкі моделі організації роботи (поєднання стаціонарної практики з виїзними бригадами).

Показовим прикладом державно-приватного партнерства є створення консультативно-діагностичних центрів на базі опорних лікарень у громадах, де приватний партнер забезпечує високотехнологічне обладнання (КТ, УЗД експертного класу, ендоскопія), а громада – приміщення, базову інфраструктуру та інтеграцію з маршрутизацією пацієнтів. Аналогічні моделі працюють у низці закладів Одеської та Дніпропетровської областей, де приватні компанії або фонди встановлюють сучасне кардіологічне чи діагностичне обладнання в обласних та міських лікарнях, забезпечуючи телемедичні консультації та дистанційну інтерпретацію досліджень фахівцями обласного рівня. Це дозволяє громадам, не створюючи власних великих діагностичних центрів, отримувати доступ до якісної спеціалізованої діагностики для своїх жителів.

Подібні процеси відбуваються і на рівні стоматологічної допомоги: у багатьох громадах колишні комунальні стоматологічні поліклініки передаються в оренду або концесію приватним підприємцям із збереженням більшості медперсоналу та зобов'язань щодо обслуговування пільгових категорій за місцевими програмами. Це дає змогу модернізувати матеріально-технічну базу (цифрові рентген-апарати, сучасні установки), автоматизувати робочі місця, запровадити електронний запис та при цьому утримати кадровий потенціал на місці.

Хмельницька область (Летичівська громада) демонструє успішний досвід запровадження мобільних медичних бригад як відповіді на низьку щільність населення та нестачу лікарів у малих селах. Регулярні виїзди команд, до складу яких входять сімейний лікар, медсестра, акушерка та водій, дозволили не лише забезпечити доступ до консультацій та профілактичних оглядів, а й утримати молодих фахівців, підвищити відвідуваність первинки в 1,5 раза та скоротити виклики екстреної допомоги майже вдвічі. Такий формат

вже використовується як модель для інших регіонів, де значна кількість сіл має менше 300 жителів та обмежене транспортне сполучення.

Сумська область, яка поєднує прикордонні, сільські й урбанізовані території, також активно адаптує мережу медичної допомоги до вимог реформи та викликів війни. За останні роки тут реалізовано проєкти модернізації опорних лікарень та центрів первинної медико-санітарної допомоги, зокрема в Сумах, Шостці, Конотопі та Ромнах, із залученням державних і донорських ресурсів для ремонту відділень, закупівлі діагностичного обладнання (КТ, УЗД, рентген, лабораторні аналізатори) та розвитку паліативної допомоги. На первинному рівні в Сумській області впроваджуються виїзні форми роботи (мобільні бригади, «амбулаторія на колесах»), особливо у прикордонних громадах, де частина інфраструктури пошкоджена або перебуває під постійною загрозою обстрілів.

Кадрові програми в громадах Сумщини зосереджені на утриманні сімейних лікарів та вузьких спеціалістів через комплексну підтримку: компенсацію оренди житла, надання службових квартир, доплати з місцевих бюджетів, підтримку професійного розвитку й участь у міжнародних освітніх програмах. У поєднанні з інструментами медичної реформи (контракти з НСЗУ, розвиток eHealth, пріоритетні пакети послуг) це дозволяє поступово формувати єдиний медичний простір на рівні області, де сімейний лікар виступає координатором маршруту пацієнта, а виїзні та стаціонарні структури доповнюють одна одну, забезпечуючи безперервність допомоги навіть у складних безпекових умовах.

Планування роботи мобільних бригад сьогодні розглядається як один з ключових інструментів забезпечення доступності медичної допомоги в сільських та віддалених громадах, зокрема у Сумській, Черкаській та інших областях. Базою для таких бригад, як і раніше, виступають амбулаторії загальної практики – сімейної медицини, за кожною з яких закріплена чітка зона обслуговування населення; координацію здійснює завідувач АЗПСМ, а на місцях важливу роль відіграють сімейні медсестри, фельдшери та старости сіл.

Графіки виїздів бригад формуються на місяць уперед із фіксованими днями тижня, узгоджуються з місцевими лідерами, а населення інформують через оголошення, старост, фельдшерів та цифрові канали (Viber-групи, сторінки громад), що робить надання допомоги більш передбачуваним для жителів.

Фінансова модель мобільних бригад, хоча й залишається відносно недорогою порівняно з утриманням стаціонарної мережі ФАПів, потребує стабільного планування витрат на транспорт, паливо, обладнання та одноразові матеріали. З огляду на інфляцію та зростання вартості ресурсів, реальні витрати на одну поїздку (паливо, амортизація авто, базові комунальні послуги в місцях прийому, витратні матеріали) сьогодні суттєво перевищують показники 2016–2017 років і можуть сягати еквівалента кількох тисяч гривень на місяць для однієї бригади, залежно від кількості виїздів та відстаней. Ключовим обмеженням залишається кадровий ресурс: щоб паралельно працювати в ЦПМСД і на виїздах, потрібна достатня кількість лікарів та середнього медперсоналу, а додаткові виїзди, як правило, не оплачуються окремо, що посилює потребу в місцевих стимулах (доплати, житло, підтримка транспорту).

Приклади громад Сумщини свідчать, що органи місцевого самоврядування переходять від «формального» утримання мережі до активного управління медичною інфраструктурою. Так, Бочечківська сільська громада взяла на себе управління місцевими закладами охорони здоров'я, закупила санітарні автомобілі, електрокардіографи та базові ліки для невідкладної допомоги, але водночас зіткнулася з гострим дефіцитом лікарів, що підштовхнуло громаду до розробки комплексної кадрової політики. У Кириківській громаді, де функціонує кілька амбулаторій і ФАПів, місцева влада змушена оптимізувати мережу, оскільки її утримання «з'їдає» значну частину бюджету; зекономлені кошти планується спрямовувати на оновлення обладнання та залучення сімейних лікарів, для яких, зокрема, резервуються службові квартири.

У Зноб-Новгородській громаді Сумської області гостро стоїть питання

балансу між соціальною функцією місцевої лікарні (зокрема хоспісного відділення) та фінансовою спроможністю бюджету громади. На утримання такого відділення витрачаються сотні тисяч гривень на рік, при цьому частина пацієнтів фактично потребує соціального догляду, а не інтенсивного медичного лікування, що створює ризики затримок зарплати медичним працівникам і потребує переорієнтації частини функцій на установи соціального захисту (будинки для літніх людей, служби догляду). Обласна влада рекомендує громадам брати медичну мережу на баланс, щоб мати право брати участь у програмах Державного фонду регіонального розвитку та інших проєктах модернізації, а також створювати служби екстреної допомоги й соціальні заклади для літніх людей.

У Черкаській області (Стеблівська, Білозірська громади) та інших регіонах продовжуються проєкти капітального ремонту амбулаторій сімейної медицини та створення житла для лікарів за рахунок ДФРР, субвенцій і місцевих бюджетів. Наприклад, на реконструкцію амбулаторій (утеплення, заміна вікон, даху, оновлення фундаменту) в окремих громадах спрямовуються суми понад 1–1,5 млн грн, а на облаштування квартир для лікарів – до 1,7 млн грн, із гарантією оплати комунальних послуг кілька років та можливістю подальшої приватизації житла за умови відпрацювання визначеного строку. Це дозволяє не лише утримати фахівців, а й підвищити привабливість роботи у сільських громадах, що є критичним для сталості медичної реформи.

У Тернопільській області формування госпітальних округів (Тернопільський, Бережанський, Кременецький, Чортківський) відбувається у логіці нової Способної мережі закладів охорони здоров'я та Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Кожен округ орієнтується на створення лікарень інтенсивного лікування, розвиток кардіоцентрів і лабораторних центрів, модернізацію університетської лікарні як третинного рівня, а також оптимізацію районних закладів для забезпечення ефективного використання бюджетних коштів. Водночас ключовим завданням для громад залишається формування власної стратегії розвитку системи охорони здоров'я,

визначення ролі кожного закладу та надавача послуг (комунального, приватного, міжмуніципального) й спрямування місцевих ресурсів на пріоритетні ініціативи – від підтримки мобільних бригад до інвестування в інфраструктуру та кадри.

РОЗДІЛ 3

ЗАПРОВАДЖЕННЯ МЕТОДИКИ ОЦІНКИ ЯКОСТІ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

3.1 Міжнародні підходи до індикаторів якості медичної допомоги

У розвинутих системах охорони здоров'я (країни ЄС, Велика Британія, США, Австралія) індикатори якості медичної допомоги розглядаються як базовий інструмент професійного та управлінського менеджменту, інтегрований у національні стратегії та програми покращення якості. Клінічні індикатори орієнтовані насамперед на практикуючих лікарів і дають змогу відслідковувати якість клінічних процесів, тоді як індикатори діяльності (performance indicators) використовуються менеджментом закладів, страхових організацій і органів влади для оцінки ефективності та результативності системи в цілому. В обох випадках ідеться про інструменти, які застосовуються як на локальному (заклад, регіон), так і на національному рівнях для планування, моніторингу й оцінки політики в галузі охорони здоров'я.

Основне призначення індикаторів – підтримка безперервного процесу підвищення якості медичної допомоги через порівняння результатів із встановленими стандартами, виявлення відхилень і формування цільових заходів удосконалення на рівні конкретного закладу або клінічної служби. У країнах ЄС та в NHS Великої Британії системи індикаторів вбудовані в механізми контрактування, клінічний аудит, акредитацію закладів, публічну звітність і використовуються як інструмент зворотного зв'язку для медичних команд, а не лише як засіб зовнішнього «карального» контролю.

Міжнародні підходи передбачають, що система індикаторів охоплює щонайменше три ключові виміри якості:

- безпеку (частота ускладнень, інцидентів, небажаних подій, пов'язаних із медичною допомогою);

- результативність і якість процесу (дотримання клінічних протоколів, досягнення цільових рівнів артеріального тиску, глікемії, своєчасність реперфузії при інфаркті, охоплення скринінгами тощо);
- досвід та задоволеність пацієнтів (оцінка комунікації, поваги до гідності, доступності інформації, часу очікування).

У визначенні NHS та інших європейських інституцій клінічний індикатор – це структурований показник, за допомогою якого можна ідентифікувати потенційні проблеми або можливості покращення якості догляду, а також порівнювати практику між закладами та з національними чи міжнародними орієнтирами. Важливо, що індикатори не дають повної, «вичерпної» міри якості, а радше вказують на зони, де доцільно провести поглиблений клінічний аудит, дослідження причин відхилень або впровадити зміни в організації допомоги.

У міжнародній практиці закріплений принцип: індикатори якості не повинні використовуватися як «турнірні таблиці» для публічного ранжування закладів без урахування контексту (структури пацієнтів, ресурсів, рівня ризику). Надмірна опора на прості рейтинги стимулює маніпуляції даними (селективний відбір пацієнтів, неповну реєстрацію ускладнень) і спотворює реальну картину, що врешті унеможлиблює коректне управлінське рішення. Тому в розвинутих країнах індикатори застосовують насамперед як внутрішній інструмент покращення (benchmarking, peer review, клінічний аудит), а публічні порівняння поєднують із поясненням контексту та застереженням щодо інтерпретації.

Проблематика впровадження клінічних індикаторів полягає в ризику їх редукції до формальної «звітності», коли складні клінічні процеси зводяться до обмеженого набору числових значень. Будь-яка індикаторна система є спрощеним відображенням реальності; неминуче втрачається частина суттєвої інформації, можуть виникати систематичні похибки, а ризик «санітаризованої» звітності зростає, якщо дані безпосередньо прив'язуються до санкцій, премій чи кадрових рішень. Саме тому у сучасних підходах акцент робиться на

поєднанні кількісних індикаторів із якісними методами (клінічний аудит, мультидисциплінарні розбори випадків, опитування пацієнтів), що дозволяє інтерпретувати отримані показники та перетворювати їх на конкретні управлінські й клінічні дії.

Проекти національних стратегій запровадження клінічних індикаторів у системах охорони здоров'я розвинених країн виходять із того, що індикатори мають бути одночасно технічно надійними (валідними, відтворюваними, зрозумілими) та вбудованими в реальні управлінські й клінічні процеси, які використовують зібрані дані для покращення діагностики, лікування й догляду за пацієнтами. Відповідно, стратегія впровадження індикаторів розглядається не як суто технічний проєкт «показників», а як елемент ширшої системи управління якістю, що охоплює клінічний аудит, навчання персоналу, зворотний зв'язок із пацієнтами та інструменти мотивації.

Серед ключових викликів, які виділяються у міжнародних і національних концепціях, можна назвати:

- дефіцит детальної інформації про індивідуальну клінічну практику, що обмежує залучення лікарів до процесу покращення якості та робить зміни «зовнішньо нав'язаними»;
- обмежений вплив суто централізованих систем збору та аналізу клінічних даних на реальну практику, якщо результати не повертаються на рівень закладу у формі зрозумілого й корисного зворотного зв'язку;
- недостатність доказів ефективності окремих систем індикаторів, що вимагає для кожної нової моделі формувати власну доказову базу (оцінювати, чи справді вона приводить до покращення результатів лікування, безпеки, задоволеності пацієнтів).

Важливою перешкодою є побоювання медичних працівників щодо публічного розкриття персоналізованих результатів, використання індикаторів як інструмента адміністративного тиску або покарання, а не навчання й розвитку. У відповідь на це у стратегіях провідних систем (NHS, скандинавські країни, Нідерланди) підкреслюється, що первинна мета індикаторів – навчання

та вдосконалення, а не каральна оцінка діяльності; дані персонального рівня або застосовуються в конфіденційному форматі (peer review), або агрегуються до рівня підрозділу чи закладу з урахуванням контексту. Для України, де історично домінувала культура «покарання за погані показники», ця зміна парадигми є критично важливою: лікарі мають бути переконані, що індикатори – інструмент розвитку, а не механізм автоматичного засудження.

Кожна система, яка прагне порівнювати клінічні результати між надавачами, має вирішити два базові завдання:

- розробити якісні, науково обґрунтовані та коректно інтерпретовані індикатори (з урахуванням ризик-аджастменту, структури пацієнтів, ресурсної бази);
- створити механізми, що стимулюють використання цих даних у програмах підвищення якості (клінічні наради, локальні плани покращення, зміни маршрутів пацієнтів, оновлення протоколів), а не лише формальну звітність «для центру». У цьому контексті провідні професійні об'єднання, асоціації лікарів і лікарень розглядаються як ключові стейкхолдери: вони можуть тестувати чутливість медичної спільноти до індикаторів, формувати «індекси довіри» та виступати майданчиком для узгодження підходів до збору й інтерпретації даних.

Міжнародний досвід підтверджує, що не існує універсального інтегрального показника, який би повністю відображав якість медичної допомоги; якість є багатовимірною категорією, яку можна оцінити лише через систему взаємодоповнювальних індикаторів (структура, процес, результат). Тому кінцева мета впровадження індикаторів полягає не в «підтягуванні цифр» окремих показників, а в реальному покращенні догляду за пацієнтами: зниженні смертності та ускладнень, підвищенні безпеки, доступності та пацієнт-орієнтованості допомоги.

Клінічні індикатори якості сьогодні розглядаються в міжнародній практиці як стандартизований інструмент моніторингу, який має супроводжуватися чітким описом методики розрахунку, правил інтерпретації

та сфер застосування, щоб результати були коректними й придатними для управлінських рішень. Перед будь-якими порівняльними аналізами (між закладами, регіонами чи країнами) обов'язковою умовою є критична оцінка якості первинних даних, повноти охоплення, надійності джерел та відповідності методології вимогам доказової медицини.

Сучасні підходи ВООЗ та ОЕСР наголошують, що більшість індикаторів відображають результати процесів, у яких присутня випадковість, різні ризикові профілі пацієнтів і ресурсні відмінності, тому коливання показників при невеликих обсягах спостережень не завжди свідчать про реальні відмінності якості. Для коректної інтерпретації необхідне застосування методів статистичного аналізу (ризик-аджастмент, довірчі інтервали, контрольні карти), а також врахування структури пацієнтів, тяжкості станів і контексту надання допомоги.

Розроблення індикаторів у провідних країнах базується на поєднанні систематичного огляду наукової літератури, аналізу клінічних настанов та консенсусу експертів, включно з представниками професійних асоціацій і пацієнтських організацій. Індикатори структури та процесу завжди прив'язуються до затверджених клінічних протоколів і стандартів, що дає змогу відстежувати не лише результати (летальність, ускладнення), а й рівень впровадження рекомендованих практик (частка пацієнтів, які отримали тромболізис чи стентування вчасно, охоплення вакцинацією, скринінгами, профілактичними оглядами).

Міжнародна практика також підкреслює небезпеку використання індикаторів як інструмента прямого адміністративного тиску чи «каральних рейтингів», оскільки це стимулює маніпуляції даними, селекцію пацієнтів і спотворення реальної картини. Замість цього акцент робиться на внутрішньому використанні індикаторів для клінічного аудиту, peer review, порівнянні із «еталонами» (benchmarking) і спільному пошуку шляхів покращення, а зовнішня звітність супроводжується поясненням обмежень інтерпретації.

Окремий напрям – індекси довіри споживача (patient-reported experience and outcome measures, PREMs і PROMs), які дедалі активніше використовуються в Європейському регіоні ВООЗ та країнах ОЕСР як доповнення до клінічних індикаторів. Регулярні опитування пацієнтів щодо досвіду використання системи (час очікування, зрозумілість інформації, взаємодія з персоналом, самовідчуття після лікування) дозволяють формувати «портрет» якості з точки зору користувача та застосовуються, зокрема, в Англії, Нідерландах, скандинавських країнах як один із елементів порівняння роботи закладів.

Проект ОЕСР Health Care Quality Indicators, який оновлюється щорічно, сьогодні включає розширений набір індикаторів за напрямками: серцево-судинні захворювання (інфаркт, інсульт), онкологія, діабет, материнське та дитяче здоров'я, психічне здоров'я, безпека пацієнтів та первинна медична допомога. До участі в цьому моніторингу залучено понад 35 країн-членів і партнерів ОЕСР; багато з 40+ індикаторів (наприклад, госпітальна летальність при інфаркті та інсульті, ампутації при діабеті, уникнені госпіталізації при хронічних захворюваннях, охоплення скринінгами раку) вважаються достатньо уніфікованими для коректних міжнародних порівнянь. Ці показники поступово інтегруються й у європейські ініціативи (наприклад, Health at a Glance: Europe), формуючи «золотий стандарт» для країн, що реформують свої системи охорони здоров'я, включно з Україною.

У 2022–2025 роках міжнародні ініціативи з вимірювання якості медичної допомоги суттєво посилилися, зокрема у відповідь на наслідки пандемії COVID-19 та війну в Україні. ОЕСР оновила й розширила набір індикаторів у рамках програми Health Care Quality Indicators, приділивши особливу увагу показникам, пов'язаним із відновленням планової допомоги, доступом до первинки, онкологічної діагностики та психічного здоров'я, а також системній стійкості до криз.

У звітах «Health at a Glance: Europe 2022» та «Health at a Glance: OECD Indicators 2023–2024» окремими блоками відображено: зміни госпітальної

летальності при інфаркті й інсульті, доступність реперфузійних втручань, частоту уникнених госпіталізацій (avoidable hospitalisations) при хронічних захворюваннях, охоплення профілактичними скринінгами, а також індикатори, пов'язані з COVID-19 (вакцинація, надлишкова смертність). Зокрема, у більшості країн ОЕСР у 2022–2023 роках спостерігалось поступове повернення до докризових рівнів надання планової допомоги, але зберігалися відставання в онкоскринінгах та зростання потреби у послугах психічного здоров'я.

Для України у 2023–2025 роках ВООЗ та Світовий банк підготували окремі аналітичні огляди, що інтегрують міжнародні індикатори якості в оцінку стійкості системи охорони здоров'я під час війни. У цих документах наголошується, що, попри значні руйнування інфраструктури та міграцію населення, Україні вдалося зберегти функціонування системи Програми медичних гарантій, забезпечити роботу первинної та екстреної допомоги, а також підтримувати базові програми імунопрофілактики й лікування хронічних захворювань. Окремі індикатори (охоплення первинною допомогою, безперервність лікування ВІЛ, туберкульозу, серцево-судинних захворювань) використовуються як маркери стійкості системи в умовах конфлікту.

У 2024–2025 роках Європейське регіональне бюро ВООЗ додатково включило до набору core health indicators блоки, пов'язані з цифровою трансформацією (частка електронних рецептів, охоплення eHealth, використання телемедицини), а також із ментальним здоров'ям та реабілітацією, що особливо актуально для країн, які переживають війну чи великі кризи. Для України це означає поступове наближення національної системи моніторингу якості до європейських стандартів: дані eHealth, НСЗУ та державної статистики інтегруються у звітність ВООЗ та ОЕСР, а частина індикаторів уже використовується для міжнародних порівнянь із країнами регіону.

Кожен клінічний індикатор може надати цінну інформацію про конкретний аспект роботи служби медичної допомоги, але за умови, що він

правильно описаний, коректно розрахований і грамотно інтерпретований. Опис індикатора повинен обов'язково містити чіткі вказівки щодо джерел даних, формул розрахунку, правил аналізу та допустимих способів використання результатів у практиці управління якістю.

Перед будь-якими порівняннями між закладами чи регіонами, тим більше перед управлінськими висновками, необхідно спочатку оцінити надійність методології й вихідних даних: повноту обліку, достовірність реєстрації, коректність вибору сукупності пацієнтів. Значна частина індикаторів відображає випадкові процеси; при невеликій кількості спостережень значення показника можуть суттєво коливатися без реальних змін якості, а групи пацієнтів, що порівнюються, часто залишаються неоднорідними за віком, тяжкістю стану, супутніми хворобами. Тому для роботи з індикаторами потрібне застосування коректного статистичного інструментарію (ризик-аджастмент, довірчі інтервали, порогові значення тощо) та участь фахівців з медичної статистики й аналітики.

Сучасні керівні документи ВООЗ та ОЕСР підкреслюють, що індикатори мають розроблятися системно – на основі доказової бази (клінічні настанови, результати досліджень) та узгоджених рішень експертних груп з участю лікарів-практиків і представників пацієнтів. Вони повинні бути інтегровані в національну систему стандартизації медичної допомоги: показники структури і процесу пов'язуються зі стандартами та клінічними протоколами, а показники результату – з цільовими орієнтирами для здоров'я населення. Це дозволяє моніторити не лише «що сталося», а й «наскільки системно впроваджуються стандарти» і чи досягаються критерії належної медичної практики. Водночас міжнародна практика застерігає від використання індикаторів як інструмента прямого адміністративного тиску чи дисциплінарних санкцій, оскільки це веде до формалізації звітності й втрати індикаторами здатності адекватно відображати реальну якість допомоги.

Окремий блок сучасних інструментів моніторингу становлять індекси споживчої довіри та показники, отримані безпосередньо від пацієнтів

(patient-reported experience/outcome measures), які використовуються для порівняння якості між організаціями, регіонами та країнами за умови належної верифікації даних. У рамках міжнародних проектів ОЕСР та ВООЗ у 2018–2024 роках сформовано й оновлено набір клінічних індикаторів, які вважаються достатньо уніфікованими для міжнародних порівнянь: виживаність при онкологічних захворюваннях, охоплення скринінгами (рак молочної залози, шийки матки, колоректальний рак), показники вакцинації, госпітальна летальність при інфаркті та інсульті, уникнені госпіталізації при діабеті, астмі, гіпертензії тощо. На сьогодні в регулярних циклах збору таких даних беруть участь понад 35 країн ОЕСР, а результати публікуються у звітах «Health at a Glance» та спеціалізованих аналітичних оглядах за 2022–2025 роки.

Досвід Національної служби охорони здоров'я Англії (NHS England) свідчить, що на рівні лікарень може використовуватись кілька сотень унікальних індикаторів (приблизно 300–400), згрупованих у тематичні блоки (онкологія, серцево-судинні захворювання, хронічні хвороби, інфекції, безпека, досвід пацієнтів, повторні госпіталізації, своєчасність допомоги тощо). Протягом 2020–2024 років цей перелік переглядався і виносився на професійне обговорення з метою виділити обмежений набір національних пріоритетних індикаторів, які будуть обов'язковими для моніторингу та публічної звітності, а також узгодити їх з іншими інструментами на національному рівні (регулятори якості, комісії з безпеки пацієнтів).

З точки зору методики побудови індикатора, необхідно чітко визначити, хто саме відповідає за його обчислення (заклад, орган управління, національне агентство), які інформаційні системи використовуються (первинна документація, електронні медичні записи, адміністративні реєстри), і чи є технічна можливість реалізувати алгоритм розрахунку на практиці. Знаменник має прозоро окреслювати досліджувану сукупність (пацієнти, випадки госпіталізації, надані послуги), і бути чітко пов'язаний з конкретним первинним документом або записом в електронній системі (медична карта, статистична форма, запис у eHealth). Чисельник повинен являти собою

підмножину цієї сукупності, а формулювання індикатора – лінгвістично коректно відображати його зміст (наприклад, «частка пацієнтів, які...», а не абстрактні «випадки» без прив'язки до одиниці спостереження).

Необхідно уникати нечітких, суб'єктивних понять, які не мають однозначного відображення в первинних даних (типу «радикальне лікування», «первинний хворий») без їх формалізації через конкретні дати, коди процедур чи діагнозів. Алгоритм виділення чисельника із загальної множини має бути детально прописаний та придатний як для експертного аудиту (коли експерт вибірково переглядає медичні карти), так і для автоматизованої обробки даних, що є більш перспективним шляхом в умовах цифровізації eHealth і національних медичних реєстрів. У цифрових системах України (е-рецепт, електронна медична карта, реєстри НСЗУ) закладено потенціал для переходу саме до другого варіанту – формалізованих алгоритмів розрахунку індикаторів якості, які можуть стати базою для сучасної системи оцінки якості медичної допомоги в умовах продовження реформи.

У перехідний період, коли цифрова інфраструктура ще розвивається, у багатьох системах охорони здоров'я застосовується проміжний підхід: індикатори якості обчислюються на основі паперових медичних документів за формалізованими алгоритмами та інструкціями. У перспективі такі схеми мають бути повністю замінені автоматизованою обробкою даних eHealth та інших електронних реєстрів, але вже зараз алгоритми розрахунку індикаторів повинні спиратися на первинні медичні форми й коди, узгоджені з міжнародними або національними класифікаціями (МКХ, класифікатори процедур тощо). Це мінімізує суб'єктивізм навіть при ручному аналізі й забезпечує безболісний перехід до автоматизованих систем у майбутньому.

Належно спроектовані бази даних (електронні медичні записи, реєстри НСЗУ) будуються саме на стандартизованих первинних документах, тому один і той самий алгоритм розрахунку індикатора може застосовуватись як у режимі експертного аудиту, так і в режимі автоматизованої вибірки з баз даних. Опис кожного індикатора має містити не лише формулу, а й застереження: у яких

випадках значення може спотворювати реальну картину (мала вибірка, неповнота або упередженість даних, зміни практики реєстрації), як оцінити статистичну похибку та які додаткові аналізи потрібні для коректної інтерпретації. Якщо індикатор пов'язаний зі стандартами медичної допомоги, цей зв'язок має бути чітко задокументований, а при наявності міжнародних аналогів – зазначено джерела «еталонних» значень та правила порівняння, щоб уникнути некоректних висновків.

Будь-який новий індикатор повинен проходити пілотне тестування та експертний розгляд: перевіряється однозначність трактувань, коректність вибірки, стабільність розрахунку, зрозумілість для користувачів. Головна мета системи вимірювання результатів – допомогти закладам охорони здоров'я оцінювати власну діяльність, виявляти проблемні зони й коригувати організацію роботи, а не створити додатковий інструмент формального контролю чи покарання. Порівняння між закладами та регіонами, встановлення стандартів і «еталонів» якості доцільно здійснювати із залученням сучасних ІТ-рішень: веб-платформ, інтерактивних панелей (dashboards), на які заклади передають агреговані дані уніфікованого формату.

Організація такої системи потребує координаційного центру або незалежного оператора платформи, який відповідає за технічне функціонування, допомогу користувачам, верифікацію даних і формування зворотного зв'язку. Оскільки ціль – покращення якості, а не зовнішній контроль, доцільно, щоб платформу обслуговували незалежні фахівці, а додаткові перевірки достовірності здійснювала окрема структура (наприклад, академічний або аналітичний центр). Регламент слід одразу визначити: періодичність подання даних (часто – щокварталу), строки формування аналітичних звітів, формат зворотного зв'язку для закладів.

На рівні кожного закладу має бути визначена команда (або підрозділ), відповідальна за збір, валідацію та первинний аналіз даних індикаторів: фахівці з якості, безпеки, медичної статистики. Важлива передумова успіху – готовність керівництва закладу підтримувати участь у системі, забезпечити

ресурси для збору даних і реалізації заходів з покращення якості. Для різних індикаторів до роботи залучаються відповідні структурні підрозділи, а координатор проєкту в закладі відповідає за узгодженість і перевірку достовірності інформації. Перед стартом необхідно провести навчання персоналу щодо логіки системи індикаторів, правил заповнення даних, використання електронної платформи, а в процесі роботи – забезпечити доступ до консультацій координаційного центру.

Система має гарантувати конфіденційність і захист даних: кожен заклад бачить лише власні результати, а в загальних звітах використовуються умовні коди без назви закладу. Доступ до платформи захищається паролями, оператор платформи не розголошує інформацію про окремі заклади, а сукупні результати подаються у вигляді агрегованих даних. Такий підхід формує культуру відповідального ставлення до інформації, мінімізує страх «публічного покарання» і водночас підвищує мотивацію закладів до точного ведення даних, що є фундаментом достовірної системи оцінки якості медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я України.

3.2 Цифрові індикатори якості в умовах медичної реформи в Україні

Сучасний етап реформування системи медичної допомоги населенню в Україні характеризується переходом від фрагментарного контролю окремих етапів лікування до комплексного управління якістю на всьому маршруті пацієнта – від профілактики та ранньої діагностики до лікування, реабілітації та довготривалого нагляду. Такий підхід потребує інтегрованого інформаційного забезпечення, тобто здатності системи збирати, об'єднувати й аналізувати повний цикл медичних даних про пацієнта, що стало технічно можливим завдяки розвитку eHealth, електронних реєстрів і цифрових сервісів НСЗУ.

Базою для формування індикаторів нового покоління є національні та галузеві медичні реєстри (онкологічний, туберкульозний, ВІЛ/СНІД, цукрового

діабету, серцево-судинних хвороб тощо), а також єдина інформаційна система охорони здоров'я, яка поступово розгортається в межах eHealth. На практиці це означає перехід від ізольованого аналізу паперових звітів до використання інтегрованих електронних даних: відомості з електронної медичної картки, реєстрів смертей, лабораторних систем, даних НСЗУ про надані послуги можуть поєднуватися за допомогою технологій record linkage (узгодження записів за ідентифікуючими ознаками) для побудови показників виживаності, контролю хронічних захворювань, безперервності лікування тощо.

Після 2022 року під впливом війни та масових переміщень населення питання якості й повноти даних набули особливої ваги: ВООЗ та Світовий банк прямо вказують, що стійкість системи охорони здоров'я України значною мірою залежить від здатності підтримувати роботу цифрової інфраструктури, своєчасно реєструвати послуги та забезпечувати коректність інформації в eHealth і реєстрах НСЗУ. Сучасні інструменти автоматизованої обробки дозволяють уже зараз виконувати базовий контроль якості даних (виявлення дублювань, логічних помилок, пропусків), але масштабне впровадження індикаторних систем можливе лише за умови системної роботи із підвищення якості первинного введення даних у закладах.

Перспективні напрями розвитку системи індикаторів якості медичної допомоги в Україні на 2022–2025 роки й далі можна узагальнити так:

- Зміцнення загальнодержавних баз даних: подальший розвиток eHealth, розширення переліку обов'язкових електронних сервісів (е-рецепт, е-направлення, електронна карта, реєстри онкології, серцево-судинних, хронічних захворювань) та інтеграція з демографічними й статистичними реєстрами.
- Автоматизація розрахунку індикаторів: перехід від ручного зведення показників до формалізованих алгоритмів, що працюють безпосередньо на основі електронних записів (дані НСЗУ про надані пакети послуг, реєстри вакцинації, онкоскринінгів, госпіталізації).
- Запровадження індикаторів відповідно до європейських стандартів:

поступова адаптація наборів ОЕСР і ВООЗ – виживаність при онкології, госпітальна летальність при інфаркті й інсульті, уникнені госпіталізації при діабеті, астмі, гіпертензії, охоплення профілактичними програмами, індикатори пацієнтського досвіду – до українських реалій і включення їх до національної системи моніторингу якості.

– Розвиток аналітичних платформ і дашбордів: створення національних та регіональних ІТ-інструментів (веб-панелей, інтерактивних звітів) для візуалізації індикаторів якості, доступних НСЗУ, МОЗ, обласним департаментам і самим закладам; регулярний зворотний зв'язок у форматі порівняння з «еталонами» та середніми показниками.

Результатом цих процесів має стати поступове формування в Україні повноцінної індикаторної системи, яка охоплює всі рівні медичної допомоги (первинний, спеціалізований, високоспеціалізований), відображає структуру, процес і результат лікування, а головне – використовується як інструмент безперервного підвищення якості медичної допомоги населенню, а не лише як механізм статистичної звітності.

Сучасна державна політика цифрової трансформації охорони здоров'я України орієнтована на інтеграцію в європейський та глобальний цифровий простір і досягнення рівня розвинених країн у сфері медичних інформаційних систем. Відповідні цілі зафіксовані у Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, Стратегії цифрової трансформації охорони здоров'я та нормативних актах щодо функціонування eHealth, які визначають розвиток національної інфраструктури даних як одну з ключових передумов успішного реформування медичної допомоги.

У сегменті програмних рішень акцент змістився від загальної «інформатизації» до створення конкурентоспроможних, безпечних і взаємосумісних медичних інформаційних систем, що відповідають національним та міжнародним стандартам (HL7 FHIR, ICD-10/11, LOINC тощо). Держава підтримує розвиток платформи eHealth як відкритої екосистеми, в якій працюють десятки сертифікованих медичних

інформаційних систем (МІС), забезпечуючи електронні декларації, рецепти, направлення, медичні записи, а також інтеграцію з системами НСЗУ та іншими державними реєстрами. Паралельно формується нормативна база щодо реєстрації, сертифікації та кібербезпеки програмних продуктів у сфері охорони здоров'я, включно з вимогами до захисту персональних даних і локалізації інтерфейсів українською мовою.

Стратегія організації медичних даних сьогодні реалізується через поетапне поєднання локальних МІС, відомчих реєстрів та національних баз у єдиному інформаційному контурі eHealth та суміжних систем (реєстр застрахованих, демографічний реєстр, реєстри захворювань), із можливістю подальшого обміну даними з європейськими структурами у рамках майбутньої інтеграції до простору eHealth ЄС. Концептуально це відповідає ідеї Національної системи баз даних і знань відкритого типу: формується ядро – центральна база eHealth, до якої підключаються галузеві та спеціалізовані реєстри (онкологічний, ВІЛ/ТБ, реєстри трансплантації тощо), а також інформаційні ресурси з даними про населення, довкілля, надзвичайні ситуації, обіг лікарських засобів і медичних виробів.

Історичні елементи на кшталт реєстру постраждалих від Чорнобильської катастрофи та мережі санепідслужби фактично стали попередниками сучасних цифрових систем; їх функції нині частково інтегровані в нові інструменти: національні реєстри онко- та радіаційних хворих, електронний епіднагляд (електронна система спостереження за інфекційними захворюваннями) та модулі епідмоніторингу в eHealth. Замість окремих закритих мереж формується багаторівнева цифрова інфраструктура, де:

- відомчі та галузеві бази (реєстри МОЗ, НСЗУ, ЦГЗ тощо) інтегруються через стандартизовані API;
- персональні медичні записи зберігаються в МІС та передаються до центральної бази eHealth у вигляді структурованих фрагментів;
- довідкові та бібліотечні ресурси (клінічні настанови, протоколи, формуляри) поступово переводяться у цифровий формат з відкритим

доступом.

Концепція медичної мережі «УкрМед-Нет» у сучасних умовах реалізується через розбудову національної медичної інформаційно-телекомунікаційної інфраструктури: захищені канали обміну даними між закладами, центральними сервісами eHealth, НСЗУ та іншими органами влади, а також через розвиток телемедицини та модульних клінік, що отримують доступ до електронних даних у віддалених і прифронтових регіонах. Замість кількох ізольованих мереж першого покоління формується єдина цифрова платформа, яка:

- забезпечує обмін медичною та епідеміологічною інформацією в режимі, максимально наближеному до реального часу;
- підтримує управлінські рішення на національному й регіональному рівнях, включно з плануванням ресурсів, реагуванням на спалахи інфекцій, моніторингом надання послуг в умовах війни;
- створює передумови для інтеграції України у європейський та глобальний інформаційний простір у сфері здоров'я.

Таким чином, сучасна конкретизація державної політики інформатизації охорони здоров'я полягає у переході від концептуальних мереж «першого покоління» до повноцінної, стандартизованої та захищеної цифрової екосистеми eHealth, яка є технологічною основою для впровадження індикаторів якості, управління медичною допомогою на всіх рівнях та реалізації реформ у системі медичного обслуговування населення.

Наступні етапи створення Національної медичної комп'ютерної мережі передбачають:

- інтеграцію існуючих окремих медичних мереж медичних університетів та інститутів, медико-біологічні науково-дослідних інститутів в «УкрМедНет»;
- створення Госпітальних інформаційних систем різних рівнів: обласних, міських, районних, спеціалізованих лікувально-профілактичних закладах, клініках;

- створення Державної інформаційної системи органів, тканин та клітин України, з'єднаної з європейською системою «Євротрансплант» на базі інформаційно-координаційного ядра системи «УкрТрансплант»;
- створення спільного інформаційного простору;
- інтеграцію в Національної медичної комп'ютерної мережі в Європейський інформаційний простір.

Подальший розвиток національної медичної цифрової інфраструктури в Україні фактично відповідає етапам, які колись закладалися для мережі «УкрМедНет», але сьогодні реалізуються вже в рамках eHealth, галузевих реєстрів та інтеграції з європейськими цифровими ініціативами.

Перший напрям – поетапна інтеграція інформаційних систем медичних університетів, науково-дослідних інститутів, клінік та лікарень у єдиний інформаційний простір eHealth і пов'язані з ним госпітальні інформаційні системи (HIS) на обласному, міському та районному рівнях. Це передбачає уніфікацію стандартів обміну даними, підключення клінічних баз університетських лікарень та дослідницьких центрів до національних реєстрів, а також використання спільних інструментів для обліку послуг, лабораторних даних, діагностики та результатів лікування.

Другий стратегічний напрям – розвиток Державної інформаційної системи трансплантації органів, тканин і клітин, яка в Україні вже створена та функціонує як єдиний державний реєстр, що забезпечує облік донорів, реципієнтів і медичних закладів, уповноважених на проведення трансплантації. У перспективі передбачається поглиблення інтеграції цієї системи з європейськими структурами, що працюють за логікою Eurotransplant та подібних мереж, через гармонізацію стандартів, протоколів безпеки й етичних вимог, що згадується у Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року та відповідних підзаконних актах.

Третій блок – формування спільного інформаційного простору охорони здоров'я, у якому всі ключові суб'єкти (МОЗ, НСЗУ, ЦГЗ, обласні департаменти, заклади, наукові установи) працюють на основі узгоджених

стандартів даних і взаємодії. Це включає:

- єдині довідники й класифікатори (діагнози, процедури, лікарські засоби);
- сумісні реєстри та бази (пацієнтів, послуг, захворювань, трансплантації);
- захищені канали обміну даними й інтероперабельні ІТ-системи.

На наступних етапах цифрової трансформації цільовим орієнтиром є інтеграція української медичної цифрової інфраструктури до Європейського інформаційного простору охорони здоров'я, зокрема участь у проєктах на кшталт European Health Data Space (EHDS), транскордонний обмін е-рецептами, медичними резюме (patient summaries), а також спільні дослідницькі ініціативи з використанням знеособлених даних. Це потребує подальшого зміцнення кібербезпеки, узгодження правових рамок захисту персональних даних і розвитку національних інституцій, здатних адмініструвати такі процеси на рівні, сумісному з ЄС.

ВИСНОВКИ

За результатами проведеного дослідження узагальнено теоретичні підходи та практичні напрацювання щодо реформування системи медичної допомоги населенню України й сформульовано висновки, що мають як наукове, так і прикладне значення. Досвід упровадження нових механізмів медичного забезпечення та аналіз міжнародної практики підтверджують необхідність комплексного перегляду інструментів оцінки якості, організації лікарняного сектору та цифрової інфраструктури управління галуззю.

1. Система вимірювання результатів діяльності закладів охорони здоров'я повинна розглядатися насамперед як інструмент внутрішнього управління якістю, який допомагає колективам лікарень оцінювати власну роботу, виявляти проблемні зони та коригувати процеси для підвищення якості медичної допомоги. Індикатори якості доцільно використовувати для підтримки клінічного аудиту та поліпшення практики, а не як засіб формального контролю, «рейтингових» санкцій або покарання, що відповідає сучасним підходам BOOЗ та ОЕСР.

2. Визначення стандартів якості та порівняння результатів між регіонами або закладами доцільно здійснювати на основі спеціально розроблених ІТ-інструментів: національних веб-платформ, інтерактивних панелей (dashboards), електронних реєстрів. Такі платформи дають змогу кожному закладу вносити дані в уніфікованому форматі, оперативно отримувати зворотний зв'язок і порівнювати свої показники з орієнтирами («еталонами») без надмірного адміністративного навантаження.

3. У ситуаціях, коли повноцінне використання електронних платформ ще неможливе (наприклад, в окремих громадах або закладах), доцільно створювати координаційні центри, що відслідковують надходження інформації від усіх учасників, забезпечують методичну підтримку та валідацію даних. Використання уніфікованих визначень, єдиних правил формування чисельників і знаменників індикаторів, критеріїв включення та виключення є

базовою передумовою коректного порівняння показників і встановлення національних стандартів якості.

4. Аналіз міжнародного законодавства та наукових досліджень засвідчив високий рівень правового захисту прав пацієнтів у країнах ЄС, де оцінка роботи системи охорони здоров'я спирається на концепції пацієнт-орієнтованості, безпеки та прозорості. Ці системи інтегрують різноманітні підходи до управління, фінансування, планування та організації вторинної й третинної медичної допомоги, забезпечуючи баланс між клінічною ефективністю, доступністю та дотриманням прав людини.

5. Реформування лікарняного сектору є одним із найскладніших елементів трансформації, оскільки лікарні залишаються інституційно й культурно консервативними структурами, які повільно адаптуються до нових моделей управління та фінансування. Сучасні підходи передбачають впровадження нових систем управління (клінічне лідерство, госпітальні ради), перехід на оплату за медичну послугу через Програму медичних гарантій, посилення внутрішнього контролю якості та безпеки з використанням стандартизованих індикаторів.

6. (дубль пункту) У вітчизняній практиці механізми постійного управління якістю значною мірою заміщені епізодичними перевірками, що активізуються лише у випадках надзвичайних подій (летальні випадки, скарги пацієнтів). На відміну від розвинутих країн, де діють системи регулярного клінічного аудиту, внутрішніх індикаторів і програм покращення, в Україні така модель лише формується, що зумовлює потребу в інституційному перезапуску підходів до контролю якості.

7. З огляду на вищезазначене постає об'єктивна необхідність створення незалежної Національної агенції з контролю якості медичної допомоги за аналогією з моделями, що діють у країнах ЄС та Великій Британії (CQC, HAS тощо). Така агенція має бути організаційно й функціонально відокремленою від МОЗ, укомплектованою висококваліфікованими експертами, здатними здійснювати об'єктивну оцінку якості, розробляти

методики індикаторного моніторингу та підтримувати заклади у впровадженні сучасних систем управління якістю.

8. Для забезпечення достовірності даних і запобігання неповним або спотвореним звітам необхідно сформувати культуру відповідального ставлення до інформації на всіх рівнях – від закладу до національних інститутів. Це включає обмеження необґрунтованого розголосу чутливої інформації, впровадження внутрішніх процедур перевірки даних, навчання персоналу роботі з електронними системами та механізми захисту викривачів у разі навмисного викривлення інформації.

9. Принцип конфіденційності передбачає, що окремий заклад охорони здоров'я має доступ лише до власних детальних показників, тоді як у загальних звітах застосовуються анонімізовані або закодовані ідентифікатори (умовні номери, шифри). Доступ до електронних платформ повинен бути захищений пароллями, а механізми авторизації – унеможливлювати несанкціонований перегляд інформації про інші установи, що зміцнює довіру учасників системи до процесу збору й аналізу даних.

10. Організація, яка управляє електронною платформою або координує збір даних, несе особливу відповідальність за недопущення витоку інформації та дотримання етичних і правових вимог щодо захисту даних. Це стосується як інформації про пацієнтів, так і про окремі заклади; на рівні оператора платформи мають діяти внутрішні протоколи безпеки, аудит доступів та механізми реагування на інциденти, щоб система індикаторів залишалася інструментом довіри й розвитку, а не джерелом додаткових ризиків для учасників.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. 7 років цифрової трансформації медицини: що презентували на eHealth Summit 2024. Електронна система охорони здоров'я (eHealth). 2024. URL: <https://ehealth.gov.ua/2024/09/13/7-rokiv-tsyfrovoyi-transformatsiyi-medytsyny-shh-o-prezentuvaly-na-ehealth-summit-2024/> (дата звернення: 12.11.2025).
2. Бідний В. Г. Проблеми і шляхи розвитку медичної допомоги в Україні. Київ: Основи, 2014. 354 с.
3. Біла книга реформ 2025. Розділ 14. Реформи системи охорони здоров'я в Україні. VoxUkraine, 2025. URL: <https://voxukraine.org/bila-knyga-reform-2025-rozdil-14-reformy-systemy-ohorony-zdorov-ya-v-ukrayini> (дата звернення: 12.11.2025).
4. Богомаз В. М. Оцінка якості медичної допомоги в системі добровільного медичного страхування. Український медичний часопис: наук.-практ. загальномед. журн. 2006. № 1. С. 104–108.
5. Бондар В. П. Концепція розвитку аудиту в Україні: теорія, методологія, організація: монографія. Житомир: ЖДТУ, 2018. 454 с.
6. ВООЗ в Україні. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2012. № 2. С. 66–70.
7. Вороненко Ю. В., Сердюк А. М., Мінцер О. П. та ін. Визначення компетенції в оцінці якості підготовки фахівців у системі безперервного професійного розвитку лікарів. Україна. Здоров'я нації. 2007. № 1. С. 37–41.
8. Гайдаєв Ю. О., Коваленко В. М., Корнацький В. М. Стан здоров'я населення України та забезпечення надання медичної допомоги: аналітично-статистичний посібник. Київ: Основи, 2009. 197 с.
9. Гладких Ф. В. Інтегральні індикатори якості медичної допомоги – шлях побудови високоякісної системи охорони здоров'я України та забезпечення її сталого розвитку. Вісник Української медичної науки. 2024. №

2. URL: <https://ukrmedsci.com/index.php/visnyk/article/view/54> (дата звернення: 12.11.2025).

10. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я. Тернопіль: Укрмедкнига, 2019. 311 с.

11. Гойда Н. Г., Горачук В. В. Медико-соціологічна інформація як інструмент управління якістю медичної допомоги. Медична та біологічна інформатика та кібернетика: віхи розвитку: тези доп. конф. з міжнар. участю. Київ: Основи, 2016. С. 27.

12. Горачук В. В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я: монографія. Вінниця: ПП Балюк І. Б., 2016. С. 18–23.

13. Гришин В. В., Кисельов А. А., Кардашев В. Л. Контроль якості подання медичної допомоги в умовах медичного страхування провідних країн світу. Київ: Основи, 2015. С. 62.

14. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів: наказ МОЗ України від 22.02.2019 № 446. URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/994_329 (дата звернення: 12.11.2025).

15. Добрянський Д. О. Використання телемедицини у клінічній практиці: навч.-метод. посіб. Ч. 1 (для слухача). Київ: Українсько-Швейцарська програма «Здоров'я матері та дитини», 2011. 86 с.

16. Дослідження задоволеності пацієнтів сімейною медициною (міська клінічна лікарня № 1 м. Львова). Виконано на замовлення Здравреформ. Львів: Оріяна, 2016. 360 с.

17. Дяченко В. Г., Капітоненко Н. А., Пудовкіна Н. А. Система контролю за якістю медичної допомоги. Медичне страхування. 2016. № 1–2. С. 47–51.

18. Європейський кодекс соціального забезпечення (переглянутий) (ETS № 139). URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/994_329 (дата звернення: 12.11.2025).

19. Заков О. Л. Сучасні підходи до визначення змісту поняття «якість медичної допомоги». Охорона здоров'я України. 2017. № 3–4. С. 54–59.

20. Конституція України: Закон України від 28.06.1996. Відомості Верховної Ради України. 1996. № 30. Ст. 141.
21. Короленко Є. Реалії системи охорони здоров'я України й шляхи її розвитку. Медична газета України. 2016. Лютий. № 5.
22. Крячкова Л. В., Медведєв М. В. Роль досліджень реальних витрат населення у секторі охорони здоров'я для подальшого реформування галузі. Організація та управління системою охорони здоров'я, її правове і фінансове забезпечення на сучасному етапі реформування галузі: мат-ли наук.-практ. конф. Житомир: Наука, 2016. С. 80.
23. Лехан В. М. Проблеми та перспективи перебудови стаціонарної медичної допомоги вторинного рівня. Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. 2018. Т. 2, № 2. С. 44–52.
24. Літвак А. В., Погорілий В., Тишук М. Тіньова економіка та майбутнє медицини в Україні. Одеса: Янтар, 2010. 96 с.
25. Марценюк В. П. Медична інформатика. Інструментальні та експертні системи: навч. посіб. для студ. вищ. мед. закл. Тернопіль: Укрмедкнига, 2014. 222 с.
26. Матеріали Проекту ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». NHS QIS, 2015. ISBN 1-84404-340-1. URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/994_329 (дата звернення: 12.11.2025).
27. Методика розробки системи індикаторів якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстр. у Мін'юсті України 29.11.2012 за № 2002/22314. URL: http://www.dec.gov.ua/mtd/doc/751/2012_751_3ki.doc (дата звернення: 12.11.2025).
28. Методика розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та

впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстр. у Мін'юсті України 29.11.2012 за № 2001/22313. URL: http://www.dec.gov.ua/mtd/doc/751/2012_751_2met.doc (дата звернення: 12.11.2025).

29. Мінцер О. П., Вороненко Ю. В., Власов В. В. Оброблення клінічних даних у медицині: навч. посіб. Київ: Вища школа, 2013. 350 с.

30. Нагорна А. М., Степаненко А. В., Морозов А. М. Проблема якості в Україні. Кам'янець-Подільський: Абетка-НОВА. С. 105–121.

31. Офіційний вебсайт Держстату України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення: 12.11.2025).

32. Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників: наказ МОЗ України від 31.10.2018 № 1977. URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/994_329 (дата звернення: 12.11.2025).

33. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 07.07.2011 № 3611-VI. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3611-17> (дата звернення: 12.11.2025).

34. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України № 720-IX від 17.06.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/720-20> (дата звернення: 12.11.2025).

35. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року: наказ МОЗ України від 01.08.2011 № 454. URL: http://www.dec.gov.ua/mtd/doc/751/2012_751_2met.doc (дата звернення: 12.11.2025).

36. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги: наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504. URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/994_329 (дата звернення: 12.11.2025).

37. Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина перша): наказ МОЗ України та АМН України від 19.03.2009 № 102/18. URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/994_329 (дата звернення: 12.11.2025).

38. Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги: наказ МОЗ України від 11.09.2013 № 795. URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/994_329 (дата звернення: 12.11.2025).

39. Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування: наказ МОЗ України від 01.02.2016 № 69. URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/994_329 (дата звернення: 12.11.2025).

40. Про порядок контролю якості медичної допомоги: наказ МОЗ України від 08.09.2012 № 752. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text> (дата звернення: 12.11.2025).

41. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві: Закон України від 07.07.2011 № 3612-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3612-17> (дата звернення: 12.11.2025).

42. Розроблено порядок контролю та оцінки якості медичної допомоги та медичного обслуговування. Український медичний журнал. 2023. URL: <https://umj.com.ua/uk/novyna-241002-rozrobleno-poryadok-kontrolyu-ta-otsinki-ya-kosti-medichnoyi-dopomogi-ta-medichnogo-obslugovuvannya> (дата звернення: 12.11.2025).

43. Світовий досвід управління якістю: огляд матеріалів. Київ: Основи, 2014. 127 с.

44. Степаненко А. В. Система забезпечення якості медичної допомоги населенню України та наукове обґрунтування її реалізації: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03. Київ: НМУ ім. О. О. Богомольця, 2011. С. 42–46.

45. Степаненко А. В., Зброжек С. І., Донченко Т. М. Якість надання медичної допомоги як один із напрямків соціальної політики в Україні. У: Стан здоров'я населення України та результати діяльності закладів охорони здоров'я: щорічна доповідь, 2012 р. / за ред. В. Ф. Москаленка. Київ, 2011. С. 217–220.
46. Степаненко А. В., Морозов А. М. Соціологічні дослідження в системі акредитації закладів охорони здоров'я. Вісник наукових досліджень. 2012. № 3. С. 106–107.
47. Цифровізація охорони здоров'я у 2024 році – які сервіси будуть впроваджені. Урядовий портал. 2024. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/tsyfrovizatsiia-okhorony-zdorovia-u-2024-rotsi-iaki-servisy-budut-vprovadzheni> (дата звернення: 12.11.2025).
48. Шалько М. Н. Державне регулювання якості надання медичних послуг. Економіка та менеджмент у медицині. 2023. № 1. URL: <https://ema.ztu.edu.ua/article/view/296207> (дата звернення: 12.11.2025).
49. Шишкін В. Оцінка доступності медичних послуг як складова якості життя населення. Економіка та суспільство. 2024. № 3. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/4661> (дата звернення: 12.11.2025).
50. Якість надання медичних послуг через призму індикаторів: сучасні підходи та виклики. Економіка і організація управління. 2023. № 3. С. 119–128. URL: <https://economics.net.ua/ejoru/2023/No3/119.pdf> (дата звернення: 12.11.2025).
51. European Medicines Agency (EMA). COVID-19: chloroquine and hydroxychloroquine only to be used in clinical trials or emergency use programmes, URL: <https://www.ema.europa.eu/en/news/covid-19-chloroquine> (дата звернення: 12.11.2025).
52. Hansen D., Cook D. Відновлення зростання на засадах справедливості: меморандум про економічний розвиток України. Washington, D.C., 2013. 20 с.

53. World Health Organization (WHO). Off-label use of medicines for COVID-19, URL: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/off-label-use-of-medicines-for-covid-19> (дата звернення: 12.11.2025).