

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ І МЕНЕДЖМЕНТУ**

Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

ОСВІТНІЙ СТУПІНЬ «МАГІСТР»

**тема: ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ
МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ НА
РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ**

Виконала: студентка заочної форми навчання
спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»
ОП «Публічне управління та адміністрування»
(шифр і назва напрямку підготовки, спеціальності)

Гуленок Наталья Миколаївна

Керівник

Харченко Тетяна Олександрівна
к.е.н., доцент кафедри публічного управління та
адміністрування

Рецензент

Нагорна Анастасія Олександрівна
Лікар загальної практики – сімейний лікар
КНП «Центр первинної медико-санітарної
допомоги №1» СМР

Суми - 2023 р.

СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет	Економіки і менеджменту
Кафедра	Публічного управління та адміністрування
Освітній ступінь	«Магістр»
Спеціальність	<u>281 «Публічне управління та адміністрування»</u> <u>ОП «Публічне управління та адміністрування»</u>

Затверджую:

Завідувач кафедри д.е.н., професор О.П. Славкова
«___» «___» 202__ р.

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧА

Гуленок Натальї Миколаївни

1. Тема роботи: Державне регулювання надання медичних послуг населенню на регіональному рівні

2. База практичного дослідження: Управління охорони здоров'я Сумської ОВА
керівник роботи Харченко Т.О., к.е.н., доцент кафедри публічного управління та адміністрування

затверджена наказом по університету від «___» _____ 202 р. № _____-н

3. Строк подання студентом закінченого проєкту (роботи) «___» _____ 202 р.

4. Вихідні дані до проєкту (роботи):

Нормативно-правові акти, Накази МОЗ, клінічні протоколи, навчально-методичні посібники, монографії, підручники за тематикою дослідження, наукові публікації.

5. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити):

- дослідити теоретико-правові засади державного регулювання надання медичних послуг населенню на регіональному рівні;
- надати загальну характеристику моделі державного регулювання надання медичних послуг населенню на регіональному рівні;
- провести аналіз результативності державного регулювання надання медичних послуг населенню Сумської області;
- надати оцінку стану кадрового забезпечення надання медичних послуг населенню лікувальними закладами Управління охорони здоров'я Сумської ОВА;
- дослідити можливості розширення інструментів державного регулювання фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я;
- обґрунтувати методичні засади оцінки якості надання медичних послуг населенню на регіональному рівні;
- оцінити передумови впровадження управлінських інструментів на рівні регіону для забезпечення надання якісної медичної допомоги населенню

6. Дата видачі завдання: «___» _____ 20__ р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проєкту(роботи)	Строк виконання етапів проєкту	Примітка
1	Визначення об'єкту, предмету дослідження, формулювання мети та задач дипломної роботи, складання плану	<i>Листопад-Грудень 2022</i>	<i>Виконано</i>
2	Підбір та вивчення літературних джерел, законодавчої та нормативної бази	<i>Січень 2023</i>	<i>Виконано</i>
3	Узагальнення теоретичного матеріалу з обраної теми дослідження та представлення чорнового варіанту першого розділу дипломної роботи	<i>Лютий-Квітень 2023</i>	<i>Виконано</i>
4	Збір та обробка фактичного матеріалу, узагальнення аналізу застосування досліджуваного питання на підприємстві (переддипломна практика)	<i>Квітень – Червень 2023</i>	<i>Виконано</i>
5	Оформлення теоретичної частини дипломної роботи, узагальнення аналітичної частини, захист звіту по переддипломній практиці	<i>Червень, Вересень 2023</i>	<i>Виконано</i>
6	Проектування напрямів вдосконалення досліджуваної проблеми	<i>Липень-Серпень 2023</i>	<i>Виконано</i>
7	Завершення проєктної частини дипломної роботи та подання попереднього варіанту третього розділу керівнику	<i>Вересень 2023</i>	<i>Виконано</i>
8	Оновлення даних та доопрацювання аналітичного і проєктного розділів дипломної роботи	<i>Жовтень 2023</i>	<i>Виконано</i>
9	Оформлення дипломної роботи, та її подання на попередній захист та рецензування	<i>Листопад-Грудень 2023</i>	<i>Виконано</i>
10	Перевірка дипломного проєкту на автентичність (подання роботи для перевірки на плагіат на кафедрі, до відділу якості освіти)	<i>1 грудня -2023</i>	<i>Виконано</i>
11	Подання закінченої роботи та документів до неї до деканату	<i>11 грудня 2023</i>	<i>Виконано</i>
12	Захист дипломної роботи	<i>19 грудня 2023</i>	<i>Виконано</i>

Здобувач

(підпис)

Н.М. Гуленок

Керівник роботи

(підпис)

Т.О. Харченко

Перевірку на автентичність проведено

(підпис)

Н.М. Баранік

Кваліфікаційна робота допущена до

захисту

(підпис)

М.О. Лишенко

АНОТАЦІЯ

Гуленок Н.М. Державне регулювання надання медичних послуг населенню на регіональному рівні.

Кваліфікаційна робота зі спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування», СНАУ, Суми-2023 р. – Рукопис.

В першому розділі кваліфікаційної роботи досліджено теоретико-правові засади державного регулювання в сфері охорони здоров'я, що визначають цільову спрямованість заходів державної політики, орієнтованих на надання якісних медичних послуг населенню, результативного використання фінансових ресурсів, матеріалів і людей для ефективності діяльності лікувальних закладів; забезпечення доступу до медичних послуг (у тому числі шляхом запровадження відповідної фінансової політики); регламентація діяльності надавачів та отримувачів послуг; ринку ліків; заходів, що здійснюються керівниками, лікарями та іншими медичними працівниками лікувальних закладів.

В другому розділі дослідження підтверджено, що частка прямих адміністративно-економічних методів у системі державного регулювання в Україні є найбільшою та складала 60,0%. Наступною за вагомістю є частка непрямих методів, спрямованих на стимулювання попиту – 28,0%. Найменшою є частка непрямих економічних методів, орієнтованих на стимулювання якості медичних послуг, частка яких складає 5,0%. Всі інші методи державного регулювання в сфері охорони здоров'я мають частку в загальній структурі меншу за 1,0%. Результати проведеного аналізу свідчать про те, що система державного регулювання в сфері охорони здоров'я орієнтована на адміністративно-економічні аспекти, при цьому якість надання медичних послуг не є стратегічним орієнтиром.

В третьому розділі кваліфікаційної роботи обґрунтовано, що державне регулювання системи надання медичних послуг населенню має цілеспрямований характер і розвивається за певними закономірностями, тому потребує регламентації, як в частині державного управління, так і в частині управління органами місцевого самоврядування та лікувальними закладами. Наразі одним із стратегічних векторів розвитку фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я є розвиток державно-приватного партнерства в частині реалізації проєктів. Розраховано комплексний індекс оцінки якості надання медичних послуг населенню на регіональному рівні в розрізі лікувальних закладів первинного, вторинного та третинного рівня в наступному співвідношенні 9,2; 9,1 та 9,0, що в цілому відповідає високому рівню. Визначено, що регіони та територіальні громади мають власні стратегічні плани розвитку. Тут важливо, щоб охорона та зміцнення здоров'я населення було одним із пріоритетів стратегії розвитку суспільства на інтегрованому просторі.

Ключові слова: державне регулювання, медичні послуги, комплексна оцінка якості.

SUMMARY

Gulenok N.M. State regulation of the provision of medical services to the population at the regional level.

Qualification work on specialty 281 "Public management and administration", SNAU, Sumy-2023 - Manuscript.

In the first section of the qualification work, the theoretical and legal foundations of state regulation in the field of health care, which determine the target orientation of state policy measures aimed at providing high-quality medical services to the population, the effective use of financial resources, materials and people for the effectiveness of medical institutions, are investigated; ensuring access to medical services (including through the introduction of appropriate financial policy); regulation of activities of providers and recipients of services; drug market; measures carried out by managers, doctors and other medical workers of medical institutions.

In the second section of the study, it was confirmed that the share of direct administrative and economic methods in the system of state regulation in Ukraine is the largest and was 60.0%. The next most important is the share of indirect methods aimed at stimulating demand - 28.0%. The share of indirect economic methods aimed at stimulating the quality of medical services is the smallest, with a share of 5.0%. All other methods of state regulation in the field of health care have a share in the overall structure of less than 1.0%. The results of the conducted analysis indicate that the system of state regulation in the field of health care is focused on administrative and economic aspects, while the quality of the provision of medical services is not a strategic reference point.

In the third section of the qualification work, it is substantiated that the state regulation of the system of providing medical services to the population has a purposeful nature and develops according to certain patterns, therefore it needs regulation, both in the part of state administration and in the part of management of local self-government bodies and medical institutions. Currently, one of the strategic vectors for the development of financial support in the field of health care is the development of public-private partnerships in terms of project implementation. A comprehensive index of assessment of the quality of the provision of medical services to the population at the regional level was calculated in the section of primary, secondary and tertiary level medical institutions in the following ratio of 9.2; 9.1 and 9.0, which generally corresponds to a high level. It was determined that regions and territorial communities have their own strategic development plans. Here it is important that the protection and strengthening of the population's health is one of the priorities of the strategy for the development of society in an integrated space. This area may include activities that contribute to the improvement of public health. Based on the strategic plan, public health programs, projects and initiatives are developed and approved.

Keywords: state regulation, medical services, comprehensive quality assessment.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ	10
РОЗДІЛ 2. ОЦІНКА СТАНУ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ.....	20
2.1 Загальна характеристика моделі державного регулювання надання медичних послуг населенню на регіональному рівні	20
2.2 Аналіз результативності державного регулювання надання медичних послуг населенню Сумської області	28
2.3 Оцінка кадрового забезпечення надання медичних послуг населенню лікувальними закладами Управління охорони здоров'я Сумської ОВА	35
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ІНСТРУМЕНТІВ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ	43
3.1 Розширення інструментів державного регулювання фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я	43
3.2 Обґрунтування методичних засад оцінки якості надання медичних послуг населенню на регіональному рівні	50
3.3 Впровадження управлінських інструментів на рівні регіону для забезпечення надання якісної медичної допомоги населенню.....	58
ВИСНОВКИ.....	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	68
ДОДАТКИ.....	72

ВСТУП

Актуальність теми. В Україні державне регулювання сфери охорони здоров'я є важливою частиною державної політики та управління галуззю. Базою формування системи публічного управління в сфері охорони здоров'я виступає законодавче забезпечення, котре наразі не має виокремленого спеціалізованого правового поля, сформоване фрагментарно в розрізі напрямів управлінської діяльності. Системний аналіз законодавчого підґрунтя з питань охорони здоров'я підтверджує наявність дієвих зусиль щодо створення правової основи для підвищення відповідальності за здоров'я та життя населення в системі державного управління. Формування державної політики охорони здоров'я в Україні характеризується загальною структурою, яка є притаманною для багатьох розвинених країн.

Публічне управління в сфері охорони здоров'я є систематичним та організованим впливом державних організацій та установ на діяльність медичної галузі для забезпечення стабільної діяльності лікувальних закладів сектору охорони здоров'я. Розглядаючи пріоритетні заходи розвитку сфери охорони здоров'я, необхідним є проведення моніторингу пріоритетів державної політики щодо показників фінансово-економічного та соціального зростання галузі охорони здоров'я. Стратегічні вектори реформування галузі охорони здоров'я передбачають реалізацію механізмів державного регулювання у відповідності до сучасних методів управління, міжнародних підходів щодо безпеки населення, відповідальності та зацікавленості громадян у зміцненні свого здоров'я, пріоритетних профілактичних заходів, базових протоколів лікування. Сучасна система державного регулювання розвитку медичних послуг включає контроль за якістю наданих медичних послуг та результатів функціонування системи охорони здоров'я. При цьому державне регулювання в сфері охорони здоров'я має на меті створення сприятливих організаційних, економічних та фінансових умов, заснованих на ринковому механізмі господарювання, в частині розширення свободи діяльності та мінімального втручання органів державної влади в їх

діяльність окрім випадків, передбачених законом. Здійснення медичної діяльності в національній службі охорони здоров'я забезпечується механізмами державного регулювання в рамках державної політики. Отже, державне регулювання сфери охорони здоров'я передбачає встановлення стандартів і загальних правил здійснення медичної діяльності, тобто надання медичних послуг, визначення відповідальності за дотримання цих правил, межі впливу уряду та його установ на діяльність лікувальних закладів. Головною метою державного регулювання в сфері охорони здоров'я в Україні є зміцнення та збереження здоров'я населення, надання висококваліфікованої медичної допомоги, поліпшення умов життя.

Метою кваліфікаційної роботи є проведення оцінки результативності державного регулювання надання медичних послуг населенню на регіональному рівні та обґрунтування напрямів її удосконалення. Відповідно до визначеної в кваліфікаційній роботі мети дослідження визначено наступні **завдання**:

- дослідження теоретико-правових засад державного регулювання надання медичних послуг населенню на регіональному рівні;
- надання загальної характеристики моделі державного регулювання надання медичних послуг населенню на регіональному рівні;
- проведення аналізу результативності державного регулювання надання медичних послуг населенню Сумської області;
- визначення стану кадрового забезпечення надання медичних послуг населенню лікувальними закладами Управління охорони здоров'я Сумської ОВА;
- дослідження можливостей розширення інструментів державного регулювання фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я;
- обґрунтування методичних засад оцінки якості надання медичних послуг населенню на регіональному рівні;
- впровадження управлінських інструментів на рівні регіону для забезпечення надання якісної медичної допомоги населенню.

Об'єктом дослідження є управління охорони здоров'я Сумської ОВА.

Предметом дослідження є теоретичні положення, методологічні засади та практичні аспекти проведення оцінки результативності державного регулювання надання медичних послуг населенню на регіональному рівні.

Теоретичні і методологічні засади кваліфікаційного дослідження були сформовані на основі положень, категорій і концепцій державного регулювання. Важливе значення мали закони і нормативно-правові акти, які є регуляторами державного регулювання надання медичних послуг населенню. Для аналізу та оцінки явищ щодо удосконалення державного регулювання надання медичних послуг населенню було використано аналіз і синтез, загальнонаукові методи і методи соціально-економічних досліджень, зокрема, абстрактно-логічний, статистико-аналітичні методи тощо.

Інформаційною базою дослідження стали нормативно-правові акти, які регламентують державне регулювання надання медичних послуг населенню, нормативні акти Кабінету Міністрів України, монографії, аналітичні дослідження та наукові статті вітчизняних та зарубіжних вчених, Internet-ресурси, матеріали дискусій на наукових конференціях, дані соціологічних досліджень та експертних оцінок, аналітичні розробки та довідки, особистості спостереження автора.

Наукова новизна одержаних результатів роботи полягає в обґрунтуванні оцінки якості надання медичних послуг населенню на регіональному рівні.

Практична значущість одержаних результатів роботи виражене в тому, що автором надано оцінку стану реалізації державного регулювання надання медичних послуг населенню на регіональному рівні, обґрунтовано методичні засади до оцінки якості надання медичних послуг населенню на регіональному рівні та визначено можливості розширення інструментів державного регулювання фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я. Окреслені інструменти мають практичну цінність та актуальність для удосконалення державного регулювання надання медичних послуг населенню на регіональному рівні.

Основні положення і результати наукових досліджень пройшли апробацію на двох міжнародних науково-практичних конференціях:

1. Гуленок Н.М. Удосконалення державної політики надання медичних послуг населенню на регіональному рівні. *Сучасні тенденції та перспективи розвитку науки, освіти, технологій і суспільства: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції* (Кременчук, 18 листопада 2022 р.). Кременчук: ЦФЕНД, 2022. С.33-34.

2. Гуленок Н.М. Оцінка стану реалізації державної політики в сфері надання медичних послуг населення. *Mechanisms of Scientific and Technical Potential Development: Proceedings of the 3rd International Scientific and Practical Internet Conference*, 2023. FOP Marenichenko V.V., Dnipro, Ukraine. С. 61-63.

Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатку. Основний зміст роботи викладено на 65 сторінках комп'ютерного тексту. Список використаних джерел нараховує 31 найменування. Робота містить 15 таблиць, 22 рисунки, додаток.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

В Україні державне регулювання сфери охорони здоров'я (далі - ОЗ) є важливою частиною державної політики та управління галуззю. Базою формування системи публічного управління в сфері охорони здоров'я виступає законодавче забезпечення, котре наразі не має виокремленого спеціалізованого правового поля, сформоване фрагментарно в розрізі напрямів управлінської діяльності. Системний аналіз законодавчого підґрунтя з питань охорони здоров'я підтверджує наявність дієвих зусиль щодо створення правової основи для підвищення відповідальності за здоров'я та життя населення в системі державного управління. Формування державної політики охорони здоров'я в Україні характеризується загальною структурою, яка є притаманною для багатьох розвинених країн. Правова система регулювання діяльності у сфері охорони здоров'я налічує понад 5,5 тис. одиниць загальних та спеціальних нормативно-правових актів, що носять комплексний характер [1, с. 137].

Базові аспекти регламентації прав людей в системі ОЗ регламентовані Конституцією та Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. [2] Даними нормативно-правовими актами визначено пріоритетність охорони здоров'я людини в системі державного регулювання. При цьому слід зауважити й про важливість імплементації принципів міжнародних договорів, ратифікованих Україною, в механізми державного регулювання. Серед основоположних міжнародних актів, котрі були враховані при формуванні державної політики охорони здоров'я України, слід виокремити Європейський кодекс соціального захисту (Страсбург, 1962 р.) та Хартію соціальних прав (Гавана, 1982 р.). В даному контексті слід відмітити й Оттавську хартію сприяння зміцненню здоров'я (1986 р.), в якій відбулась зміна управлінських

підходів щодо інструментів державного регулювання, впроваджено міждисциплінарні підходи, визначено базові засади розробки державних політик та стратегій розвитку в сфері охорони здоров'я [3, с. 183].

Стратегічні напрями та завдання державного регулювання надання медичних послуг населенню, як на національному, так і регіональному рівнях представлено на рисунку 1.1



Рисунок 1.1 - Стратегічні напрями та завдання державного регулювання надання медичних послуг населенню: національний та регіональний аспекти

Джерело: згруповано автором за даними [2]

Інформація, наведена на рисунку 1.1, свідчить про імплементацію міжнародних управлінських підходів державного регулювання сфери ОЗ в частині переходу від лікувальної спрямованості до профілактичної. Представлені стратегічні напрями та завдання передбачають систематичну реалізацію державної політики у відповідності до наявних можливостей та ресурсів, визначають вектор розвитку з орієнтацією на збереження прав громадян на якісну, доказову та доступну медичну допомогу.

Управлінські рішення системи охорони здоров'я є не тільки біологічно, а й соціально детермінованими, а державна політика орієнтована на захист та збереження здоров'я потребує поєднання багатьох різновекторних складників, зокрема, законодавчої регламентації, розробки ефективної системи фінансування, реалізації підходів щодо організаційних змін тощо [4, с. 120]. Продовжуючи аналіз теоретико-правових засад системи державного регулювання щодо якості надання медичних послуг населення в Україні, Насамперед необхідно визначити сутність таких термінів, як: «публічне управління сфери ОЗ», «державне регулювання сфери ОЗ», «Державна стратегія розвитку системи ОЗ».

Так, в цілому публічне управління передбачає безпосередній вплив суб'єктів управління на об'єкти через повноваження та методи управління, закріплені певними положеннями та інструкціями щодо їх виконання. За іншого підходу, публічне управління визначають як процес планування та контролю впливу уряду на діяльність у певній галузі з метою її вдосконалення та підвищення ефективності управління. Правова регламентація державного регулювання передбачає її розгляд, як системи державних дій (організаційних, правових, економічних тощо) з метою їх координації та впорядкування в рамках соціальних, економічних, політичних, культурних та інших соціальних процесів, орієнтованих на розробку загальних принципів та правил соціальної поведінки для запобігання виникнення будь-яких негативних наслідків у суспільстві [5, с. 40].

З економічного підходу, державне регулювання розглядається як система державної підтримки в розрізі завдань та заходів щодо здійснення регуляторної діяльності, спрямованих на створення умов, придатних для ефективного

функціонування механізмів управління та вирішення складних соціально-економічних проблем щодо розвитку національної економіки та суспільства в цілому» [6, с. 150]. На думку Швайка Л.А., державне регулювання є частиною діяльності державних інституцій, які різними методами та інструментами свідомо впливають на поведінку об'єктів впливу [7, с. 10]. При цьому державне регулювання дозволяє лише встановлювати обмеження для організацій та установ, які можуть працювати вільно.

Підсумовуючи, зазначимо, що публічне управління та державне регулювання є двома різними типами державної діяльності. Державне регулювання, на відміну від державного управління, спрямовано не тільки на об'єкт управління, а й на середовище, в якому цей суб'єкт функціонує. Тому вони відрізняються один від одного за потужністю [8, с. 130]. Державне управління сферою охорони здоров'я – це комплексна система управління сферою охорони здоров'я високого рівня на національному, регіональному та місцевому рівнях, включаючи уряд, область, територіальні громади, а також лікувальні заклади різних форм власності.

Здійснення медичної діяльності в національній службі охорони здоров'я забезпечується механізмами державного регулювання в рамках державної політики. Отже, державне регулювання сфери охорони здоров'я передбачає встановлення стандартів і загальних правил здійснення медичної діяльності, тобто надання медичних послуг, визначення відповідальності за дотримання цих правил, межі впливу уряду та його установ на діяльність лікувальних закладів [9, с. 76].

На думку В.В. Шевчук, державне регулювання в сфері ОЗ це методи та форми соціальної відповідальності у сфері охорони здоров'я населення, стратегії та пріоритети зміцнення здоров'я та профілактики захворювань. Тому державне регулювання має базуватися на правильно розробленій державній політиці, державній стратегії розвитку, державних програмах і медичних стандартах, системах їх обов'язкового виконання, державному контролю та заходах впливу на діяльність лікувальних закладів ОЗ. Органи влади мають використовувати не тільки правові, а й організаційні, фінансові, кадрові та інші засоби впливу. Таким чином, державне регулювання в сфері ОЗ має бути зосереджено на формуванні фінансових

ресурсів, взаємодію закладів ОЗ з Національною службою охорони здоров'я (НСЗУ), розвитку науково-технічного потенціалу країни. Регулювання в секторі ОЗ має здійснюватися за різними напрямками, через розробку та затвердження нормативно-правових актів, визначення інструментів підтримки.

Важливо також розуміти й сутність поняття «державна політика» в системі публічного управління. Мельник Л.А. розглядає державну політику в сфері охорони здоров'я як сукупність національних рішень і зобов'язань, спрямованих на підтримку та підвищення фізичного, психічного та соціального благополуччя населення країни, яке є найважливішою частиною багатства нації, шляхом реалізації комплексу політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, наукових і медичних заходів, спрямованих на збереження здоров'я населення» [10].

Державна стратегія розвитку системи охорони здоров'я – це документ, який визначає цілі, завдання та порядок діяльності держави, регіональних органів влади та органів місцевого самоврядування щодо довгострокового розвитку системи охорони здоров'я в рамках реалізації державної політики, національної законодавчої бази та міжнародних стандартів [11, с. 127]. Шевчук В.В. зазначає, що реалізація державної політики в сфері ОЗ є набором стратегічних цілей і пріоритетів, сформованих в рамках розподілу державних цілей соціальної та економічної політики на підсистеми. Для реалізації державної політики використовуються сучасні методи управління бізнесом, інструменти, важелі та стимули для підтримки підсистем, за допомогою яких державна система управління створює необхідні умови для якісного виконання інтегрованих досліджень інституційної структури сектору охорони здоров'я для досягнення важливих соціальних результатів [12].

Підсумовуючи, зазначимо, що публічне управління в сфері ОЗ є систематичним та організованим впливом державних організацій та установ на діяльність медичної галузі для забезпечення стабільної діяльності лікувальних закладів сектору ОЗ. Розглядаючи пріоритетні заходи розвитку сфери ОЗ (рисунок 1.1), необхідним є проведення моніторингу пріоритетів державної політики щодо показників фінансово-економічного та соціального зростання галузі охорони

здоров'я. Стратегічні вектори реформування галузі ОЗ передбачають реалізацію механізмів державного регулювання у відповідності до сучасних методів управління, міжнародних підходів щодо безпеки населення, відповідальності та зацікавленості громадян у зміцненні свого здоров'я, пріоритетних профілактичних заходів, базової турботи про лікування [13, с. 79]. Сучасна система державного регулювання розвитку медичних послуг включає контроль за якістю наданих медичних послуг та результатів функціонування системи охорони здоров'я.

При цьому державне регулювання в сфері ОЗ має на меті створення сприятливих організаційних, економічних та фінансових умов, заснованих на ринковому механізмі господарювання, в частині розширення свободи діяльності та мінімального втручання органів державної влади в їх діяльність окрім випадків, передбачених законом. Головною метою державного регулювання в сфері охорони здоров'я в Україні є зміцнення та збереження здоров'я населення, надання висококваліфікованої медичної допомоги, поліпшення умов життя. Аналіз базових нормативних актів та наукових досліджень державного регулювання в сфері ОЗ визначив пріоритетні завдання державної політики, представлені на рисунку 1.2.



Рисунок 1.2 - Пріоритетні завдання державної політики охорони здоров'я України

Джерело: згруповано автором за даними [2]

Ключовими блоками даної системи є організаційна та фінансова складові, котрі орієнтовані на формування злагодженої взаємодії між державними органами влади, регіональними інституціями у складі яких функціонують департаменти/управління сфери ОЗ обласних державних (військових) адміністрацій, інституціями органів місцевої влади та лікувальними закладами сфери ОЗ різних форм власності. Окремим блоком передбачено розвиток галузей фармацевтичної та медичної промисловості для виробництва медичних виробів, виробів медичного призначення, виробництва медичних препаратів тощо.

Також слід зазначити про важливість перегляду підходів щодо громадського здоров'я в частині реалізації заходів по заохоченню населення до здорового способу життя. В рамках підвищення якості надання медичних послуг важливим є впровадження інноваційних медичних технологій, використання сучасного обладнання, новітніх матеріалів тощо, підтримка безперервного процесу підготовки лікарів, навчання управлінських кадрів у сфері охорони здоров'я. Досягнення результативності реалізації пріоритетних завдань можливе за умови дотримання інформаційного, ресурсного, інноваційного принципів, а також принципу контролю якості.

Так, реалізація інформаційного принципу забезпечує виявлення та управління факторами, що впливають на виникнення кризової ситуації в системі охорони здоров'я; забезпечення використання інформаційних технологій у виробництві; досягнення інформаційної взаємодії між основними суб'єктами. Дотримання ресурсного принципу сприяє забезпечення людськими ресурсами в галузі охорони здоров'я, формування показників державного бюджету на фінансування галузі. Інноваційний принцип орієнтований на забезпечення інституційних змін зовнішнього середовища, придатного для розвитку інновацій; визначення пріоритетів розвитку галузі; стимулювати інноваційної діяльності та підтримку розвитку трансферу медичних технологій. Враховуючи те, що концепція розвитку сфери ОЗ тісно корелює із заходами державної політики адміністративно-територіального реформування, важливим є забезпечення імплементації

інструментів результативного підходу в систему публічного управління в цілому. Розглянемо підсистеми державного регулювання в сфері ОЗ, представлені на рисунку 1.3.



Рисунок 1.3 – Підсистеми концептуальних основ державного регулювання сфери ОЗ

Джерело: розробка автора

Характеризуючи, представлені на рисунку 1.3 підсистеми концептуальних основ державного регулювання сфери ОЗ, слід зауважити, що об'єктами регулювання виступають спеціальні відносини в розрізі галузі, медичні заходи, медичний ринок та його структурні елементи, система охорони здоров'я України, райони, її галузі та підсистеми функціонування, а також принципи організації діяльності. В цілому об'єкти державного регулювання сфери ОЗ поділяються на два види: матеріальні та нематеріальні.

До складу першої групи належать медичні центри різних форм власності, лікарські засоби, кадри, фінансові ресурси цих установ. У складі другої групи розглядають службові відносини лікувальних закладів, відносини між покупцями та постачальниками медичних послуг тощо. Об'єднуючим елементом, в розрізі обох груп виступає здоров'я людини та її стан, на який можна вплинути шляхом його поліпшення.

Основними суб'єктами державного регулювання в сфері ОЗ в Україні є Верховна Рада України, Уряд, центральні органи виконавчої влади, зокрема Міністерство охорони здоров'я України, а також місцеві органи виконавчої влади, у тому числі регіональні департаменти/управління ОЗ, органи управління ОЗ територіальних громад. Діяльність суб'єктів державного регулювання сфери ОЗ регулюється ст. 13 та ст. 14 Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я» [2].

У державному регулюванні сфери охорони здоров'я України можна визначити наступні два блоки: спрямовані на вирішення політичних цілей; спрямовані на вдосконалення системи управління. Цільова спрямованість державного регулювання політичного блоку орієнтована на досягнення соціально-економічних цілей діючих державних політик. Відповідно, другий аспект управління, пов'язаний із функціонуванням комплексних систем управління в сфері ОЗ, які відображають складність відносин між постачальниками та отримувачами послуг. Важливість підвищення якості медичних послуг є вирішальним фактором для здоров'я країни. Висока якість завжди пов'язана зі збільшенням витрат на охорону здоров'я, тоді як, на думку дослідників [8;11], існують хороші можливості покращити якість за низьких витрат, особливо завдяки використанню міжнародного досвіду та підвищенню професійних компетентностей медичного персоналу. Цілком обґрунтовано може визначити вагомість впливу кваліфікації медичного персоналу для забезпечення надання якісних медичних послуг. Слід зазначити, що одним із аспектів реалізації державної політики забезпечення надання якісних медичних послуг населенню є формування характеристик для оцінки рівня якості. Даний показник може бути імплементовано через оцінку діяльності лікувальних закладів шляхом оцінки вхідних ресурсів, таких як спеціальне медичне обладнання, ліки, медичний персонал та існуюча інфраструктура в медичних центрах; а також процесів (характеристика, зміст, форми і параметри взаємодії медичного персоналу з пацієнтами).

Якість медичного лікування також можна визначити шляхом встановлення критеріїв якості. Таким критерієм є поєднання двох рівнів: обов'язкового та

бажаного. Обов'язкові критерії пов'язані з метою надання медичної допомоги, тобто мінімальним рівнем медичної допомоги, який може бути забезпечено споживачу послуг. На противагу до обов'язкового, бажаний рівень якості, це рівень, який споживачі очікують на основі результатів передової практики охорони здоров'я, який, однак, з практичних міркувань наразі не може бути досягнутий, але доступний у певних лікувальних закладах. Саме бажаний рівень виступає орієнтиром до якого повинні бути покращені послуги в сфері медичної допомоги [6; 18]. Рівень медичної допомоги, який має відповідати певним критеріям якості, можна визначити в розрізі таких рівнів, як мінімальний; базовий та оптимальний та розраховуватись відносному значенні.

Досліджені теоретико-правові засади державного регулювання в сфері ОЗ визначають цільову спрямованість заходів державної політики, орієнтованих на надання якісних медичних послуг населенню, результативного використання фінансових ресурсів, матеріалів і людей для ефективності діяльності лікувальних закладів; забезпечення доступу до медичних послуг (у тому числі шляхом запровадження відповідної фінансової політики); регламентація діяльності надавачів та отримувачів послуг; ринку ліків; заходів, що здійснюються керівниками, лікарями та іншими медичними працівниками лікувальних закладів.

Крім того, поглиблення інструментів державно-приватного партнерства через імплементацію тристоронньої моделі співпраці для забезпечення розвитку соціальної, політичної та економічної складових галузі охорони здоров'я; розробка державної стратегії розвитку та підтримка створення відповідних засад для її реалізації на соціально-структурному рівні; заохочення громадської активності та співпраці у плануванні, управлінні, фінансуванні сфери охорони здоров'я; подолання кризової ситуації в галузі охорони здоров'я та створення належної нормативно-правової системи, спрямованої на забезпечення успіху її основних цілей і завдань. Слід зауважити, що базові засади державного регулювання в сфері ОЗ цілком імplementовані на регіональний рівень і виступають основою для розробки та затвердження локальних програм в рамках діючої державної політики.

РОЗДІЛ 2

ОЦІНКА СТАНУ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

2.1 Загальна характеристика моделі державного регулювання надання медичних послуг населенню на регіональному рівні

Діюча в Україні модель державного регулювання надання медичних послуг населенню на регіональному рівні передбачає реалізації низки управлінських методів спрямованих на досягнення поставленої мети. При цьому метод державного регулювання в сфері ОЗ розглядається, як комплекс заходів державного впливу на суб'єкти господарювання галузі, інфраструктуру та некомерційний сектор економіки, у відповідності до стратегічних векторів державної політики в сфері охорони здоров'я. Класифікація методів державного регулювання надання медичних послуг населенню здійснюється в розрізі наступних підходів: в розрізі засобів (адміністративні, економічні); в розрізі форм (прямі, непрямі); в розрізі функціональних складників ринку медичних послуг. Більш детально методи регулювання ринку в сфері ОЗ, представлено на рисунку 2.1.

В даному контексті зауважимо, що основними інструментами, які використовуються на всіх типах ринків охорони здоров'я, є прямі адміністративні методи (наприклад: ліцензування, сертифікація, стандарти, контроль цін) і прямі фінансові (тобто підтримка різноманітних медичних заходів, медичні наукові дослідження, освіта, навчання, закупівля медичного обладнання, фармацевтичних препаратів тощо) та непрямі економічні методи (представлені в розрізі політики податкового регулювання). Також окреслено важливість проведення ефективної кадрової політики, як на державному та регіональному рівнях, так і в розрізі лікувальних закладів. Одним із аспектів досягнення розвитку в розрізі даного складника є розробка стратегій розвитку кадрового потенціалу на рівні

регіональних управлінь охорони здоров'я, управлінь охорони здоров'я територіальних громад та лікувальних закладів всіх рівнів.

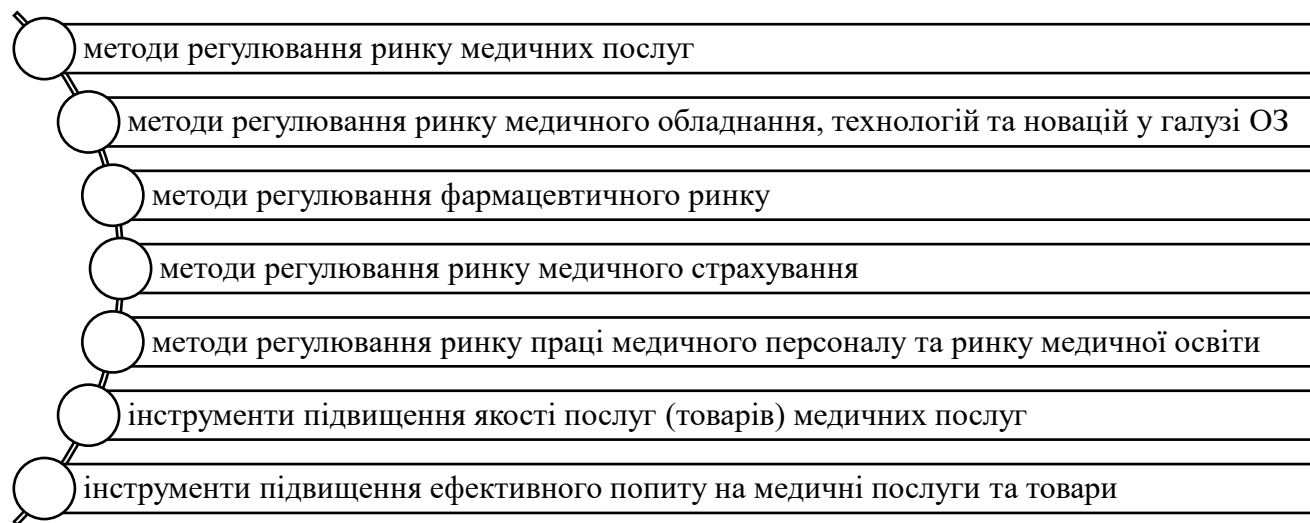


Рисунок 2.1 – Методи діючої моделі державного регулювання надання медичних послуг населенню

Джерело: [16]

Розглянемо більш детально, які з методів, представлених на рисунку 2.1 мають найширшу практику використання в рамках державного регулювання надання медичних послуг населенню на регіональному рівні (рисунок 2.2).



Рисунок 2.2 – Структура методів державного регулювання надання медичних послуг населенню на регіональному рівні, 2022 р.

Джерело: [17]

Представлена на рисунку 2.2 структура методів державного регулювання надання медичних послуг населенню на регіональному рівні в 2022 р. визначає наступні тенденції. Так, частка прямих адміністративно-економічних методів у системі державного регулювання в Україні є найбільшою та складала 60,0%. Наступною за вагомістю є частка непрямих методів, спрямованих на стимулювання попиту – 28,0%. Найменшою є частка непрямих економічних методів, орієнтованих на стимулювання якості медичних послуг, частка яких складає 5,0%. Всі інші методи державного регулювання в сфері ОЗ мають частку в загальній структурі меншу за 1,0%. Результати проведеного аналізу свідчать про те, що система державного регулювання в сфері ОЗ орієнтована на адміністративно-економічні аспекти, при цьому якість надання медичних послуг не є стратегічним орієнтиром. Також зауважимо, що міжнародна практика державного регулювання ОЗ в якості ефективного інструменту комплексу непрямих економічних методів визначає пільгове оподаткування.

Враховуючи ідентичність методів, інструментів та підходів державного регулювання сфери ОЗ, як на національному, так і на регіональному рівні, слід зауважити про наявність фрагментарності заходів державного впливу, орієнтованих на забезпечення якості надання медичних послуг населенню в системі управління медичними закладами, що значно ускладнює процес формування вільних відносин з ринком та знижує ефективність процесу реформування національної системи охорони здоров'я. Враховуючи результати аналізу діючих механізмів державного регулювання сфери ОЗ національного рівня, обґрунтовано стратегічні цілі розвитку на регіональному рівні, котрі мають бути імплементовані в діяльність Управління охорони здоров'я Сумської ОВА (далі УОЗ СОВА):

- правова регламентація організаційної та фінансово-господарської діяльності лікувальних закладів, які підпорядковуються УОЗ СОВА;
- бюджетно-податкове регулювання для створення умов пільгового оподаткування мережі лікувальних закладів; УОЗ СОВА

- затвердження регіональних програм, що сприятимуть реалізації права громадян на доступ до якісних медичних послуг у системі медичного страхування;
- передача об'єктів державної власності, необхідних для надання медичних послуг, у місцеву власність;
- методична регламентація надання медичних послуг в розрізі лікувальних закладів, що підпорядковуються УОЗ СОВА;
- розробка системи підготовки медичних кадрів та підвищення кваліфікації персоналу лікувальних закладів;
- інформаційне забезпечення населення щодо їх прав на безоплатне лікування та посилення ролі громадян у створенні системи громадського контролю за діяльністю лікувальних закладів.

В частині організаційної взаємодії суб'єктів реалізації державної політики надання медичних послуг населенню на національному та регіональному рівнях на рисунку 2.3, представлені суб'єкти впливу кожного рівня.

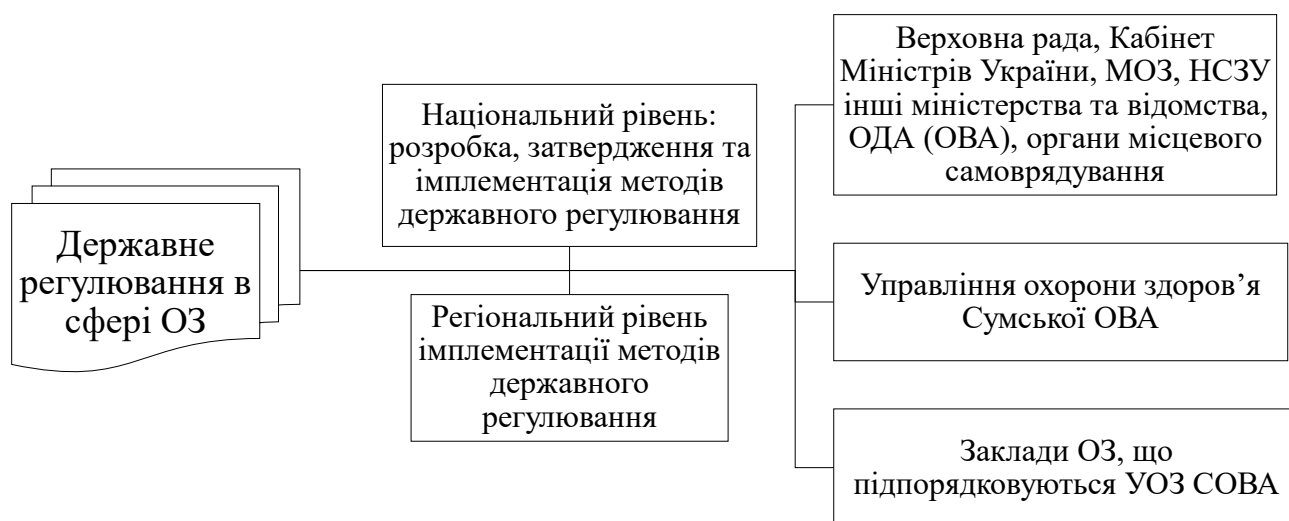


Рисунок 2.3 – Суб'єкти впливу державного регулювання надання медичних послуг населенню на національному та регіональному рівнях

Джерело: згруповано автором за даними [17]

Виходячи з даних, наведених на рисунку 2.3, вищим законодавчим органом системи державного регулювання в сфері ОЗ є Верховна Рада, яка забезпечує

функціонування, фінансування та контроль системи охорони здоров'я в Україні. Кабінет Міністрів України, відповідно, є вищим органом виконавчої влади, який делегує повноваження щодо стратегічних планів, розробки та реформування політик і стратегій, поточного управління, визначення обсягу коштів, закупівлі та розподілу ліків Міністерству охорони здоров'я України. Міністр охорони здоров'я призначається на посаду Верховною Радою України за поданням Прем'єр-міністра, відповідальний перед Урядом і Верховною Радою та звільняється з посади Верховною Радою. У складі інституцій, котрі підпорядковуються Міністерству охорони здоров'я, функціонують університети, інститути та коледжі, наукові-дослідні установи в сфері охорони здоров'я, а також департаменти/управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій.

Лікувальні заклади третинного рівня, лікувальні заклади комунальної власності обласного підпорядкування та приватні лікувальні заклади знаходяться в підпорядкуванні обласних департаментів/управлінь системи охорони здоров'я. У складі функцій обласних департаментів/управлінь ОЗ, зокрема, передбачено здійснення контролю якості шляхом реалізації адміністративних методів. Як правило, у складі таких методів використовуються наступні інструменти: медичні протоколи, ліцензії, акредитація діяльності медичних центрів та сертифікація медичного персоналу (лікарів). При цьому вимоги до якості медичних послуг однакові для всіх лікувальних закладів, незалежно від форм власності.

До складу МОЗ України також входять дорадчі та консультативні органи, кваліфікаційні, наукові, науково-професійні комісії. При цьому науково-дослідні установи з питань охорони здоров'я та високоспеціалізованої медичної допомоги підпорядковуються безпосередньо МОЗ України. Зауважимо, що вищі навчальні заклади можуть мати свої університетські клініки, які належать до лікувальних закладів третинного рівня, де готують лікарів, ведуть наукову діяльність та надають високоспеціалізовану медичну допомогу [17].

Крім того, в національній системі охорони здоров'я України діють профспілки працівників галузі, а також різноманітні медичні спілки та асоціації (43 одиниці), які входять до складу Національної ради охорони здоров'я України.

Медичні спілки та асоціації є системами «професійного регулювання медичної діяльності» в Україні, цільовим орієнтиром діяльності яких є підтримка розвитку вітчизняної медичної науки завдяки членству видатних науковців у галузі медицини. Медичні спілки подають рекомендації та законопроекти безпосередньо до комітету Верховної Ради та представляють погляди медичної спільноти щодо проблемних питань та перспективних напрямів розвитку

Однією із базових інституцій системи державного регулювання галузі ОЗ України є Національна служба здоров'я України (НСЗУ), яка виступає єдиним національним замовником медичних послуг. До складу основних функцій НСЗУ належить:

- реалізація державної політики з питань державного фінансового забезпечення населення медичною допомогою;
- замовник медичних послуг та лікарських засобів у рамках програми медичних гарантій;
- розробляє пропозиції щодо підвищення якості законодавства у сферах, пов'язаних з діяльністю медичної служби;
- проведення моніторингу цінових та тарифних питань вартості медичних послуг;
- надання пропозицій щодо вдосконалення програм медичних гарантій.

Не менш важливим аспектом державного регулювання надання медичних послуг населенню є функціонування регіональних інституцій системи ОЗ до складу яких входять департаменти/управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій. Розглянемо функції Управління охорони здоров'я Сумської ОВА:

- забезпечення реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я області, підтримка виконання загальнодержавних та регіональних соціально-економічних програм;
- управління лікувальними закладами, котрі знаходяться в прямому підпорядкуванні управління, зокрема, організація кадрового, матеріально-технічного та методичного забезпечення;

- прогнозування розвитку мережі лікувальних закладів області, що передбачають координацію медико-санітарного обслуговування населення;
- впровадження заходів, орієнтованих на запобігання та ліквідацію інфекційних захворювань та епідемій;
- організація закупівлі ліків, медичного обладнання та витратних матеріалів, проведення їх розподілу між лікувальними закладами мережі;
- організація функціонування медико-соціальних та судово-психіатричних експертиз;
- організація впровадження нормативно-правових актів галузі охорони здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на охорону навколишнього середовища та санітарно-епідеміологічного стану населення, стандартів професійної діяльності в галузі охорони здоров'я, державної фармакопеї, стандартів охорони здоров'я, лікування, обладнання та технологій.

За даними наведеними на рисунку 2.2, визначено, що частка прямих адміністративно-економічних методів в загальній структурі методів державного регулювання є найбільшою та складає 60,0%. Розглянемо більш детально, які саме інструменти в розрізі адміністративних та прямих економічних методів були імplementовані в систему державного регулювання надання медичних послуг населенню на регіональному рівні (таблиця 2.1). В цілому зазначимо, що у складі базових інструментів, котрі використовуються для регулювання в розрізі різних напрямів, найбільш затребуваними є: акредитація, ліцензування, регулювання цін та стандартизація якості.

За даними, наведеними в таблиці 2.1, визначено, що ключовими напрямками, в розрізі яких, здійснюється використання адміністративних методів є якість надання медичних послуг населенню, забезпечення розвитку освітньої складової, регламентація діяльності щодо обігу лікарських засобів та товарів медичного призначення та їх ціноутворення. Серед новачій адміністративних методів державного регулювання слід також виділити впровадження ліцензування діяльності зі страхування.

Таблиці 2.1 – Комплекс методів державного регулювання в сфері надання медичних послуг населення регіонального рівня, Сумська область, 2022 р.

Адміністративні (директивні) методи	Прямі економічні методи
Ліцензування діяльності, стандартизація якості медичних послуг	Державні видатки на фінансування сфери охорони здоров'я.
Акредитація та реєстрація закладів охорони здоров'я, стандартизація якості освітніх послуг, ліцензування діяльності та акредитація освітніх закладів	Фінансова підтримка за рахунок державних видатків на наукові медичні дослідження
Ліцензування діяльності з виробництва, оптової, роздрібної торгівлі лікарськими засобами та виробами медичного призначення	Фінансова підтримка за рахунок державних видатків на закупівлю лікарських засобів і виробів медичного призначення
Реєстрація та стандартизація якості лікарських засобів і виробів медичного призначення;	Фінансова підтримка за рахунок державних видатків підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації та оплати праці медичних кадрів
Державне регулювання цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення.	
Ліцензування діяльності зі страхування	

Джерело: згруповано автором за даними [18]

Серед напрямів державного регулювання, котрі регламентуються в розрізі прямих економічних методів, слід відмітити впровадження комплексу фінансування надання медичних послуг, проведення медичних досліджень, закупівлі лікарських засобів та товарів медичного призначення, а також фінансування заходів з підготовки та перепідготовки кадрів галузі охорони здоров'я. В цілому проведений аналіз визначив ідентичність підходів державного регулювання надання медичних послуг населенню, як на національному, так і регіональному рівні. Однак необхідним є розширення методів та інструментів з урахуванням сучасних міжнародних стандартів. Управлінський вплив держави на реформування системи надання медичних послуг населенню реалізується шляхом використання повноважень виконавчої влади. Для проведення оцінки результативності державного регулювання надання якісних медичних послуг населенню може бути використана низка показників.

2.2 Аналіз результативності державного регулювання надання медичних послуг населенню Сумської області

Аналіз результативності державного регулювання надання медичних послуг населення на регіональному рівні передбачає проведення комплексної оцінки в розрізі базових елементів функціонування сфери ОЗ. Враховуючи комплекс реформ, котрі були проведені в сфері ОЗ, один із основних аспектів оцінки є співпраця лікувальних закладів з НСЗУ в рамках надання медичних послуг населенню. Так, в 2022 р. структура амбулаторних та стаціонарних послуг мережі лікувальних закладів, котрі підпорядковуються УОЗ СОВА, представлена на рисунку 2.5.

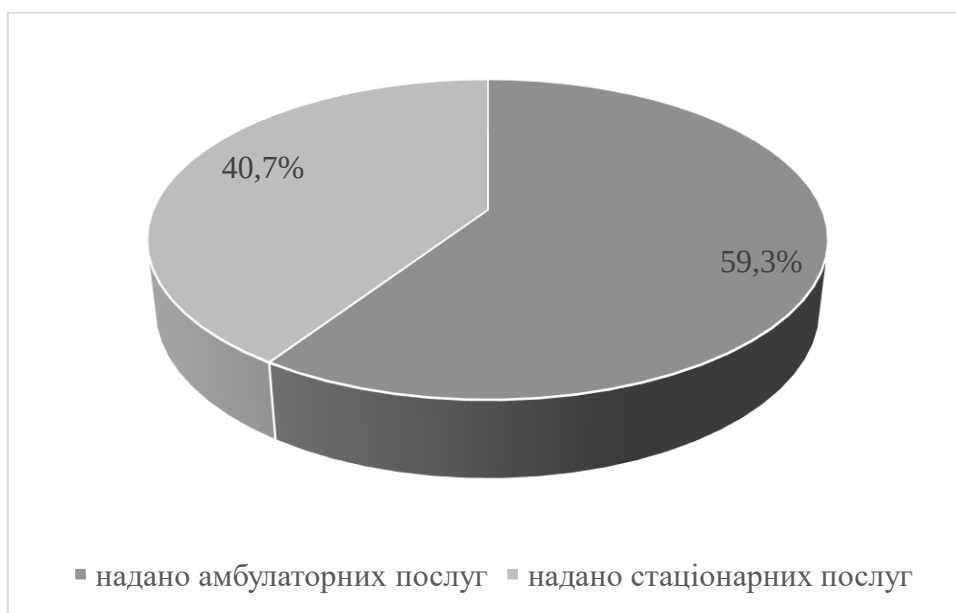


Рисунок 2.5 – Структура амбулаторних та стаціонарних послуг в рамках співпраці з НСЗУ, регіональний рівень, 2022 р.

Джерело: [17]

Наведені на рисунку 2.5 дані свідчать про те, що амбулаторні послуги є найбільш затребуваними в Сумській області, що є цілком обґрунтованим в умовах діяльності лікувальних закладів первинної медико-санітарної допомоги. В структурному співвідношенні частки амбулаторних та стаціонарних послуг були розподілені наступним чином, 59,3% та 40,7% відповідно.

Одним із підходів, котрий набув широкого використання при оцінці результативності системи державного регулювання є дослідження стану функціонування сфери ОЗ в розрізі складників, представлених на рисунку 2.6.

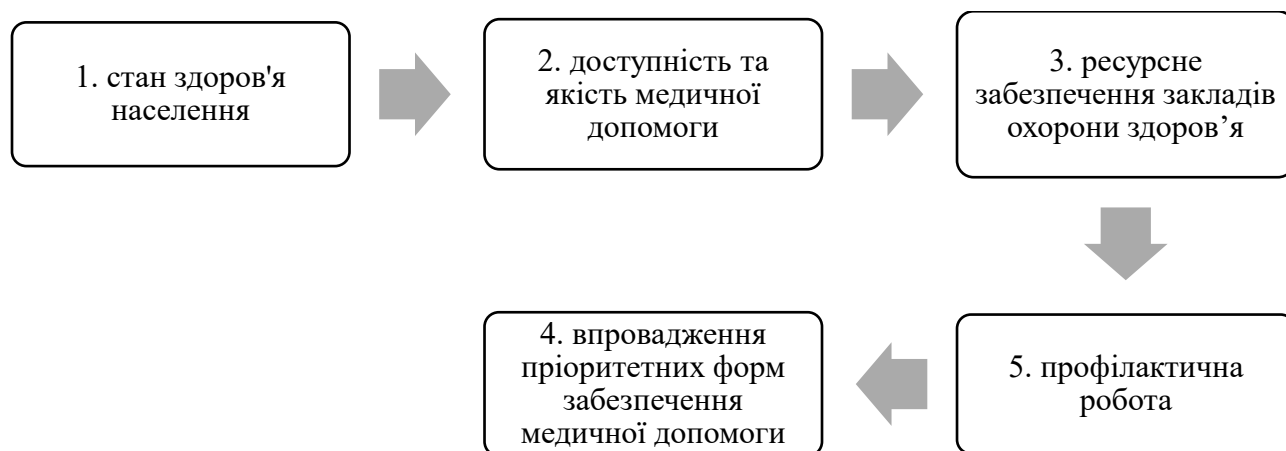


Рисунок 2.6 – Індикатори оцінки стану державного регулювання сфери ОЗ на регіональному рівні

Джерело: [19]

Сучасний стан здоров'я населення характеризується низкою негативних тенденцій, серед яких ключовими є зростання кількості населення з хронічними захворюваннями, зниження тривалості життя, рівень дитячої смертності. Дані питання є актуальними як для системи ОЗ України, так і для інших країн світу. Дані показники опосередковано виступають індикаторами оцінки функціонування системи ОЗ країн. Розглянемо динаміку зміни показників стану здоров'я населення Сумської області, котрі представлені в таблиці 2.2 за період 2020-2022 рр.

Наведені в таблиці 2.2 дані в розрізі показників індикатору стану здоров'я свідчать про те, що рівень дитячої смертності у 2022 р. в порівнянні з 2020 р. зріс на 22,0%, однак знизився на 14,3% в порівнянні з 2021 р. В якості позитивних змін слід відмітити відсутність випадків материнської смертності. В спостережному періоді показники оцінки рівня первинної інвалідності населення працездатного віку та дитячого населення не зазнали значних змін. При цьому в 2022 р. відбулось зниження даних показників, що свідчить про зростання якості надання медичних послуг в частині діагностики патологій.

Таблиця 2.2 - Динаміка зміни індикаторів оцінки стану здоров'я населення регіону, 2020-2022 рр.

Показники стану здоров'я населення	2020 рік	2021 рік	2022 рік	Відхилення 2022 р. до 2020 р., %
Динаміка смертності немовлят (на 1000 народжених живими)	5,9	8,4	7,2	122,0
Материнська смертність на 100 тис. народжених живими	2,3	0,0	0,0	0,0
Рівень первинної інвалідності працездатного віку (на 10000 працездатного населення)	45,5	45,1	44,8	98,5
Рівень первинної інвалідності дитячого населення (на 10000 дитячого населення)	21,3	20,9	19,3	90,6
Кількість пологів (абсолютне значення)	7325,0	7925,0	7845,0	107,1

Джерело: згруповано автором за [17]

В частині оцінки зміни кількості пологів, встановлено позитивну динаміку щодо зростання їх кількості в спостережному періоді. Так, ланцюгова зміна даного показника склала 80 од., базисна – 520 од. В цілому, представлені показники свідчать про позитивні наслідки реформування системи охорони здоров'я, котрі підтверджені, як в якості ланцюгових, так і базисних змін.

Другим індикатором аналізу стану державного регулювання надання медичних послуг населенню є якість наданої медичної допомоги та її доступність. (таблиця 2.3).

Дане питання є особливо актуальним в рамках співпраці лікувальних закладів з НСЗУ. Відповідно до даних, наведених у таблиці 2.3, у складі негативних тенденцій слід відмітити зростання показника післяопераційної смертності від гострих хірургічних ускладнень у 2022 р. в порівнянні з 2020 р., однак був незмінним в порівнянні з показником 2021 р. Річні тенденції смертності пацієнтів з вперше діагностованим раком мають тенденцію до зростання на 4,0% в базисному порівнянні. Позитивною динамікою в спостережному періоді характеризується показники вперше виявлених ракових захворювань у III стадії (скорочення на 3,0%) та IV стадії (скорочення на 1,0%).

Таблиця 2.3 – Динаміка зміни індикатору якості медичної допомоги та її доступності в Сумській області, 2020-2022 рр.

Показники доступності та якості медичної допомоги	2020 рік	2021 рік	2022 рік	Відхилення 2022 р. до 2020 р., %
Післяопераційна летальність при гострій хірургічній патології (в%)	0,4	0,5	0,5	125,0
Дорічна летальність серед первинно виявлених онкохворих (в%)	22,5	23,8	23,4	104,0
Питома вага злоякісних новоутворень, виявлених вперше в III стадії (візуальні форми захворювань, в %)	3,3	3,3	3,2	97,0
Питома вага злоякісних новоутворень, виявлених вперше в IV стадії (в %)	10,4	10,4	10,3	99,0
Смертність від туберкульозу (на 100 тис. населення)	10,4	10,4	10,4	100,0
Питома вага бактеріовиділювачів серед вперше виявлених хворих на туберкульоз (в %, інформативний показник)	73,7	74,0	73,5	99,7
Частота черепно-мозкових, спінальних травм у новонароджених (на 10000 народжених живими, інформативний)	0	0	0	0,0

Джерело: [17]

Відсутність змін встановлено за показником кількість померлих від туберкульозу (на 100 тис. населення), що свідчить про відсутність негативних наслідків, запроваджених змін в системі ОЗ регіону. Відсоток бактеріальних збудників у нових хворих на туберкульоз незначно знизилась в 2022 р. в порівнянні з 2020 р. Також у складі позитивних чинників слід відмітити відсутність черепно-мозкових травм новонароджених протягом моніторингового періоду. В цілому, проведений аналіз щодо показників якості та доступності медичних послуг населенню, свідчить про необхідність посилення уваги до системи громадського здоров'я, адже більшість показників, котрі зазнали негативних змін лежать в площині ранньої діагностики для уникнення погіршення стану здоров'я населення.

Однією зі сфер, яка потребує дослідження для проведення оцінки державного регулювання надання медичних послуг населенню є дослідження результативності управління ресурсами лікувальних закладів, котрі знаходяться в підпорядкування УОЗ СОВА (таблиця 2.4).

Представлені в таблиці 2.4 дані, вказують на відсутність значних варіаційних розбіжностей в розрізі досліджуваних показників 2022 р. та 2021 р. В цілому отримані результати свідчать про необхідність підвищення кваліфікації управлінського персоналу лікувальних закладів для удосконалення діючої системи управління та впроваджена практики розширення управлінських повноважень на регіональному рівні.

Таблиця 2.4 – Динаміка змін індикатору ресурсного забезпечення лікувальних закладів УОЗ СОВА, 2020-2022 рр.

Показники доступності та якості медичної допомоги	2020 рік	2021 рік	2022 рік	Відхилення 2022 р. до 2020 р., %
Коефіцієнт співвідношення кількості посад лікарів до посад медичних сестер	0,66	0,66	0,66	100,0
Питома вага атестованих лікарів від тих, хто підлягав атестації, на кінець звітного періоду (%)	100,0	100,0	100,0	100,0
Питома вага атестованих середніх медичних працівників від тих, хто підлягав атестації, на кінець звітного періоду (%)	100	100	100,0	100,0
Забезпеченість населення стаціонарними ліжками (на 10000 населення) (оптимальна - 80 ліжок на 10 000 населення)	79,4	79,6	79,8	100,5
Кількість днів роботи ліжка (в днях) (оптимальна – 340 днів)	320,6	332,5	325,8	101,6

Джерело: [17]

Адже саме кадровий ресурс є одним із важливих складників забезпечення розвитку системи ОЗ.

Досягнення результативності реалізації стратегічних напрямів розвитку сфери ОЗ передбачає перегляд діючих підходів до надання медичних послуг населення, зокрема, шляхом розвитку напряму профілактичної роботи. Розглянемо зміни індикатору результативності профілактичної роботи з населенням Сумської області в спостережному періоді, котрі представлені в таблиці 2.5.

Дані, представлені в таблиці 2.5, визначають групу оціночних показників, які характеризують динаміку зміни результативності інструментів державного

регулювання в сфері профілактичної роботи. Серед показників, котрі характеризуються негативними змінами слід відмітити про зниження частки випадків проведення вчасної первинної вакцинації дітей до 1 року в досліджуваному періоді. Дана тенденція пов'язана із зростанням випадків побічної дії вакцин та відсутності активної інформаційної компанії щодо важливості дотримання календарю щеплень для дітей.

Таблиця 2.5 – Динаміка зміни індикаторів профілактичної роботи з населенням Сумської області, 2020-2022 рр.

Показники профілактичної роботи	2020 рік	2021 рік	2022 рік	Відхилення 2022 р. до 2020 р., %
Своєчасність проведення первинного вакцинального комплексу дітям до 1 року (%)	75,3	49,0	57,6	76,5
Охоплення туберкулін діагностикою дитячого населення (на 1000 дітей, що підлягали туберкулін діагностиці)	715,3	724,4	742,8	103,8
Охоплення новороджених вакцинацією БЦЖ в пологовому будинку (на 100 народжених живими)	88,7	88,9	89,2	100,6
Охоплення 2-х разовим ультразвуковим скринінгом вагітних у термін до 22 тижнів (в %)	99,8	99,9	99,9	100,1
Охоплення обстеженням на ВІЛ-інфекцію вагітних жінок (в %)	99,8	99,9	99,9	100,1
Захворюваність на алкогольні психози (на 100 тис. населення)	2,3	2,3	2,2	95,7

Джерело: згруповано автором за даними [17]

Дана динаміка є важливою характеристикою інструментів державного регулювання сфери ОЗ, адже збільшення кількості відмов від щеплень може призвести до зростання ризику розповсюдження епідемій. Позитивна динаміка встановлена за показником кількості виявлених захворювань на туберкульоз у дітей в спостережному періоді.

Відповідальність населення щодо проведення скринінгу вагітних до 22 тижнів не мала суттєвих змін та в цілому має позитивну тенденції, адже лише 0,1% населення не дотримується цієї вимоги. Отримане значення свідчить про дієвість заходів державного регулювання в сфері акушерсько-гінекологічних патологій. Що

стосується зміни тенденцій кількості випадків настання алкогольних психозів то вона незначно знизилась в 2022 р. в порівнянні з 2020 р. Даний аспект також підтверджує важливість розвитку системи громадського здоров'я, зокрема системи профілактичних заходів. Здійснення заходів щодо підтримки здоров'я населення та здійснення профілактичних заходів є центральною частиною державного регулювання щодо надання населенню високоякісних медичних послуг. Створення позитивних тенденцій за цими показниками покращить якість медичної допомоги.

Реформування галузі охорони здоров'я спрямоване на впровадження кращих практик надання медичних послуг, що, відповідно, передбачає запровадження певних форм медичної допомоги лікувальними закладами УОЗ СОВА. Розглянемо зміни індикатору реалізації пріоритетних форм надання медичної допомоги (таблиця 2.6).

Представлені в таблиці 2.6 показники, в цілому свідчать про відсутність значних варіаційних розбіжностей в спостережному періоді. Встановлено відсутність ланцюгових змін динаміки кількості посад сімейних лікарів. Динаміка зміни стану пролікованих хворих в 2022 р. знизилась менш ніж на 2,0%.

Таблиця 2.6 – Динаміка зміни індикатору реалізації пріоритетних форм надання медичної допомоги лікувальними закладами УОЗ СОВА, 2020-2022 рр.

Показники	2020 рік	2021 рік	2022 рік	Відхилення 2022 р. до 2021 р., %
Забезпечення населення ліжками в денних стаціонарах (на 10000 населення)	18,5	17,9	17,6	95,1
Проліковано хворих в денних стаціонарах поліклінік (на 10000 населення)	620,5	613,5	608,9	98,1
Кількість посад сімейних лікарів (на 10000 населення)	4,2	4,1	4,1	97,6
Укомплектованість фізичними особами штатних посад сімейних лікарів (в%)	76,5	76,4	76,3	99,7

Джерело: згруповано автором за даними [17]

Найбільш проблемним є питання кадрового забезпечення посад сімейних лікарів в 2022 р. в порівнянні з 2020 р.

Проведений аналіз в розрізі індикаторів державного регулювання в сфері надання медичних послуг населенню визначив наявність низки проблемних питань щодо профілактичної роботи та кадрового забезпечення. Однак слід зазначити, що в цілому лікувальні заклади Сумської області та УОЗ СОБА результативно взаємодіють на регіональному рівні та є гнучкими до змін, котрі впроваджуються в рамках реалізації державної політики розвитку системи ОЗ.

2.3 Оцінка кадрового забезпечення надання медичних послуг населенню лікувальними закладами Управління охорони здоров'я Сумської ОВА

Одним із факторів результативного управління кадровим забезпеченням галузі ОЗ є укомплектованість медичних закладів кадровими ресурсами як лікувальних закладів, так і департаментів/управлінь ОЗ. Для визначення загальних тенденцій щодо кадрового забезпечення галузі ОЗ Сумської області, проведемо оцінку кадрового потенціалу, як в розрізі управлінських кадрів, так і в частині профільних медичних фахівців. Організаційна структура УОЗ СОБА, представлена на рисунку 2.7.



Рисунок 2.7 – Організаційна структура системи управління УОЗ СОБА

Джерело: згруповано автором за даними [17]

Представлена на рисунку 2.7 організаційна структура управління ОЗ, свідчить про наявність управлінських кадрів різних рівнів, котрі забезпечують практичну реалізацію інструментів державного регулювання на регіональному рівні. Даний складник є стратегічним вектором розвитку галузі та має бути забезпечений у відповідності до національних та регіональних потреб сектору охорони здоров'я. Представлені функціональні підрозділи забезпечують імплементацію державної політики за такими напрямками, як: надання медичної допомоги, забезпечення контролю за реалізацією загальнодержавних та регіональних програм, управління медичними кадрами та фінансове забезпечення.

Одним із важливих аспектів забезпечення надання медичних послуг є характеристика стану укладання декларацій з населенням. Порівняльна динаміка показників регіонального та національного рівнів, представлена в таблиці 2.7.

Таблиця 2.7 – Динамка стану укладання декларацій УОЗ СОВА, України, 2020-2022 рр.

Показники	Лікувальні заклади УОЗ СОВА			Лікувальні заклади Україна			Відхилення 2022 р. до 2020 р., +/-	
	2020 р.	2021 р.	2022 р.	2020 р.	2021 р.	2022 р.	СОВА	Україна
Кількість укладених декларацій, тис. од.	193,6	205,8	211,9	31163,4	33999,3	36329,8	18,3	5166,4
Середня кількість декларацій на 1 лікаря, осіб	1044,0	1184,0	1263,0	1092,0	1281,0	1320,0	219,0	228,0
Частка населення, що уклала декларації, %	84,1	89,4	92,0	74,0	80,7	86,3	7,9	12,3

Джерело: [17]

Представлені в таблиці 2.7 показники, свідчать про зростання кількості укладених декларацій, як по Сумській області, так і в цілому по Україні. При цьому динаміка зміни в 2022 р. в порівнянні з 2020 р. склала 9,5% та 16,6% відповідно. Окреслена тенденція свідчить, що темп приросту кількості укладених декларацій є меншим по Сумській області в порівнянні з загальнонаціональним показником. В

розрізі середньої кількості декларацій на 1 лікаря у 2022 р. порівняно з 2020 р. виявлено ідентичність тенденцій щодо часток приросту, які склали 20,9%. Аналіз частки населення, котре уклало декларації свідчить про зростання даного показника в 2022 р. в порівнянні з 2020 р. на 9,4% та 16,6% відповідно по Сумській області та Україні. Визначена позитивна динаміка в розрізі представлених показників вказує на зростання довіри населення до системи ОЗ та опосередковано характеризує результативність реалізації інструментів державного регулювання.

Як вже зазначалось, кадрове забезпечення галузі ОЗ є одним із перспективних напрямів діяльності УОЗ СОВА. Розглянемо структуру медичних кадрів лікувальних закладів УОЗ СОВА (рисунок 2.8).

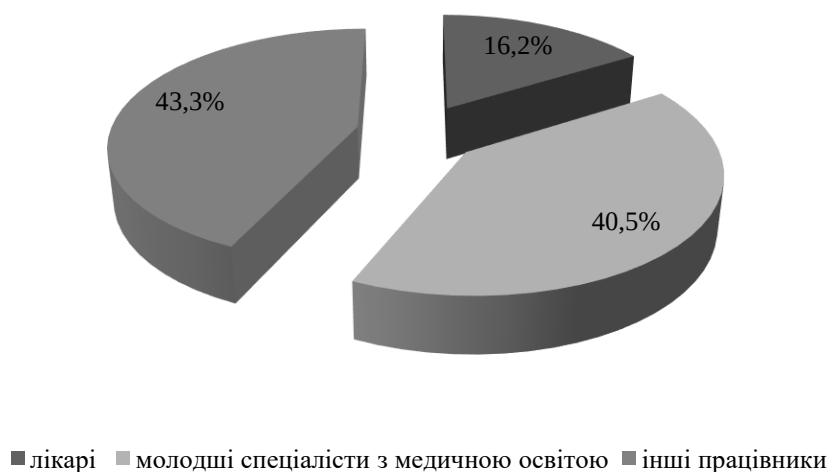


Рисунок 2.8 – Структура медичних кадрів лікувальних закладів УОЗ СОВА, 2022 р.

Джерело: [17]

Відповідно до статистичних даних на рисунку 2.8, інші працівники формують найбільшу частку структури медичних кадрів лікувальних закладів. На відміну від зазначеного показника, частка лікарів у загальній структурі становить лише 16,2%. Також значною є частка молодших медичних працівників в 2022 р., котра визначена на рівні 40,5%.

Окремо встановлено, що забезпеченість лікарями у 2022 р. порівняно з 2020 р. впала на 4,9%, що в кількісному вимірі склало 34,6 од. Кількість молодих лікарів на 10 тис. населення скоротилась на 6,9 %, і склало в 2022 р. 82,8 тис. осіб. Проблемним є питання щодо частки лікарів та медичних працівників пенсійного віку. Так, частка лікарів пенсійного віку знизилась з 21,9% в 2020 р. до 20,0% в 2022 р. Частка молодшого медичного персоналу пенсійного віку, також скоротилась з 7,2% в 2020 р. до 5,5% в 2022 р. В цілому визначена динаміка підтверджує зміну підходів щодо фінансового забезпечення медичного персоналу та підвищення престижності медичних професій.

Представлена динаміка також підтвердила наявність потреби в медичних кадрах протягом спостережного періоду, яка характеризується незначною варіативністю (рисунок 2.9).

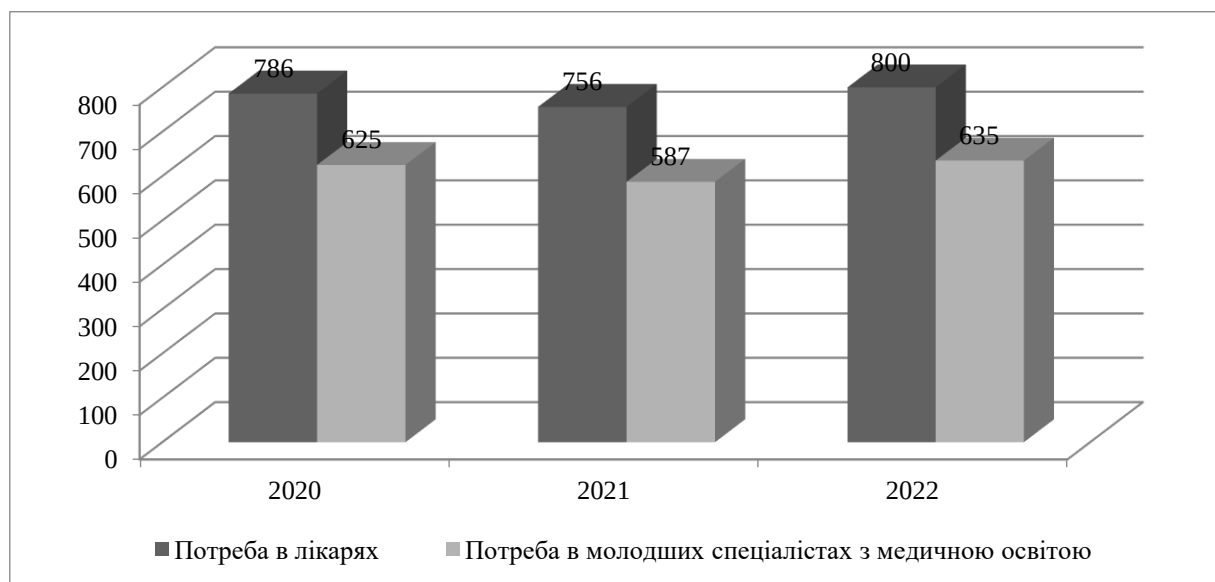


Рисунок 2.9 - Динаміка потреби в медичних кадрах УОЗ СМР, 2020-2022 рр.

Джерело: [17]

Загальна характеристика даних, наведених на рисунку 2.9 свідчить про відсутність значних варіаційних розбіжностей щодо потреби в медичних кадрах, як лікарів, так і молодшого медичного персоналу протягом спостережного періоду. В 2020 р. потреба в лікарях перевищувала потребу в молодших медичних кадрах на 25,8%, в 2022 р. дане співвідношення склало 126,0%, що свідчить про ідентичність

тенденцій. Хоча проведений аналіз визначив негативні тенденції щодо недостатнього рівня укомплектованості медичними кадрами лікувальних закладів СОВА, однак позитивною характеристикою є відсутність розбіжностей значень показників.

Продовжуючи огляд показників кадрового забезпечення лікувальних закладів УОЗ СОВА, проведемо аналіз забезпеченості профільними спеціалістами, котрий представлено в таблиці 2.8.

Таблиця 2.8 – Динаміка стану забезпеченості профільними спеціалістами лікувальних закладів УОЗ СМР, 2020-2022 р.

Фах лікаря	2020 рік	2021 рік	2022 рік	Відхилення, % 2022 р. до 2020 р.
лікарі з лікувальної фізкультури	48,8	39	40,1	82,2
інфекціоністи	68,4	46,4	53,2	77,8
фтизіатри	63,8	58,6	61,3	96,1
ендоскопісти	60,4	60,2	60,9	100,8
нефрологи	60,7	63	64,1	105,6
терапевти, всього	69,8	64,1	67,2	96,3
педіатри-неонатологи	67,3	64,3	65,4	97,2
лікарі з функціональної діагностики	57,4	66,3	68,1	118,6
лікарі-психологи	62,5	69	71,3	114,1
лікарі з ультразвукової діагностики	68,3	69,8	70,1	102,6

Джерело: [17]

Дані таблиці 2.8 визначають наявність негативної динаміки в частині забезпеченості профільними фахівцями, такими як фізіотерапевти, інфекціоністи, фтизіатри, ендоскопісти, нефрологи, терапевти, неонатологи, акушери тощо.

Окреслена динаміка свідчить про те, що важливо вживати комплекс заходів щодо навчання та підвищення кваліфікації медичного персоналу, адже без кваліфікованого медичного персоналу неможливо досягти позитивних змін щодо якості надання медичних послуг населенню, як на регіональному, так і державному рівнях. Підвищення кваліфікації персоналу характеризується наступною динамікою. Так, в 2022 р. було атестовано 364 лікарі, 787 молодших медичних

працівників. Представлені показники є меншими за показники 2020 р. в розрізі обох досліджуваних категорій, в наступному співвідношенні 22,5% та 24,6% відповідно.

Розглянемо більш детально динаміку зміни часток кваліфікаційних категорій лікарів та молодших медичних працівників за період 2020-2022 рр. лікувальних закладів УОЗ СОВА, котрі представлено на рисунках 2.10 - 2.11.

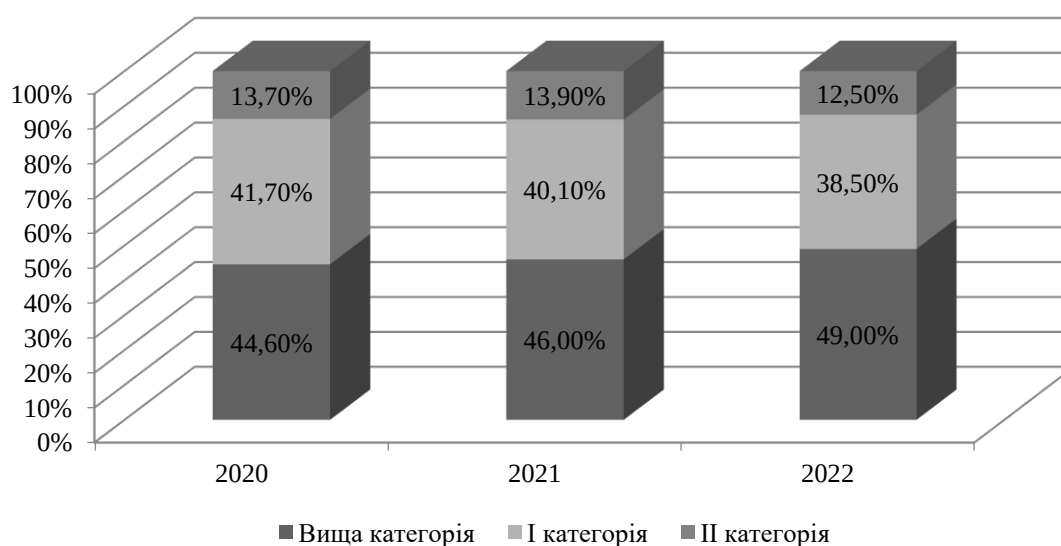


Рисунок 2.10 - Динаміка зміни кваліфікаційних категорій лікарів лікувальних закладів УОЗ СОВА, 2020-2022 рр.

Джерело: [17]

Наведені на рисунку 2.10 дані свідчать про позитивну динаміку в частині підвищення кваліфікації лікарів УОЗ СОВА. Так, частка лікарів, котрі мають вищу категорію є найбільшою та складає 49,0% в 2022 р., темп приросту в порівнянні з 2020 р. склав 4,4 в.п. Зростання частки лікарів з вищою категорією призвело до зниження частки лікарів з I та II категоріями на 3,2 в.п. та 1,2 в.п. відповідно. До позитивних характеристик слід віднести й те, що найменшою є частка лікарів II категорії. Окреслена динаміка визначає необхідність продовження діяльності щодо підвищення атестаційної активності лікарів в загальній системі ОЗ.

Розподіл медичних працівників за категоріями, також окреслює важливість постійного підвищення рівня їх кваліфікації, що впливає на якість медичних послуг. В 2022 р. рівень кваліфікації лікарів, зареєстрованих в певній атестаційній категорії,

становить 82,6% від загальної кількості працюючих лікарів. При цьому цей показник дещо впав порівняно з 2020 р, а саме на 1,6%. Потребу в проходженні атестації в 2022 р. мають 78,8% працівників лікувальних закладів, як в розрізі лікарів, так і молодших медичних працівників. Даний показник знизився в порівнянні з 2020 р. на 0,7%.

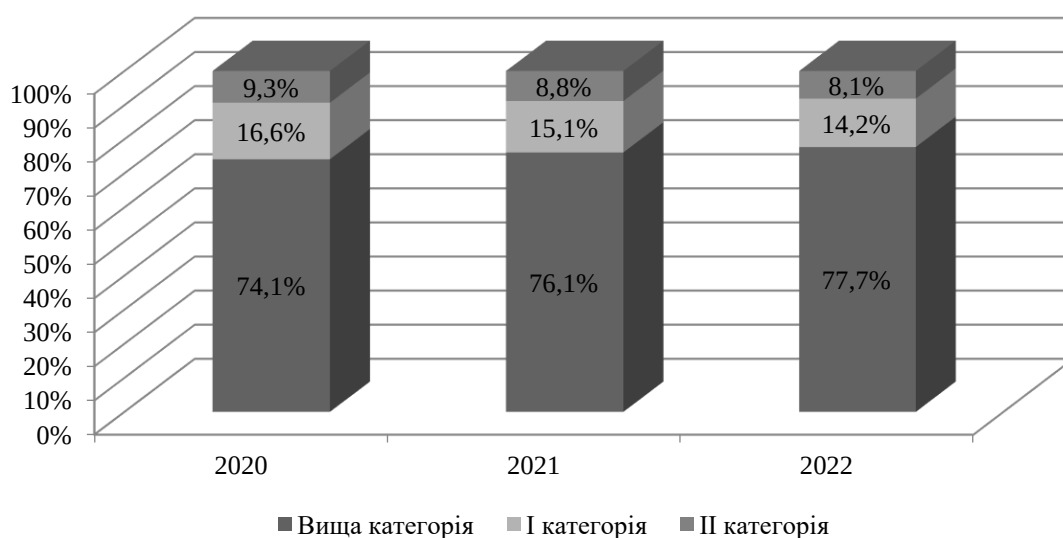


Рисунок 2.11 - Динаміка зміни кваліфікаційних категорій молодших медичних працівників лікувальних закладів УОЗ СОВА, 2020-2022 р.

Джерело: [17]

Представлені на рисунку 2.11 показники свідчать, що частка молодшого медичного персоналу вищої категорії є найбільшою та коливалась в межах 74,1%-77,1% протягом досліджуваного періоду. Найменшою є частка молодших медичних працівників II категорії, котра скоротилась з 9,3% в 2020 р. до 8,1% в 2022 р. У складі позитивних тенденцій слід відмітити, високий рівень активності молодшого медичного персоналу щодо підвищення категорії.

Окрім структурно-функціональних перетворень надання медичної допомоги, важливим аспектом реформи є формування у населення України відповідального ставлення до свого здоров'я, яке значною мірою залежить від власної поведінки: перехід на здорове харчування, відмова від шкідливих звичок, вчасне звернення до лікаря й дотримання його рекомендацій замість самолікування, проходження

профілактичних оглядів, вакцинація тощо. За самооцінюванням стану здоров'я виділяється група найменш освічених респондентів – ті, що не мають повної середньої освіти, – 36,2% з них назвали своє здоров'я поганим і лише 15,4% – добрим, тоді як в інших освітніх групах відсоток негативних оцінок не перевищує 16%, а відсоток позитивних оцінок не менший за 41%. Проте ця група представлена переважно респондентами найстаршої вікової категорії. Між міськими й сільськими мешканцями не помічено істотних відмінностей у поглядах на власне здоров'я. Загалом оцінки українцями власного здоров'я з часом дещо поліпшуються.

Найпоширенішою причиною, чому населення України не звертається по фахову медичну допомогу в разі хвороби, було те, що в більшості випадків вони мали знайомі симптоми хвороб, які вже раніше доводилося лікувати (47,7%); 29,3% опитаних сподівалися на те, що хвороба мине й без медичної допомоги; 18,0% спинили великі черги до лікаря, а 17,7% завадило очікування високої вартості лікування. Ще 17,5% не звернулися по допомогу через недовіру до медичних працівників. Проведений аналіз в цілому позитивно характеризує динаміку змін в сфері державної політики забезпечення надання якісних медичних послуг населенню.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ ІНСТРУМЕНТІВ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

3.1 Розширення інструментів державного регулювання фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я

Витрати, які суспільство спрямовує на розвиток медичних послуг, управління медичними закладами та фінансування лікування населення, набувають все більшого соціального та економічного значення. Захищаючи здоров'я людей, ці заходи сприяють зниженню захворюваності, збільшенню тривалості життя, підвищенню продуктивності праці та покращенню якості життя населення України. Сучасний стан систем охорони здоров'я регіонального рівня характеризується суттєвим браком коштів на модернізацію матеріально-технічної бази, відсутністю коштів на забезпечення достатнього рівня якості лікування. Фінансові ресурси, які є в розпорядженні сфери охорони здоров'я України, відіграють важливу роль у підвищенні якості та доступності медичних послуг для громадян. Визначимо фінансові ресурси лікувальних закладів як затверджені чинним законодавством доступні джерела фінансових ресурсів, спрямовані на забезпечення діяльності лікувальних закладів при наданні медичних послуг громадянам [20].

Для того, щоб забезпечити стабільну роботу та розвиток лікувальних закладів, державне регулювання фінансового забезпечення галузі має відповідати наступним принципам:

- ✓ підтримання обсягу коштів на належному рівні;
- ✓ створення балансу між державними та недержавними фінансовими ресурсами відповідно до закону;
- ✓ на фазі розподілу ВВП акцент має бути зроблено в бік підтримки здоров'я населення;

- ✓ обсяг фінансування лікувальних закладів має повністю залежати від кількості пацієнтів, яким надано лікування;
- ✓ надання можливостей спрямовувати фінансові ресурси в інші види ресурсів, для забезпечення отримання прибутку;
- ✓ участь у підтримці діяльності лікувальних закладів шляхом прямого фінансування;
- ✓ забезпечення фінансової підтримки під час надання різного рівня комплексних медичних послуг;
- ✓ забезпечення додаткового фінансування при результативності управління щодо розвитку лікувальних закладів;
- ✓ дотримання комплексу заходів, орієнтованих на зниження негативного впливу ризиків [3, 46 с.]

Характеристика інструментів та джерел фінансування лікувальних закладів з державного та місцевого бюджетів, представлена в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1 - Інструменти державного регулювання фінансування лікувальних закладів

Державний бюджет	Місцеві бюджети
капітаційна оплата, що здійснювалася на основі динаміки підписання декларацій; діяли вікові коефіцієнти	передбачені бюджетним кодексом статті витрат, що обов'язково фінансуються
коригувальний коефіцієнт гірської місцевості	додаткове фінансування витрат, які визначаються органами місцевої влади
можливість зменшення остаточної оплати на понад 20 % в межах понадлімітних декларацій	

Джерело: згруповано автором за даними [21, с. 2017]

Як видно з даних, наведених в таблиці 3.1 реформування економічного забезпечення визначило нову модель фінансування медичних закладів, яка характеризується гарантією прозорих умов безкоштовного лікування громадян та покращенням фінансового захисту населення у разі хвороби, якісного розподіл державних коштів, скорочення неформальних платежів і використання стимулів для покращення медичних послуг, що надаються громадянам лікувальними закладами всіх форм власності. Так, джерела формування фінансового

забезпечення лікувальних закладів включають складові, представлені на рисунку 3.1.

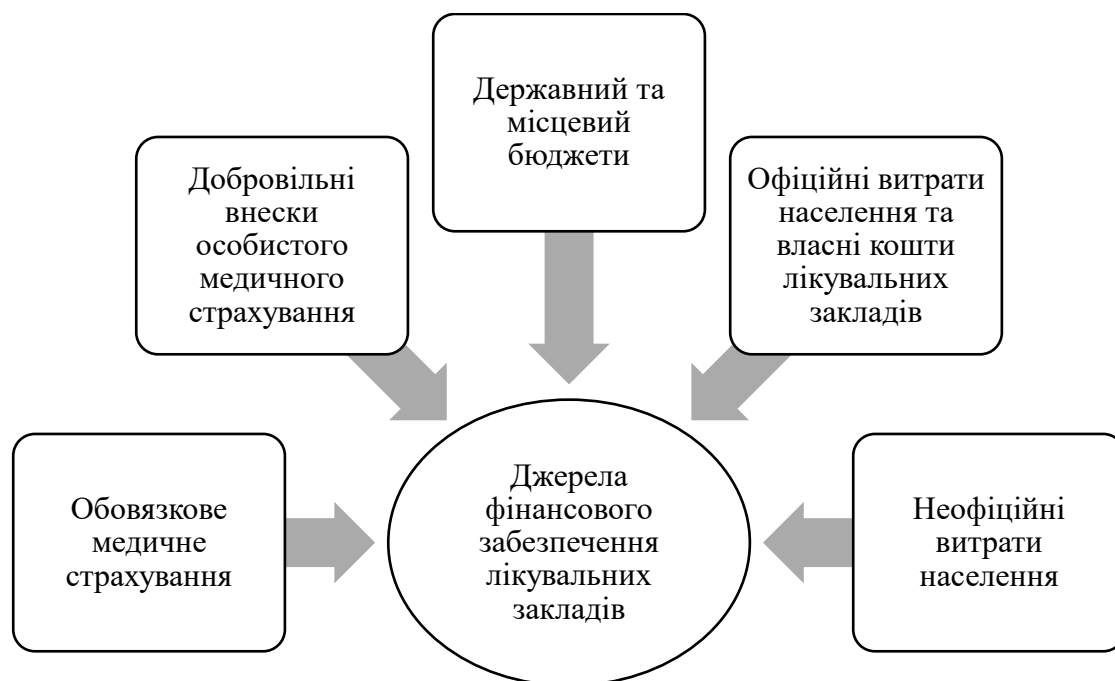


Рисунок 3.1 - Джерела фінансового забезпечення лікувальних закладів

Джерело: згруповано автором за даними [19]

Зауважимо, що серед наведених джерел фінансування основним джерелом виступають кошти бюджетного фінансування. Кошти на оплату медичних послуг виділяються за плановим та фактичним обсягом послуг відповідно до затвердженого тарифу. Основою для розрахунку виступають такі показники, як: фактична кількість наданих послуг; фактична кількість відвідувань; кількість закінчених амбулаторних випадків; загальне фінансування медичних послуг на одного пацієнта; фінансування частини загального обсягу стаціонарного лікування та обсягу стаціонарного лікування кожного пацієнта. Іншим джерелом фінансування лікувальних закладів є кошти медичного страхування. Однак через відсутність в Україні дієвих інструментів державного регулювання розвитку страхової медицини, дане джерело на має вагомий вплив на фінансове забезпечення лікувальних закладів.

В умовах реформування галузі ОЗ відбулась зміна принципів державного регулювання системи фінансового забезпечення лікувальних закладів, котрі представлені на рисунку 3.2.

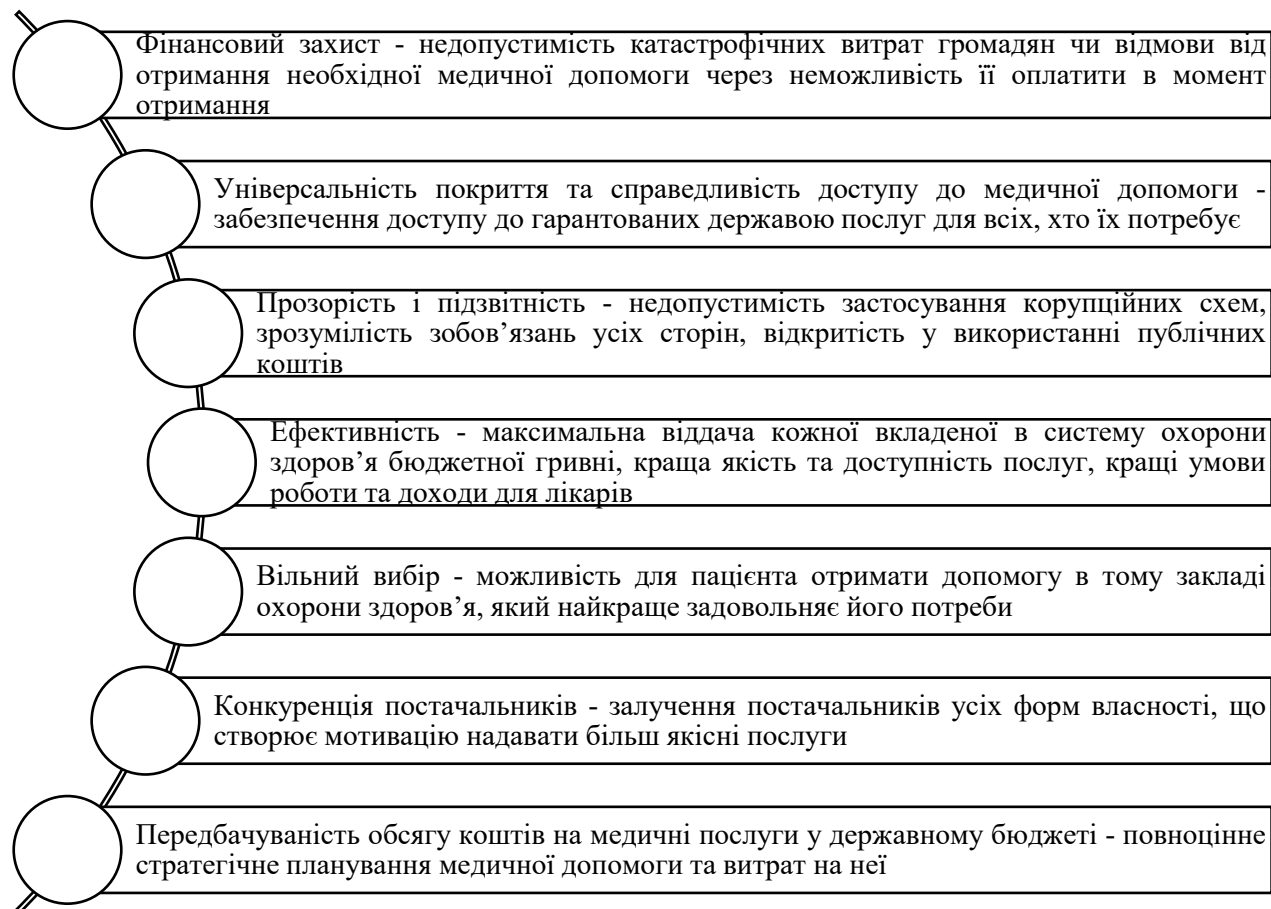


Рисунок 3.2 - Принципи державного регулювання системи фінансового забезпечення лікувальних закладів

Джерело: згруповано автором за даними [19]

Представлені принципи підтверджують загальну мету управління фінансовим забезпеченням галузі ОЗ - ефективне фінансування лікувальних закладів та диверсифікація фінансових ресурсів, необхідних для надання якісних медичних послуг населенню. Дослідження управління фінансовим забезпеченням лікувальних закладів являє собою сукупність фінансових ресурсів у поєднанні з фінансовими відносинами, спрямованими на мобілізацію та ефективне використання фінансових ресурсів.

Проведений аналіз результативності державної політики щодо якості надання медичних послуг населенню засвідчив про наявність низки проблемних питань в частині погіршення стану демографічних показників, неготовності лікувальних закладів до роботи в умовах реформування системи охорони здоров'я через недосконалість матеріально-технічного, інформаційного, фінансово-економічного та кадрового забезпечення, відсутності рівного доступу до якісних медичних послуг. В даному контексті зростає роль керівної ланки в управлінні фінансовим забезпеченням, який являє собою сукупність інтегрованих методів і прийомів прийняття та реалізації управлінських рішень, пов'язаних з фінансуванням і розвитком закладів охорони здоров'я. Ефективне управління фінансовим забезпеченням медичних центрів безпосередньо базується на результативному розподілі витрат відповідно до потреби та обсягу медичних послуг.

Основною проблемою належного управління фінансовим забезпеченням лікувальних закладів є відсутність критеріїв оцінки ефективності використання державних ресурсів. Реалізована медична реформа дозволила змінити фінансове забезпечення, визначивши гарантований пакет медичних послуг. Кінцевим результатом реформування системи ОЗ, в частині функціонування лікувальних закладів, є створення основи для впровадження моделі медичного страхування та отримання додаткових фінансових ресурсів.

Державне регулювання системи надання медичних послуг населенню має цілеспрямований характер і розвивається за певними закономірностями, тому потребує регламентації, як в частині державного управління, так і в частині управління органами місцевого самоврядування та лікувальними закладами. Наразі одним із стратегічних векторів розвитку фінансового забезпечення сфери ОЗ є розвиток державно-приватного партнерства в частині реалізації проєктів. Визначимо функції приватного партнера в системі державного регулювання фінансового забезпечення сфери ОЗ (таблиця 3.2).

Враховуючи те, що одним із аспектів державного регулювання є забезпечення цільового використання фінансових ресурсів лікувальних закладів та виконання обов'язків держави щодо забезпечення мешканців якісними медичними послугами,

використання інструментарію ДПП дозволить розширити коло інструментів державного регулювання фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я.

Таблиця 3.2 - Функції приватного партнера в системі державного регулювання фінансового забезпечення сфери ОЗ

Тип проекту ДПП	Механізм залучення приватного капіталу	Фази реалізації проекту	
		інвестиційна	експлуатаційна
Інфраструктурний проект	Участь бізнесу у наданні немедичних послуг (будівництво лікарень, технічне переоснащення тощо)	Проектування; будівництво (або реконструкція, модернізація); фінансування	Утримання; експлуатація; управління; - капітальний та поточний ремонт; - надання немедичних послуг (клінінгових, готельних, послуг харчування, паркінг тощо)
Інтегровані медичні проекти	Передача приватному партнеру таких функцій, як стратегічне планування, спеціалізована / високоспеціалізована медична допомога, медична освіта, оснащення обладнанням та забезпечення його функціонування, діагностування тощо	Придбання; фінансування	- Сервісне обслуговування обладнання; - надання медичних або діагностичних послуг
Комбіновані моделі	Поєднання інфраструктурної та медичної складової	Проектування; будівництво (або реконструкція, модернізація); фінансування; придбання; фінансування	Утримання; експлуатація; управління; капітальний та поточний ремонт; - надання немедичних послуг (клінінгових, готельних, послуг харчування, паркінг тощо) ; сервісне обслуговування обладнання; - надання медичних або діагностичних послуг

Джерело: згруповано автором за даними [22]

В рамках реалізації даного підходу обґрунтовано види державної політики, суб'єкти державного регулювання, їх характеристика та функції, котрі представлені в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3 – Структурні елементи державного регулювання реалізації проектів ДПП у сфері охорони здоров'я

Вид державної політики	Суб'єкт державного управління	Характеристика	Функції
Регулятор відносин			
Регуляторна політика. Соціальна політика. Політика у сфері взаємодії держави та бізнесу. Політика у сфері управління державним майном. Бюджетна політика. Фіскальна політика	Органи законодавчої влади: Верховна Рада України; Обласні, місцеві та районні ради, об'єднанні територіальні громади Виконавчі органи: Кабінет Міністрів України, зокрема МРЕТСГ та МОЗ; обласні та районні адміністрації	Держава має врегулювати різні види державної політики та сфери державного управління для забезпечення усіх властивостей реалізації проектів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я	Вимагає удосконалення правового механізму державного управління процесами реалізації державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я
Організатор конкурсу			
Політика у сфері взаємодії держави та бізнесу	Міністерство розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства Ініціатор проекту: Міністерство охорони здоров'я України / органи місцевого самоврядування	На основі визначених державою загальних критеріїв та спеціальних галузевих критеріїв здійснюється оцінка претендентів на участь в реалізації проекту державно-приватного партнерства	- Формування умов конкурсу; - визначення критеріїв; - оголошення конкурсу; - проведення конкурсу; - оцінка претендентів; - укладання договору
Контролер реалізації проектів			
Політика у сфері фінансового контролю. Бюджетна політика. Фіскальна політика	Контролюючі органи державної влади: Державна податкова служба, Офіс фінансового контролю України, Рахункова Палата України, Державна екологічна інспекція України, Державна служба якості освіти, Державна служба України з питань праці та інші; Суб'єкти незалежного контролю – аудиторські фірми	Державні органи виконують функції контролю в контексті відповідності реалізації проектів заданим у договорі параметрам, а також чинному законодавству, зокрема у сферах оподаткування, використання державного майна, використання бюджетних ресурсів та інше	Залежно від специфіки функціонування контролюючого органу визначається процедура перевірки та їх функцій за конкретними об'єктами

Джерело: [23, с. 237]

Представлені в таблиці 3.3 функції та характеристики органів публічного управління формують загальний механізм державного регулювання при реалізації проектів ДПП. При цьому, важливим є виокремлення зазначених складників в частині виконання ролі регулятора, організатора та контролера. В рамках зазначеного механізму передбачено ідентифікацію зав'язків між представниками державної влади, органами місцевого самоврядування, приватними партнерами,

лікувальним закладами та отримувачами медичних послуг, котрі є учасниками проєкту ДПП.

Підсумовуючи, зазначимо, що у складі позитивних змін реформування галузі ОЗ в частині державного регулювання фінансового забезпечення сфери ОЗ, слід виділити наступні: лікувальні заклади працюють за ринковими принципами; впроваджені методи ефективного управління фінансовими ресурсами; збільшено можливості для незалежності, самоокупності, фінансування медичного обладнання; підвищено ефективність діяльності та конкурентні переваги лікувальних закладів за рахунок ринкової орієнтації, визначення цільових орієнтирів розвитку та відповідальності.

3.2 Обґрунтовування методичних засад оцінки якості надання медичних послуг населенню на регіональному рівні

Розвиток ДПП партнерства, як інструменту державного регулювання фінансового забезпечення лікувальних закладів розширює можливості щодо їх розвитку. Однак, й посилює вимоги щодо відбору лікувальних закладів для участі в проєктах та визначає необхідність розробки методичних засад щодо комплексної оцінки якості надання медичних послуг населення на регіональному рівні.

Розрізняють три основні методи комплексної оцінки щодо якості надання медичних послуг: практико-орієнтований; процесно-орієнтований; науково-орієнтований [24, с. 10]. Практико-орієнтований підхід передбачає підвищення кваліфікації персоналу для забезпечення надання якісних медичних послуг населення. Процесно-орієнтовний підхід передбачає оцінювання циклу на кожному етапі впровадження змін, серед яких можуть бути, як новітні технології, так і новітні методики надання медичних послуг. Даний підхід передбачає наступні етапи реалізації: визначення цілей та аналіз потреб; оцінка проєкту впровадження змін; оцінка якості надання медичних послуг населенню. В частині реалізації науково-орієнтованого підходу передбачено впровадження сучасних наукових

розробок та інтеграцію знань. Однак за даного підходу, впроваджені зміни розглядаються не як процес, а як результат [25, с. 87].

Для обґрунтування методичних засад оцінки якості надання медичних послуг населенню на регіональному рівні використаємо комплекс показників передбачено алгоритм дій, представлений на рисунку 3.3.

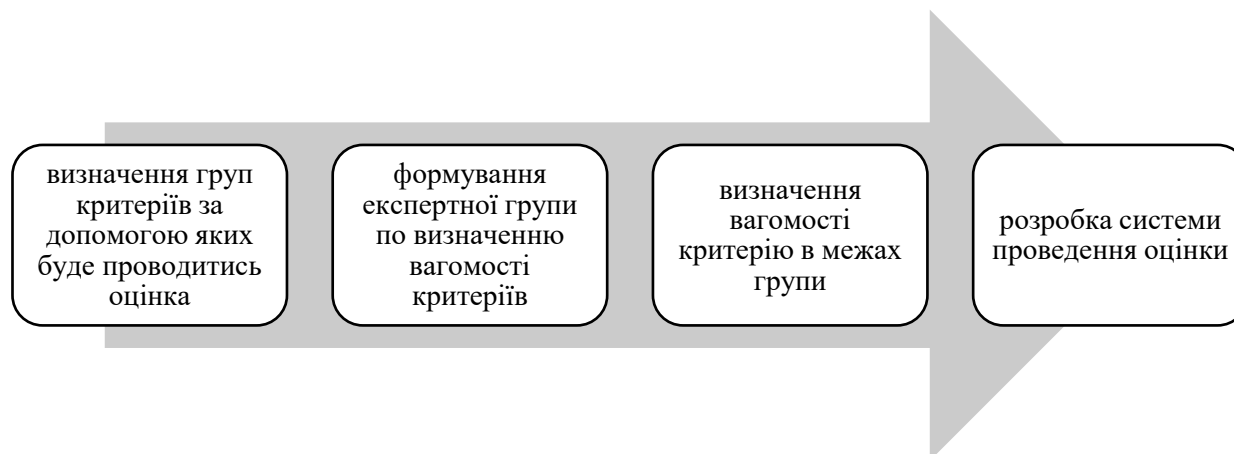


Рисунок 3.3 – Алгоритм розробки методичних засад оцінки якості надання медичних послуг населенню на регіональному рівні

Джерело: згруповано автором за даними [25, с. 88]

В рамках реалізації першого етапу алгоритму, наведеному на рисунку 3.3, необхідним є формування індикаторів за якими буде проведено оцінку. В якості бази оціночних показників запропоновано використати групи індикаторів, котрі були досліджені в другому розділі (таблиця 3.4).

Наведені в таблиці 3.4 індикатори та показники дозволять сформувати комплексу оцінку щодо якості надання медичних послуг населенню на регіональному рівні. Враховуючи те, що у підпорядкуванні УОЗ СОВА знаходяться лікувальні заклади різних рівнів та профільної спрямованості, необхідним є включення варіаційної складової, котра дозволить врахувати особливості їх функціонування та вектори розвитку, визначені стратегічними документами. Для визначення вагомості критеріїв було залучено групу експертів у складів профільних фахівців УОЗ СОВА. При формуванні комплексного індексу оцінки якості надання медичних послуг населенню на регіональному рівні використано чотирівневу шкалу оцінок, де: низький рівень; базовий рівень; достатній рівень; високий рівень.

Таблиця 3.4 – Групи критеріїв оцінки якості надання медичних послуг населенню на регіональному рівні

Група індикаторів	Показники
стан здоров'я населення	Динаміка смертності немовлят (на 1000 народжених живими)
	Материнська смертність на 100 тис. народжених живими
	Рівень первинної інвалідності працездатного віку (на 10000 працездатного населення)
	Рівень первинної інвалідності дитячого населення (на 10000 дитячого населення)
	Кількість пологів (абсолютне значення)
доступність та якість медичної допомоги	Післяопераційна летальність при гострій хірургічній патології (в%)
	Дорічна летальність серед первинно виявлених онкохворих (в%)
	Питома вага злоякісних новоутворень, виявлених вперше в III стадії (візуальні форми захворювань, в %)
	Питома вага злоякісних новоутворень, виявлених вперше в IV стадії (в %)
	Смертність від туберкульозу (на 100 тис. населення)
	Питома вага бактеріовиділювачів серед вперше виявлених хворих на туберкульоз (в %, інформативний показник)
	Частота черепно-мозкових, спінальних травм у новонароджених (на 10000 народжених живими, інформативний)
ресурсне забезпечення закладів охорони здоров'я	Коефіцієнт співвідношення кількості посад лікарів до посад медичних сестер
	Питома вага атестованих лікарів від тих, хто підлягав атестації, на кінець звітного періоду (%)
	Питома вага атестованих середніх медичних працівників від тих, хто підлягав атестації, на кінець звітного періоду (%)
	Забезпеченість населення стаціонарними ліжками (на 10000 населення) (оптимальна - 80 ліжок на 10 000 населення)
	Кількість днів роботи ліжка (в днях) (оптимальна – 340 днів)
профілактична робота	Своєчасність проведення первинного вакцинального комплексу дітям до 1 року (%)
	Охоплення туберкулін діагностикою дитячого населення (на 1000 дітей, що підлягали туберкулін діагностиці)
	Охоплення новонароджених вакцинацією БЦЖ в пологовому будинку (на 100 народжених живими)
	Охоплення 2-х разовим ультразвуковим скринінгом вагітних у термін до 22 тижнів (в %)
	Охоплення обстеженням на ВІЛ-інфекцію вагітних жінок (в %)
	Захворюваність на алкогольні психози (на 100 тис. населення)
впровадження пріоритетних форм забезпечення медичної допомоги	Забезпечення населення ліжками в денних стаціонарах (на 10000 населення)
	Проліковано хворих в денних стаціонарах поліклінік (на 10000 населення)
	Кількість посад сімейних лікарів (на 10000 населення)
	Укомплектованість фізичними особами штатних посад сімейних лікарів (в%)

Джерело: згруповано автором за даними [24, с. 11]

Оснoву для розрахунку якісних показників склала двовимірнa шкала, що визначає наявність або відсутність певної характеристики та конвертується у бали

від 1 до 10. Виходячи із обґрунтованих складників, запропоновано комплексний індекс оцінки якості надання медичних послуг населенню на регіональному рівні CI_{hc} розрахувати, як показник, до складу якого входять п'ять часткових індексів:

- 1) PI_{hs} – частковий індекс оцінки стану здоров'я населення;
- 2) PI_{aq} – частковий індекс доступності та якості медичної допомоги;
- 3) PI_{rp} – частковий індекс ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я;
- 4) PI_{pw} – частковий індекс профілактичної роботи;
- 5) PI_k – частковий індекс впровадження пріоритетних форм забезпечення медичної допомоги.

В рамках проведення третього етапу розробки методичних засад оцінки якості надання медичних послуг населенню на регіональному рівні, в таблиці 3.5, визначено вагомості критеріїв.

Таблиця 3.5 – Характеристики критеріїв оцінки якості надання медичних послуг населенню на регіональному рівні

Назва та характеристика часткового показника	Вагомість показника, v	Кількісні оцінки показника (К) та його варіаційний інтервал			
		Низький	Базовий	Достатній	Високий
PI_{hs} – частковий індекс оцінки стану здоров'я населення	0-1	1-2	3-5	6-8	9-10
PI_{aq} – частковий індекс доступності та якості медичної допомоги	0-1				
PI_{rp} – частковий індекс ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я	0-1				
PI_{pw} – частковий індекс профілактичної роботи	0-1				
PI_k – частковий індекс впровадження пріоритетних форм забезпечення медичної допомоги	0-1				
Σ	1,0				

Джерело: розрахунки автора

Наступним етапом для розрахунку CI_{hc} комплексного індексу оцінки якості надання медичних послуг населенню на регіональному рівні є визначення середньоарифметичного значення часткових індексів. Однак даному розрахунку має передувати визначення вагомості кожного часткового індексу та межі можливих кількісних обмежень. Вагомості індексів були визначені експертами з урахуванням значень показників та темпів їх зміни в період 2020-2022 рр. (розділ 2.2) із дотриманням вимоги щодо підсумкового значення сукупної оцінки, яка дорівнює 1. Значення кількісних оцінок чітко регламентовано в розрізі оцінки якості надання медичної послуги: низький рівень; базовий рівень; достатній рівень; високий рівень.

Комплексні розрахункові характеристики в розрізі об'єктів дослідження та вагомості часткових індексів представлено в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6 – Комплексна характеристика розрахункових показників оцінки якості надання медичних послуг населенню на регіональному рівні

Назва та характеристика частково індексу	Вагомість індексу, v	Кількісна оцінка показника			Загальна оцінка		
		ЛЗ ПР	ЛЗ ВР	ЛЗ ТР	ЛЗ ПР	ЛЗ ВР	ЛЗ ТР
PI_{hs} – частковий індекс оцінки стану здоров'я населення	0,2	9,2	8,9	8,9	1,8	1,8	1,8
PI_{aq} – частковий індекс доступності та якості медичної допомоги	0,2	9,4	9,5	9,2	1,9	1,9	1,8
PI_{rp} – частковий індекс ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я	0,2	9,5	9,1	9	1,9	1,8	1,8
PI_{pw} – частковий індекс профілактичної роботи	0,2	9,4	9,1	9,2	1,9	1,8	1,8
PI_k – частковий індекс впровадження пріоритетних форм забезпечення медичної допомоги	0,2	8,5	8,8	8,7	1,7	1,8	1,7
Σ	1	-	-	-	9,2	9,1	9,0

Джерело: розрахунки автора

Отримані результати розрахунків часткових індикаторів оцінки, котрі характеризують стан здоров'я населення, доступність та якість медичної допомоги,

ресурсне забезпечення закладів охорони здоров'я, профілактичну роботу та впровадження пріоритетних форм забезпечення медичної допомоги не мали значних варіаційних розбіжностей в розрізі думок експертів. Після формування оціночних характеристик, експертам було запропоновано встановити вагомість кожного часткового індексу. Так, на думку експертів, доцільним є розподіл вагомості часткових індексів в рівнозначному співвідношенні, де кожному індексу надано вагомість 0,2. В якості об'єктів дослідження було обрано лікувальні заклади, котрі знаходяться в підпорядкуванні УОЗ СОВА, первинного, вторинного та третинного рівнів. Використовуючи проведені розрахунки, розрахуємо значення часткових індексів комплексного індексу оцінки якості надання медичних послуг населенню на регіональному рівні.

PI_{hs} – частковий індекс оцінки стану здоров'я населення;

$$PI_{hs} = K_1 \times v_1, \quad (3.1)$$

де, K_1 - кількісна оцінка часткового індексу PI_{hs} ,

v_1 - вагомість часткового індексу PI_{hs}

PI_{aq} – частковий індекс доступності та якості медичної допомоги;

$$PI_{aq} = K_2 \times v_2, \quad (3.2)$$

де, K_2 - кількісна оцінка часткового індексу PI_{aq} ,

v_2 - вагомість часткового індексу PI_{aq}

де, PI_{rp} – частковий індекс ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я;

$$PI_{rp} = K_3 \times v_3, \quad (3.3)$$

де, K_3 - кількісна оцінка часткового індексу PI_{rp} ,

v_3 - вагомість часткового індексу PI_{rp}

де, PI_{pw} – частковий індекс профілактичної роботи;

$$PI_{pw} = K_4 \times v_4, \quad (3.4)$$

де, K_4 - кількісна оцінка часткового індексу PI_{pw} ,

v_4 - вагомість часткового індексу PI_{pw}

де, PI_k - частковий індекс впровадження пріоритетних форм забезпечення медичної допомоги;

$$PI_k = K_5 \times v_5, \quad (3.5)$$

де, K_5 - кількісна оцінка часткового індексу PI_{hs} ,

v_5 - вагомість часткового індексу PI_{hs}

Розраховані показники дозволяють визначити комплексний індекс оцінки якості надання медичних послуг населенню на регіональному рівні CI_{hc} .

$$CI_{hc} = \frac{PI_{hs} + PI_{aq} + PI_{rp} + PI_{pw} + PI_k}{5}, \quad (3.6)$$

Завершальним етапом розрахунку комплексного індексу оцінки якості надання медичних послуг населенню на регіональному рівні є імплементація кількісних значень показників до сутнісних характеристик (таблиця 3.7). Розроблені методичні засади дозволять надати комплексну оцінку якості надання медичних послуг населенню. При цьому даний розрахунок може бути використано і для порівняльної оцінки якості надання медичних послуг населенню в розрізі лікувальних закладів різних рівнів.

Таблиця 3.7 - Шкала оціночних характеристик якості надання медичних послуг населенню на регіональному рівні

Група	Розрахункове значення комплексного індексу оцінки якості надання медичних послуг населенню на регіональному рівні	Характеристика значення
Низький	Від 1 до 2	Рівень якості надання медичних послуг не відповідає встановленим вимогам до якості
Базовий	Від 3 до 5	Рівень якості надання медичних послуг недостатній, мінімально відповідає встановленим вимогам до якості
Достатній	Від 6 до 8	Рівень якості надання медичних послуг задовільний, за більшістю напрямів відповідає встановленим вимогам до якості
Високий	Від 9 до 10	Рівень якості надання медичних послуг повністю відповідає встановленим вимогам до якості

Джерело: розробка автора

Підсумовуючі проведені розрахунки було визначено, що комплексний індекс оцінки якості надання медичних послуг населенню на регіональному рівні в розрізі

лікувальних закладів первинного, вторинного та третинного рівня в наступному співвідношенні 9,2; 9,1 та 9,0, що в цілому відповідає високому рівню.

Важливим напрямом реалізації державних гарантій надання якісних медичних послуг є здійснення контрольної функції, що передбачає побудову чіткої системи контролю як самої медичної послуги, так і процесу її надання. Основною метою контролю якості медичної допомоги є дотримання прав пацієнтів на отримання медичної допомоги в необхідному обсязі і належної якості шляхом раціонального і ефективного використання фінансових, матеріально-технічних та кадрових ресурсів охорони здоров'я, впровадження досконалих медичних технологій і практик. Об'єктом контролю є комплекс лікувальний, діагностичних, профілактичних та реабілітаційних заходів, що проводяться за встановленою технологією з метою досягнення встановлених результатів лікування. В системі контролю якості медичної допомоги головним елементом є метод експертної оцінки закінчених випадків лікування, які ґрунтуються на порівнянні стандартів обсягу і якості медичної допомоги з фактичним обсягом і якістю наданої медичної допомоги у відповідності до затвердженої технологічної документації.

Загалом, внутрішній контроль якості лікувального процесу здійснюється шляхом:

- контролю за кваліфікацією лікарів, медичного персоналу (як молодших спеціалістів з медичною освітою, так і фахівців з вищою немедичною освітою, що працюють у медичному закладі);
- самооцінювання діяльності медичного закладу та кожного медичного працівника зокрема;
- моніторингу за дотриманням всіма структурними підрозділами закладу встановлених медичних стандартів та клінічних протоколів;
- організації надання медичної допомоги та моніторингу за реалізацією прийнятих управлінських рішень щодо усунення причин виникнення ускладнень;
- моніторингу системи індикаторів якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я;

- вивчення думки пацієнтів щодо рівня якості наданої медичної допомоги та ефективності організації процесу лікування.

Зовнішній контроль за якістю надання медичної допомоги, як правило, здійснюється уповноваженими органами місцевої влади за наступними напрямками:

- експертиза процесу надання медичної допомоги ;
- проведення клініко-експертного оцінювання якості і обсягів надання медичної допомоги.
- стан матеріального та технічного забезпечення процесу надання медичної;
- організація процесу надання медичної допомоги належної якості та вибір раціональних управлінських рішень щодо підвищення якості;
- контроль за реалізацією управлінських рішень;
- оцінка дотримання кваліфікаційних вимог та процедур атестування лікарів, молодшого медичного персоналу та провідних фахівців з вищою немедичною освітою;
- вивчення рівня задоволеності пацієнтів якістю наданої медичної допомоги;
- дотримання прав і безпеки пацієнтів проведення акредитації медичного закладу.

3.3 Впровадження управлінських інструментів на рівні регіону для забезпечення надання якісної медичної допомоги населенню

Одним із аспектів державного регулювання якості надання медичних послуг населенню є досягнення зростання демографічних показників. Цю проблему неможливо вирішити лише за допомогою регіональних і галузевих систем управління, тому важливою є координація діяльності центральних і місцевих органів влади та органів місцевого самоврядування. Координація між міністерствами, національними, регіональними та місцевими органами влади є важливою для досягнення стратегічних цілей розвитку системи ОЗ. Розвиток

міждисциплінарного співробітництва має враховувати не лише національні та міжнародні загрози здоров'ю, такі як епідемії, а й інші пріоритетні проблеми охорони здоров'я, що вимагає координації з сектором охорони здоров'я, соціальними та економічними групами та місцевою владою.

Щоб сприяти досягненню стратегічних цілей розвитку системи ОЗ, органи місцевого самоврядування повинні координувати свої пріоритети в розрізі наступних напрямів:

- ✓ розробка та реалізація місцевих програм охорони здоров'я для створення сприятливого середовища для збереження здоров'я та благополуччя своїх громадян у межах їх юрисдикції;
- ✓ впровадження прозорої моделі управління для лікувальних закладів та їх мереж;
- ✓ збір та аналіз даних лікувальних закладів для забезпечення ефективності їх діяльності та прийняття обґрунтованих рішень щодо планів та інвестицій в мережу охорону здоров'я.

Для реалізації зазначених ініціатив потрібна співпраця місцевих громад при прийнятті спільних рішень. Цей підхід дає можливість покращити планування мережі охорони здоров'я, підвищення ефективності та фінансової стійкості організацій охорони здоров'я, а також збалансувати реформу охорони здоров'я та децентралізацію.

На здоров'я населення впливає багато факторів, і очевидно, що місцеві органи влади відіграють дуже важливу роль у покращенні здоров'я населення та добробуту в місцевих громадах. Відповідальність за здоров'я залежить не лише від якості медичних послуг, які надають лікувальні заклади (хоча це дуже важливо), а й від рішень і дій адміністративних органів та громадських установ, які створюють належні умови для збереження здоров'я та зниження ризиків розвитку захворювань. Тому його можна розглядати умовно після розгляду ролі ОМС у підвищенні якості системи ОЗ та ролі ОМС у покращенні показників фізичного та психічного здоров'я в двох проєкціях:

- 1) з точки зору надання медичних послуг і

2) як частина громадського здоров'я.

Відповідно до закону, органи місцевого самоврядування є суб'єктом системи охорони здоров'я, який використовує засоби та комплекс заходів, спрямованих на охорону та зміцнення здоров'я населення [27, с. 93]. Повноваження ОМС у сфері охорони здоров'я [28, с. 57] передбачають:

- затвердження та фінансування місцевих програм охорони здоров'я населення, участь у розробленні та реалізації загальнодержавних і регіональних програм у цій сфері;

- ведення, в установленому порядку, відомостей про стан здоров'я населення відповідної місцевості, проведення основного аналізу, ведення обліку та аналізу інформації про інфекційні та неінфекційні захворювання.

Визначаючи пріоритети громадського здоров'я на місцевому рівні, важливо враховувати, що проблеми національного (державного) рівня вже визначені. Однак, за деякими критеріями, регіони можуть мати власні пріоритети у сфері охорони здоров'я, тому важливо враховувати баланс між пріоритетами на різних рівнях для побудови стабільної та сталої системи планування та розвитку охорони здоров'я країни.

Регіони та територіальні громади мають власні стратегічні плани розвитку. Тут важливо, щоб охорона та зміцнення здоров'я населення було одним із пріоритетів стратегії розвитку суспільства на інтегрованому просторі. Ця сфера може включати заходи, які сприяють покращенню громадського здоров'я. На основі стратегічного плану розробляються та затверджуються програми, проекти та ініціативи громадського здоров'я. Якщо стратегічний план не включає вимір охорони здоров'я, це не повинно бути перешкодою для реалізації програм громадського здоров'я. Представники громади можуть підготувати пріоритетні плани на основі місцевих потреб, даних досліджень та аналізу ситуації [29, с. 123].

Визначаючи пріоритети, важливо визнати, що кожна громада має власну унікальну ситуацію і що керівництво громади може мати різний рівень знань про пріоритети охорони здоров'я. Розуміння цього організаційного контексту впливає на вибір методів та інструментів співпраці між різними муніципальними одиницями.

Реформа децентралізації та процеси зміни системи охорони здоров'я є основою всіх місцевих рішень у сфері охорони здоров'я та соціального забезпечення шляхом зміцнення спроможності місцевих органів влади використовувати свої нові повноваження та планувати стратегічні ресурси.

Стратегічне управління відноситься до основних управлінських рішень щодо проблем, орієнтованих на майбутнє, пов'язаних із загальними операційними цілями. Створення стратегії участі громадян у процесі планування передбачає визначення різних зацікавлених сторін, які отримають чи ні отримають вигоду від реалізації рішення та на яких це рішення безпосередньо вплинуть. Тому важливо залучати представників громадськості та громадських організацій, які прямо чи опосередковано зацікавлені в стратегії та беруть участь у її розробці та реалізації. Наприклад, якщо стратегія передбачає заходи, пов'язані з підвищенням якості системи первинної медичної допомоги лікарні, можна рекомендувати запросити адміністративний персонал лікарні, представників департаментів охорони здоров'я, представників профільних громадських організацій тощо.

Нові рішення щодо фінансування мають бути зосереджені на ефективній координації медичних і соціальних послуг, включаючи розвиток інтегрованої довгострокової допомоги та підтримки психічного здоров'я. Закупівля таких послуг повинна координуватися на рівні НСЗУ та механізму децентралізації соціальних послуг в органах місцевого самоврядування. Планування комплексних соціальних та медичних послуг має здійснюватися на рівні громади, враховуючи наближеність до потреб бенефіціарів та важкі умови життя, які часто супроводжують такі випадки.

Суть представницької демократії полягає в тому, що громадяни можуть опосередковано брати участь у прийнятті місцевих рішень та управлінні розвитком місцевої громади через своїх представників, які діють від імені виборців та дбають про інтереси своєї території. Одним із напрямків такого управління є використання програмного підходу, особливо створення та реалізація місцевих програм. Ці програми можуть бути ефективними інструментами місцевого розвитку та створення ефективної місцевої політики у сфері охорони здоров'я. Ці програми часто фінансуються з місцевого бюджету та управляються місцевою владою, тому

важливо розуміти порядок найкращого використання коштів, зібраних на конкретній території; встановлення пріоритетів розподілу фінансових ресурсів між програмами, процедур створення місцевих і цільових програм, а також визначення їх економічних, соціальних і медичних наслідків та ефективності реалізації.

Враховуючи складність розробки стратегій розвитку системи ОЗ, необхідним є аналіз управлінських рішень в розрізі напрямів, котрі представлені на рисунку 3.8.

У різних регіонах відповідальність за розробку та реалізацію програми лежить на органах місцевого самоврядування, але наукові установи, представники бізнесу та громадськості можуть брати участь у процесі аналізу та розробки програми.



Таблиця 3.8 - Потенційні напрями розвитку місцевих програм охорони здоров'я

Джерело: [30, с. 6]

Здоров'я населення є одним із основних факторів відтворення населення і відіграє важливу роль у забезпеченні національної безпеки та процвітання держави, тому важливо створити новий механізм вирішення проблем громадського здоров'я. Очевидно, що для розвитку галузі охорони здоров'я необхідна науково обґрунтована політика, яка б враховувала інтереси місцевого населення, системно

висвітлювала всі проблеми, що вирішуються, і в основі якої лежав принцип користі для здоров'я. В даному контексті важливим інструментом управління регіонального рівня є формування місцевих програм розвитку систем охорони здоров'я. При цьому процес формування та реалізації регіональної державної політики передбачає реалізацію чотирьох етапів.

1. Ініціювання політики – означає визначення основного напрямку діяльності уряду. Огляд політики охорони здоров'я та поточної ситуації, аналіз показників здоров'я за кілька років для визначення проблем, формування напрямків їх вирішення, побудови прогнозів, а також визначення структури, цілей та пріоритетів регіональної політики розвитку системи охорони здоров'я.

Джерелом інформації можуть бути звіти регіональних органів охорони здоров'я. Метою даного етапу є оцінка стратегічного потенціалу регіональної системи охорони здоров'я та її регіональних переваг. Формування потенційних зон зростання, як найважливішого стратегічного напрямку політики соціально-економічного розвитку системи охорони здоров'я з урахуванням зовнішніх факторів і пріоритетності внутрішнього середовища. Окреслені заходи також використовуються для визначення понять реалізації стратегії, основних інструментів та кінцевих результатів в розрізі критеріїв.

2. Реалізація політики та моніторинг передбачає впровадження технологій управління реалізацією стратегії. Реалізація державної політики щодо розвитку медичних послуг є організованим процесом, котрий передбачає співпрацю органів державної та місцевої влади, громадянського суспільства щодо розподілу ресурсів для втілення політичних цілей у суспільні програми та їх практичну імплементацію для досягнення важливих результатів.

Реалізація політики визначається системою засобів і методів, що передбачає розробку та впровадження запланованих дій в умовах оптимального поєднання ресурсів. В рамках реалізації політики передбачається функціонування таких механізмів: організаційного, управлінського, нормативно-правового, фінансово-економічного та розробки системи контролю.

3. Впровадження політики – може відбуватися як лінійний процес реалізація плану, а також система пов'язаних з ним заходів. Розвиток медичних послуг вже на першому етапі реалізації має виявляти відхилення від прийнятних стандартів і вживати заходів проти них. Моніторинг — це процес регулярного збору та аналізу даних про прогрес впровадження політики, що включає механізми подолання загроз та наявний потенціал і відхилення від намічених планів. Контрольний аналіз передбачає впровадження інформаційних систем, їх аналізу та імплементації. Для моніторингу виконання цільових програм необхідним є розробка прямих і непрямих індикаторів оцінки. Запроваджена система моніторингу передбачає збір та аналіз даних щодо впровадження програми, виступає основою зміни стратегічної політики та її змісту в рамках операційних рішень системи. Результати моніторингу допомагають владі приймати рішення щодо визначення майбутньої політики.

4. Оцінювання політики - оцінка та визначення досягнутих ефектів Оцінка реалізації політики - сукупність методів вивчення та вимірювання реальних даних про результати політики, яка була завершена або знаходиться в процесі завершення; та виступає основою для поліпшення результатів функціонування. Інформація про кінцеві та проміжні результати, деталі змін, поточний стан, оцінка економічної ефективності є складовими оцінки. На відміну від нагляду, етап оцінки – це можливість покращити політику та визначити результат впровадження регіональної політики охорони здоров'я [28, с. 57].

Аналіз законодавчих положень щодо створення та реалізації місцевих та цільових програм як інструментів прийняття управлінських рішень дає підстави підтвердити наступне: процедури практичної реалізації цих інструментів не є чіткими, систематичними та організованими у затверджених ситуаціях. Необхідно покращити координацію між місцевими програмами та стратегіями місцевого розвитку, використання програмного підходу та системи принципів стратегічного планування в місцевому управлінні. Розуміння цих тенденцій та прозорість процесу підвищить ефективність місцевого розвитку за рахунок ефективного використання бюджетних коштів на фінансування програм охорони здоров'я та підвищить відповідальність місцевої влади у виконанні програм.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі запропоновано вирішення актуальної наукової проблеми щодо оцінки результативності реалізації державного регулювання надання медичних послуг населенню на регіональному рівні шляхом обґрунтування комплексу теоретичних і методологічних положень та практичних рекомендацій.

Висновки і результати, одержані у процесі наукового дослідження, можуть бути зведені до наступного:

1. Досліджені теоретико-правові засади державного регулювання в сфері ОЗ визначають цільову спрямованість заходів державної політики, орієнтованих на надання якісних медичних послуг населенню, результативного використання фінансових ресурсів, матеріалів і людей для ефективності діяльності лікувальних закладів; забезпечення доступу до медичних послуг (у тому числі шляхом запровадження відповідної фінансової політики); регламентація діяльності надавачів та отримувачів послуг; ринку ліків; заходів, що здійснюються керівниками, лікарями та іншими медичними працівниками лікувальних закладів.

2. Структура методів державного регулювання надання медичних послуг населенню на регіональному рівні в 2022 р. визначає наступні тенденції. Так, частка прямих адміністративно-економічних методів у системі державного регулювання в Україні є найбільшою та складала 60,0%. Наступною за вагомістю є частка непрямих методів, спрямованих на стимулювання попиту – 28,0%. Найменшою є частка непрямих економічних методів, орієнтованих на стимулювання якості медичних послуг, частка яких складає 5,0%. Всі інші методи державного регулювання в сфері ОЗ мають частку в загальній структурі меншу за 1,0%. Результати проведеного аналізу свідчать про те, що система державного регулювання в сфері ОЗ орієнтована на адміністративно-економічні аспекти, при цьому якість надання медичних послуг не є стратегічним орієнтиром.

3. Сучасний стан здоров'я населення характеризується низкою негативних тенденцій, серед яких ключовими є зростання кількості населення з хронічними захворюваннями, зниження тривалості життя, рівень дитячої

смертності. Дані питання є актуальними як для системи ОЗ України, так і для інших країн світу. Дані показники опосередковано виступають індикаторами оцінки функціонування системи ОЗ країн. Амбулаторні послуги є найбільш затребуваними в Сумській області, що є цілком обґрунтованим в умовах діяльності лікувальних закладів первинної медико-санітарної допомоги. В структурному співвідношенні частки амбулаторних та стаціонарних послуг були розподілені наступним чином, 59,3% та 40,7% відповідно.

4. Встановлено, що працівники формують найбільшу частку структури медичних кадрів лікувальних закладів. На відміну від зазначеного показника, частка лікарів у загальній структурі становить лише 16,2%. Також значною є частка молодших медичних працівників в 2022 р., котра визначена на рівні 40,5%. Забезпеченість лікарями у 2022 р. порівняно з 2020 р. впала на 4,9%, що в кількісному вимірі склало 34,6 од. Кількість молодих лікарів на 10 тис. населення скоротилась на 6,9 %, і склало в 2022 р. 82,8 тис. осіб. Проблемним є питання щодо частки лікарів та медичних працівників пенсійного віку. Так, частка лікарів пенсійного віку знизилась з 21,9% в 2020 р. до 20,0% в 2022 р. Частка молодшого медичного персоналу пенсійного віку, також скоротилась з 7,2% в 2020 р. до 5,5% в 2022 р. В цілому визначена динаміка підтверджує зміну підходів щодо фінансового забезпечення медичного персоналу та підвищення престижності медичних професій.

5. Державне регулювання системи надання медичних послуг населенню має цілеспрямований характер і розвивається за певними закономірностями, тому потребує регламентації, як в частині державного управління, так і в частині управління органами місцевого самоврядування та лікувальними закладами. Наразі одним із стратегічних векторів розвитку фінансового забезпечення сфери ОЗ є розвиток державно-приватного партнерства в частині реалізації проєктів.

6. Комплексний індекс оцінки якості надання медичних послуг населенню на регіональному рівні в розрізі лікувальних закладів первинного, вторинного та третинного рівня в наступному співвідношенні 9,2; 9,1 та 9,0, що в цілому відповідає високому рівню.

7. Визначено, що регіони та територіальні громади мають власні стратегічні плани розвитку. Тут важливо, щоб охорона та зміцнення здоров'я населення було одним із пріоритетів стратегії розвитку суспільства на інтегрованому просторі. Ця сфера може включати заходи, які сприяють покращенню громадського здоров'я. На основі стратегічного плану розробляються та затверджуються програми, проекти та ініціативи громадського здоров'я. Якщо стратегічний план не включає вимір охорони здоров'я, це не повинно бути перешкодою для реалізації програм громадського здоров'я. Представники громади можуть підготувати пріоритетні плани на основі місцевих потреб, даних досліджень та аналізу ситуації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Грабовський В. А., Клименко П. М. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2014. № 3. С. 136–141.
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 26 січня 1993 року 2427-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 01.10.2023 р.)
3. Дмитрук О. В. Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання. *Приазовський економічний вісник*. 2018. Вип. 5 (10). С. 182–186.
4. Кошова С. Підготовка фахівців управління сферою охорони здоров'я в умовах реформи державного управління. *Аспекти публічного управління*. 2020. Т. 8. № 3. С. 119–128.
5. Кравченко В. В., Орлова Н.М. Шляхи підвищення задоволеності населення якістю амбулаторної медичної допомоги. *Україна. Здоров'я нації*. 2016. № 2. С. 38–42.
6. Кульгінський Є. Механізми децентралізації державного управління системою охорони здоров'я: європейський досвід. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2015. Вип. 2. С. 147–159.
7. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Борвінко Е. В., Волчек В. В. Аналіз перешкод на шляху розвитку системи первинної медичної допомоги в Україні та можливі підходи до їх подолання. *Медичні перспективи*. 2016. Том 21. № 2 (ч. 1). С. 9–16.
8. Литвиненко М. В. Механізми реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я в Україні: визначення і складники. *Теорія та практика державного управління*. 2018. № 3(62). С.126–133.
9. Мартинюк О. А., Курдибанська Н. Ф. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах. *Причорноморські економічні студії*. 2016. Вип. 6. С. 75–79.

10. Мельник Л. А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравооохоронної галузі. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 11. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1336> (дата звернення: 07.06.2023).

11. Миронов А.Г. Організація охорони здоров'я громадян та контроль за її здійсненням *Публічне право*. 2019. № 1(33). С. 126–131.

12. Назарко С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2020. № 1. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=7574> DOI: 10.32702/2307-2105-2020.1.55 (дата звернення: 24.09.2023).

13. Поживілова О. В., Радиш Я. Ф., Васюк Н. О., Ляховченко Л. А. Фахівець у галузі управління охороною здоров'я України: пошук моделі. *Інвестиції: практика та досвід*. 2011. № 19. С. 76–83.

14. Смирнов О. С. Бикова В. Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. 2016. *Управління розвитком*. № 3 (185). С. 78–83.

15. Гуленок Н.М. Удосконалення державної політики надання медичних послуг населенню на регіональному рівні. *Сучасні тенденції та перспективи розвитку науки, освіти, технологій і суспільства: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції* (Кременчук, 18 листопада 2022 р.). Кременчук: ЦФЕНД, 2022. С.33-34.

16. Гуленок Н.М. Оцінка стану реалізації державної політики в сфері надання медичних послуг населення. *Mechanisms of Scientific and Technical Potential Development: Proceedings of the 3rd International Scientific and Practical Internet Conference*, 2023. FOP Marenichenko V.V., Dnipro, Ukraine. С. 61-63.

17. Управління охорони здоров'я Сумської ОВА URL: <https://sm.gov.ua/ru/2012-02-03-06-47-56/2-uncategorised/10409-upravlinnya-okhorony-zdorovya.html> (дата звернення: 08.09.2023 р.)

18. Юринець З. В., Юринець Р. В., Петрух О.А. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 22. С. 116–121.

19. Чебан В. І. Процес розвитку комп'ютеризації та сучасні інформаційні технології за тематикою дослідження громадського здоров'я. Україна. *Здоров'я нації*. 2018. № 3 (50). С. 98–102.
20. Ямненко Т. М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. *Юридичний вісник*. 2018. № 2. С. 116–120
21. Стефанишин Л. С. Теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладом охорони здоров'я. *Держава та регіони*. 2019. № 3. С. 160–166.
22. Brass P.L.O., Stappearts K.H., Luiten E.I.T., Gruwer I.A. (2017) The Importance of early internal fixation in multiply injured patients to prevent late death due to sepsis. *Injury*, 18(4): 235–237.
23. Constantinides P., Henfridsson O. & Parker GG. (2018). Platforms and Infrastructures in the Digital Age. *Information Systems Research*, Vol. 29, № 2. pp.1—20. URL: <https://doi.org/10.1287/isre.2018.0794> (дата звернення 24.06.2023).
24. Lechleuthner A. (2019). Architecture of emergency medical services in Germany. Part I: Integration into the public protection system. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10049-019-0597-x> (дата звернення 18.06.2023).
25. Atkinson, R. D., Castro, D., Ezell, S., MCQuinn, A., & New, J. (2016). A Policymaker's Guide to Digital Infrastructure. Retrieved May 16, 2016 from <https://pdfs.semanticscholar.org/c5f9/5fb0944c5a7e4193ce56b32ca3d7adcf49ec.pdf>. (дата звернення 24.06.2023).
26. Chan R.N., Ainscow D., Sikorski J.M. (2018) Diagnostic failures in the multiple injured. *J. Trauma*, 20(8): 684–687.
27. Parker, G. G, & Van Alstyne, M. (2017). Innovation, openness, and platform control. *Management Science*. 64(7), 3015 – 3022.
28. Лупина О. М. До питання про поняття медичної допомоги в системі соціального забезпечення фізичних осіб. *Форум права*. 2012. № 2. С. 414-418.

29. Ковригіна В.Є. Адміністративно-правовий аспект права на охорону здоров'я. *Науковий вісник національної академії внутрішніх справ*. 2016. № 2 (99). С. 123-131.

30. Vincent J.-L. (Ed.) (2005) Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine. 784 p.

31. Digital Government Transformation. The Journey to Government's Digital Transformation. URL:

https://www2.deloitte.com/global/en/pages/public_sector/articles/digital_government_transformation.html (дата звернення: 28.09.2023)

ДОДАТКИ

Управління охорони здоров'я Сумської обласної військової адміністрації відповідно до визначених галузевих повноважень виконує такі завдання:

1) організовує:

- виконання Конституції і законів України, актів Президента України, Кабінету Міністрів України, наказів міністерств, інших центральних органів виконавчої влади та здійснює контроль за їх реалізацією;
- роботу з ведення діловодства та укомплектування, зберігання, обліку та використання архівних документів;
- проведення систематичного медичного обстеження (диспансеризації) осіб, які брали участь у ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи, евакуйованих та відселених із зон відчуження, а також тих, що проживають на радіаційно-забруднених територіях;
- правове виховання працівників сфери охорони здоров'я, ознайомлює із законодавством про охорону здоров'я;
- у межах своїх повноважень планування і контроль виконання заходів цивільного захисту населення і територій від наслідків надзвичайних ситуацій техногенного, природного та військового характеру;
- медико-санітарне забезпечення під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій;

2) забезпечує у межах своїх повноважень:

- захист прав і законних інтересів фізичних та юридичних осіб;
- ефективне і цільове використання бюджетних коштів;
- здійснення заходів щодо запобігання і протидії корупції;
- доступ до публічної інформації, розпорядником якої він є;
- виконання завдань мобілізаційної підготовки, цивільного захисту населення, дотримання вимог законодавства з охорони праці, пожежної безпеки;
- реалізацію державної політики стосовно захисту інформації з обмеженим доступом;

- захист персональних даних;
- координацію та аналіз діяльності закладів охорони здоров'я області, утворених органами місцевого самоврядування;
- здійснення контролю за підтриманням належного санітарного та епідемічного стану, організовує пропаганду наукових медичних і гігієнічних знань серед населення;
- надання першого робочого місця випускникам вищих медичних навчальних закладів усіх рівнів акредитації, які навчалися за державним замовленням;
- проведення профілактичних і лікувальних заходів, спрямованих на запобігання і зменшення вживання тютюнових виробів та їх шкідливого впливу на здоров'я населення;
- у визначений законом строк розгляд звернень громадян та їх об'єднань, вживає заходів до усунення причин, що породжують скарги громадян про порушення їх прав і законних інтересів, здійснює контроль за цією роботою у закладах охорони здоров'я;
- організацію та проведення у порядку, встановленому законодавством України, процедур закупівлі лікарських засобів, витратних матеріалів та медичного обладнання з передачею їх до відповідних закладів охорони здоров'я області;

3) аналізує стан та тенденції соціально-економічного і культурного розвитку в галузі охорони здоров'я у межах області та вживає заходів щодо усунення недоліків;

4) бере участь у:

- підготовці пропозицій до проєктів програм соціально-економічного та культурного розвитку області;
- підготовці заходів щодо регіонального розвитку;
- погодженні проєктів нормативно-правових актів, розроблених іншими органами виконавчої влади;

- розробленні проєктів розпоряджень голови облдержадміністрації, проєктів нормативно-правових актів, головними розробниками яких є інші структурні підрозділи;
- підготовці звітів голови облдержадміністрації для їх розгляду на сесії обласної ради;
- вирішенні відповідно до законодавства колективних трудових спорів (конфліктів);
- агітації та пропаганді донорства крові та її компонентів;
- виконанні загальнодержавних, регіональних, інших програм щодо запобігання і зменшення вживання тютюнових виробів та їх шкідливого впливу на здоров'я населення;
- разом з відповідними органами у вирішенні питань про визнання місцевості курортом, установлення меж округів і зон санітарної охорони курортів і визначення їх режиму;

5) вносить пропозиції щодо проєкту обласного бюджету;

6) розробляє проєкти розпоряджень голови облдержадміністрації, у визначених законом випадках – проєкти нормативно-правових актів з питань реалізації повноважень у галузі охорони здоров'я;

7) готує:

- самостійно або спільно з іншими структурними підрозділами облдержадміністрації інформаційні та аналітичні матеріали для подання голові облдержадміністрації;
- проєкти угод, договорів, меморандумів, протоколів зустрічей делегацій і робочих груп у межах своїх повноважень;
- пропозиції та забезпечує організацію виконання заходів щодо проведення реформування у сфері охорони здоров'я відповідно до поставлених завдань та після узгодження з Міністерством охорони здоров'я України подає їх на розгляд облдержадміністрації;

8) розглядає в установленому законодавством порядку звернення громадян;

9) опрацьовує запити і звернення народних депутатів України та депутатів відповідних місцевих рад;

10) постійно інформує населення про стан здійснення визначених законом повноважень;

11) контролює органи місцевого самоврядування та надає методичну допомогу з питань здійснення наданих їм законом повноважень органів виконавчої влади в галузі охорони здоров'я;

12) здійснює:

- повноваження, делеговані органами місцевого самоврядування;
- організаційне і методичне керівництво роботою закладів охорони здоров'я комунальної форми власності з питань надання лікувально-профілактичної допомоги та забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення Дніпропетровської області;

- моніторинг та інформаційний супровід процесів реформування;
- фінансування закладів охорони здоров'я, що утримуються за рахунок бюджетних коштів, контролює ефективне використання ними фінансових, матеріальних та трудових ресурсів;

- у межах компетенції організаційно-методичне керівництво структурними підрозділами охорони здоров'я районних державних адміністрацій області, спрямовує їх діяльність на ефективну реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я в області та забезпечує контроль за їх діяльністю;

- організаційно-методичне керівництво, спрямовує їх діяльність на ефективну реалізацію державної політики у фармацевтичному секторі сфери охорони здоров'я в області та забезпечує контроль за їх діяльністю;

- організаційно-методичне керівництво, функціональне управління та контроль за діяльністю вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладів, що належать до сфери його управління;

- на основі галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я контроль за якістю та обсягом надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я всіх форм власності та фізичними особами – підприємцями, які зареєстровані в

установленому порядку та одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики на території області;

- систематичний контроль за дотриманням актів законодавства з питань охорони здоров'я та санітарних правил керівниками закладів охорони здоров'я на території області незалежно від форми власності та підпорядкування;

13) сприяє у межах своєї компетенції:

- органам місцевого самоврядування у вирішенні питань соціально-економічного розвитку області;
- розвитку медичної науки і техніки, створює належні умови для впровадження у практику наукових досягнень, передового досвіду у сфері охорони здоров'я;
- реалізації права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я шляхом проведення відповідної громадської експертизи, налагодження діяльності громадських консультативних або наглядових рад, громадських організацій працівників охорони здоров'я та інших об'єднань громадян;
- вирішенню питань щодо фінансового забезпечення лікувальних заходів і робіт, пов'язаних з профілактикою захворюваності, спричиненої вживанням тютюнових виробів і впливом на здоров'я людей тютюнового диму;
- розвитку міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я;
- санаторно-курортному лікуванню інвалідів, ветеранів війни та праці, осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи;

14) вивчає стан здоров'я населення на території області, організовує реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я та вживає інших заходів щодо запобігання і зниження захворюваності та втрати працездатності, а також збільшення тривалості життя людей;

15) у встановленому законодавством порядку та відповідно до визначених термінів надає до Міністерства охорони здоров'я України необхідну інформацію, документи та матеріали;

16) визначає потребу у лікарських засобах та виробах медичного призначення, медичному обладнанні, будівельних матеріалах, інвентарі, паливі, засобах автотранспорту;

17) проводить у встановленому Кабінетом Міністрів України порядку державну акредитацію закладів охорони здоров'я;

18) вносить пропозиції голові облдержадміністрації щодо закупівлі товарів, робіт і послуг у сфері охорони здоров'я для місцевих потреб за рахунок коштів місцевих бюджетів та інших джерел фінансування;

19) вживає заходів щодо:

- збереження мережі закладів охорони здоров'я, розробляє прогнози її розвитку, враховує їх під час розроблення проєктів програм соціально-економічного розвитку області;
- реалізації міжнародних програм з питань організації охорони здоров'я на території Дніпропетровської області;

20) проводить моніторинг, аналіз громадської думки щодо якості та доступності медичного обслуговування населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці, забезпечує підготовку пропозицій для врахування зазначеної інформації під час формування та забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я;

21) прогнозує потребу закладів охорони здоров'я на території області у фахівцях різних спеціальностей для сфери охорони здоров'я, формує замовлення на підготовку, перепідготовку та атестацію працівників охорони здоров'я;

22) проводить роботу, пов'язану з розробленням та здійсненням заходів щодо медичного обслуговування біженців, а також депортованих осіб, які добровільно повертаються до регіонів їх колишнього проживання;

23) спільно з підрозділами облдержадміністрації здійснює спостереження та збір відомостей про поширеність вживання тютюнових виробів на території області, бере участь у проведенні запобіжних та профілактичних заходів для обмеження вживання тютюнових виробів серед населення, його захисту, насамперед дітей та молоді, від шкідливого впливу на їх здоров'я;

24) інформує населення області через засоби масової інформації про шкоду, якої завдає здоров'ю людини вживання тютюнових виробів, і про проведення запобіжних та профілактичних заходів;

25) розглядає питання та вносить відповідне подання Міністрові охорони здоров'я України щодо відзначення працівників закладів охорони здоров'я області відомчими заохочувальними відзнаками Міністерства охорони здоров'я України, запроваджує інші форми заохочення їх праці;

26) виконує інші функції, пов'язані з реалізацією завдань, покладених на облдержадміністрацію у сфері охорони здоров'я;

27) здійснює інші передбачені законодавством України повноваження.