

**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 РОЗВИТКУ
СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

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

Чернець Алла Іванівна

Керівник

Харченко Тетяна Олександрівна
д.н.держ.упр., доцент кафедри публічного
управління та адміністрування

Рецензент

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

Суми - 2024 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 к.е.н., доцент А.М. Бричко
«___» «___» 2024__ р.

ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧА

Чернець Алла Іванівна

1. Тема роботи: Державне регулювання розвитку сфери охорони здоров'я

2. База практичного дослідження: Управління охорони здоров'я Сумської ОВА
керівник роботи Харченко Т.О., д.н.держ.упр., 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):

навчально-методичні посібники, монографії, підручники за тематикою дослідження, наукові публікації, фінансово-економічна звітність лікувального закладу за 2021-2023 роки

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

- формування концептуальних засади державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я;
- дослідження організаційно-управлінського аспекту державного регулювання сфери охорони здоров'я Сумської області;
- проведення оцінки результативності державного регулювання в сфері ОЗ щодо доступності та якості;
- формування аналізу результативності державного регулювання впровадження пацієнт-орієнтованої моделі;
- визначення напрямів удосконалення організаційно-управлінського аспекту державного регулювання сфери охорони здоров'я;
- розробка методичних засад до оцінки державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я;
- обґрунтування інструментів державного регулювання розвитку приватної медицини.

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>Вересень-Грудень 2023</i>	<i>Виконано</i>
2	Підбір та вивчення літературних джерел, законодавчої та нормативної бази	<i>Січень - Березень 2024</i>	<i>Виконано</i>
3	Узагальнення теоретичного матеріалу з обраної теми дослідження та представлення чорнового варіанту першого розділу дипломної роботи	<i>Квітень - Травень 2024</i>	<i>Виконано</i>
4	Збір та обробка фактичного матеріалу, узагальнення аналізу застосування досліджуваного питання на підприємстві (переддипломна практика)	<i>Червень -Липень 2024</i>	<i>Виконано</i>
5	Оформлення теоретичної частини дипломної роботи, узагальнення аналітичної частини, захист звіту по переддипломній практиці	<i>Липень 2024</i>	<i>Виконано</i>
6	Проектування напрямів вдосконалення досліджуваної проблеми	<i>Серпень 2024</i>	<i>Виконано</i>
7	Завершення проєктної частини дипломної роботи та подання попереднього варіанту третього розділу керівнику	<i>Вересень 2024</i>	<i>Виконано</i>
8	Оновлення даних та доопрацювання аналітичного і проєктного розділів дипломної роботи	<i>Жовтень 2024</i>	<i>Виконано</i>
9	Оформлення дипломної роботи, та її подання на попередній захист та рецензування	<i>Листопад 2024</i>	<i>Виконано</i>
10	Перевірка дипломного проєкту на автентичність (подання роботи для перевірки на плагіат на кафедрі, до відділу якості освіти)	<i>3 грудня-2024</i>	<i>Виконано</i>
11	Подання закінченої роботи та документів до неї до деканату	<i>09 грудня 2024</i>	<i>Виконано</i>
12	Захист дипломної роботи	<i>19 грудня 2024</i>	<i>Виконано</i>

Студент

_____ (підпис)

А.І. Чернець

Керівник роботи

_____ (підпис)

Т.О. Харченко

Перевірку на автентичність проведено

_____ (підпис)

Н.М. Баранік

Кваліфікаційна робота допущена до

захисту

_____ (підпис)

С.М. Лукаш

АНОТАЦІЯ

Кваліфікаційна робота зі спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування», СНАУ, Суми-2024 р. – Рукопис.

Чернець А.І. Державне регулювання розвитку сфери охорони здоров'я.

В першому розділі кваліфікаційної роботи досліджено концептуальні засади державного регулювання розвитку сфери 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

Chernets A.I. State regulation of the development of the healthcare sector. Qualification work on specialty 281 "Public Management and Administration", SNAU, Sumy-2024 - Manuscript.

The first section of the qualification work examines the conceptual principles of state regulation of the development of the healthcare sector, which determine the target orientation of state policy measures aimed at providing high-quality medical services to the population, effective use of financial resources, materials and people for the efficiency of medical institutions; ensuring access to medical services (including through the introduction of an appropriate financial policy); regulation of the activities of service providers and recipients; the drug market; measures taken by managers, doctors and other medical workers of medical institutions..

The second section of the study confirms that the share of direct administrative and economic methods in the system of state regulation in Ukraine is the largest and amounted to 60.0%. The next most important is the share of indirect methods aimed at stimulating demand – 28.0%. The smallest is the share of indirect economic methods aimed at stimulating the quality of medical services, the share of which is 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 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 medical services is not a strategic reference point.

The third section of the qualification work substantiates that state regulation of the system of providing medical services to the population is purposeful in nature and develops according to certain laws, therefore it requires regulation, both in terms of state administration and in terms of management of local self-government bodies and medical institutions. Currently, one of the strategic vectors for the development of financial support for the healthcare sector is the development of public-private partnership in terms of project implementation. A comprehensive index of the quality assessment of medical services to the population at the regional level was calculated in terms of primary, secondary and tertiary level medical institutions in the following ratio 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 promotion of the health of the population be one of the priorities of the strategy for the development of society in an integrated space.

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

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	11
РОЗДІЛ 2. ОЦІНКА СТАНУ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	21
2.1 Організаційно-управлінський аспект державного регулювання сфери охорони здоров'я Сумської області	21
2.2 Оцінка результативності державного регулювання в сфері ОЗ щодо доступності та якості	29
2.3 Аналіз результативності державного регулювання впровадження пацієнт-орієнтованої моделі	35
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	45
3.1 Удосконалення організаційно-управлінського аспекту державного регулювання сфери охорони здоров'я	45
3.2 Розробка методичних засад до оцінки державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я	50
3.3 Обґрунтування інструментів державного регулювання розвитку приватної медицини	58
ВИСНОВКИ.....	66
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	69
ДОДАТКИ.....	74

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 розвитку сфери охорони здоров'я та обґрунтування напрямів її удосконалення. Відповідно до визначеної в кваліфікаційній роботі мети дослідження визначено наступні **завдання**:

- сформулювати концептуальні засади державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я;
- дослідити організаційно-управлінський аспект державного регулювання сфери охорони здоров'я Сумської області;
- провести оцінку результативності державного регулювання в сфері ОЗ щодо доступності та якості;
- сформулювати аналіз результативності державного регулювання впровадження пацієнт-орієнтованої моделі;
- визначити напрями удосконалення організаційно-управлінського аспекту державного регулювання сфери охорони здоров'я;
- розробити методичні засади до оцінки державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я;
- обґрунтувати інструменти державного регулювання розвитку приватної медицини.

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 розвитку сфери охорони здоров'я.

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 розвитку сфери охорони здоров'я. Для аналізу та оцінки явищ щодо удосконалення державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я 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 розвитку сфери охорони здоров'я, 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 методичних засад до оцінки державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я.

Практична значущість одержаних результатів роботи виражене в тому, що автором надано оцінку стану реалізації державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я, обґрунтовано методичні засади до оцінки розвитку сфери охорони здоров'я та визначено можливості розширення інструментів державного регулювання розвитку приватної медицини. Окреслені інструменти мають практичну цінність та актуальність для удосконалення державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я.

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

1. Чернець А.І. Теоретико-правові засади державного регулювання сфери охорони здоров'я *Перспективи розвитку науки, освіти, технологій і суспільства в Україні та світі: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції* (Полтава, 7 березня 2024 р.): у 2 ч. Полтава: ЦФЕНД, 2024. Ч. 2. С. 27-29.

2. Чернець А.І., Харченко Т.О. Розширення інструментів державного регулювання сфери охорони здоров'я. *Сучасні економічні та правові тенденції: міждисциплінарні рішення для сталого майбутнього»: Міжнародна науково-практична конференція*. 2024. Рівне. С. 91-92.

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 21 таблицю, 17 рисунків, додаток.

РОЗДІЛ 1

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Незалежність, демократизація суспільства, перехідний період до ринкових відносин не тільки створила передумови для подальшого прогресу, але також породила низку проблем, які вплинули також галузі охорони здоров'я. Охорона здоров'я в незалежній Україні здійснюється на принципах, проголошених у Конституції України та Українського законодавства про охорону здоров'я, які гарантують право кожного на охорону здоров'я [1, с. 137]. Це право має забезпечуватися за рахунок державного фінансування відповідних соціально-економічних, медичних та профілактичних програм.

Згідно з Конституцією України, держава має створити умови для ефективної і доступної для всіх громадян медичної допомоги. На сучасному етапі головне призначення державного регулювання у сфері охорони здоров'я є створення умов для збереження і покращення здоров'я всіх верств населення, підвищення якості та ефективності медичної допомоги, соціальної справедливості та права громадян на її отримання в умовах трансформації соціально-економічних відносин шляхом удосконалення організації і фінансування галузі та раціонального використання ресурсів [2].

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].

Базовим об'єктом державного регулювання сфери охорони здоров'я є «медична послуга» як специфічний предмет або товар, що має певну ціну. Комплекс заходів з державного регулювання надання медичних послуг

здійснюється в розрізі чотирьох ключових напрямів, котрі представлені на рисунку 1.1.

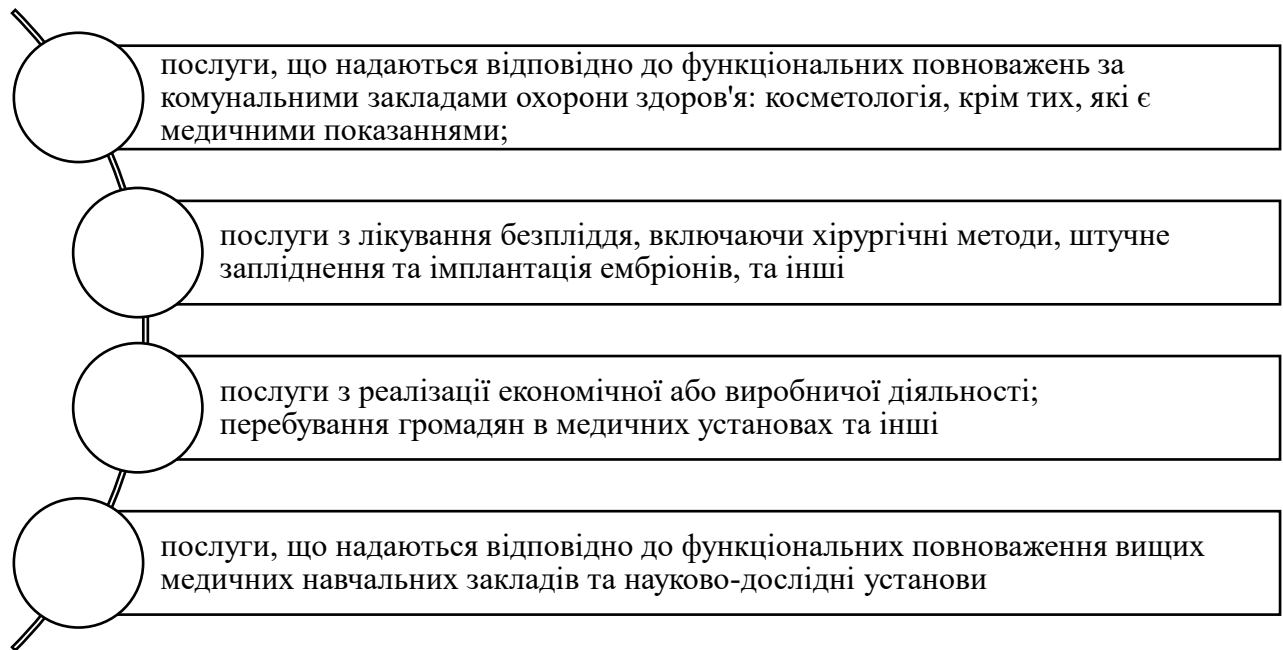


Рисунок 1.1 – Напрями державного регулювання забезпечення надання медичних послуг

Джерело: згруповано автором за даними [3, с. 185]

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 [4, с. 76].

Ключовими правилами державного регулювання сфери охорони здоров'я є:

- забезпечення доступності кваліфікованої медичної допомоги для всіх верств населення шляхом регламентації на рівні законодавства гарантованого рівня безкоштовної медичної допомоги з НСЗУ;
- удосконалення організації охорони здоров'я на основі пріоритетного розвитку первинної ланки медицини;

- підвищення якості медичної допомоги на основі провадження ефективних медичних технологій та стандартів якості, ліцензування та сертифікація лікарів, акредитація закладів охорони здоров'я;
- покращення фінансування охорони здоров'я шляхом впровадження багатоканальної системи фінансування, якою основою має бути державний бюджет і кошти НСЗУ;
- встановлення належної оплати здоров'я медичного персоналу;
- удосконалення правової бази охорони здоров'я, спрямовані на забезпечення прав людини та справедливості в отриманні медичної допомоги;
- широка інтеграція України до Європейського співтовариство;
- створення сучасної інформаційної системи в сфері охорони здоров'я.

Одним із аспектів державного регулювання пацієнто-орієнтованої моделі є дотримання принципів, представлених на рисунку 1.2.



Рисунок 1.2 – Принципи державного регулювання пацієнто-орієнтованої моделі сфери охорони здоров'я

Джерело: згруповано автором за даними [5, с. 40]

Дані, представлені на рисунку 1.2 свідчать про те, що нова система фокусується на чіткому визначенні ролей і обов'язків уряду, органів місцевого самоврядування та керівників інституцій діючих в системі охорони здоров'я [6].

Розглянемо стратегічні напрями та завдання (рисунок 1.3), що передбачають впровадження інструментів державного регулювання у відповідності до наявних можливостей та ресурсів, визначають вектор розвитку з орієнтацією на збереження прав громадян на якісну, доказову та доступну медичну допомогу. Зауважимо, що вектор розвитку сфери охорони здоров'я передбачає зміну управлінських підходів державного регулювання в частині переходу від лікувальної спрямованості до профілактичної.



Рисунок 1.3 - Стратегічні напрями та завдання державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я: пацієнто-орієнтована модель

Джерело: згруповано автором за даними [2]

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. Система напрямів розвитку сфери ОЗ, представлена на рисунку 1.4.



Рисунок 1.4 – Система напрямів розвитку сфери охорони здоров'я:
державно-управлінський аспект

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.

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 1.5.

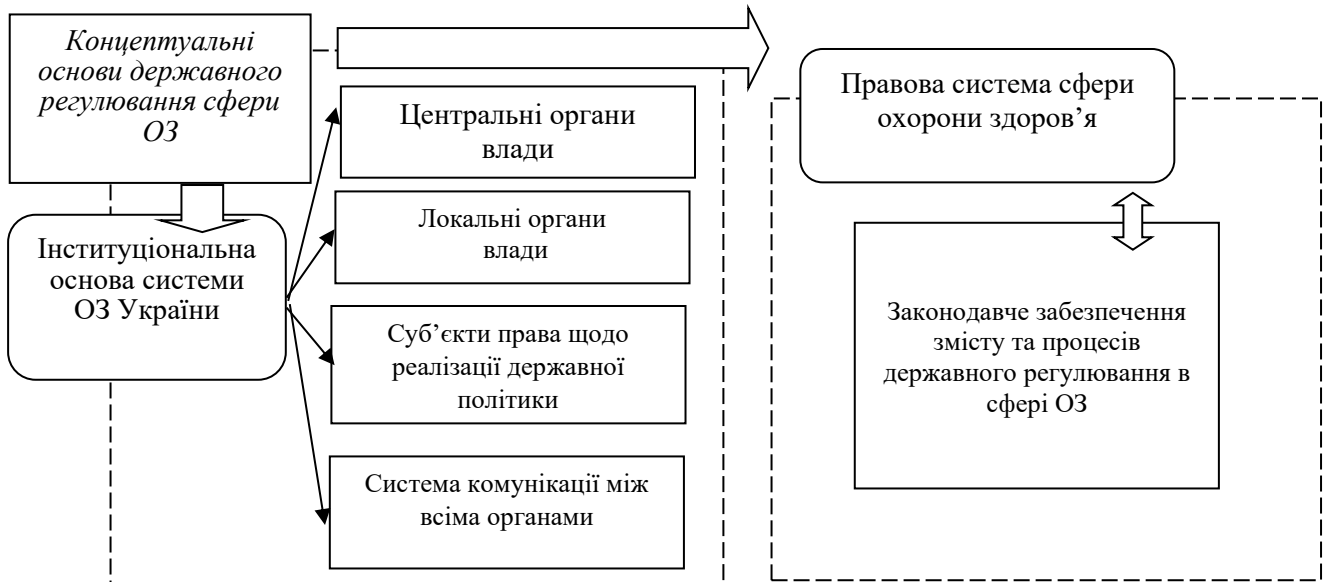


Рисунок 1.5 – Підсистеми концептуальних основ державного регулювання сфери ОЗ

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 [8, с. 130].

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 [9;10], 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) [11, с. 130].

Враховуючи євроінтеграційні прагнення України, жодне досліджуване питання наразі не може вважатися повноцінно розкритим без аналізу стану права Європейського Союзу щодо певно-го напрямку. Аналізуючи нормативно-правові та практичні засади реалізації інституту саморегулювання в Європейському Союзі, можна зробити такий висновок: хоча в Європейському Союзі відсутній уніфікований нормативний акт, який присвячений інституту саморегулювання, проте досвід держав-членів Європейського Союзу свідчить про те, що ефективні механізми поєднання державного регулювання та

саморегулювання значно підвищують рівень захисту прав споживачів у відповідних сферах. Водночас варто зауважити, що Європейське агентство з лікарських засобів (ЕМА) є регуляторним органом у Європейському Союзі, що відповідає за безпеку у сфері охорони здоров'я та зміцнення суспільного здоров'я, а також здійснює управлінські та контрольно-наглядові повноваження щодо впровадження нових діагностичних та терапевтичних засобів та технологій [12].

Особливої актуальності пошук та дотримання оптимального рівня балансу між державним регулюванням та саморегулюванням суспільних відносин набуває при дослідженні нового напрямку галузі охорони здоров'я - персоналізованої медицини. Це пов'язано, з одного боку, з високим рівнем вимог щодо державного регулювання у сфері охорони здоров'я, що цілком виправдано з точки зору захисту здоров'я як найвищої соціальної цінності. А з іншого - необхідністю надання доступу до новітніх підходів та методів лікування, які можуть на перших етапах не підпадати під усталені підходи державного регулювання, що пов'язано з їх інноваційним характером, та потребує у такому випадку достатнього рівня саморегулювання [13, с. 80].

У сфері охорони здоров'я відбуваються закономірні еволюційні процеси, які обіцяють змінити спосіб діагностики та лікування захворювань, зокрема поступове наближення до засад персоналізованої медицини. Цей інноваційний підхід пристосовує підходи до медичної діагностики та лікування до індивідуальних особливостей кожного пацієнта, пропонуючи потенціал для більш ефективного, результативного та безпечного медичного обслуговування. Персоналізована медицина використовує генетичні, геномні та інші дані про пацієнта для визначення найбільш оптимального плану лікування, але вона також створює унікальні регуляторні виклики для медико-біологічної галузі.

Сфера персоналізованої медицини наразі стоїть перед низкою регуляторних викликів, у зв'язку з чим важливою є розробка стратегії для їх подолання. Першочерговим є здійснення кроків, представлених на рисунку 1.6 [14].

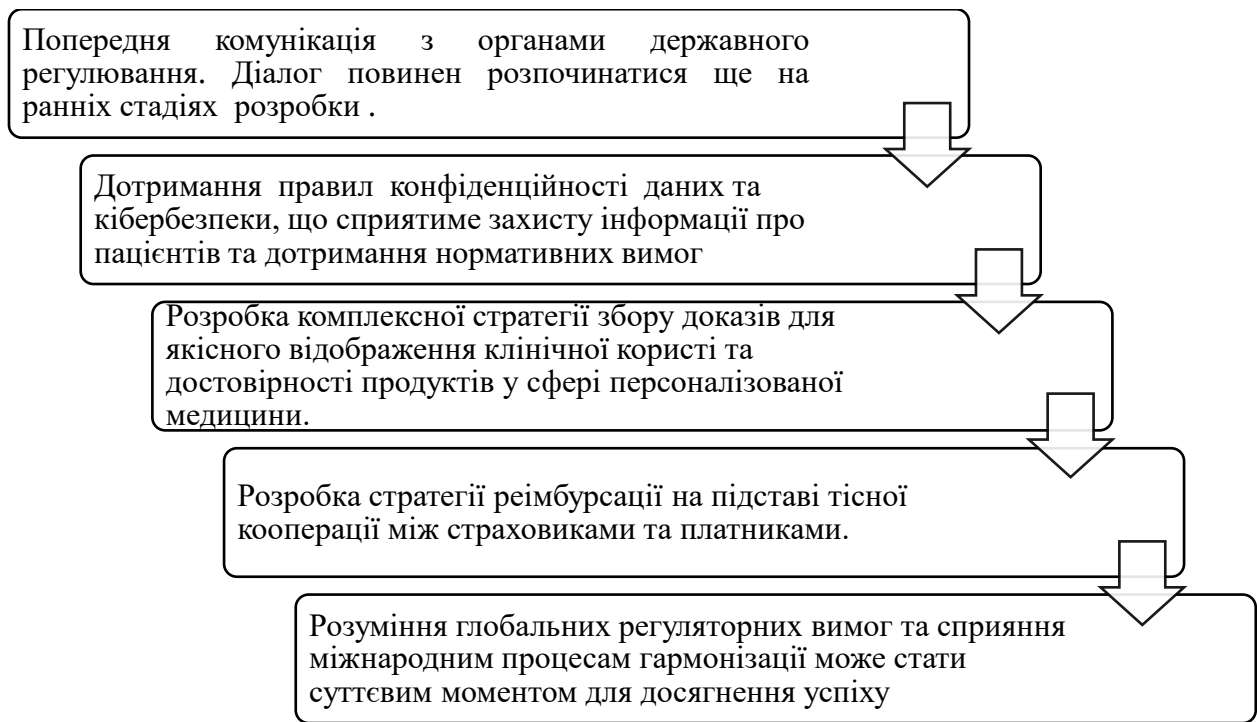


Рисунок 1.6 – Алгоритм впровадження персоналізованого підходу в сфері охорони здоров'я

Джерело: згруповано автором за даними [14]

Серед інших факторів регуляторної політики, які впливають на становлення персоналізованої медицини, виділяють:

- ✓ справедливий доступ до геномних технологій;
- ✓ освіта пацієнтів;
- ✓ навчання постачальників послуг;
- ✓ інфраструктура системи охорони здоров'я;
- ✓ наявність стимулювання R&D для промисловості;
- ✓ справедливість у використанні геномної інформації страховиками, роботодавцями, судами, школами, органами усиновлення, військовими і т.д.;
- ✓ психологічний вплив, стигматизація через нерозуміння фармакогеномної інформації;
- ✓ невизначеність і нерозуміння щодо генних тестів тощо [14, с. 25-26].

Аналіз та усвідомлення всіх цих ключових факторів є необхідним кроком у визначенні того, як консолідувати різного роду ресурси з метою впливу на становлення та розвиток напрямку персоналізованої медицини. З боку держави,

важливим є здійснення низки регуляторних повноважень, зокрема, щодо встановлення стандартів якості медичних послуг, визначення меж правосуб'єктності суб'єктів господарювання, що здійснюють діяльність у сфері персоналізованої медицини, створення спеціальних правових режимів для підтримки впровадження персоналізованої медицини, гарантування належного рівня захисту прав пацієнтів, забезпечення комунікації та координації діяльності у відповідній сфері між уповноваженими органами державної влади, суб'єктами господарювання (як закладами охорони здоров'я, так і фармацевтичними компаніями), страховими компаніями, пацієнтськими організаціями та іншими стейкхолдерами тощо [15, с. 28].

Водночас очевидним фактом є стримування ефективного функціонування відносно нового ринку продуктів та послуг у сфері персоналізованої медицини, а також розвитку інновацій, коли важіль державного регулювання значно переважає. Варто враховувати, що досягнення науки стимулюють швидкі зміни у сфері охорони здоров'я, які вимагають адаптації освітніх процесів, підтримання кваліфікації фахівців тощо. Балансуючим механізмом у цьому випадку є саморегулювання ринкових відносин: надання достатніх повноважень професійним об'єднанням суб'єктів господарювання щодо встановлення етичних правил, стандартів надання медичних послуг, певного рівня контролю за їх виконанням тощо. Таким чином, ідеальними умовами для розвитку ринку персоналізованої медицини є, з одного боку, встановлення державою правової рамки та умов функціонування ринку, а з іншого - можливості для професійних об'єднань самостійно розробляти, встановлювати та ухвалювати окремі правила та аспекти діяльності [16]. Тільки оптимальне поєднання відповідних механізмів спроможне забезпечити ефективний та стрімкий розвиток персоналізованої медицини в Україні.

РОЗДІЛ 2

ОЦІНКА СТАНУ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1 Організаційно-управлінський аспект державного регулювання сфери охорони здоров'я Сумської області

Основними інструментами, які використовуються на всіх рівнях системи 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). Аналіз діяльності Управління охорони здоров'я Сумської ОВА (далі - УОЗ СОВА) вказує на їх наступне структурне співвідношення, котрі представлено на рисунку 2.1 [17].



Рисунок 2.1 – Структурне співвідношення інструментів сфери охорони здоров'я Сумської області

Джерело: розраховано автором за даними [17]

Представлена на рисунку 2.1 структура методів державного регулювання сфери ОЗ Сумської області, визначає, що частка прямих адміністративно-економічних методів є найбільшою і складає 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%.

Стратегічні цілі розвитку системи ОЗ в рамках діяльності Управління охорони здоров'я 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 [17].

Інституції та їх функціональні характеристики в сфері державного регулювання розвитку ОЗ, представлені на рисунку 2.2.

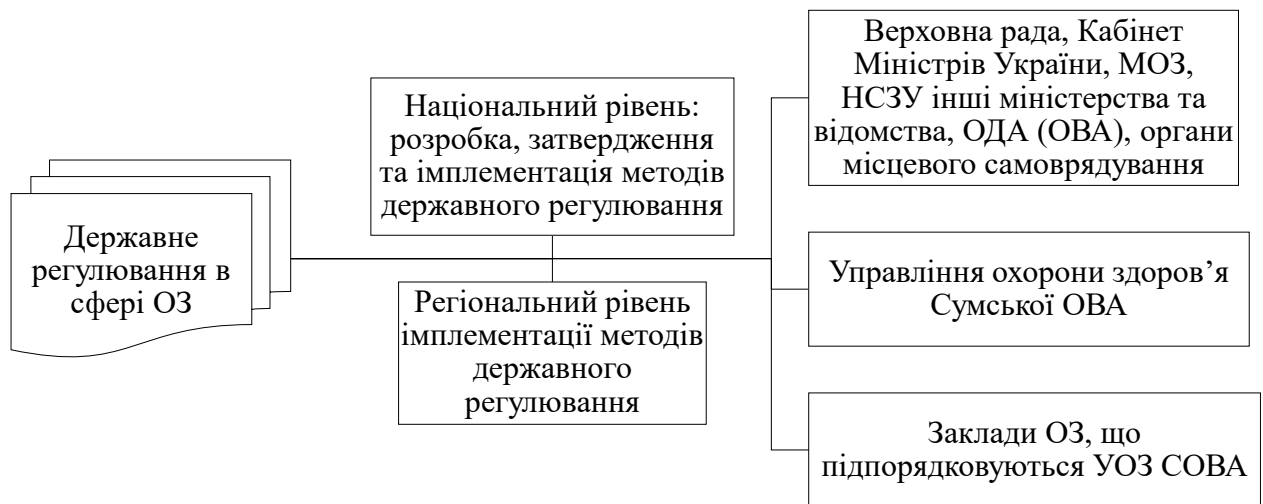


Рисунок 2.2 – Функціональні завдання інституцій державного регулювання сфери ОЗ

Джерело: [17]

У складі інституцій національного рівня Кабінет Міністрів України 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 УОЗ СОВА. У складі функцій УОЗ СОВА, 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.

Мережа медичних закладів сфери ОЗ Сумської області (таблиця 2.1) складається з надкластерних, кластерних, загальних та інших лікарень.

Таблиця 2.1 - Мережа медичних закладів сфери ОЗ Сумської області

Тип лікарні	Назва
Надкластерні лікарні, які визначені як профільні	«Сумська обласна клінічна лікарня» з приєднанням «Сумського обласного діагностичного центру.
	«Обласна дитяча клінічна лікарня»
	«Обласний клінічний перинатальний центр»
	«Медичний клінічний центр інфекційних хвороб та дерматології імені Зіновія Красовицького» з приєднанням «Регіонального клінічного фтизіопульмонологічного медичного центру» та «Обласного діагностичного центру у місті Шостка»
	«Обласна клінічна спеціалізована лікарня з приєднанням «Обласної спеціалізованої лікарні у місті Глухів»
	«Сумський обласний клінічний кардіологічний диспансер»
	«Сумський обласний клінічний онкологічний центр»
Кластерні лікарні (по одному закладі у Конотопському, Роменському, Охтирському, Шосткинському та два заклади у Сумському районі.	Центральна міська клінічна лікарня» з приєднанням «Дитячої клінічної лікарні Святої Зінаїди» та «Клінічної лікарні №4»
	«Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» з приєднанням «Клінічної лікарні №5»
	«Конотопська центральна районна лікарня імені академіка Михайла Давидова»
	«Охтирська центральна районна лікарня»
	«Роменська центральна районна лікарня»
	«Шосткинська центральна районна лікарня» з приєднанням «Шосткинської дитячої лікарні»
Загальні лікарні	«Білопільська міська лікарня»
	«Краснопільська лікарня»
	«Лебединська лікарня імені лікаря К. Зільберника»
	«Кролевецька лікарня»
	«Путивльська міська лікарня»
	«Тростянецька міська лікарня»
	«Недригайлівська лікарня»
	«Глухівська міська лікарня»
	«Ямпільська лікарня»
	«Буринська лікарня»
Заклади первинної ланки	50 юридичних осіб комунальної форми власності, 306 місць надання первинної допомоги, в тому числі 161 — лікарської допомоги (амбулаторії групової або моно-практики первинної допомоги.
Екстрена медична допомога	5 станцій, 14 підстанцій та 37 пунктів постійного базування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги.

Джерело: сформовано автором за даними [17]

Зміна підходів щодо фінансування лікувальних закладів визначає базовим напрямом співпрацю з НСЗУ в рамках надання медичних послуг населенню. Так, в 2023 р. структура амбулаторних та стаціонарних послуг мережі лікувальних закладів, котрі підпорядковуються УОЗ СОВА, представлена на рисунку 2.3.

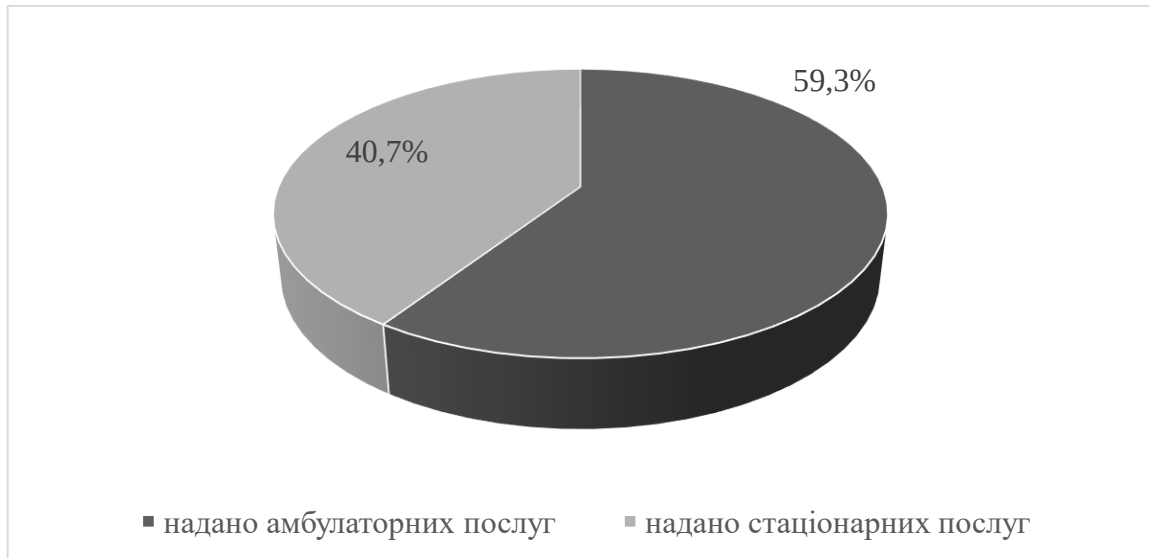


Рисунок 2.3 – Структура наданих медичних послуг лікувальних закладів Сумської області в рамках співпраці з НСЗУ, 2023 р.

Джерело: [17]

Наведені на рисунку 2.3 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.

За результатами аналізу концептуальних засад державної політики надання якісних медичних послуг населенню окреслено важливість проведення ефективної кадрової політики. Одним із аспектів досягнення розвитку в розрізі даного складника є розробка стратегій розвитку кадрового потенціалу на рівні управлінь охорони здоров'я, управлінь охорони здоров'я територіальних громад та лікувальних закладів всіх рівнів.

Структура працівників сфери охорони здоров'я Сумської області, представлена на рисунку 2.4.

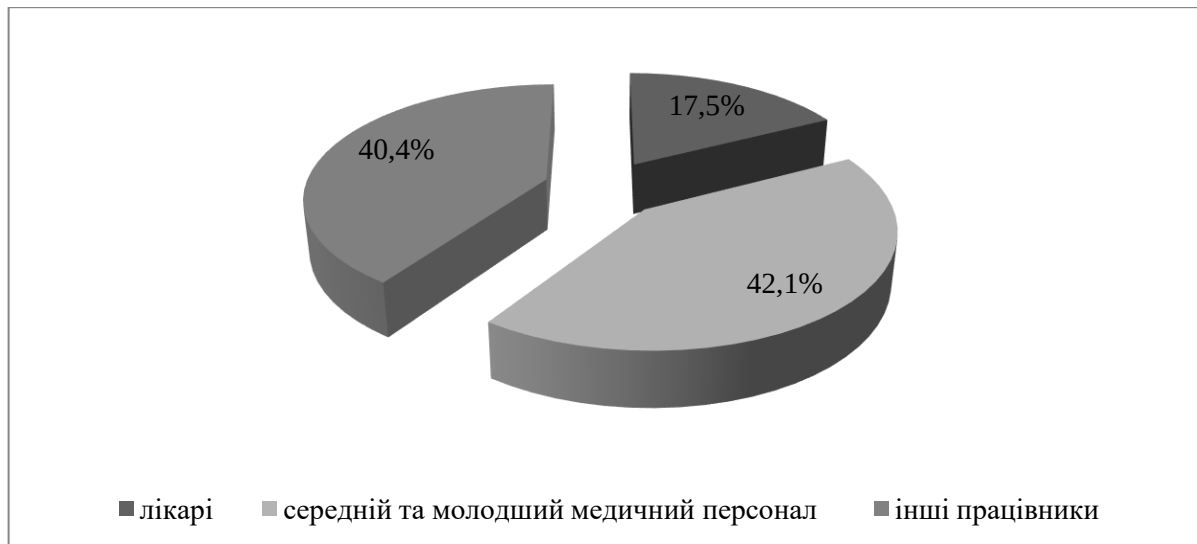


Рисунок 2.4 – Структура кадрового складу лікувальних закладів сфери ОЗ Сумської області, 2023 р.

Джерело: [17]

Структура працівників галузі охорони здоров'я Сумської області в 2023 р. сформована наступним чином: частка лікарів – 17,5%, 40,4% - середній та молодший медичний персонал, інші працівники – 42,1%. Зауважимо, що в 2023 р. в порівнянні з 2021 р. спостерігається негативна динаміка в частині забезпеченості лікарями на 10,0 тис. населення, котра знизилась з 36,4 од. в 2021 р. до 34,6 од. в 2023 р. Аналогічною є тенденція і в частині забезпеченості середнім та молодшим медичним персоналом, котра характеризується зменшенням з 88,9 од. на 10,0 тис. населення до 82,8 од. Особи пенсійного віку складають серед лікарів 20%, середніх медичних працівників – 5,5% (2022 рік – 21,9% та 7,2% відповідно, 2021 рік – 22,1% та 6,8% відповідно).

Дані свідчать про важливість вирішення питання щодо дефіциту лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу закладів охорони здоров'я в цілому по області, так в 2023 році дефіцит лікарів склав 1610 осіб, що перевищило показник 2021 р. на 5,8%. В розрізі молодшого персоналу з медичною освітою брак кадрів в 2023 р. визначено на рівні 1323 особи, ріст рівня нестачі фахівців в порівнянні з 2022 р. склав 9,1%.

Динаміка укомплектованості в розрізі профільних фахівців наведена в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2 – Динаміка кадрового забезпечення профільними фахівцями сфери ОЗ Сумської області, 2021-2023 рр.

Фах лікаря	2021 рік	2022 рік	2023 рік	Відхилення, %	
				2023 р. до 2021 р.	2023 р. до 2022 р.
лікарі з лікувальної фізкультури	34,8	48,8	39,0	1,1	0,8
інфекціоністи	73,0	68,4	46,4	0,6	0,7
фтизіатри	65,2	63,8	58,6	0,9	0,9
ендоскопісти	59,0	60,4	60,2	1,0	1,0
нефрологи	61,5	60,7	63,0	1,0	1,0
терапевти, всього	66,4	69,8	64,1	1,0	0,9
педіатри-неонатологи	69,3	67,3	64,3	0,9	1,0
лікарі з функціональної діагностики	58,8	57,4	66,3	1,1	1,2
лікарі-психологи	43,2	62,5	69,0	1,6	1,1
лікарі з ультразвукової діагностики	71,6	68,3	69,8	1,0	1,0

Джерело: [17]

В цілому укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами закладів охорони здоров'я всіх типів в 2023 р. складає 69,6%, тобто загальну тенденцію показника можна оцінити як стало негативну. Представлені в таблиці 2.2 дані вказують на дефіцит фахівців в розрізі таких спеціальностей, як: лікарі з лікувальної фізкультури, інфекціоністи, фтизіатри, ендоскопісти, нефрологи, терапевти, педіатри-неонатологи, лікарі з функціональної діагностики, лікарі-психологи, лікарі з ультразвукової діагностики.

Надання первинної медичної допомоги є одним із базових складників державної політики забезпечення надання якісних медичних послуг населенню. Розглянемо стан забезпеченості кадрами лікувальних закладів первинної медичної допомоги, котра представлена в таблиці 2.3.

Представлені в таблиці 2.3 дані підтверджують важливість розробки комплексу заходів для підвищення рівня укомплектованості закладів первинної ланки. Досягнення прогресу в сфері надання якісних медичних послуг не можливо без кваліфікованих медичних працівників, саме тому важливим є проведення оцінки кваліфікації медичних працівників та запровадження комплексу заходів щодо їх підвищення.

Таблиця 2.3 – Динаміка кадрового забезпечення закладів первинної ланки Сумської області, 2021-2023 р.

Посади/фізичні особи В цілому по закладах охорони здоров'я	Всього лікарів		у т.ч.:						Відхилення, 2023 р. до 2021 р., %
			лікарі загальної практики - сімейні лікарі		лікарі - педіатри		лікарі - терапевти		
	2021 р.	2023р.	2021 р.	2023р.	2021 р.	2023р.	2021 р.	2023р.	
штатні	850,0	834,0	575,0	564,25	193,5	192,5	81,5	77,3	98,1
зайняті	689,3	673,0	461,8	449,5	163,8	163,8	63,8	59,8	97,6
фізичні особи	651	636	441	426	155	156	55	54	97,7
Рівень укомплектованості штатних посад фізичними особами, %	76,6	76,3	76,7	75,5	80,1	81,0	67,5	69,9	99,6

Джерело: [17]

Так, за підсумками 2023 р., атестаційними комісіями було проатестовано на присвоєно (підтверджено) кваліфікаційні категорії 721 лікарю та 1613 молодшим спеціалістам з медичною освітою, в порівнянні з 2021 р. кількість проатестованих працівників збільшилась на 7,7% та 9,5% відповідно.

Одним із показників, котрі впливають на якість надання медичних послуг є рівень атестації медичних працівників. Так, за підсумками 2023 р. Сумська область є одним із лідерів, адже рівень атестованих лікарів, яким присвоєно атестаційну категорію складає 78,6% до загальної кількості працюючих лікарів. При цьому зауважимо, що даний показник дещо збільшився в порівнянні з 2022 р. на 3,0%. Аналогічною є тенденція щодо молодших спеціалістів з медичною освітою, котрим присвоєна атестаційна категорія, частка яких в 2023 р. склала 77,7% від загальної кількості працюючих, зростання в порівнянні до попереднього року 1,6%.

Динаміка структури кваліфікаційних медичних кадрів лікувальних закладів Сумської області представлена на рисунку 2.5.

Представлені на рисунку 2.5 дані, вказують, що найбільшою протягом досліджуваного періоду була частка лікарів з вищою кваліфікаційною категорією. Позитивною є динаміка зростання частки лікарів з вищою категорією в 2023 р. в порівнянні з 2021 р. на 1,6%.

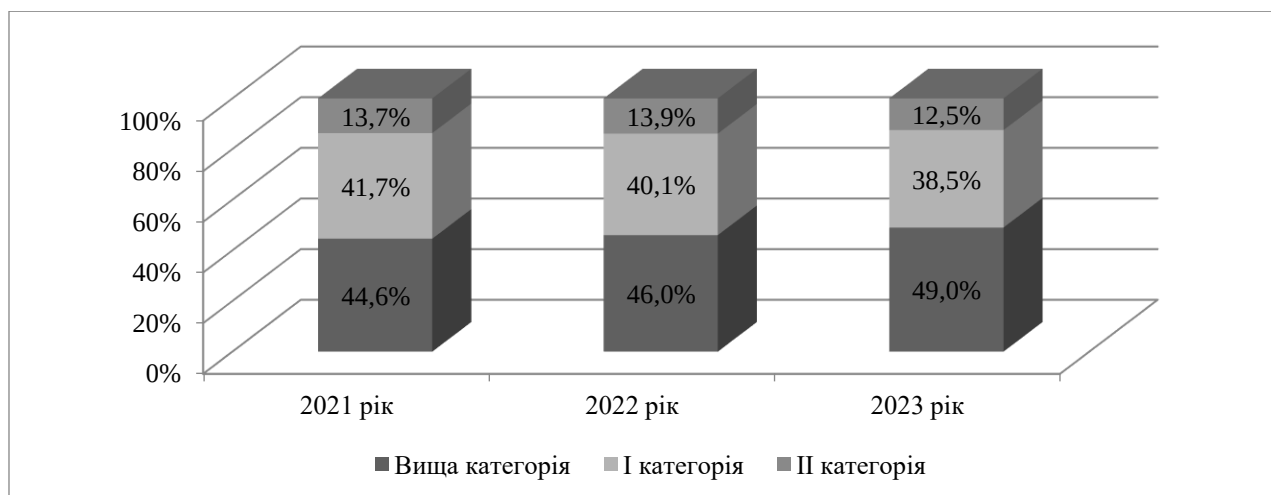


Рисунок 2.5 – Структурне співвідношення кваліфікаційних характеристик лікарів в розрізі лікувальних закладів Сумської області, 2021-2023 рр.

Джерело: згруповано автором за даними [17]

Найменшою є частка лікарів, котрі мають II категорія, котра в загальній структурі в 2023 р. склала 12,5%, що є меншим за показник 2021 р. на 1,2%. Дана тенденція вказує на важливість впровадження мотиваційних заходів орієнтованих на підвищення атестаційних категорій лікарів.

Розглянемо динаміку зміни стану атестації молодшого медичного персоналу в розрізі лікувальних закладів Сумської області, котрі представлено на рисунку 2.6.

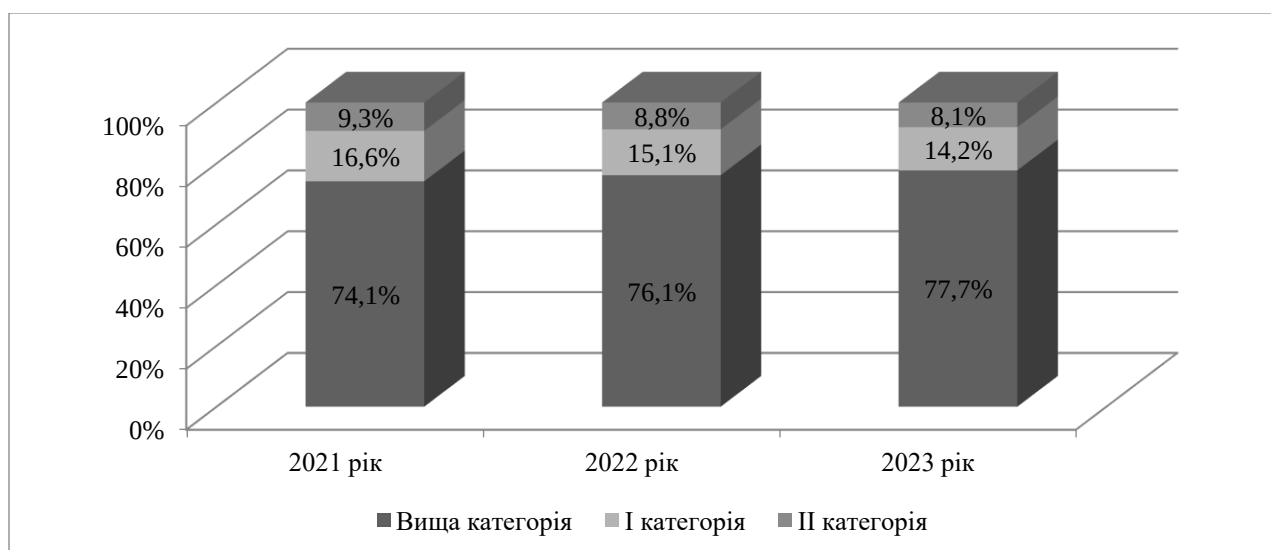


Рисунок 2.6 - Динаміка структури кваліфікаційних характеристик молодшого медичного персоналу лікувальних закладів Сумської області , 2021-2023 рр.

Дані, представлені на рисунку 2.6 свідчать про те, що частка молодшого медичного персоналу лікувальних закладів Сумської області з вищою категорією є найбільшою і складала в 2023 р. - 77,7%. Відповідно, найменшою є частка молодшого медичного персоналу (8,1%), що мають другу категорію, що свідчить про достатньо високий рівень кваліфікації молодшого медичного персоналу.

2.2 Оцінка результативності державного регулювання в сфері ОЗ щодо доступності та якості

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 2.7.



Рисунок 2.7 – Базові складники оцінки стану державного регулювання сфери ОЗ

Джерело: [18]

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 показників стану здоров'я населення Сумської області за період 2021-2023 рр., котрі представлено в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4 - Динаміка показників стану здоров'я населення Сумської області, 2021-2023 рр.

Показники стану здоров'я населення	2021 рік	2022 рік	2023 рік	Відхилення 2023 р. до 2021 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]

Представлені в таблиці 2.4 показники, котрі характеризують стан здоров'я населення, свідчать про зростання смертності немовлят в 2023 р. в порівнянні з 2021 р. на 22,0%, а в порівнянні з 2022 р. зменшилась на 14,3%. При цьому протягом 2021-2023 рр. відсутні випадки материнської смерті, котра в 2021 р. склала 13,9 осіб на 100,0 тис. народжених живими. Показники оцінки рівня первинної інвалідності, як населення працездатного віку, так і дитячого населення за період 2021-2023 рр. характеризують незначною варіаційною розбіжністю. Так, в 2023 р. в порівнянні з 2021 р. відбулось скорочення рівня первинної інвалідності працездатного віку та дитячого населення на 1,5% та 9,4% відповідно. Також слід відмітити позитивну динаміку в частині зростання кількості пологів в 2023 р. в порівнянні з 2021 р. на 7,1%.

Оцінюючи другу групу показників, котрі лежать в сфері ОЗ, розглянемо показники громадського здоров'я по Сумській області, котрі представлені в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5 – Динаміка показників громадського здоров'я Сумської області, 2021-2023 рр.

Показники профілактичної роботи	2021 рік	2022 рік	2023 рік	Відхилення 2023 р. до 2021 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 новонароджених 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]

Дані, представлені в таблиці 2.5, формують групу оціночних індикаторів, котрі дозволяють провести оцінку результативності в сфері громадського здоров'я. Так, за результатами аналізу визначено, що своєчасність проведення первинного вакцинального комплексу дітям до 1 року знизилась на 23,5% в 2023 р. в порівнянні з 2021 р. В частині роботи з профілактикою туберкульозу окреслено незначне зниження показника охоплення туберкулінодіагностикою дитячого населення в 2023 р. в порівнянні з 2021 р., що склало 3,8%.

В частині охоплення 2-х разовим ультразвуковим скринінгом вагітних у термін до 22 тижнів та охоплення обстеженням на ВІЛ-інфекцію вагітних жінок по Сумській області визначено незначну позитивну динаміку в 2023 р. в порівнянні з 2021 р. В цілому даний показник досягає майже стовідсоткового значення, що вказує на результативність реалізації державної політики в сфері проведення громадського здоров'я.

В частині оцінки захворюваності на алкогольні психози встановлено динаміку скорочення досліджуваного показника в 2023 р. в порівнянні з 2021 р.

на 4,3%, що вказує на актуальність зміни підходів щодо здорового способу життя. Реалізація заходів щодо підтримки здоров'я населення та проведення профілактичної роботи є базовими елементами системи громадського здоров'я. Проте, слід зазначити, що до складу основних елементів також відносяться такі індикатори, як: доступність та якість медичної допомоги, впровадження пріоритетних форм забезпечення медичної допомоги та ресурсне забезпечення закладів охорони здоров'я. Досягнення позитивної динаміки в розрізі зазначених показників забезпечить підвищення якості надання медичних послуг.

Для оцінки зміни стану надання доступних та якісних медичних послуг в Сумській області було досліджено показники, котрі представлено в таблиці 2.6.

Таблиця 2.6 – Динаміка оціночних характеристик доступності та якості послуг сфери ОЗ Сумської області, 2021-2023 рр.

Показники доступності та якості медичної допомоги	2021 рік	2022 рік	2023 рік	Відхилення 2023 р. до 2021 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]

Представлені в таблиці 2.6 дані вказують на те, що післяопераційна летальність при гострій хірургічній патології збільшилась в 2023 р. в порівнянні з 2021 р. на 25,0%. Динаміка дорічної летальності серед первинно виявлених

онкохворих, також характеризується тенденцією до зростання протягом аналізованого періоду, котра склала 4,0%. В якості позитивного аспекту слід відмітити наявність динаміки зменшення питомої ваги злоякісних новоутворень, виявлених вперше в III стадії (візуальні форми захворювань, в %) та в IV стадії (в %) на 3,0% та 1,0% відповідно в 2023 р. в порівнянні з 2021 р. Відсутні зміни протягом аналізованого періоду кількості смертельних випадків від туберкульозу (на 100 тис. населення). Показник питомої ваги бактеріовиділювачів серед вперше виявлених хворих на туберкульоз (в %, інформативний показник) зменшився в 2023 р. в порівнянні з 2021 р. на 0,3%.

Позитивним є відсутність випадків черепно-мозкових, спінальних травм у новонароджених (на 10000 народжених живими, інформативний) протягом досліджуваного періоду. В цілому аналіз оціночних характеристик доступності та якості медичної допомоги моделі пацієнт орієнтованого управління, визначив наявність різновекторних тенденцій, котрі потребують додаткової регламентації. Продовжуючи огляд результативності державного регулювання доцільно розглянути перелік показників, котрі характеризують динаміку впровадження пріоритетних форм забезпечення медичної допомоги, котрі представлені в таблиці 2.7.

Таблиця 2.7 – Динаміка показників впровадження пріоритетних форм забезпечення медичної допомоги сфери ОЗ Сумської області, 2021-2023 рр.

Показники	2021 рік	2022 рік	2023 рік	Відхилення 2023 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 [41]

В цілому досліджувані показники, представлені в таблиці 2.7, не зазнали кардинальних змін, зокрема, відбулось не значне зменшення кількості посад сімейних лікарів на 10000 населення, рівень забезпеченості якими, в Сумській області, зменшилась в 2023 р. в порівнянні з 2021 р. на 1,9%. Також встановлено незначну динаміку щодо укомплектованості фізичними особами штатних посад сімейних лікарів, котра характеризується зменшенням на 0,3% в 2023 р. в порівнянні з 2021 р.

Одним із складників, котрий характеризує результативність державного регулювання сфери ОЗ Сумської області є ресурсне забезпечення закладів охорони здоров'я (таблиця 2.8). Проведений аналіз в розрізі всіх груп показників засвідчив про наявність динаміки між показниками 2022-2023 рр. в порівнянні з 2021 р., що підтверджує актуальність процесів реформування сфери охорони здоров'я та запровадження нових інструментів.

Таблиця 2.8– Динаміка ресурсного забезпечення сфери ОЗ Сумської області, 2021-2023 рр.

Показники доступності та якості медичної допомоги	2021 рік	2022 рік	2023 рік	Відхилення 2023 р. до 2021 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 звітнього періоду (%)	100,0	100,0	100,0	100,0
Питома вага атестованих середніх медичних працівників від тих, хто підлягав атестації, на кінець звітнього 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]

Проведений аналіз в сфері ОЗ визначив наявність низки проблемних питань щодо громадського здоров'я та кадрового забезпечення. Однак слід

зазначити, що в цілому лікувальні заклади Сумської області та УОЗ СОВА результативно взаємодіють та є гнучкими до змін, котрі впроваджуються в рамках державного регулювання розвитку системи ОЗ.

2.3 Аналіз результативності державного регулювання впровадження пацієнт-орієнтованої моделі

Одним із факторів, що безпосередньо впливають на якість надання медичних послуг населенню є кількість відкритих пакетів медичних послуг в рамках співпраці з НСЗУ. В 2023 р. в Сумській області було надано 10041 амбулаторну послугу та 7147 наданих стаціонарних послуг. Розглянемо групи послуг в розрізі стаціонарної та амбулаторної допомоги сфери ОЗ Сумської області, представлені в таблиці 2.9.

Таблиця 2.9 – Характеристика амбулаторних та стаціонарних послуг сфери ОЗ Сумської області, 2023 р.

Групи послуг	Надавачів	Випадків	Оплачено
Амбулаторні послуги	17	10041	5364537
Бронхоскопія	4	505	558733
Гістероскопія	7	168	385946
Езофагогастродуоденоскопія	12	2670	2189309
Колоноскопія	8	906	977098
Мамографія	9	5681	1159606
Цистоскопія	4	111	93845
Стаціонарні послуги	14	7147	113844410
Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках	3	722	22457639
Медична допомога при гострому інфаркті міокарда	2	366	8959969
Медична допомога при гострому мозковому інсульті в стаціонарних умовах	7	2011	49492153
Медична допомога при пологах	9	4048	32934649
Всього:	23	17188	119208947

Джерело: [17]

Представлена в таблиці 2.9 характеристика медичних послуг в розрізі амбулаторної та стаціонарної допомоги свідчить, що в розрізі амбулаторних послуг найбільшою є кількість послуг по мамографії

езофагогастроуденоскопії, котрі надавались 9 та 12 надавачами відповідно. В розрізі стаціонарної допомоги найбільше було надано послуг з медичної допомоги при пологах, а саме 4048 випадків, 7 надавачами послуг. На другому місці за кількістю випадків медичної допомоги при гострому мозковому інсульті в стаціонарних умовах, а саме 2011. Визначена динаміка, в цілому окреслює загальнонаціональні тенденції. Враховуючи впроваджені зміни в частині функціонування галузі охорони здоров'я важливим є розширення напрямів співпраці з НСЗУ.

Одним із комплексних індикаторів, котрий характеризує стан функціонування сфери ОЗ є показники доступності та якості послуг у сфері охорони здоров'я, котрі затверджені Постановою Кабінету Міністрів України від 21.10.2015 № 856. Представлені в таблиці 2.10 дані свідчать про зростання загального коефіцієнту смертності на 1000 наявного населення в 2021 р. в порівнянні з 2019 р. на 1,1. В 2021 р. в порівнянні з 2019 р. в Сумській області встановлено зниження кількості новонароджених на 1000 наявного населення з 6,5 до 5,7. Позитивною є динаміка щодо зниження захворюваності на туберкульоз у порівнянні з 2019 роком у 1,5 рази – з 49,9 до 32,9 на 100 тис. населення (по Україні у 2020 році – 34,3).

Таблиця 2.10 – Динаміка показника стану функціонування сфери ОЗ Сумської області, 2021-2023 рр.

Показник	2021 рік	2022 рік	2023 рік	Відхилення 2023 р. до 2021 р., %
Загальний коефіцієнт смертності на 1000 наявного населення	16,4	16,2	17,5	1,1
Середня очікувана тривалість життя при народженні, років	72,3	72,4	72,4	0,1
Кількість живо народжених на 1000 наявного населення	6,5	6,0	5,7	-0,8
Планова ємність амбулаторно-поліклінічних закладів на 10,0 тис. населення, тис. відвідувань за зміну	246,7	248,1	243,2	-3,5
Кількість хворих з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу на 100,0 тис. населення, осіб	55,1	49,9	32,9	-22,2

Джерело: [17]

Протягом 2023 року в області вперше виявлено 351 хворого на туберкульоз. На сьогодні понад 80% усіх смертей в Україні зумовлені серцево-судинними захворюваннями, цукровим діабетом, раком, хронічними обструктивними захворюваннями легень і розладами психічного здоров'я. Саме тому профілактика й раннє діагностування є одним із ключових аспектів у трансформації системи охорони здоров'я в Україні. Міністерство охорони здоров'я України вже почало впроваджувати заходи із профілактики хвороб, що викликані не інфекціями, а способом життя та умовами навколишнього середовища (тютюнокуріння, вживання алкоголю, нездорового харчування, недостатньої фізичної активності тощо). Отже, активізація профілактичного напрямку є одним із найбільш перспективних напрямів у Програмі реформ медичної сфери. В рамках реалізації проекту щодо розрахунку індексу здоров'я, було проведено низку опитувань, як в розрізі областей, так і в цілому по Україні, результати якого можуть бути використані в якості основи для удосконалення державної політики надання якісних медичних послуг населенню.

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. Підвищення ефективності профілактики захворювань, забезпечення їх раннього виявлення та лікування сприятиме значному поліпшенню якості життя і здоров'я населення України. Результати самооцінювання стану здоров'я наведено на рисунку 2.8.

Чоловіки традиційно оцінюють стан свого здоров'я дещо краще – 58,1% позитивних оцінок порівняно з 43,3% серед жінок. Водночас жінки частіше схильні називати своє здоров'я посереднім (42,1% проти 32,8% серед чоловіків) або поганим (14,5% проти 9,1% серед чоловіків). Очікувано, оцінювання стану здоров'я пов'язані з віком: позитивні оцінки дали 82,9% в групі 18–29 років, 69,5 – 30–44 роки, 42,7 – 45–59 років та 16,9% – 60 років і старші. Навпаки, поганим

своє здоров'я назвали 28,8% у найстаршій групі 60+, 10,3% – серед 45–59-літніх, 3,5% – серед 30–44-літніх та 1,3% – у групі віком до 30 років.

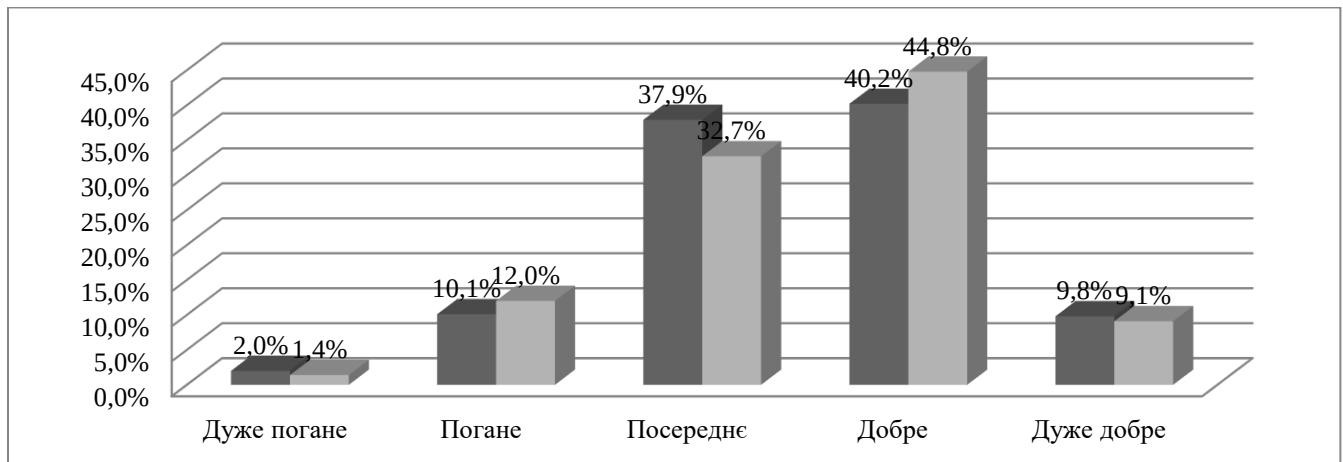


Рисунок 2.8 – Результати самооцінюванням стану здоров'я, Сумська область та Україна, 2023 р.

Джерело: [17]

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. Порівняно з попередніми роками частка тих, хто вважає своє здоров'я добрим або дуже добрим, неістотно зросла – до 50,0% при 48,4% у 2022 р. та 46,6% у 2021 р. Окрім того, зростає середнє значення цієї оцінки за п'ятибальною шкалою – від 3,34 бала у 2021 р. до 3,41 бала у 2022 р. та 3,46 бала у 2023 р.

Результати опитування показують, що самолікування є найпоширенішою практикою населення в разі хвороби, до нього вдається майже половина (45,4%) опитаних дорослих: 31,7% віддають перевагу самостійному фармакологічному лікуванню, ще 13,7% лікуються за допомогою народних засобів. Звернення до

медичного працівника є типовою поведінкою в разі хвороби для більш ніж третини населення (37,4%): 27,0% звертаються до сімейного/дільничного лікаря, 3,7% звертаються безпосередньо до вузького спеціаліста, 2,6% мають лікарів серед родичів, друзів чи знайомих, 2,9% викликають швидку допомогу, а 1,2% звертаються одразу до стаціонару. Водночас 9,4% респондентів вказали, що їхнє рішення щодо подальшого лікування, як правило, залежить від симптомів.

Порівняно з результатами попередніх років спостерігається поступове зростання частки тих, хто в разі захворювання звертається по допомогу до медичного працівника (з 29,0% у 2021 р. до 33,8% у 2022 р. та 37,4% у 2023 р.), хоча сумарна частка прихильників самолікування при цьому значуще не змінилася (близько 45–47%).

Таблиця 2.11 – Структурне співвідношення дій громадян в разі хвороби, Сумська область та Україна, 2023 р.

Перелік дій громадян в разі хвороби	Україна	Сумська область
Самостійно лікуються народними засобами без ліків, %	13,7	9,6
Самостійно лікуються за допомогою ліків, %	31,7	37,6
Просять поради у провізора / фармацевта в аптеці, %	5,4	9,3
Викликають швидку допомогу, %	2,9	2,3
Звертаються до сімейного лікаря / дільничного терапевта, %	27,0	26,9
Звертаються безпосередньо до вузького спеціаліста амбулаторії чи поліклініки, %	3,7	4,8
Звертаються безпосередньо до спеціаліста стаціонару, %	1,2	0,9
Звертаються до фахівців нетрадиційної медицини, %	0,4	0,9
Радяться з лікарями, які є їхніми родичами, друзями, знайомими, %	2,6	1,2
Шукають в Інтернеті спосіб лікування хвороб за схожими симптомами, %	0,8	2,1
Вдаються до інших дій, %	0,1	0,0
Нічого не роблять, %	1,0	0,0
Залежить від симптомів, %	9,4	4,4

Джерело: [17]

Водночас у групі респондентів, які віддають перевагу самолікуванню, частка тих, хто лікується з допомогою лікарських засобів, не змінилася за рік (31,6% у 2022 р. порівняно із 31,7% у 2021 р.), а частка тих, хто покладається на методи народної медицини, продовжує скорочуватися (19,4% у 2021 р., 15,5% у 2022 р. і 13,7% у 2023 р.). Продовжується зростання звернень по допомогу до

медичних працівників за рахунок почастищення візитів до сімейного/дільничного лікаря (18,6% у 2021 р., 23,1% у 2022 р. і 27,0% у 2023 р.).

Встановлені відмінності в поведінці в разі хвороби за соціально-демографічними групами. Найбільше вдаються до самолікування люди у віці 60 років і старші (49,7%), з нижчою за загальну середню освіту (49,7%), з повною загальною середньою (49,0%) та професійно-технічною освітою (47,5%). Молодь рідше обирає стратегію самолікування (40,2% у групі віком 18–29 років). Відчутно частіше звітують про свої звернення до медичних працівників у разі хвороби жінки (у 2021 р. – 31,0%, у 2022 р. – 36,8%, у 2023 р. – 40,1%) й особи з повною вищою освітою. Натомість значно менше зафіксовано звернень по професійну медичну допомогу з боку чоловіків (45,3% у 2021 р., 48,2% у 2022 р., 34,1% у 2023 р.). Серед позитивних змін варто відзначити зменшення самолікування серед осіб з найбільш бідніших сімей і зростання звернень до медичних працівників, переважно сімейного лікаря або дільничного терапевта.

Таблиця 2.12 – Частки показників, що негативно впливають на звернення до лікаря, Сумська область та Україна, 2023 р.

Показники	Україна	Сумська область
Занадто дорого (послуги, ліки, транспорт), %	17,7	4,7
Не довіряю медичному персоналу, їхній кваліфікації, %	17,5	19,9
Погане ставлення персоналу, грубість, хамство, %	6,0	23,3
Великі черги у лікарнях, %	18,0	24,2
Немає транспортного сполучення, %	4,8	14,0
Знають, як лікувати, з попереднього досвіду, %	47,7	43,4
Не знають, до кого звернутися, %	2,7	12,5
Очікували, що хвороба пройде сама, не сильно турбувала, %	29,3	3,9
Інші причини, %	0,9	0

Джерело: [42]

Жителів міста частіше спиняють великі черги до лікаря, а для сільських мешканців вагомою перешкодою є відсутність транспортного сполучення. Мешканці сільської місцевості частіше чекають на поліпшення без лікарської допомоги порівняно з містянами. Висока вартість лікування, очікувано, є

найгострішим питанням для найбільш соціально вразливих категорій населення: старших вікових груп та людей із низьким доходом (таблиця 2.12). Частіше звертаються до медичного працівника в разі нездужання жінки (65,9%), аніж чоловіки (59,8%), а також респонденти старших вікових груп: 66,1% опитаних віком 60 років і старших проти 58,3% 18–29-літніх, котрі впродовж останнього року хворіли. Розбіжності у зверненні до лікаря серед мешканців сільської та міської місцевості відсутні.

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. Незмінною залишається вагомість вартості лікування як перешкоди для звернення до лікаря 17,7% у 2023 р. Проведений аналіз в цілому позитивно характеризує динаміку змін в сфері державної політики забезпечення надання якісних медичних послуг населенню. Однак є низка проблемних питань в частині відсутності єдиного підходу до показників оцінки.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1 Удосконалення організаційно-управлінського аспекту державного регулювання сфери охорони здоров'я

Формування належної і дієвої системи медико-технологічних документів надання медичної допомоги передбачає, також, постійне її оновлення та відміну чинності документів, що не відповідають принципам доказової медицини, або ж втратили актуальність. Водночас, не зважаючи на достатнє нормативне забезпечення процесів стандартизації медичних послуг, існує методична недосконалість та незавершеність розроблення інструментарію підвищення якості надання таких послуг, формальність їх використання, відсутність програм впровадження системи управління якістю за вимогами і рекомендаціями міжнародних стандартів ISO. Саме тому пріоритетним напрямом в забезпеченні надання державних гарантій якості медичних послуг є розробка та впровадження таких систем в практичну діяльність закладів охорони здоров'я як дієвого інструменту удосконалення організаційно-управлінського аспекту державного регулювання сфери охорони здоров'я [19].

В цьому контексті зростає значення запровадження ефективних схем, методів та механізмів управління якістю в системі охорони здоров'я та кожному конкретному закладі охорони здоров'я. Загалом, управління якістю є скоординованою діяльністю, яка полягає у спрямуванні та контролюванні системи охорони здоров'я на всіх рівнях щодо якості медичної допомоги. Управління якістю медичної допомоги ґрунтується на отриманні об'єктивної, повної та достовірної інформації про реальні події, встановленні відповідності наданих медичних послуг затвердженим стандартам медичної допомоги та клінічним настановам.

В умовах реформування сфери охорони здоров'я важливого значення набуває проблема підвищення якості, власне системи управління закладами охорони здоров'я, основною метою якого є забезпечення його спроможності надавати якісну медичну допомогу в достатньому для споживача обсязі. Відповідно, критерієм якісного управління стає ступінь задоволеності споживача рівнем якості отриманої допомоги. Досягнення зазначеної мети залежить від низки чинників, що мають зовнішній та внутрішній характер. Основними з них є [20]:

- ✓ ефективність організаційної побудови та системи управління охороною здоров'я в державі в цілому;
- ✓ напрями та обґрунтованість пріоритетів здійснюваних реформ галузі;
- ✓ достатність обсягів та актуальність джерел фінансування її розвитку;
- ✓ рівень використовуваних сучасних медичних технологій та обладнання;
- ✓ наявність висококваліфікованих медичних кадрів та кадрова забезпеченість закладів охорони здоров'я;
- ✓ стан запровадження систем забезпечення якості медичної допомоги в управлінську діяльність;
- ✓ наявність чітких та зрозумілих стандартів якості медичної допомоги та їх гармонізація із зарубіжними аналогами;
- ✓ наявність критеріїв та методик оцінювання якості роботи медичного персоналу;
- ✓ залученість персоналу до прийняття рішення щодо якості в закладі охорони здоров'я, їх навчання та мотивація.

Варто відзначити, що підвищення якості управління можливе лише в рамках запровадження відповідних систем якості, які відповідають міжнародним стандартам якості та враховують специфіку роботи. Міжнародний стандарт ISO 9000:2015 визначає сім фундаментальних принципів, за якими систему управління в закладі охорони здоров'я можна вважати якісною. Це:

- 1) орієнтація на замовника (споживача медичної послуги);

- 2) лідерство керівництва;
- 3) задіяність персоналу (залучення їх до процесів управління якістю);
- 4) процесний підхід(впровадження процесної моделі управління);
- 5) постійне поліпшення та удосконалення;
- 6) прийняття рішень на підставі фактичних даних (по-суті, це є принципом доказової медицини);
- 7) управління взаємовідносинами (врахування інтересів і потреб зацікавлених сторін) [21].

Складові організаційно-управлінської системи державного регулювання сфери, представлено на рисунку 3.1.

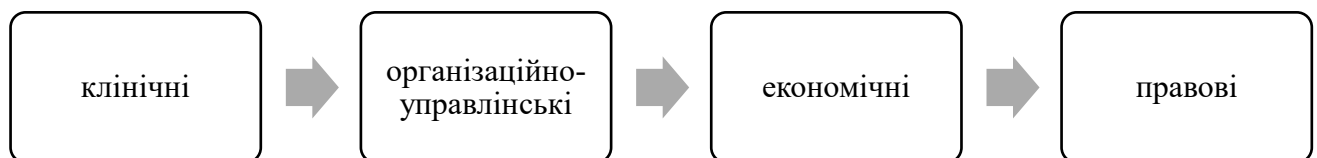


Рисунок 3.1 Складові організаційно-управлінської системи державного регулювання сфери охорони здоров'я

Джерело: згруповано автором за даними [22]

Клінічна складова передбачає використання адекватних і доказових клініко-організаційних технологій, які ґрунтуються на принципах доказової медицини та міжнародних стандартах ISO серії 9000 [23]. Організаційно-управлінський зріз управління якістю містить дії з підтримання медичних технологій необхідним ресурсним забезпеченням (кадровим, матеріально-технічним, інформаційним, фінансовим); здійснення профілактичних заходів та вчасне виявлення захворювання; проведення якісної та своєчасної діагностики пацієнтів; відпрацювання маршруту руху пацієнтів; чіткої організації етапності медичної допомоги та організації взаємодії всіх структурних підрозділів; навчання керівників і медичного персоналу питанням якості, уміння працювати в команді; належної акредитації медичних закладів і ліцензування діяльності. Економічний аспект системи управління якістю зорієнтований на визначення

оптимальної вартості клінічних технологій. В сучасній медичній практиці зарубіжних країн найбільш застосовуваними є такі [24]:

- а) мінімізація витрат (cost-minimization analysis);
- б) аналіз результативності (cost-effectiveness analysis); в) аналіз вигідності витрат (cost-benefit analysis);
- в) аналіз корисності витрат (cost-utility analysis).

Правові аспекти управління якістю в закладах охорони здоров'я полягають у правовій підтримці клініко-організаційних технологій; захисті прав пацієнтів та прав лікарів; попередження лікарських помилок та організацію системи спостереження за лікарськими помилками і їх наслідками; страхування ризику професійної лікарської діяльності, зокрема застосування різних системи.

Базові завдання побудови сучасної системи управління якістю в закладі охорони здоров'я полягають в наступному:

- законодавче закріплення принципів діяльності і організації системи охорони здоров'я відповідно до потреб споживачів;
- створення прозорого і зрозумілого механізму реалізації завдань системи охорони здоров'я відповідно до суспільних потреб;
- використання принципів і процедур міжнародних стандартів в діяльності медичного закладу та ухвалення управлінських рішень щодо підвищення якості медичної допомоги.

Виходячи із досліджуваних складових, концептуальні засади управління якістю надання медичної допомоги мають бути імплементовані в розрізі складників, представлених на рисунку 3.2. Як правило, якісне управління забезпечується гармонійним поєднанням всіх його складових, зокрема: якості медичного персоналу; якості медичних технологій та обладнання; якості процесу надання медичної допомоги (починаючи від обстеження пацієнта і встановлення діагнозу, його лікування та проведення реабілітаційних і профілактичних дій); якості лікарських засобів; якості організації медичної практики; якості медичних процедур; якості медичної інформації; якості законодавства в сфері охорони здоров'я.



Рисунок 3.2 – Складові елементи організаційно-управлінського аспекту забезпечення якості надання медичної допомоги

Джерело: згруповано автором за даними [25]

Водночас, як свідчить практика, в силу специфіки діяльності закладів охорони здоров'я досягнення встановлених критеріїв якості управління є складним завданням. Пов'язується це, передусім, з такими особливостями надання медичної допомоги, як: висока спеціалізація основної діяльності, що часто має терміновий і невідкладний характер; складність при визначенні критеріїв якості в межах процесу надання допомоги на всіх її етапах та рівнях, а також, вимірюваності результатів роботи; відсутність права на невпевненість і помилку; потреба в тісній комунікативній роботі різних структурних підрозділів та спеціалістів; необхідний високий рівень кваліфікації медичних працівників; залежність результатів роботи від якості лікарських препаратів та технічної оснащеності процесу лікування та реабілітації; труднощі координування роботи, розподілу повноважень та відповідальності, пов'язаних з подвійним підпорядкуванням, що існує в більшості медичних закладах [26].

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 [27].

Організаційно-управлінський аспект забезпечення якості надання медичної допомоги реалізується через поєднання таких її форм:

- внутрішнього та зовнішнього контролю якості;
- самооцінювання медичного закладу та лікарської практики;
- аудиту якості та клінічного аудиту;
- моніторингу та діагностування системи індикаторів якості;
- експертного оцінювання якості надання медичної допомоги;
- сертифікація систем якості відповідно до норм законодавства

України і міжнародних вимог.

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.

В рамках організаційно-управлінського аспекту забезпечення якості надання медичної допомоги запропоновано наступне:

- розробити концептуальні засади державної політики якості надання медичної допомоги з метою орієнтування системи управління охороною здоров'я на вирішення проблем підвищення, гарантування доступності та безпеки такої допомоги;

- розробити чіткі критерії якості медичної допомоги, встановити вимоги до її забезпечення та регламентувати відповідальність за не належну якість і рівень надання допомоги, допущені помилки та дефекти в медичній практиці;
- здійснювати підтримку та сприяти формуванню ринку медичних послуг в Україні, що дозволить громадянам забезпечити компетентний вибір найбільш ефективного надавача медичної допомоги за критеріями якості та сприятиме здоровій конкуренції на засадах гарантії її якості і безпеки;
- прискорити запровадження професійного ліцензування медичної практики та реального лікарського самоврядування в закладах охорони здоров'я, що здійснюють реорганізаційні зміни в системі управління [28].

3.2 Розробка методичних засад до оцінки державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я

ДПП, як інструмент 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 до оцінки державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я

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 комплексну оцінку державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я. 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 складі профільних фахівців УОЗ СОВА. При формуванні комплексної оцінки державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я використано

чотирівневу шкалу оцінок, де: низький рівень; базовий рівень; достатній рівень; високий рівень.

Таблиця 3.4 – Групи критеріїв для розробки методичних засад до оцінки державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я

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 вакцінацією 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 комплексну оцінку державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я 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.

Таблиця 3.5 – Характеристики критеріїв оцінки державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я

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

В рамках проведення третього етапу розробки методичних засад до оцінки державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я, в таблиці 3.5, визначено вагомості критеріїв. Наступним етапом для розрахунку CI_{hc} комплексної оцінки державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я 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 2021-2023 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 державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я

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 СОБА, 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 оцінки державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я є імплементація кількісних значень показників до сутнісних характеристик (таблиця 3.7). Розроблені методичні засади дозволяють надати оцінки державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я.

Таблиця 3.7 - Шкала оціночних характеристик оцінки державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я

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 державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я 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 ґрунтується 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 [27].

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 Обґрунтування інструментів державного регулювання розвитку приватної медицини

Державна медицина забезпечує всебічну доступність для всього населення, регулює ціни та стандарти, а приватна медицина стимулює інновації, надає швидкий доступ та може полегшувати фінансове навантаження на державний бюджет. Забезпечення ефективної системи охорони здоров'я вимагає взаємодії обох секторів, сприяючи взаємній підтримці та оптимізації ресурсів. Ключовою задачею є збалансований розподіл ресурсів та врахування потреб різних верств населення. Порівняльна характеристика приватної та державної медицини, враховуючи різні аспекти, такі як фінансування, доступність, якість, спеціалізація, контроль цін та ефективність, подано у таблиці 3.8.

Таблиця 3.8 - Порівняльна характеристика приватної та державної медицини

Характеристики	Приватна медицина	Державна медицина
Фінансування	залежить від плати за послуги, страхових внесків та пацієнтів; висока вартість медичних послуг.	залежить від державного бюджету; частково або повністю безкоштовні послуги для пацієнтів.
Доступність	швидкий доступ та більший вибір послуг; доступність залежить від фінансових можливостей пацієнта.	всебічна доступність для всього населення; довгі черги та низька ефективність у великих містах.
Якість	вищий рівень обслуговування, інновації та використання новітніх технологій; більша увага до індивідуальних потреб пацієнтів.	регулювання якості та стандартів у державних закладах; обмежена інфраструктура та ресурси.
Спеціалізація	спеціалізація в вузьких та елітних галузях медицини; більший вибір лікарів та клінік з певною експертизою.	здатність надавати широкий спектр послуг, але може бути обмеженої спеціалізації; універсальна медична допомога.
Контроль цін	ринкова конкуренція визначає ціни; може призвести до зростання вартості послуг.	– можливість регулювання цін на медичні послуги та ліки.
Ефективність	висока ефективність та швидке надання послуг; більш гнучка структура та здатність швидко адаптуватися до змін.	– може стикається з низькою ефективністю через бюрократію та неефективне управління ресурсами.

Джерело: згруповано автором за даними

Державна і приватна медицина в Україні відіграють ключову роль у системі охорони здоров'я, кожна має свої унікальні переваги та недоліки, котрі представлено в таблиці 3.9.

Розуміння цих переваг і недоліків може служити основою для подальшого розвитку та вдосконалення системи охорони здоров'я в Україні. Врахування переваг та недоліків обох секторів допомагає розуміти складність системи охорони здоров'я та виявляти можливості для вдосконалення та оптимізації. Оптимальне використання ресурсів та співпраця між секторами можуть покращити систему охорони здоров'я в Україні. На функціонування ринку приватної медицини прямо чи опосередковано впливає ряд стримуючих чинників, серед них [12; 16]:

- низька купівельна спроможність населення країни;
- нестабільність національної валюти;

- недосконале нормативно-правове регулювання галузі (особливо у контексті ринку приватної медицини);
- надмірна бюрократизація системи ліцензування приватних медичних закладів;
- недостатній доступ до кредитних позикових ресурсів задля розширення обсягів діяльності.

Таблиця 3.9 - Переваги та недоліки приватної та державної медицини

Характеристики	Приватна медицина	Державна медицина
Переваги	швидкий доступ до медичних послуг та забезпечення вищого рівня обслуговування; активне впровадження інновацій та використання новітніх медичних технологій; можливість для пацієнтів вибору лікарів, що відповідають їхнім потребам та уподобанням; більша гнучкість та здатність надавати індивідуалізовану медичну допомогу.	доступність медичних послуг для всього населення, незалежно від фінансового стану; регулювання цін державою на медичні послуги, забезпечуючи їхню доступність для різних верств населення; системна організованість, що сприяє забезпеченню всебічної та координованої медичної допомоги.
Недоліки	вища вартість медичних послуг, що робить приватну медицину недоступною для певних верств населення; спеціалізація на конкретних медичних напрямках і відсутність всебічного спектру медичних послуг; завищені ціни на медичні послуги через відсутність державного контролю.	довгі черги на отримання медичної допомоги через велику кількість пацієнтів та бюрократію; обмеженість ресурсів та нестача медичного обладнання через недостатність фінансування; низька якість та несвоєчасність надання послуг через бюрократичні процеси та недостатню ефективність управління.

Джерело: згруповано автором за даними

У той же час каталізуючими чинниками розвитку ринку приватної медицини є кризовий стан державної медицини, недосконалість її реформування, недостатність бюджетного фінансування державних програм, пов'язаних з розвитком системи охорони здоров'я [12].

Згідно результатів дослідження «Приватна медицина – перспективи розвитку в Україні», переважна більшість опитаних респондентів (61%) за спеціалізованими медичними послугами зверталась до державного/комунального закладу. До приватного закладу зверталось лише 17%

громадян. Справа в тому, що кількість приватних медичних закладів, що надають спеціалізовану медичну допомогу, уклавши договори з НСЗУ, є дуже незначною. У 2023 р. на рівні спеціалізованої меддопомоги підписано договори з 1 458 закладами, з них лише 82 – приватні лікарні та 11 лікарів-ФОП. Причому у випадку, коли б була можливість отримувати послуги спеціалізованої медичної допомоги у приватному закладі для тих, хто звертався до державного або комунального, більше половини опитаних (57,4%) відповіли, що обрали би приватний медичний заклад [2].

Наразі в більшості приватних клінік, що співпрацюють з НСЗУ, безоплатно отримати медичну допомогу можна лише в сімейного лікаря, з яким у пацієнта підписана декларація. Приватні медичні заклади не поспішають укладати пакети послуг з НСЗУ на надання вторинної медичної допомоги, адже це для приватних клінік поки фінансово невигідно [2]. В Україні не створено умов для широкого залучення приватного медичного сектору в систему надання медичної допомоги за Пакетами гарантованої медичної допомоги, адже тарифи НСЗУ є економічно необґрунтованими для застосування в приватних медичних закладах, особливо на рівні спеціалізованої допомоги. Також немає реімбурсації витрат приватним закладам охорони здоров'я за надану медичну допомогу, тому інвестиції в приватний медичний сектор мають підвищені ризики [13]. Втім, в усе більшій кількості приватних клінік стало можливим підписати договір із сімейним лікарем, адже це фінансово обґрунтовано для медичного закладу [2].

При Міністерстві охорони здоров'я України розробляється механізм більш повної інтеграції закладів приватної медицини до загальної системи охорони здоров'я. Пропонується внести зміни до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Саме в цьому документі має з'явитися доповнення, згідно з яким держава в особі НСЗУ зможе спрямовувати кошти на покриття вартості лікування українців не тільки до державних і комунальних медичних закладів, але й до приватних. Це дасть українцям ширші можливості для користування сучаснішим обладнанням приватних клінік і лікування з використанням передових світових методик [14].

В Україні взаємодія між державною та приватною медициною є ключовою складовою системи охорони здоров'я та важливим чинником в повоєнній відбудові. Поєднання можливостей державного та приватного медичного секторів дозволить Україні створити ефективну систему охорони здоров'я під час війни та модернізувати її після перемоги. За час війни мережа об'єктів охорони здоров'я зазнала суттєвих втрат: 218 лікарень та амбулаторних закладів пошкоджено чи зруйновано, загальна чисельність ворожих атак на українську систему охорони здоров'я сягнула 707 інцидентів. Діючі об'єкти медичної інфраструктури зазнають безпрецедентного напливу пацієнтів: 6,48 млн. внутрішньо переміщених осіб шукають медичної допомоги на новому місці проживання [15]. Приватні клініки з перших днів війни надають допомогу військовим, оперують поранених, закривають потреби по медикаментах для бійців ЗСУ. Наприклад, медична мережа «Добробут» співпрацює з патронатною службою «Янголи Азову». Загалом, у «Добробуті» з вересня 2022 року до 29 березня 2023 р. пролікували стаціонарно та амбулаторно 345 бійців «Азову» [17].

У Європі державні та приватні клініки функціонують паралельно. Лікарі у першій половині дня можуть надавати послуги у державних закладах, далі приймати пацієнтів в особистих кабінетах. Така практика існує і в Україні. Водночас приватні клініки поступово відмовляються від сумісництва. У Європі деякі великі приватні центри дотаційні – фінансуються державою. Завдяки цьому вдається якісно розподілити функції між державною та приватною ланкою охорони здоров'я. Крім того, розвинений страховий сектор. В Україні ж застрахованого працюючого населення нараховують менше ніж 12 відсотків [17].

Взаємодія державної та приватної медицини сприятиме повноцінному функціонуванню системи охорони здоров'я в Україні:

- взаємодія дозволяє покращити доступність медичної допомоги, оскільки обидва сектори можуть брати участь у задоволенні різноманітних медичних потреб населення;

- обмін інновацій та досвіду може сприяти підвищенню якості медичних послуг в обох секторах. Приватний сектор може впроваджувати новітні методики, а державний – масово розгортати їх для всього населення;
- спільне використання ресурсів дозволяє оптимізувати використання медичної інфраструктури та технологій, зменшуючи дублювання та підвищуючи ефективність;
- взаємодія між державною та приватною медициною може сприяти розвитку систем медичного страхування, що є важливим елементом повоєнної відбудови системи охорони здоров'я.

Окрім того, взаємодія державної та приватної медицини допоможе Україні отримати кошти західних партнерів на повоєнний розвиток системи охорони здоров'я. Адже головна вимога донорів до отримувачів коштів – прозорість їхнього розподілу й ефективність використання, чим не завжди може похвалитись державна медицина [15].

Роль держави у розвитку приватної медицини в Україні визначається рядом чинників, включаючи регулювання, фінансування та сприяння у створенні сприятливого середовища для приватних медичних практик. Основні аспекти ролі держави в цьому контексті включають:

- ліцензування та сертифікація – держава здійснює контроль за якістю та безпекою медичних послуг, вимагаючи ліцензування та сертифікацію приватних медичних закладів та фахівців;
- встановлення стандартів – забезпечення дотримання стандартів надання медичних послуг для забезпечення безпеки та ефективності лікування;
- фінансова підтримка – держава може надавати фінансову підтримку частково або повністю для приватних медичних закладів, зокрема у вигляді грантів чи субсидій;
- стимулювання інвестицій – створення сприятливого інвестиційного клімату для розвитку приватної медицини через податкові пільги, кредитування чи інші фінансові заходи;

- співпраця з приватним сектором – держава може активно взаємодіяти з приватним сектором, наприклад, у реалізації проектів громадсько-приватного партнерства для створення та управління медичними закладами;
- обмін інформацією – взаємодія з приватним сектором включає обмін інформацією щодо тенденцій у галузі, передового досвіду та найкращих практик;
- визначення лімітів та контроль над цінами – держава може встановлювати ліміти на ціни медичних послуг та контролювати їхній рівень, щоб забезпечити доступність для різних верств населення;
- моніторинг та аудит якості – здійснення моніторингу та аудиту для перевірки якості медичних послуг, наданих приватними медичними закладами;
- законодавче регулювання – розроблення та удосконалення законодавства, що регулює діяльність приватної медицини, для забезпечення дотримання високих стандартів безпеки, якості та етики в цьому секторі.

Взаємодія держави з приватним сектором в медичній сфері сприяє створенню балансу, де забезпечується якість медичних послуг і зберігаються стандарти етики, а також забезпечується доступність та розвиток цього сектору. Ці заходи допомагають забезпечити всебічну, доступну та ефективну систему охорони здоров'я в Україні.

Розвиток приватної медицини в Україні залежить від активної ролі держави у створенні відповідного регуляторного середовища, фінансової підтримки, та сприяння співпраці між різними секторами охорони здоров'я. Держава виступає важливим агентом у вдосконаленні законодавства, контролі якості та безпеки надання медичних послуг, створенні стимулів для розвитку та вдосконалення системи охорони здоров'я. Впровадження чітких стандартів, ліцензування та акредитації приватних медичних закладів, а також контроль цін на медичні послуги є ключовими елементами, які дозволяють державі ефективно регулювати роботу приватного сектору. Фінансова підтримка, стимулювання інновацій та розвитку регуляторного середовища є додатковими інструментами, що сприяють стабільному та збалансованому розвитку медичної сфери.

Приватна медицина відіграє важливу роль у відбудові України, особливо під час воєнних конфліктів. Приватний сектор виявляється важливим партнером

для держави та громадськості в розбудові сучасної системи охорони здоров'я. Приватна медицина забезпечує медичну допомогу для постраждалих від війни, розвиває інфраструктуру та технології, створює нові робочі місця та сприяє соціальному розвитку. Її участь сприяє підвищенню якості та доступності медичних послуг, а також може стати каталізатором для конкуренції та подальшого розвитку медичного сектору. Приватна медицина також може бути важливим чинником взаємодії з міжнародними партнерами та гуманітарними організаціями, сприяючи обміну досвідом та отриманню необхідної підтримки.

Синергія між державним та приватним секторами в медичній галузі є ключем до створення ефективної та доступної системи охорони здоров'я, яка відповідає потребам населення та забезпечує високі стандарти медичних послуг в Україні. Приватна медицина є необхідним елементом стратегії відбудови та розвитку системи охорони здоров'я в Україні, і взаємодія між державним та приватним секторами є ключовою для досягнення повного потенціалу цієї галузі.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі запропоновано вирішення актуальної наукової проблеми щодо оцінки результативності реалізації державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я шляхом обґрунтування комплексу теоретичних і методологічних положень та практичних рекомендацій.

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

1. 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.

2. Структура методів державного регулювання сфери ОЗ Сумської області, визначає, що частка прямих адміністративно-економічних методів є найбільшою і складає 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%.

3. Структура працівників галузі охорони здоров'я Сумської області в 2023 р. сформована наступним чином: частка лікарів – 17,5%, 40,4% - середній та молодший медичний персонал, інші працівники – 42,1%. Зауважимо, що в 2023 р. в порівнянні з 2021 р. спостерігається негативна динаміка в частині забезпеченості лікарями на 10,0 тис. населення, котра знизилась з 36,4 од. в 2021 р. до 34,6 од. в 2023 р. Аналогічною є тенденція і в частині забезпеченості

середнім та молодшим медичним персоналом, котра характеризується зменшенням з 88,9 од. на 10,0 тис. населення до 82,8 од. Особи пенсійного віку складають серед лікарів 20%, середніх медичних працівників – 5,5% (2022 рік – 21,9% та 7,2% відповідно, 2021 рік – 22,1% та 6,8% відповідно).

4. Представлена в таблиці 2.9 характеристика медичних послуг в розрізі амбулаторної та стаціонарної допомоги свідчить, що в розрізі амбулаторних послуг найбільшою є кількість послуг по мамографії езофагогастродуоденоскопії, котрі надавались 9 та 12 надавачами відповідно. В розрізі стаціонарної допомоги найбільше було надано послуг з медичної допомоги при пологах, а саме 4048 випадків, 7 надавачами послуг. На другому місці за кількістю випадків медичної допомоги при гострому мозковому інсульті в стаціонарних умовах, а саме 2011. Визначена динаміка, в цілому окреслює загальнонаціональні тенденції. Враховуючи впроваджені зміни в частині функціонування галузі охорони здоров'я важливим є розширення напрямів співпраці з НСЗУ.

5. Встановлено, що 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.

6. 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.

7. Взаємодія державної та приватної медицини сприятиме повноцінному функціонуванню системи охорони здоров'я в Україні: взаємодія дозволяє покращити доступність медичної допомоги, оскільки обидва сектори можуть брати участь у задоволенні різноманітних медичних потреб населення; обмін інновацій та досвіду може сприяти підвищенню якості медичних послуг в обох секторах. Приватний сектор може впроваджувати новітні методики, а державний – масово розгортати їх для всього населення; спільне використання ресурсів дозволяє оптимізувати використання медичної інфраструктури та технологій, зменшуючи дублювання та підвищуючи ефективність; взаємодія між державною та приватною медициною може сприяти розвитку систем медичного страхування, що є важливим елементом повоєнної відбудови системи охорони здоров'я.

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: 01.10.2024 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: 07.06.2024).
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. Чернець А.І. Теоретико-правові засади державного регулювання сфери охорони здоров'я *Перспективи розвитку науки, освіти, технологій і суспільства в Україні та світі: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції (Полтава, 7 березня 2024 р.): у 2 ч.* Полтава: ЦФЕНД, 2024. Ч. 2. С. 27-29.
16. Чернець А.І., Харченко Т.О. Розширення інструментів державного регулювання сфери охорони здоров'я. *Сучасні економічні та правові тенденції: міждисциплінарні рішення для сталого майбутнього»: Міжнародна науково-практична конференція*. 2024. Рівне. С. 91-92.
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: 08.09.2024 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 24.06.2024).
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 18.06.2024).
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 24.06.2024).
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: 28.09.2024)

ДОДАТКИ

Додаток А

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:
- самотійно 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 виробках 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.