

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ І МЕНЕДЖМЕНТУ
Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

другий (магістерський) рівень вищої освіти

**на тему: Державне регулювання організації надання первинної
медичної допомоги на місцевому рівні**

Виконала:

Олійник Віталіна Миколаївна
здобувач вищої освіти
спеціальності 281 «Публічне управління та
адміністрування»
ОПП «Публічне управління та адміністрування»

**Науковий
керівник:**

Харченко Тетяна Олександрівна
Доктор наук з держ. упр., професор
кафедри публічного управління та адміністрування

Рецензент:

Лукаш Жанна Миколаївна
завідуюча амбулаторного відділення медичної
реабілітації, КНП "Центральна міська клінічна
лікарня" СМР

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ.....	11
РОЗДІЛ 2. ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ.....	21
2.1 Аналіз державного регулювання системи організації надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні.....	21
2.2 Аналіз результативності державного регулювання надання первинної медичної допомоги в Липоводолинській територіальній громаді	29
2.3 Аналіз результативності державного регулювання доступності та якості надання первинної медичної допомоги в Липоводолинській ТГ»	38
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ.....	46
3.1 Удосконалення підходів до формування моделі організації надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні	46
3.2 Інструменти посилення міжорганізаційної координації забезпечення доступності медичної допомоги на місцевому рівні.....	54
3.2 Удосконалення інструментів розвитку державно-приватного партнерства в системі надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні».....	59
ВИСНОВКИ.....	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	71
ДОДАТОК.....	76

ВСТУП

Актуальність теми. Державне регулювання системи первинної медичної допомоги передбачає взаємодію державної адміністрації, бізнесу та державного сектору з метою досягнення стратегічних цілей державної політики в галузі охорони здоров'я. Державне регулювання процесу надання медичних послуг у системі первинної медичної допомоги здійснюється шляхом реалізації управлінських функцій та існуючих систем розподілу фінансових, матеріальних та людських ресурсів для підтримки та покращення показників здоров'я населення.

Основою державного управління системою охорони здоров'я є державна політика охорони здоров'я, головною метою якої є створення рівних можливостей для кожного громадянина своєчасно отримувати такі послуги. Громадське здоров'я нації – це багатогранна категорія, що формується під впливом політичних, економічних, соціальних, екологічних та безпосередніх медико-санітарних факторів і визначає демографічні, трудові та економічні можливості держави. Державне управління в сфері охорони здоров'я реалізується через низку заходів, які включають: прийняття нормативно-правових актів, пов'язаних із здійсненням охоронноохоронних заходів; забезпечення доступу до медичних послуг, у тому числі для громадян з інвалідністю; здійснення державного контролю та нагляду в сфері охорони здоров'я.

Реформа первинної медико-санітарної допомоги включає не лише покращення структури та змісту послуг, а й забезпечення їх реальної доступності з урахуванням особливостей території та населення. Наказ Міністерства охорони здоров'я № 504 регулює порядок створення мережі центрів первинної медико-санітарної допомоги, встановлює їх операційний мандат, нормативи кількості обслуговуваних осіб, а також максимальну відстань доступу. Ці положення спрямовані на розширення охоплення населення, особливо у сільській та віддаленій місцевості. Згідно з вимогами чинних нормативних актів, мережа центрів первинної медико-санітарної допомоги включає центри невідкладної та

пологової допомоги (ПНМД), амбулаторії – сімейної медицини, мобільні медичні бригади та центри первинної медико-санітарної допомоги (ММД).

На рівні районних муніципалітетів створено центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПС) для координації діяльності амбулаторій, центрів невідкладної та пологової допомоги, мобільних бригад, організації підвищення кваліфікації медичного персоналу та забезпечення належного функціонування обладнання та технічної бази. Створено мобільні бригади для надання медичних послуг мешканцям сіл та віддалених населених пунктів, проведення вакцинацій, профілактичних заходів та планових оглядів медичного персоналу для первинної діагностики. Крім того, планується організація медичних центрів у населених пунктах, розташованих на значній відстані від основних медичних центрів.

Метою роботи є проведення оцінки державного регулювання організації надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Відповідно до обґрунтованої в кваліфікаційній роботі мети дослідження визначено наступні **завдання**:

- вивчити теоретичні засади державного регулювання надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні;
- надати загальну характеристику державного регулювання системи організації надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні;
- проаналізувати результативність державного регулювання надання первинної медичної допомоги в Липоводолинській територіальній громаді;
- оцінити результативність державного регулювання доступності та якості надання первинної медичної допомоги в Липоводолинській ТГ;
- удосконалити підходи до формування моделі організації надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні;
- визначити інструменти посилення міжорганізаційної координації забезпечення доступності медичної допомоги на місцевому рівні;
- сформувати інструменти розвитку державно-приватного партнерства в системі надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні.

Об'єктом дослідження є процес оцінки державного регулювання організації надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні.

Предметом дослідження є теоретико-методологічні положення та практичні засади оцінки державного регулювання організації надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні.

Теоретичні і методологічні засади кваліфікаційного дослідження були сформовані на основі положень, категорій і концепцій публічного управління організації системи надання первинної медичної допомоги. Важливе значення мали базові основи та теоретичне підґрунтя оцінки стану організації системи надання первинної медичної допомоги, формування напрямів їх розвитку. Для оцінки державного регулювання організації надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні та обґрунтування напрямів її розвитку було використано аналіз і синтез, загальнонаукові методи і методи соціально-економічних досліджень, зокрема, абстрактно-логічний, статистико-аналітичні методи тощо.

Інформаційною базою дослідження стали монографії і науково-аналітичні статті вітчизняних та зарубіжних вчених, Internet-ресурси, матеріали дискусій на наукових конференціях, дані соціологічних досліджень, аналітичні розробки та довідки, особистості спостереження автора.

Практична значущість одержаних результатів роботи виражене в тому, що автором надано оцінку результативності оцінки державного регулювання організації надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні, визначено фактори, котрі здійснюють найбільший вплив на результативність державного регулювання організації надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Вказані розробки мають практичну цінність та актуальність для удосконалення оцінки державного регулювання організації надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні.

Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Основний зміст роботи викладено на 71 сторінці комп'ютерного тексту. Список використаних джерел нараховує 39 найменувань. Робота містить 20 таблиць, 13 рисунків, 1 додаток.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

Державне регулювання галузі охорони здоров'я – це сукупність організаційних, правових та нормативних принципів і систем діяльності державних органів та органів місцевого самоврядування, спрямованих на координацію процесу реалізації політичних, економічних, правових, культурних, санітарно-гігієнічних, медико-соціальних заходів. Його основною метою є збереження та зміцнення фізичного та психічного здоров'я населення, забезпечення тривалого та активного життя та надання медичної допомоги у разі погіршення здоров'я [23]; це також систематичний та цілеспрямований комплекс заходів щодо посилення ролі держави у покращенні здоров'я громадян, які державні органи реалізують через організаційні, нормативні та контрольні заходи з метою забезпечення населення якісною первинною медичною допомогою [66].

Державне регулювання системи первинної медичної допомоги передбачає взаємодію державної адміністрації, бізнесу та державного сектору з метою досягнення стратегічних цілей державної політики в галузі охорони здоров'я [17]. Державне регулювання процесу надання медичних послуг у системі первинної медичної допомоги здійснюється шляхом реалізації управлінських функцій та існуючих систем розподілу фінансових, матеріальних та людських ресурсів для підтримки та покращення показників здоров'я населення. Основою державного управління системою охорони здоров'я є державна політика охорони здоров'я, головною метою якої є створення рівних можливостей для кожного громадянина своєчасно отримувати такі послуги. Громадське здоров'я нації – це багатогранна категорія, що формується під впливом політичних, економічних, соціальних, екологічних та безпосередніх медико-санітарних факторів і визначає демографічні, трудові та економічні можливості держави [4].

Державне управління в сфері охорони здоров'я реалізується через низку заходів, які включають: прийняття нормативно-правових актів, пов'язаних із здійсненням охороноохоронних заходів; забезпечення доступу до медичних послуг, у тому числі для громадян з інвалідністю; здійснення державного контролю та нагляду в сфері охорони здоров'я.

Дослідники та експерти погоджуються, що здоров'я нації є основою існування держави, тому головною метою реформи первинної медико-санітарної допомоги є створення ефективної системи управління здоров'ям населення. Враховуючи роль науковців та спеціалістів у сфері медичного обслуговування, важливо підкреслити тісний зв'язок між якістю медичних послуг та соціально-економічними показниками розвитку країни в цілому та кожної місцевої громади. Рівень економічного та соціального розвитку визначає стан здоров'я населення, тоді як стан здоров'я громадян безпосередньо впливає на динаміку економічного зростання національної економіки та забезпечує сталий розвиток місцевої громади. Враховуючи специфіку медичної допомоги населенню, її комплекс включає консультативні послуги, лікування, діагностичні заходи, призначення ліків, допомогу під час реабілітації та планування лікувального процесу.

Необхідно подальше спрямування та вдосконалення системи державного управління у сфері первинної медико-санітарної допомоги. На первинному рівні медичної допомоги необхідні державні регуляторні заходи для покращення кадрового забезпечення медичних закладів, створення ефективних систем отримання якісних та доступних медичних послуг відповідно до інтересів населення, використання ринкових інструментів, а також створення основи для чесної конкуренції між приватними та державними медичними закладами. Впровадження таких регуляторних заходів у сфері первинної медико-санітарної допомоги сприятиме вдосконаленню процесу надання первинної медико-санітарної допомоги та регулюванню питань взаємодії з галузями та державними організаціями на всіх рівнях надання медичної допомоги [5].

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає здоров'я як стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя. Обов'язки сімейного лікаря включають надання первинної медико-санітарної допомоги кожному пацієнту,

який підписує декларацію, незалежно від віку та статі. Цілісний підхід сімейного лікаря до пацієнта, враховуючи вплив генетичних факторів та несприятливих факторів навколишнього середовища, дозволяє робити висновки, що суттєво відрізняються від тих, що отримуються в контексті одностороннього спеціалізованого медичного підходу [7]. На первинному рівні в системі надання медичної допомоги виділяють кілька взаємопов'язаних та взаємодіючих сторін, а саме: пацієнти (або їх законні представники), постачальники медичних послуг (сімейні лікарі, педіатри, фізіотерапевти) та держава в особі державних та муніципальних органів влади. Згідно з чинним законодавством, медичні послуги (первинна медична допомога) – це послуги, що надаються населенню медичними закладами всіх форм власності та господарювання, а також індивідуальними підприємцями (сімейними лікарями, педіатрами, фізіотерапевтами та іншими медичними працівниками), які мають ліцензію на практику загальної медицини. Замовниками медичних послуг для різних груп населення можуть бути державні установи та органи місцевого самоврядування, які складають основу прямого державного контролю над первинною медичною допомогою [15], [16].

Система первинної медико-санітарної допомоги визначається як «комплексна інтегрована система, спрямована на надання ефективної, доступної та якісної медичної допомоги з акцентом на профілактику захворювань, своєчасну діагностику та комплексний підхід до лікування пацієнтів» [21].

Основними напрямками його інтерпретації є такі підходи:

➤ системний підхід – механізм первинної медико-санітарної допомоги розглядається як злагоджена взаємодія всіх компонентів системи охорони здоров'я цього рівня, спрямована на забезпечення доступності, належної якості та безперервності медичного обслуговування. Механізм також включає персонал, інфраструктуру, матеріально-технічні ресурси, фінансування; планування процесів (зв'язок між шляхом пацієнта та рівнем медичної допомоги); а також інструменти – стандарти, клінічні протоколи, інформаційні системи (особливо електронна охорона здоров'я);

➤ правовий підхід – надання первинної медико-санітарної допомоги трактується як сукупність нормативно-правових актів, що визначають умови,

стандарти, процедури та організаційні принципи діяльності медичних закладів та лікарів первинної медичної допомоги. Головною метою є забезпечення права пацієнтів на якісну медичну допомогу та встановлення відповідальності всіх учасників процесу;

➤ організаційний підхід – механізм первинної медико-санітарної допомоги розглядається як спосіб удосконалення управлінських та професійних процесів: формування команди первинної медико-санітарної допомоги; чітке визначення функцій лікарів, медсестер та допоміжного персоналу; розподіл повноважень між медичними закладами та іншими організаціями системи;

➤ економічний підхід – цей механізм визначається як інструмент раціонального розподілу ресурсів, що дозволяє забезпечити фінансування за Програмою гарантій здоров'я, максимально ефективного використання коштів, що витрачаються на лікування пацієнтів, та реалізацію принципу «гроші йдуть до пацієнта» на всіх рівнях управління;

➤ соціальний підхід – первинна медико-санітарна допомога визначається як система, спрямована на забезпечення соціальної справедливості у доступі до медичних послуг. Особлива увага приділяється наданню медичних послуг у сільській та віддаленій місцевості; охопленню вразливих груп; впровадженню профілактичної освіти; дотриманню принципів доступності.

Основні умови та ключові елементи механізму надання первинної медико-санітарної допомоги є взаємопідсилювальними та взаємодоповнюючими і мають значний вплив на досягнення цілей, поставлених у процесі створення нової системи системи охорони здоров'я (Рисунок 1.1).

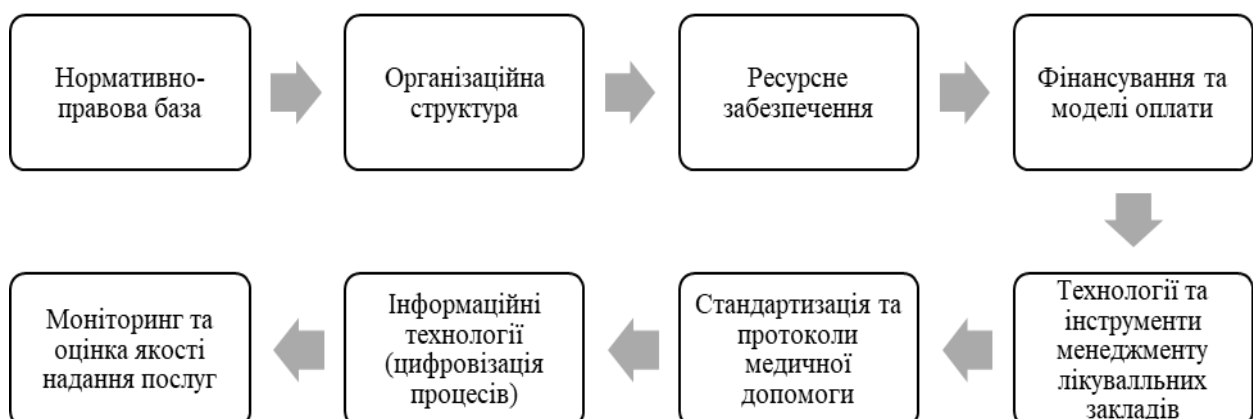


Рисунок 1.1 – Елементи системи первинної медико-санітарної допомоги на місцевому рівні

Джерело: згруповано автором за даними

Державна нормативно-правова база організації первинної медико-санітарної допомоги на місцевому рівні базується на сукупності принципів (Рисунок 1.2), які складають основу для створення системи охорони здоров'я місцевої громади, здатної адекватно реагувати на сучасні виклики та соціальні потреби.

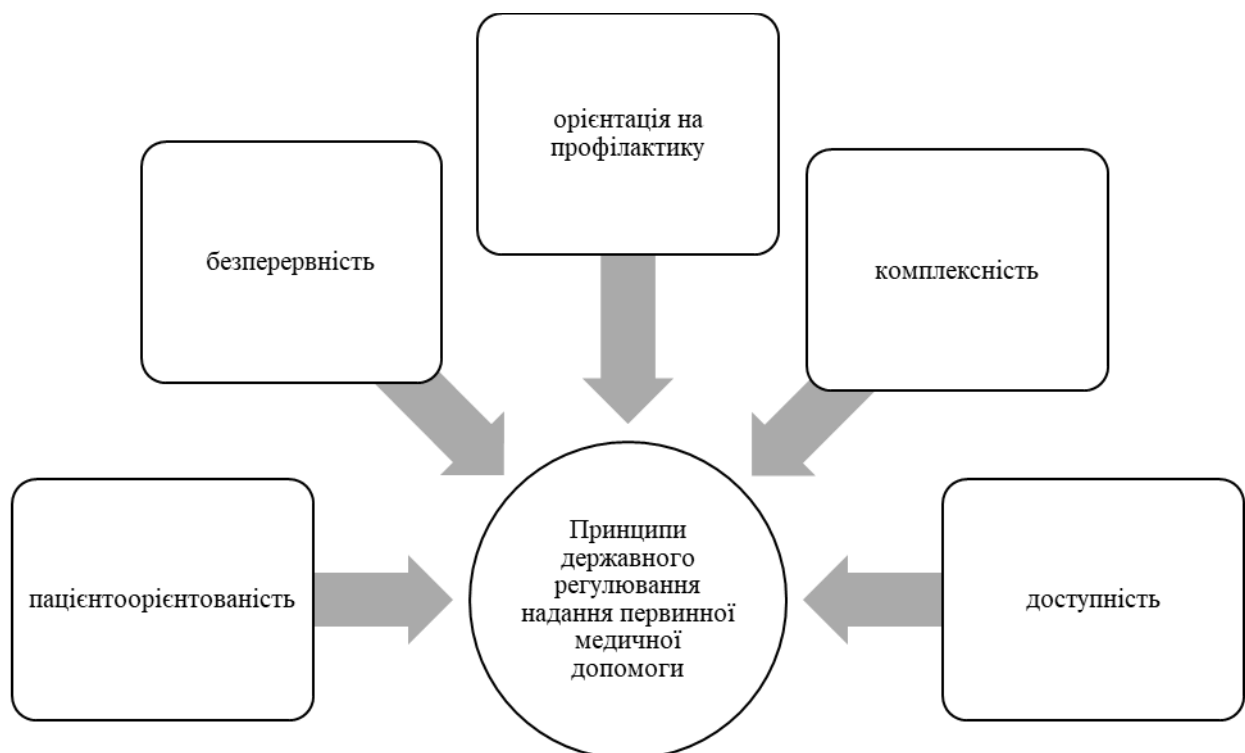


Рисунок 1.2 – Принципи державної нормативно-правової бази організації первинної медико-санітарної допомоги на місцевому рівні

Джерело: узагальнено автором на основі опрацьованих даних

Принцип доступності забезпечує надання медичних послуг якомога ближче до місця проживання пацієнта шляхом забезпечення географічної та фінансової доступності. У межах географічного сегмента це рівномірний розподіл медичних закладів у сільській місцевості, що забезпечує зручність отримання послуг. Фінансовий сегмент реалізується за принципом «гроші йдуть

за пацієнтом», який спрямований на зменшення власних витрат громадян під час отримання первинної медичної допомоги.

Принцип повноти забезпечується шляхом надання комплексного спектру медичних послуг, включаючи профілактичні, діагностичні, лікувальні та реабілітаційні заходи. Його реалізація базується на комплексному підході, що поєднує лікування захворювань, профілактику хронічних інфекційних та неінфекційних захворювань та просвітницьку роботу з формування здорового способу життя. При цьому важливу роль відіграє міждисциплінарна взаємодія, коли фахівці різних галузей (сімейні лікарі, медсестри, соціальні працівники та інші фахівці) працюють скоординовано для повного задоволення потреб пацієнта.

В рамках реалізації профілактичного напрямку особлива увага приділяється профілактиці захворювань шляхом систематичного медичного обстеження населення, вакцинації, інформаційно-просвітницької діяльності. Профілактичні заходи включають вакцинацію, моніторинг перебігу хронічних захворювань та впровадження принципів здорового способу життя. Пріоритетом є раннє виявлення захворювань з метою зменшення ускладнень та зменшення фінансового навантаження на систему охорони здоров'я.

Принцип безперервності забезпечує довгострокову взаємодію між пацієнтом та сімейним лікарем, який виступає постійним координатором процесу підтримки здоров'я. Завдяки систематичному моніторингу стану здоров'я протягом життя підвищується якість та ефективність медичної допомоги.

Ці принципи є основою для реалізації пацієнтоорієнтованого підходу, який враховує індивідуальні потреби та очікування, фізичні та психологічні особливості кожної людини.

Державний контроль за наданням первинної медико-санітарної допомоги на низовому рівні здійснюється в рамках двох взаємопов'язаних процесів: децентралізації та реформування системи охорони здоров'я. В результаті цих змін значна частина повноважень та управлінських обов'язків була передана регіональним та місцевим органам влади. Водночас, для ефективного функціонування такої системи необхідно створити дієві механізми контролю та

координації між медичними закладами та органами державної влади для забезпечення цілісності та безперервності медичних послуг. Реформована система фінансування дозволяє медичним закладам розподіляти кошти відповідно до фактичного обсягу наданих ними послуг.

Реформа первинної медико-санітарної допомоги включає не лише покращення структури та змісту послуг, а й забезпечення їх реальної доступності з урахуванням особливостей території та населення. Наказ Міністерства охорони здоров'я № 504 регулює порядок створення мережі центрів первинної медико-санітарної допомоги, встановлює їх операційний мандат, нормативи кількості обслуговуваних осіб, а також максимальну відстань доступу. Ці положення спрямовані на розширення охоплення населення, особливо у сільській та віддаленій місцевості [31]. Згідно з вимогами чинних нормативних актів, мережа центрів первинної медико-санітарної допомоги включає центри невідкладної та пологової допомоги (ПНМД), амбулаторії – сімейної медицини, мобільні медичні бригади та центри первинної медико-санітарної допомоги (ММД) [31].

Центри первинної медико-санітарної допомоги на місцевому рівні повинні надавати послуги населенню за встановленими критеріями:

- ✓ 300-1200 осіб – ПНМД повинні розташовуватися в межах 7-10 км від населеного пункту в зоні обслуговування;
- ✓ Для клінік з населенням 1200 – 15-20 км, за наявності належної транспортної інфраструктури, пацієнт повинен мати можливість дістатися до закладу приблизно за 30 хвилин; □ Забезпечити доступ до медичної допомоги в межах 15-20 км або в межах 30 хвилин від місця, де є транспортний доступ;
- ✓ Організувати систематичні візити мобільних бригад до віддалених населених пунктів та, в екстрених ситуаціях або коли пацієнти не можуть приїхати самостійно, викликати мобільні бригади або служби швидкої допомоги для надання допомоги [31].

Система первинної медико-санітарної допомоги на місцевому рівні включає медичні консультації, діагностичні заходи, лікування поширених захворювань, травм, отруєнь, хвороб, психологічних станів (особливо вагітності), а також здійснення профілактичних заходів. Крім того, можливе

направлення пацієнтів, які не потребують невідкладної допомоги, до вторинних (спеціалізованих) або третинних (суперспеціалізованих) медичних закладів, коли це необхідно [32].

Інституційна основа та зміст надання первинної медико-санітарної допомоги реалізуються через діяльність відповідних медичних закладів. Центри невідкладної та пологової допомоги надають первинну медичну допомогу, включаючи невідкладну допомогу, вакцинацію та направлення до сімейних лікарів або спеціалізованих центрів. Загальні лікарні – клініки сімейної медицини надають повний спектр послуг первинної медико-санітарної допомоги, включаючи лікування, профілактику, амбулаторне обстеження, вакцинацію та лікування пацієнтів із хронічними захворюваннями [32].

Набір конкретних детермінант організаційного механізму державного контролю системи первинної медичної допомоги на місцевому рівні показано на рисунку 1.3.

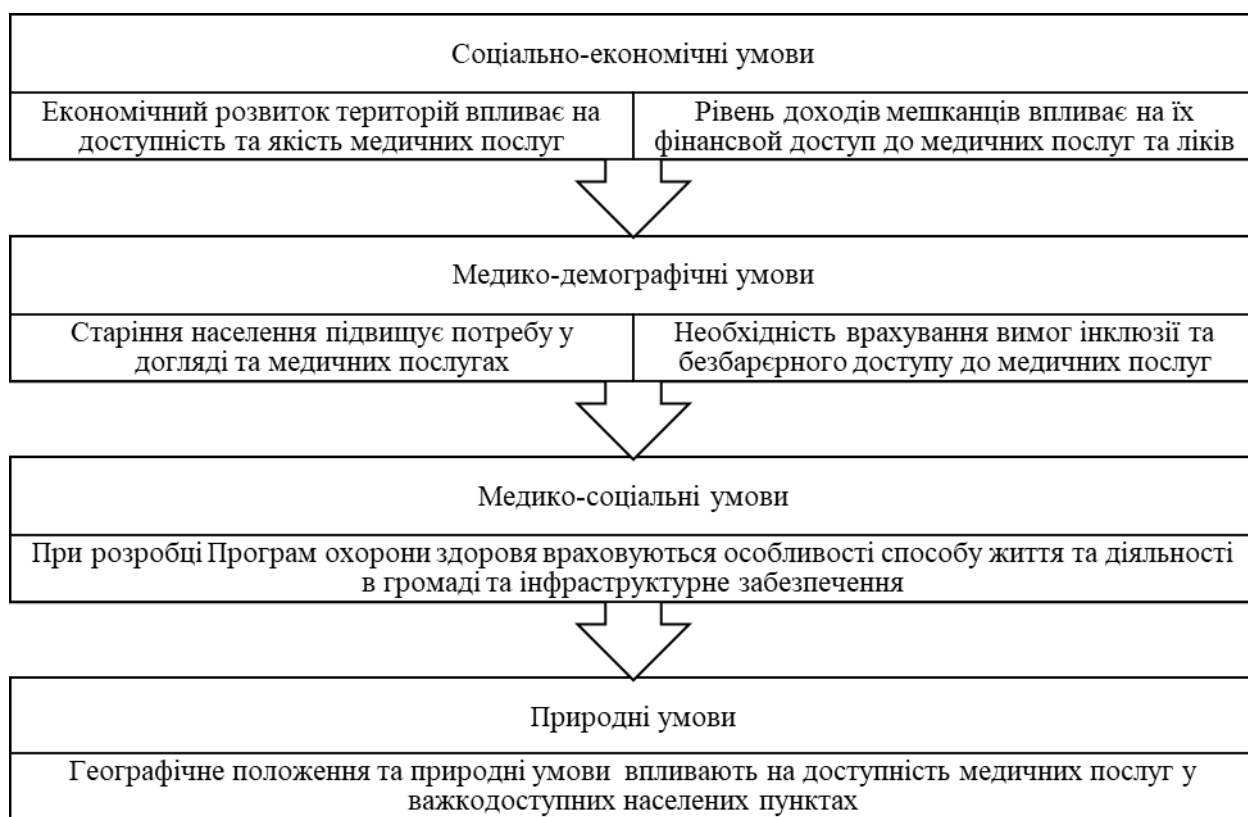


Рисунок 1.3 - Фактори, що впливають на організаційний механізм державного контролю системи первинної медичної допомоги на місцевому рівні

Виходячи з інформації, наданої на рисунку 1.3, для забезпечення ефективного державного контролю системи первинної медичної допомоги на місцевому рівні слід запровадити такі державні органи управління та контролю:

На рівні районних муніципалітетів створено центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПС) для координації діяльності амбулаторій, центрів невідкладної та пологової допомоги, мобільних бригад, організації підвищення кваліфікації медичного персоналу та забезпечення належного функціонування обладнання та технічної бази. Створено мобільні бригади для надання медичних послуг мешканцям сіл та віддалених населених пунктів, проведення вакцинацій, профілактичних заходів та планових оглядів медичного персоналу для первинної діагностики. Крім того, планується організація медичних центрів у населених пунктах, розташованих на значній відстані від основних медичних центрів.

Створення та підтримка мережі медичних центрів, що забезпечують доступ до широкого спектру медичних послуг, включаючи лікарні, поліклініки, амбулаторії, аптеки та інші медичні заклади. Впровадження фінансових систем та розвиток системи сталого фінансування медичної допомоги, що забезпечує рівний доступ до послуг для всіх груп населення. Такі системи включають медичне страхування, державні програми, соціальні гарантії.

Підтримка впровадження сучасних технологічних рішень та органів влади, зокрема інформаційних технологій, телемедицини, електронних медичних карток, онлайн-консультацій з лікарями, що розширюють доступ до медичної допомоги в будь-який час і в будь-якому місці.

Підтримка навчання та перепідготовки медичного персоналу забезпечує високий рівень професіоналізму та кваліфікації спеціалістів, тим самим забезпечуючи надання якісної медичної допомоги всім пацієнтам.

Подолання економічних бар'єрів на місцевому рівні: органи місцевого самоврядування сприяють зменшенню фінансових бар'єрів у доступі до медичної допомоги для людей шляхом зниження вартості послуг та запровадження безкоштовних або пільгових медичних послуг для малозабезпечених груп населення [6].

РОЗДІЛ 2

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

2.1. Аналіз державного регулювання системи організації надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні

У багатьох регіонах України доступ громадян до медичних послуг відрізняється за тенденціями розвитку. Навіть при зручному розташуванні та розгалуженій мережі закладів охорони здоров'я, включаючи центри первинної медико-санітарної допомоги, доступність якісної медичної допомоги не завжди забезпечується через значний дефіцит медичного персоналу на рівні територіальних громад. Це призводить до утворення тривалих черг, що створює незадоволення громадян не стільки самою якістю послуг, скільки часом очікування, і, як наслідок, підсилює соціальну напругу серед населення.

Забезпечення мешканців необхідними медичними послугами найближче до місця проживання або через чітко організований та доступний маршрут пацієнта підвищує комфортність і якість життя в регіоні, а також сприяє захисту здоров'я громадян, що є особливо актуальним у сучасних умовах. Основні заходи, які слід реалізувати на рівні територіальної громади для забезпечення доступу населення до медичної допомоги, представлені на рисунку 2.1.

Аналізуючи дії органів місцевого самоврядування (ОМС), зазначимо, що важливим чинником ефективності роботи медичних закладів є наявність стратегічного плану розвитку. Зацікавленість у вирішенні проблем, участь у прийнятті ключових рішень щодо розвитку лікарень, активне спілкування не лише з керівниками, а й із персоналом закладу, сприяє підвищенню якості надання медичної допомоги в громадах. Крім того, систематичне оцінювання потреб населення у певних видах медичної допомоги є важливим елементом співпраці між ОМС та медичними закладами.

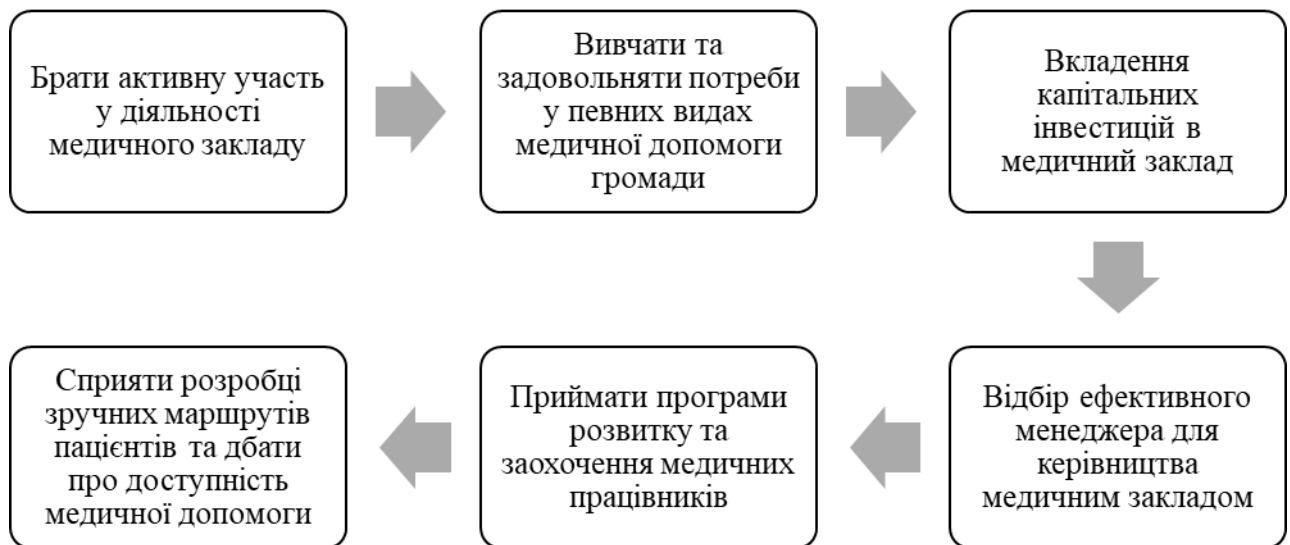


Рисунок 2.1 – Система дій для забезпечення доступу населення до медичної допомоги на місцевому рівні

Джерело: згруповано автором

Якщо в громаді значна частка дітей, важливо забезпечити наявність педіатрів та сімейних лікарів. У випадку, коли переважає населення віком 65+, необхідний доступ до сімейного лікаря або терапевта, аптек, що беруть участь у програмі «Доступні ліки», а також до лабораторних та інструментальних обстежень.

Розуміння потреб населення у медичній допомозі дозволяє зробити її більш доступною та ефективною. При формуванні спроможної мережі доцільно враховувати такі аспекти:

- ✓ фактори, що впливають на якість і тривалість життя в громаді;
- ✓ наявність потреб у медичних послугах та їх доступність у громаді, а також необхідність залучення нових надавачів послуг;
- ✓ відповідність кількості лікарів чисельності населення, особливо при його значному зростанні;
- ✓ оптимальні шляхи забезпечення доступу — створення зрозумілих маршрутів до надавачів у сусідніх громадах чи інвестиції у розвиток власної лікарні;

✓ наявні бар'єри для отримання медичних послуг.

В окремому аспекті важливо налагодити ефективну співпрацю з колективом медичного закладу та забезпечити його матеріальну підтримку, включаючи капітальні інвестиції та заохочення медичних працівників (матеріальне стимулювання, пільгове житло, інші пільги). Не менш значущим є розроблення зручних маршрутів пацієнтів до спеціалізованої медичної допомоги та контроль за доступністю медичних послуг. Пацієнт у громаді повинен чітко знати, де отримати призначені обстеження або консультації, який шлях до цих послуг та інші важливі деталі.

Механізми публічного управління в системі організації надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні відображено на рисунку 2.2.



Рисунок 2.2 - Механізми публічного управління в системі організації надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні

Джерело: згруповано автором

У складі адміністративного механізму передбачено реалізацію низки заходів, серед яких: протидія корупції, виконання місцевих і регіональних програм у сфері охорони здоров'я, призначення керівників комунальних закладів охорони здоров'я та контроль за їх діяльністю, внесення пропозицій щодо продовження або дострокового припинення контрактів, перевірка надання первинної медичної допомоги населенню за контингентом та видами

захворювань, контроль якості наданих медичних послуг, а також ухвалення рішень щодо розміщення медичних закладів на території громади та їх фінансування.

У рамках економічного механізму до ключових заходів належать: аналіз використання енергоресурсів та бюджетних коштів комунальними закладами охорони здоров'я, організація капітальних та поточних ремонтів, залучення фінансових ресурсів підприємств, установ, організацій, громадян, місцевого бюджету та позабюджетних фондів для будівництва нових та реконструкції існуючих медичних закладів. Нормативне забезпечення реалізується через розробку та прийняття відповідних розпоряджень і рішень органів місцевого самоврядування.

Для ефективного функціонування організаційного механізму доцільно реалізовувати такі основні заходи:

- ✓ аналіз діяльності закладів охорони здоров'я та оцінка якості надання ПМД дорослому населенню;
- ✓ залучення громадськості до забезпечення безпеки у сфері охорони здоров'я;
- ✓ координація діяльності медичних закладів та виконання місцевих програм розвитку охорони здоров'я;
- ✓ моніторинг і аналіз ключових показників роботи закладів;
- ✓ реєстрація, облік, аналіз та реагування на звернення, скарги і пропозиції громадян щодо обсягів, якості та вартості наданих медичних послуг;
- ✓ впровадження роботи з електронними петиціями;
- ✓ участь у засіданнях виконкому, постійної комісії з питань охорони здоров'я та комісії з техногенно-екологічної безпеки і надзвичайних ситуацій;
- ✓ поширення медичних знань і інформації про способи лікування;
- ✓ роз'яснення населенню положень законодавства щодо медичної реформи.

Для ефективного визначення завдань органів місцевого самоврядування (ОМС) у рамках реалізації організаційного механізму державного регулювання надання медичних послуг необхідним є проведення комплексної оцінки потреб

населення у медичній допомозі на рівні громади. У межах мультифункціонального підходу важливо досліджувати такі ключові компоненти:

- ✓ Визначення факторів, що обмежують доступність медичної допомоги в громаді;
- ✓ Формування переліку проблем, пов'язаних із наявністю обладнання та кваліфікованого персоналу в медичних закладах громади;
- ✓ Виявлення обмежень у медичній інфраструктурі та послугах, які створюють перешкоди для пацієнтів;
- ✓ Оцінка впливу недостатнього фінансування та ресурсного забезпечення на доступність медичних послуг у громаді;
- ✓ Розробка стратегії, спрямованої на підвищення доступності медичної допомоги для населення громади.

Складові організаційного механізму системи надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні та їх характеристика згруповані й представлені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1 – Характеристика складових, що обмежують доступність медичної допомоги в громаді

Складник	Прогнозний вплив
Фінансові обмеження	недостатні фінансові ресурси місцевого бюджету для забезпечення якісної медичної допомоги
Недостатня кількість кваліфікованих медичних працівників	брак лікарів, медсестер та інших медичних працівників може обмежувати доступність медичної допомоги в громаді
Неадекватна інфраструктура	відсутність необхідного медичного обладнання та медичних закладів у сільській місцевості може ускладнювати доступність медичної допомоги
Відсутність транспортних засобів	Складнощі з транспортуванням пацієнтів до медичних закладів можуть ускладнювати отримання необхідної допомоги
Низький рівень медичної грамотності населення	Відсутність свідомості про необхідність захисту здоров'я та профілактичних заходів може призвести до збільшення кількості захворювань та ускладнювати доступність медичної допомоги.

Джерело: згруповано автором

Дані, наведені в таблиці 2.1, свідчать, що основними факторами, що обмежують доступність медичної допомоги в громаді, є фінансові бар'єри, нестача медичних працівників, недостатньо розвинена інфраструктура, відсутність транспортних засобів для пацієнтів та низький рівень медичної грамотності населення. Ці складові безпосередньо пов'язані з проблемами, які зазвичай спостерігаються в медичних закладах громади, та детально представлені в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2 – Характеристика складових в розрізі проблем, що існують з обладнанням та кваліфікованим персоналом в медичних закладах громади

Складник	Прогнозний вплив
Недостатня наявність сучасного обладнання	Бюджетні обмеження можуть призводити до того, що медичні заклади не можуть придбати необхідне обладнання для діагностики та лікування пацієнтів
Відсутність кваліфікованого медичного персоналу	В громаді може бути проблема з пошуком та збереженням медичних фахівців, що може впливати на якість надання медичної допомоги
Недостатня кількість медичного персоналу	У медичних закладах може бути нестача медичних сестер, лікарів та іншого персоналу, що може призводити до перевантаження працівників та неадекватного обслуговування пацієнтів.
Неналежне утримання обладнання	Відсутність відповідного обслуговування та технічної підтримки може призводити до несправності обладнання та зниження його ефективності
Недостатня фінансова підтримка	Бюджетні обмеження можуть утруднювати закупівлю необхідного обладнання та збереження достатньої кількості кваліфікованого персоналу.

Джерело: згруповано автором

Таблиця 2.3 – Характеристика складових щодо обмежень в медичній інфраструктурі та послугах

Складник	Прогнозний вплив
Недоступність лікарень та медичних центрів	Ускладнено доступ до необхідної медичної допомоги для мешканців громади
Висока вартості медичних послуг	Медичні послуги недоступні для людей з низьким рівнем доходів
Наявність черг на отримання медичної допомоги	Негативний вплив на стан здоров'я пацієнтів
Недостатня кількість кваліфікованих медичних працівників	Знижує якість надання медичної допомоги
Відсутність необхідного обладнання та ліків	Ускладнює процес надання якісної медичної допомоги

Компоненти, наведені в таблиці 2.3, формують перелік ключових питань, які потребують вирішення на рівні громади для забезпечення доступу населення до якісних медичних послуг. Центральним елементом серед усіх складових виступає фінансове забезпечення. Без достатнього фінансування медичні заклади не зможуть придбати необхідне медичне обладнання, забезпечити наявність лікарських засобів та утримати достатню кількість кваліфікованого медичного персоналу. Це безпосередньо впливає на якість надання медичних послуг, а також на швидкість і ефективність їх надання населенню.

Таблиця 2.4 – Характеристика компонентів стратегії для поліпшення доступності медичної допомоги в громаді

Компонент	Характеристика	Результат
Розвиток телемедицини	Запровадження віддалених консультацій і діагностики за допомогою інтернет-технологій.	Жителі громади отримують доступ до якісної медичної допомоги без необхідності подорожувати в інші міста.
Мобільна медицина	Організація виїзних медичних бригад.	Жителі громади отримують доступ до консультацій там, де відсутній постійний доступ до медичних установ
Розвиток локальної інфраструктури	Створення медичних пунктів першого рівня та аптечних пунктів у селах.	Забезпечення жителів громади необхідними послугами медичної допомоги
Залучення молодих лікарів	Надання стимулів для роботи в громаді, таких як субсидії на житло чи можливість професійного розвитку	Забезпечення кваліфікованим медичним персоналом лікувальних закладів громади.
Партнерство з місцевими органами влади та громадськістю	Співпраця з місцевими громадами для виявлення проблем доступності медичної допомоги.	Формування спільних рішень у вирішенні питань доступності медичної допомоги.

Крім того, нестача фінансування може змусити медичні заклади обмежувати свою діяльність або навіть тимчасово призупиняти роботу, що безпосередньо зменшує доступність медичної допомоги для мешканців громади. Тому саме громада повинна забезпечувати належний рівень фінансування медичних закладів, щоб гарантувати всім мешканцям доступ до якісної, своєчасної та ефективної медичної допомоги.

2.2 Аналіз результативності державного регулювання надання первинної медичної допомоги в Липоводолинській територіальній громаді

Аналіз ефективності державного регулювання надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні здійснюється керівництвом для прийняття обґрунтованих управлінських рішень за такими складовими: моніторинг показників діяльності КНП ПМСД/ФОП, проведення соціологічних досліджень (анкетування) серед населення та врахування думок експертів.

У Липоводолинській територіальній громаді (далі – Липоводолинська ТГ) надання первинної медичної допомоги забезпечується комунальним некомерційним підприємством «Липоводолинський центр первинної медико-санітарної допомоги» (далі – Липоводолинський ЦПМСД).

КНП «Липоводолинський ЦПМСД» було створено рішенням 22-ї сесії сьомого скликання Липоводолинської районної ради від 15.08.2018 року. В подальшому, відповідно до рішень двадцять восьмої сесії Липоводолинської районної ради від 29.11.2019 року та п'ятої сесії Липоводолинської селищної ради від 10.09.2020 року, підприємство було передане у комунальну власність об'єднаної територіальної громади та перейменоване 29.09.2020 року на КНП «Липоводолинський центр первинної медико-санітарної допомоги» Липоводолинської селищної ради.

Засновником, власником та органом управління майном КНП є територіальна громада Липоводолинської селищної ради. Підприємство є підпорядкованим, підзвітним і підконтрольним засновнику. Основною метою створення закладу є надання первинної медичної допомоги, управління медичним обслуговуванням населення, профілактика захворювань та підтримка громадського здоров'я.

Предмет діяльності КНП «Липоводолинський ЦПМСД» реалізується за ключовими напрямками, представленими на рисунку 2.3.

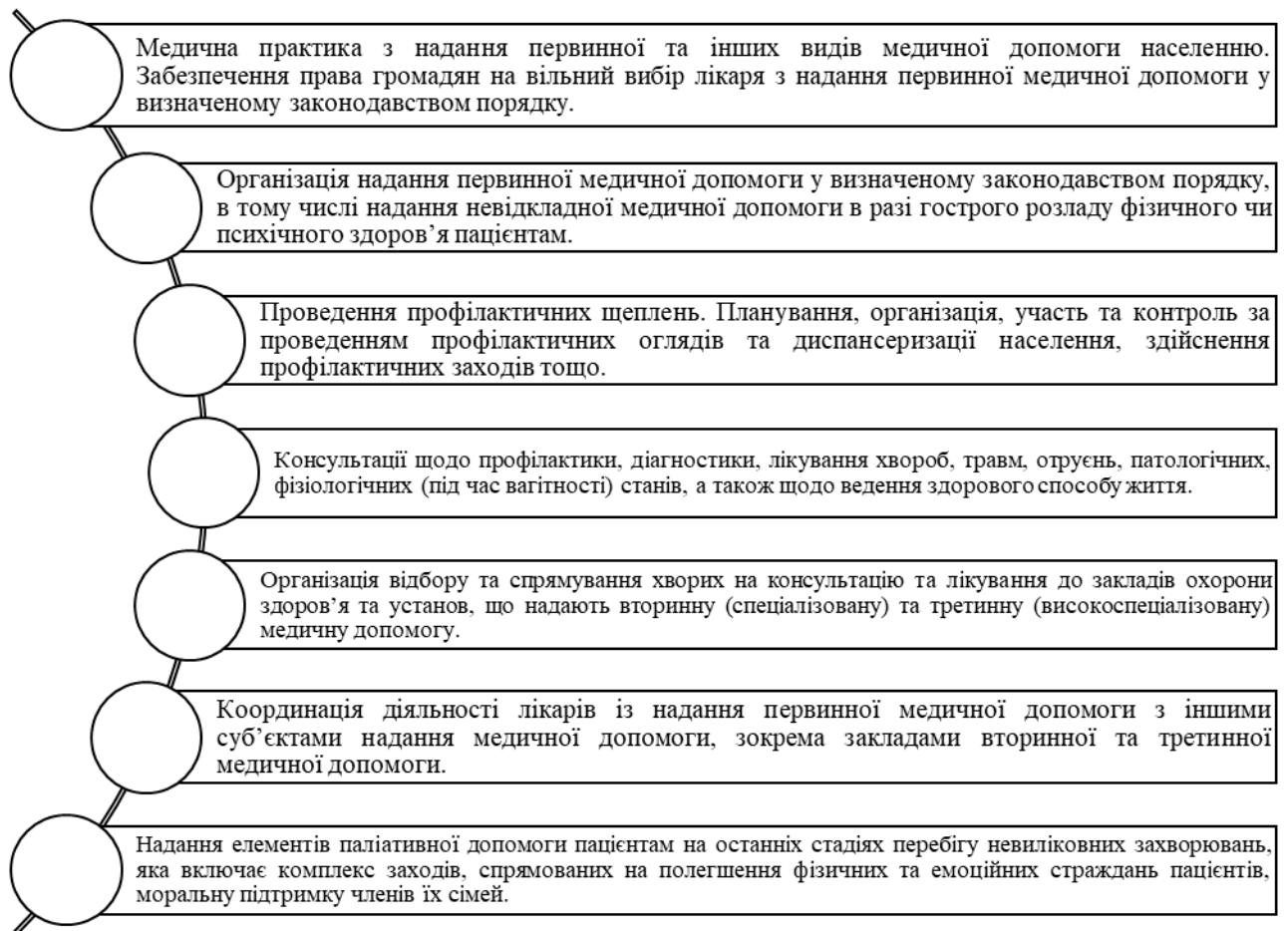


Рисунок 2.3 – Ключові напрями організації надання первинної медичної допомоги населенню Липоводолинської ТГ

Джерело: [24]

КНП «Липоводолинський ЦПМСД» надає медичні послуги на підставі чинної ліцензії на медичну практику. Підприємство здійснює некомерційну господарську діяльність та організовує її відповідно до фінансового плану, затвердженого Засновником. Для реалізації своєї діяльності підприємство залучає та використовує матеріально-технічні, фінансові, трудові та інші ресурси, використання яких не заборонено законодавством. КНП самостійно визначає організаційну структуру, встановлює чисельність персоналу та затверджує штатний розпис.

Майно КНП «Липоводолинський ЦПМСД» є комунальною власністю і закріплюється за закладом на праві оперативного управління. До складу майна лікувального закладу входять необоротні та оборотні активи, основні засоби,

грошові кошти та інші цінності, передані Засновником, вартість яких відображається у самотійному балансі (рисунок 2.4).

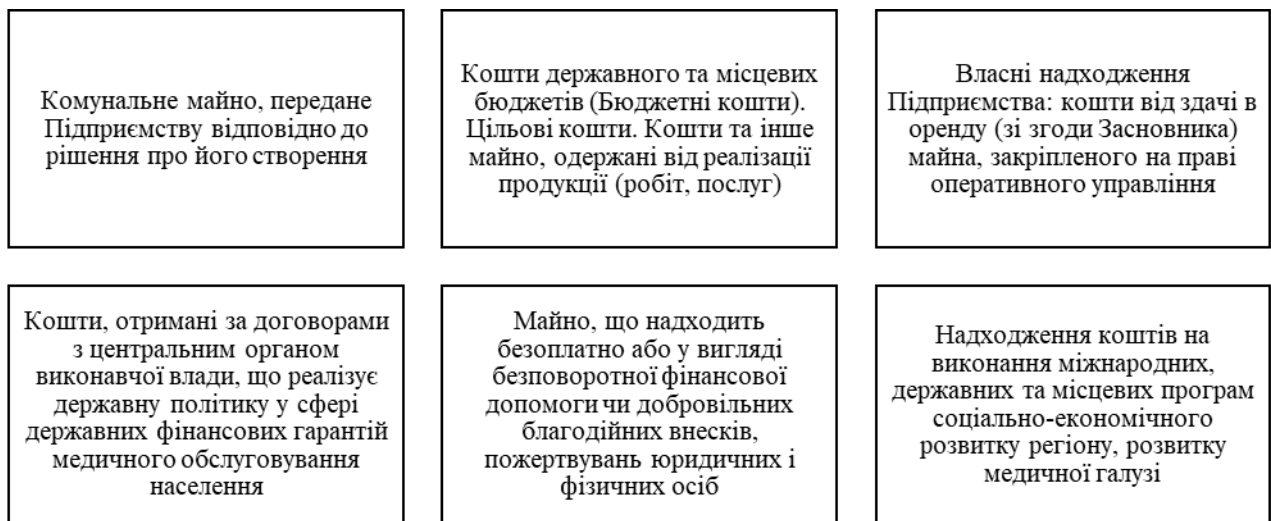


Рисунок 2.4 - Джерела формування майна та коштів для надання первинної медичної допомоги в Липоводолинський ТГ

Джерело: [24]

Дані, наведені на рисунку 2.4, свідчать про широкий спектр можливостей для забезпечення ефективної роботи медичного закладу. Вони охоплюють не лише використання власних ресурсів та бюджетних коштів, а й залучення фінансування від міжнародних донорів.

Одним із ключових показників результативності надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні є стан укладання декларацій із пацієнтами. Для аналізу розглянемо динаміку зміни цього показника в Липоводолинській територіальній громаді протягом 2022–2024 років (таблиця 2.5).

Таблиця 2.5 – Динаміка зміни кількості укладених декларацій в системі первинної медичної допомоги Липоводолинської ТГ, 2022–2024 рр.

Показник	2022 рік	2023 рік	2024 рік	Відхилення 2024 р. до 2022 р., +/-
Кількість декларацій, од.	14087	13728	13351	-736
Частка до загальної кількості населення, %	80,8	80,4	78,2	змен. на 2,6 в.п.
Частка дітей 0-17 років в загальній кількості укладених декларацій, %	21,1	19,8	20,3	-0,8 в.п.
Природний приріст на 1 тис. населення	(-16,4)	(-16,3)	(-17,0)	-

Джерело: згруповано автором за даними

Дані, наведені в таблиці 2.5, свідчать про зменшення кількості укладених декларацій у 2024 році порівняно з 2022 роком на 736 одиниць. У загальній структурі населення Липоводолинської ТГ частка укладених декларацій становила 80,8% у 2022 році, 80,4% у 2023 році та 78,2% у 2024 році. Частка дітей серед усіх укладених декларацій протягом досліджуваного періоду знизилася незначно і на 2024 рік склала 20,3%. Природний приріст населення демонструє незначні коливання: він становив -16,4 у 2022 році та -17,0 у 2024 році.

Станом на 31.12.2024 р. у складі КНП "Липоводолинський ЦПМСД" функціонують п'ять амбулаторій загальної практики – сімейної медицини (АЗПСМ) та одинадцять фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАП). Порівняно з 2022 роком, спостерігається зменшення на одну одиницю як АЗПСМ, так і ФАП. Далі розглянемо організаційну структуру системи надання первинної медичної допомоги Липоводолинської ТГ (рисунок 2.5).

Представлена на рисунку організаційна структура показує, що в системі надання первинної медичної допомоги Липоводолинської ТГ функціонують: управлінська ланка – 5 одиниць; інформаційно-аналітичний кабінет – 2 одиниці; інший адміністративно-управлінський та допоміжний персонал – 12 одиниць; АЗПСМ селища Липова Долина – 41 одиниця; АЗПСМ с. Синівка – 16,5 одиниць.

Штатна чисельність лікарів у структурі надання первинної медичної допомоги Липоводолинської ТГ за досліджуваний період представлена в таблиці 2.6.

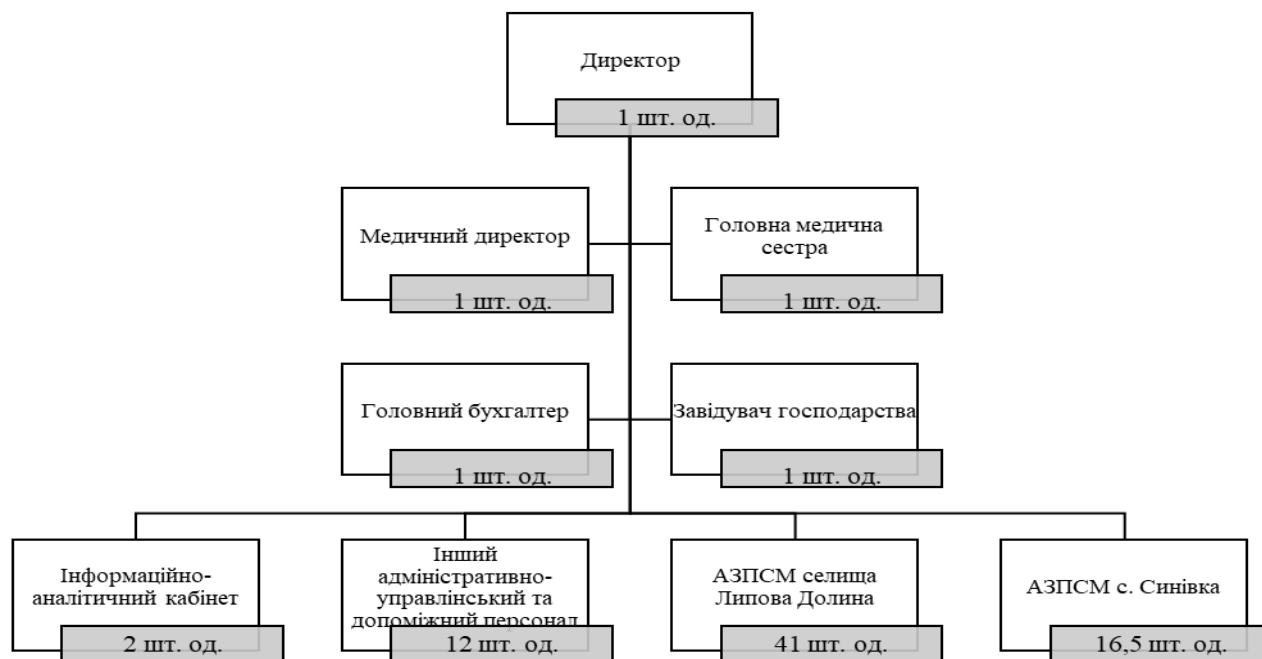


Рисунок 2.5 – Організаційна структура системи надання первинної медичної допомоги Липоводолинської ТГ

Джерело: згруповано автором за даними

Таблиця 2.6 – Динаміка зміни кількості лікарів в системі надання первинної медичної допомоги Липоводолинської ТГ, 2022-20224 рр.

Показник	2022 рік	2023 рік	2024 рік	Відхилення 2024 р. до 2022 р., +/-
Загальна кількість посад лікарів, з них:	7,5	7,5	7,5	-
Посади сімейних лікарів	6,0	6,0	6,0	-
Посади лікарів-педіатрів	1,5	1,5	1,5	-

Джерело: розраховано автором

Представлені в таблиці 2.7 дані демонструють динаміку зміни обсягу фінансування первинної медичної допомоги Липоводолинської ТГ протягом досліджуваного періоду.

Слід відзначити, що штатна структура системи надання первинної медичної допомоги Липоводолинської ТГ залишалася стабільною у 2022–2024 рр. Позитивним аспектом є повне забезпечення лікарів комп’ютерною технікою та підключенням до мережі Інтернет протягом усього періоду. Співпраця з НСЗУ

здійснюється за такими пакетами: «Первинна медична допомога»; «Супровід та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз на первинному рівні»; «Вакцинація від гострої респіраторної хвороби Covid-19».

Структурні підрозділи КНП «Липоводолинський ЦПМСД» надають медичну допомогу не лише пацієнтам з укладеними деклараціями, а й внутрішньо переміщеним особам, які отримують гуманітарну допомогу у закладі.

Таблиця 2.7 – Динаміка зміни обсягу фінансування системи первинної медичної допомоги Липоводолинської ТГ, 2022-2024 р.

Показник	2022 рік	2023 рік	2024 рік	Відхилення 2024 р. до 2022 р., +/-
Обсяг фінансування, тис грн	14904,0	20156,6	17863,8	2959,8
Частка виконання затвердженого обсягу фінансування, %	100,0	124,3	98,9	змен. на 1,1 в.п.

Джерело: розраховано автором

Дані, наведені в таблиці 2.8, дозволяють оцінити ефективність використання основних фондів та оборотних активів у системі первинної медичної допомоги Липоводолинської ТГ протягом 2022–2024 рр.

З аналізу фінансування видно, що загальний обсяг коштів у 2024 р. збільшився на 2959,8 тис. грн порівняно з 2022 р. Рівень виконання затвердженого обсягу фінансування зріс у 2023 р. на 24,3% порівняно з 2022 р., проте у 2024 р. відбулося незначне зниження на 1,1 в.п.

Оцінка використання матеріально-технічної бази (основних фондів та оборотних активів) є важливим показником ефективності управління підсистемою ПМД, оскільки оптимальне використання ресурсів безпосередньо впливає на доступність та якість медичних послуг для населення громади.

Таблиця 2.8 – Динаміка зміни показників використання основних фондів системи первинної медичної допомоги Липоводолинської ТГ, 2022-2024 р.

Показники	2022 рік	2023 рік	2024 рік	Відхилення, 2024 р. до 2022р.	
				+	%
Доходи медичного закладу, тис. грн	17478,6	22258,3	21865,8	4387,2	125,1
Середньорічна вартість основних фондів, тис. грн	6536,3	7711	10075,9	3539,6	154,2
Середньооблікова чисельність персоналу, чол.	100,75	94,75	89,75	-11	89,1
Фондовіддача	2,7	2,9	2,2	-0,5	81,5
Фондомісткість	0,4	0,3	0,5	0,1	125,0
Фондоозброєність, тис. грн / чол.	64,9	81,4	112,3	47,4	173,0

Джерело: розраховано автором

Аналіз показників основних фондів свідчить про наступне, що вартість основних фондів у 2024 р. значно зросла порівняно з 2022 р., хоча залишилася трохи нижчою за рівень 2023 р. Ланцюгові зміни: +27,3% у 2023 р. до 2022 р., - 1,8% у 2024 р. до 2023 р. Фондовіддача (вартість медичних послуг на одиницю вартості основних фондів) у 2023 р. зросла до 2,9 порівняно з 2,7 у 2022 р., однак у 2024 р. скоротилася до 2,2. Зміни зумовлені одночасним зростанням чистого доходу від наданих послуг та збільшенням вартості основних фондів у 2024 р.

Фондомісткість (вартість основних фондів на 1 грн наданих послуг) зросла на 25,0% за період 2022–2024 рр., що свідчить про покращення матеріально-технічного забезпечення закладу. Фондоозброєність (вартість основних фондів на одного працівника) зросла на 73,0% у 2024 р. порівняно з 2022 р., а динаміка 2023 р. становила +25,4%. Такий ріст пояснюється збільшенням вартості основних фондів.

Таким чином, матеріально-технічне забезпечення КНП «Липоводолинський ЦПМСД» покращується, що сприяє підвищенню якості та доступності первинної медичної допомоги в громаді.

Дані таблиці 2.9 дозволяють оцінити функціональне забезпечення системи первинної медичної допомоги Липоводолинської ТГ у 2022–2024 рр.

Таблиця 2.9 - Показники функціонального забезпечення системи первинної медичної допомоги Липоводолинської ТГ, 2024 р.

Показник	Факт 2024 року	Фінансовий план на 2024 р.	У тому числі за кварталами			
			I-й квартал	II-й квартал	III-й квартал	IV-й квартал
Дохід від надання послуг в т.ч.:	20764,7	20323,0	5080,75	5080,75	5080,75	5080,75
Дохід по договору ПМД	10418,5	10471,6	2617,9	2617,9	2617,9	2617,9
Дохід за "Програма розвитку та фінансової підтримки на 2019-2024 р.	10346,2	9851,4	2462,85	2462,85	2462,85	2462,85
Інші операційні доходи, в тому числі:	1089,7	813,8	203,45	203,45	203,45	203,45
Дохід від безоплатно одержаних необоротних активів	1089,7	813,8	203,45	203,45	203,45	203,45
Усього доходів	21854,4	21136,8	5284,2	5284,2	5284,2	5284,2
Матеріальні затрати	4343,1	2480,9	620,3	620,2	620,2	620,2
Витрати на оплату праці	10515,0	12835,5	3208,8	3208,9	3208,9	3208,9
Відрахування на соціальні заходи	2389,5	2823,8	705,9	706,0	705,9	706,0
Амортизація	1094,8	800,0	200,0	200,0	200,0	200,0
Інші операційні витрати	3220,4	2196,6	549,2	549,1	549,2	549,1
Усього витрати	21562,8	21136,8	5284,2	5284,2	5284,2	5284,2
Фінансовий результат	303,0	-	-	-	-	-

Джерело: розраховано автором

Отже, аналіз функціонального забезпечення системи первинної медичної допомоги Липоводолинської ТГ показує наступне. Фінансування за договорами ПМД майже зрівнялося з надходженнями за «Програмою розвитку та фінансової підтримки на 2019–2024 рр.», що свідчить про суттєвий вплив локальних інструментів підтримки на стабільне функціонування системи первинної медичної допомоги.

Структура витрат показує, що основну частку займають витрати на оплату праці, а матеріальні затрати становлять лише 11,7% від загальної суми витрат, що підкреслює орієнтацію закладу на підтримку кадрового потенціалу. Інвестиції у ремонт та оновлення інфраструктури у 2024 р. склали 2372,8 тис. грн., з яких: ремонт кабінетів – 1495,3 тис. грн.; ремонт підсобних приміщень – 544,7 тис.

грн.; придбання будівельних матеріалів – 207,9 тис. грн.; утеплення фасаду – 124,9 тис. грн.

Ці заходи спрямовані на покращення умов роботи медичного персоналу та підвищення якості надання медичних послуг населенню громади, що безпосередньо впливає на доступність та комфорт отримання медичної допомоги.

2.3 Аналіз результативності державного регулювання доступності та якості надання первинної медичної допомоги в Липоводолинській ТГ

Аналіз вибіркової сукупності респондентів Липоводолинської ТГ (таблиця 2.10) дозволяє охарактеризувати соціально-демографічні параметри опитаних для оцінки доступності та якості первинної медичної допомоги. Стать респондентів: визначає гендерну структуру опитаних, що може впливати на оцінку медичних послуг та специфіку потреб у первинній медичній допомозі. Соціальний статус: дозволяє врахувати різні категорії населення (працюючі, пенсіонери, студенти тощо) при оцінці доступності та задоволеності медичними послугами. Вікова структура: визначає потреби різних вікових груп у медичних послугах, зокрема дітей, дорослих та людей похилого віку, що є важливим для планування сімейної медицини та розподілу ресурсів у громаді.

Отримані дані створюють основу для подальшого аналізу сприйняття населенням якості надання первинної медичної допомоги, визначення проблемних зон у роботі закладів ПМД та розробки рекомендацій щодо підвищення доступності та ефективності медичних послуг у Липоводолинській ТГ.

Таблиця 2.10 - Загальна характеристика вибіркової сукупності респондентів Липоводолинської ТГ

Характеристика	Кількість респондентів, од.	Частка в загальній структурі, %
Стать		
Чоловік	103	34,7
Жінка	194	65,3
Соціальний статус		
Працює	59	19,9
Тимчасово безробітний	42	14,4
Приватний підприємець	77	28,8
Пенсіонер	81	27,3
Інвалід	38	9,6
Вік		
Працездатний	126	42,4
Старше працездатного	171	57,6

Джерело: згруповано автором за результатами дослідження

Аналіз даних таблиці 2.10 дозволяє охарактеризувати рівень самооцінки стану здоров'я респондентів Липоводолинської ТГ: Переважна частка опитаних – жінки (65,3%), що може впливати на оцінку доступності та якості медичних послуг, оскільки жінки зазвичай активніше користуються первинною медичною допомогою. Соціальний статус респондентів показує різноманітність вибірки: працюючі (19,9%), тимчасово безробітні (14,4%), приватні підприємці (28,8%), пенсіонери (27,3%) та інваліди (9,6%). Це дозволяє врахувати різні соціальні групи при оцінці потреб у медичних послугах. Вікова структура складається з працездатних осіб (42,4%) та осіб старше працездатного віку (57,6%), що важливо для визначення специфічних потреб у первинній медичній допомозі.

Результати самооцінки здоров'я респондентів дають змогу виявити суб'єктивне сприйняття стану здоров'я населення, визначити пріоритетні напрямки медичної допомоги та оцінити ефективність роботи первинної ланки медицини в Липоводолинській ТГ.

Таблиця 2.11 – Зведені показники рівня самооцінки особистого здоров'я респондентами Липоводолинської ТГ

Показник	Якісна характеристика	Кількість респондентів, од.	Частка в загальній структурі, %
Стан здоров'я оцінено як	Добрий	91	30,6
	Задовільний	104	35,1
	Незадовільний	102	34,3
Хворіє на гострі хвороби	Не кожного року	52	17,5
	Щорічно	83	27,9
	На гострі респіраторні хвороби (сезонні)	132	38,1
Має хронічні захворювання	Не має	78	26,3
	Має одне захворювання	51	17,2
	Має два захворювання	47	15,8
	Має три і більше захворювань	121	40,7
Доступність медичних послуг	Звертається до закладів охорони здоров'я тільки у разі різкого погіршення стану здоров'я	228	76,8
	Звертається до закладів охорони здоров'я з профілактичною метою	69	23,2
	При необхідності мав можливість викликати лікаря додому	27	9,1
	При необхідності був організований стаціонар удома	19	6,4

Джерело: згруповано автором за результатами дослідження

Аналіз даних таблиці 2.11 свідчить про такі ключові тенденції у сприйнятті доступності медичної допомоги населенням Липоводолинської ТГ. Попри наявність мережі медичних закладів первинної допомоги, значна частка респондентів (76,8%) звертається до лікарів лише у разі різкого погіршення стану здоров'я, що вказує на низький рівень профілактичного відвідування та формування культури профілактики.

Лише 23,2% опитаних звертаються до закладів охорони здоров'я з профілактичною метою, що підкреслює необхідність активізації заходів з медичної освіти та підвищення обізнаності населення про важливість профілактичних оглядів. Розподіл самооцінки стану здоров'я показує, що більшість респондентів оцінюють свій стан як задовільний (35,1%) або незадовільний (34,3%), що свідчить про наявність проблем зі здоров'ям у значної частини населення та потребу у постійному медичному контролі.

Лише 30,6% оцінюють стан здоров'я як добрий, а третина респондентів має три або більше хронічних захворювань (40,7%), що підкреслює важливість забезпечення доступу до лікування та регулярного спостереження. Факт, що лише 26,3% респондентів не мають хронічних захворювань, підкреслює необхідність ефективної системи первинної медичної допомоги та координації лікування хронічних хвороб. Результати опитування демонструють обмежену профілактичну активність населення та значний відсоток хронічно хворих, що підкреслює важливість удосконалення доступності та якості медичних послуг на первинному рівні, а також необхідність інформаційно-просвітницьких кампаній серед жителів громади.

Таблиця 2.12 - Оцінка можливості населенням Липоводолинської ТГ отримати необхідну медичну допомогу

Показник	Кількість респондентів, од.			Частка в загальній структурі, %		
	1*	2*	3*	1*	2*	3*
Жителі громади при потребі мають можливість безперешкодно отримати необхідну медичну допомогу:						
первинну	258	27	12	86,9	9,1	4,0
екстрену	233	41	23	78,5	13,8	7,7
амбулаторну спеціалізовану	242	36	19	81,6	12,1	6,4
стаціонарну спеціалізовану	242	36	15	82,8	12,1	5,1
стоматологічну	189	93	15	63,6	31,3	5,1
пройти лабораторні обстеження	200	74	23	67,4	24,9	7,7
пройти функціональні обстеження	187	79	31	63,0	26,6	10,4
пройти рентгенологічні обстеження	182	82	33	61,3	27,6	11,1
Жителі громади, які мають інвалідність, отримують необхідну реабілітаційну допомогу	146	92	59	49,2	30,9	19,9
Жителі територіальної громади, які мають інвалідність, забезпечені необхідними індивідуальними засобами	146	92	59	49,2	30,9	19,9
Робота аптек і доступність лікарських засобів:						
Можливість у населення територіальної громади вільного доступу до аптечних закладів з метою придбання необхідних лікарських засобів	194	96	7	65,3	32,3	2,4
На території громади аптеки/аптечні пункти відсутні	86	204	7	28,9	68,7	2,4
В осінньо-весняний період доступ до аптек/аптечних пунктів значно обмежений	119	171	7	40,0	57,6	2,4

*1 - так; 2 - ні; 3 - не визначився

Аналіз даних таблиці 2.12 свідчить про обмежену доступність послуг збереження та зміцнення здоров'я у Липоводолинській ТГ. Населення відзначає недостатній рівень забезпечення спеціалізованими медичними послугами, що ускладнює отримання допомоги при певних захворюваннях або потребах. Особливо потребує перегляду доступність реабілітаційних послуг та індивідуальних засобів для осіб з інвалідністю, що підкреслює наявність бар'єрів для маломобільних груп населення.

Виявлено обмежений доступ до аптечних пунктів, що ускладнює придбання необхідних лікарських засобів та створює ризик невчасного лікування. Загалом, результати демонструють, що структура надання медичних послуг у громаді не повністю відповідає потребам населення, що потребує підвищення доступності профілактичних, лікувальних і реабілітаційних заходів.

Таблиця 2.13 - Оцінка можливості отримання населенням послуг Липоводолинської ТГ щодо збереження та зміцнення здоров'я

Показник	Кількість респондентів, од.			Частка в загальній структурі, %		
	1*	2*	3*	1*	2*	3*
Можливість на рівні громади отримати послуги реабілітолога	194	74	29	65,3	24,9	9,8
Можливість на рівні громади отримати послуги психолога	72	188	37	24,2	63,3	12,5
Можливість на рівні громади отримати послуги спеціаліста із громадського здоров'я	15	193	89	5,2	64,9	29,9
Можливість на рівні громади отримати необхідні послуги в «Кабінеті довіри».	27	197	73	9,1	66,3	24,6

*1 - так; 2 - ні; 3 - не визначився.

Аналіз даних таблиці 2.13 свідчить, що рівень задоволеності населення Липоводолинської ТГ якістю надання первинної медичної допомоги лікарями загальної практики – сімейними лікарями є переважно середнім. Значна частка респондентів відзначає добру або задовільну якість обслуговування, що свідчить про позитивну оцінку базових медичних послуг.

Водночас частина населення вказує на наявні недоліки, пов'язані з тривалістю очікування прийому, обмеженістю доступу до профілактичних та спеціалізованих послуг, а також дефіцитом часу лікарів для консультацій. Дослідження демонструє потребу в поліпшенні комплексності та доступності послуг, зокрема для маломобільних груп, дітей та осіб похилого віку, а також у підвищенні ефективності комунікації з пацієнтами.

Таблиця 2.14 - Оцінка рівня задоволеності отриманою первинною медичною допомогою в Липоводолинській ТГ

Показник	Кількість респондентів, од.	Частка в загальній структурі, %
По медичну допомогу до лікарів загальної практики – сімейних лікарів не звертався	19	6,4
Повністю задоволений	106	35,7
Більше задоволений, ніж не задоволений	96	32,3
Більше не задоволений, ніж задоволений	59	19,9
Не задоволений	17	5,7

Аналіз результатів, представлених у таблиці 2.14, свідчить, що більшість мешканців Липоводолинської ТГ користуються послугами сімейних лікарів і оцінюють їх на рівні «певною мірою задоволені» – таких респондентів 68,0 %. Водночас 25,6 % респондентів вказали на часткове незадоволення отриманою медичною допомогою, а 6,4 % населення взагалі не зверталися до сімейного лікаря. Це підкреслює наявність простору для покращення доступності та якості первинної медичної допомоги, особливо в частині профілактичних та комплексних послуг.

Щодо реалізації урядових програм, протягом 2024 року за програмою «Доступні ліки» було виписано 7754 електронних рецепта, з яких відпущено 6605 (85,2%). Участь у програмі брали такі аптечні заклади: ТОВ «Подорожник-Суми», ТОВ «Прана-Фарм», ФОП «Дудченко О.Ф.», ТОВ «Сумський центр здоров'я» та ТОВ «Медсвіт». Це свідчить про активну інтеграцію аптечних мереж у систему первинної медичної допомоги та забезпечення населення доступом до необхідних лікарських засобів.

Проведений аналіз показників діяльності системи первинної медичної допомоги Липоводолинської ТГ у 2024 р. свідчить про наступне. Обсяг медичної

допомоги та демографія пацієнтів: Загальна кількість прийнятих пацієнтів – 35 861, з них 7 816 дітей. Відвідування на дому – 436, із яких 89 – діти. Це свідчить про високий рівень охоплення населення медичними послугами, включаючи дитячу категорію.

Проведено 2 895 ЕКГ-досліджень (8,1 на 100 відвідувань; середньообласний показник – 9,5) та 230 спірографій. Функціонують 3 біохімічні, 3 гематологічні та 6 аналізаторів сечі. Загальна кількість проведених аналізів у 2024 р.: гематологічних – 3 832, біохімічних – 4 458 (холестерин – 1 169, глюкоза – 3 289), імунологічних – 1 654 (Covid – 705, ВІЛ – 355, гепатити В і С – 594), аналізи сечі – 1 459.

Наявність швидких тестів на гепатити, ВІЛ, тропоніни та вагітність забезпечує доступність експрес-діагностики, навіть у домашніх умовах. Своєчасність проведення первинного вакцинального комплексу дітям до року – 100%, що перевищує показник 2023 р. (98,4%). Вакцинація в 2-місячному і 6-місячному віці також проведена на 100%.

Виявлено 8 випадків туберкульозу (46,8 на 100 тис. населення), при цьому смертність – 5,8 на 1 тис. населення (1 випадок). Питома вага виявлення при флюорографічних профілактичних оглядах – 3 випадки із 8. Вперше виявлені деструктивні форми – 2 випадки (11,7 на 100 тис.), бактеріовиділювачі – 5 із 8 (62,5%).

Система первинної медичної допомоги Липоводолинської ТГ забезпечує широкий спектр медичних послуг, включаючи діагностику, вакцинацію та домашні відвідування. Проте, показники доступності ЕКГ та спірографій дещо нижчі за середньообласні, а захворюваність на туберкульоз зросла порівняно з минулим роком, що потребує підвищеної уваги до профілактичних програм та своєчасної діагностики.

Оцінка діяльності системи первинної медичної допомоги Липоводолинської ТГ у 2024 р. з урахуванням профілактичної та спеціалізованої роботи свідчить про наступне. На обліку перебуває 4 783 особи з групи ризику (4 330 медичних, 453 соціальних). Скринінг проведено для 2 551 особи (53,3% від підлягаючих), з них 2 269 – медичні групи ризику, 282 – соціальні.

Флюорографічно обстежено 3 638 осіб, що становить 246,9 на 1 тис. населення, зростання порівняно з минулим роком (235,1 на 1 тис.). Туберкулінодіагностика серед дітей – 100% охоплення (147 дітей), що забезпечує ефективну ранню профілактику.

Виявлено 66 випадків первинної онкологічної захворюваності (386,5 на 100 тис. населення), порівняно з минулорічним показником – 380,7. Запущені онкозахворювання IV стадії – 5 випадків (7,6%), зменшення порівняно з минулим роком (16,9%), що свідчить про покращення раннього виявлення. Доросле населення – 52,9 на 10 тис. (120 випадків), працездатне населення – 38,6 на 10 тис. (40 випадків), дитяче населення – 11,0 на 10 тис. (3 випадки).

Значне зниження показників порівняно з минулим роком, що свідчить про позитивну динаміку в профілактиці та ранньому виявленні захворювань у громадах. Діти з інвалідністю мають складні медичні діагнози (розумова відсталість, спастична моноплегія, цукровий діабет I типу).

Партнерство з GIZ GmbH та проектом «Спеціальна підтримка України» дозволило забезпечити заклади лабораторно-діагностичним обладнанням на суму понад 1,7 млн грн. Придбане обладнання: гематологічний аналізатор, венозний сканер, автоматичний дефібрилятор, ЕКГ, холтер, портативний УЗД, стетофонендоскоп, повітряний стерилізатор, індикатор вимірювання ВОТ. Це сприяє підвищенню якості діагностики та своєчасності медичної допомоги на первинному рівні.

Система первинної медичної допомоги Липоводолинської ТГ у 2024 р. демонструє стабільне функціонування та позитивну динаміку в профілактиці туберкульозу, онкологічних захворювань та інвалідності. Розширення матеріально-технічної бази і міжнародна підтримка підвищують якість медичної допомоги та забезпечують доступність сучасних діагностичних процедур для населення громади.

Варто відмітити, що в 2024 р. у системі первинної медичної допомоги Липоводолинської ТГ за підтримки БО «Світло Надії» та міжнародних організацій успішно стартував соціальний проєкт «Виїзд мобільних медико-соціальних команд» (ММК).

Проект передбачає виїзди мобільних команд, що складаються з медичних та соціальних працівників, до віддалених населених пунктів громади. Основна мета – надати мешканцям можливість комплексної діагностики та консультацій: оцінка фізичного та ментального стану здоров'я; індивідуальні консультації та рекомендації щодо профілактики та лікування захворювань; скринінги на цукровий діабет, гіпертонію, ХОЗЛ; проведення діагностичних аналізів крові (глюкоза, холестерин) та ЕКГ.

За звітний період проведено: 33 виїзди ММК; оглянуто 696 осіб; проведено ЕКГ – 690; обстеження на глюкозу – 687 (виявлено цукровий діабет у 351 особи); аналіз крові на холестерин – 692; виявлено гіпертонічну хворобу – 409 осіб; діагностовано глухоту – 15 осіб; ХОЗЛ – 83 особи.

Реалізація проекту значно підвищує доступність медичних послуг для мешканців громади, особливо для осіб, що не можуть самотійно звертатися до стаціонарних закладів. Мобільні команди забезпечують своєчасну профілактику, ранню діагностику та підвищують загальний рівень здоров'я населення Липоводолинської ТГ.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

3.1 Удосконалення підходів до формування моделі організації надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні

Успішна трансформація системи охорони здоров'я України потребує комплексного, системного та послідовного підходу, заснованого на стратегічному баченні, доказовості та широкому суспільному консенсусі. Підтримуємо положення проєкту Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, згідно з якими формування державної політики та прийняття управлінських рішень мають базуватися виключно на об'єктивних даних, результатах наукових досліджень і принципах доказової медицини. Такий підхід сприятиме підвищенню довіри суспільства до реформ та мінімізації опору змінам.

Ключовими напрямками удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я мають стати:

- ✓ формування ефективної, гнучкої системи публічного управління, що забезпечує координацію дій на центральному, регіональному та місцевому рівнях;
- ✓ впровадження людиноорієнтованого підходу та системи управління якістю на всіх рівнях надання медичної допомоги;
- ✓ нормативне закріплення та практична реалізація стратегічних документів розвитку галузі;
- ✓ завершення впровадження фінансової моделі за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» на рівні спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги;
- ✓ розширення програми медичних гарантій;
- ✓ повна цифровізація галузі із забезпеченням кібербезпеки та впровадженням електронних сервісів публічної звітності;

- ✓ імплементація європейських підходів до епідеміологічного нагляду, інфекційного контролю та боротьби з неінфекційними захворюваннями;
- ✓ активізація заходів з імунізації як складової національної безпеки;
- ✓ розвиток сільської медицини;
- ✓ впровадження МКФ та реформування системи медико-соціальної експертизи;
- ✓ реформування фармацевтичного ринку з метою забезпечення конкуренції та доступності лікарських засобів;
- ✓ модернізація системи до- та післядипломної медичної освіти, запровадження професійного ліцензування лікарів;
- ✓ розширення участі приватного сектору та неурядових організацій у наданні медичних і медико-соціальних послуг.

Таким чином, подальший розвиток системи охорони здоров'я України має відбуватися в напрямі побудови пацієнтоорієнтованої, фінансово стійкої, прозорої та інтегрованої системи, здатної ефективно реагувати на сучасні виклики та забезпечувати належний рівень медичної допомоги для всіх верств населення.

Одним із ключових чинників результативного функціонування системи охорони здоров'я є належне та стабільне фінансове забезпечення. У цьому контексті особливої актуальності набуває вдосконалення механізмів публічного управління галуззю, зокрема завершення трансформації системи її фінансування шляхом упровадження багатоканальної бюджетно-страхової моделі у поєднанні з ефективним контролем за цільовим і раціональним використанням фінансових ресурсів. Запровадження сучасних підходів до фінансового планування та формування системи оплати праці медичних працівників має бути спрямоване на підвищення їх мотивації до надання якісних медичних послуг, легалізацію співфінансування з боку громадян при отриманні медичної допомоги, а також на забезпечення більш ефективного використання наявного ресурсного потенціалу сфери охорони здоров'я України.

Невід'ємною складовою якісної системи охорони здоров'я є високий рівень підготовки фахівців медичної галузі. Освітній процес у сфері медичної

підготовки повинен бути інтегрований у міжнародний освітній простір з метою забезпечення відповідності професійної підготовки сучасним світовим стандартам і практикам. Підвищення якості професійної освіти майбутніх лікарів відповідно до кращих міжнародних зразків сприятиме зміцненню конкурентних позицій української вищої медичної освіти та розширенню можливостей працевлаштування вітчизняних медичних працівників на національному й міжнародному ринках праці [90]. У зв'язку з цим формування, розвиток і ефективне використання кадрового потенціалу набувають статусу пріоритетного напрямку публічного управління у сфері охорони здоров'я, оскільки саме висококваліфіковані спеціалісти здатні забезпечити якість медичних послуг і реалізацію системних реформ відповідно до сучасних викликів галузі.

З метою формування результативної кадрової політики у сфері охорони здоров'я першочерговим завданням є розроблення та нормативне затвердження єдиної концепції кадрової політики України у цій сфері. Вона має передбачати чітке визначення стратегічної мети, основних завдань, пріоритетних напрямів розвитку, а також механізмів реалізації кадрових рішень із їх обов'язковим закріпленням у спеціалізованому нормативно-правовому акті [42, с. 331]. Концепція повинна ґрунтуватися на реальних потребах населення в медичних послугах та бути спрямованою на подолання ключових проблем кадрового забезпечення, зокрема дефіциту лікарів і середнього медичного персоналу, диспропорцій у територіальному розподілі кадрів, зовнішньої трудової міграції, значної частки працівників пенсійного віку, недостатнього рівня володіння сучасними інформаційними технологіями, неефективного використання людських ресурсів і недосконалості управління кадровим потенціалом галузі.

Стратегічними орієнтирами концепції кадрової політики у сфері охорони здоров'я України мають виступати такі напрями: удосконалення нормативно-правового забезпечення з його гармонізацією відповідно до вимог Європейського Союзу та міжнародних стандартів; модернізація системи обліку кадрових ресурсів галузі; розвиток механізмів планування та прогнозування потреб у медичних кадрах; підвищення якості професійної підготовки медичних працівників; посилення контролю за процесами працевлаштування випускників

медичних спеціальностей; оновлення системи мотивації персоналу; упровадження інституту страхування професійної відповідальності медичних працівників; мінімізація масштабів трудової міграції; реалізація принципу «навчання впродовж життя»; застосування сучасних методів і технологій управління людськими ресурсами; розвиток лікарського самоврядування; формування управлінського корпусу галузі, здатного ефективно здійснювати керівництво на засадах сучасного менеджменту та підтримувати ідеологію реформ; активізація міжнародного співробітництва у сфері розвитку кадрового потенціалу охорони здоров'я.

Ключовим завданням кадрової політики у сфері охорони здоров'я є подолання тенденції скорочення загальної чисельності лікарів і середнього медичного персоналу. Основними чинниками цієї проблеми виступають внутрішня та зовнішня міграція фахівців, старіння кадрового складу, зниження престижності медичної професії, неконкурентоспроможний рівень оплати праці, диспропорції у кадровому забезпеченні та особливо відчутний дефіцит медичних працівників у сільській місцевості. Важливим аспектом є забезпечення повної укомплектованості штатних лікарських посад.

Удосконалення кадрового забезпечення системи охорони здоров'я передбачає реалізацію комплексу заходів, зокрема: запровадження державного довгострокового прогнозування потреб у медичних кадрах за їх категоріями з урахуванням стратегічних напрямів реформування галузі, динаміки внутрішніх і зовнішніх міграційних процесів, а також природного вибуття персоналу; забезпечення підготовки та перепідготовки випереджальними темпами лікарів загальної практики/сімейної медицини, сімейних медичних сестер і середнього медичного персоналу з вищою освітою; посилення ролі середнього медичного персоналу шляхом делегування йому окремих функцій у межах професійної компетенції, зокрема надання медичної допомоги у лікарнях сестринського догляду, хоспісах, здійснення екстреної допомоги фельдшерськими бригадами, а також виокремлення самостійних напрямів діяльності для працівників фельдшерсько-акушерських пунктів.

Крім того, передбачається посилення соціального захисту працівників системи охорони здоров'я, насамперед на рівні первинної медичної допомоги, зокрема шляхом забезпечення житлом, надання пільгових кредитів, упровадження професійного страхування; модернізація післядипломної медичної освіти та системи безперервного професійного розвитку відповідно до директив Європейського Союзу (2005/36/ЄС) і стандартів Всесвітньої федерації медичної освіти, а також поетапне скасування лікарських кваліфікаційних категорій після завершення строку їх дії; упровадження резидентурної моделі післядипломної підготовки на засадах рівності випускників бюджетної та контрактної форм навчання; удосконалення механізмів залучення громадських організацій і професійних асоціацій медичних працівників до процесу прийняття рішень щодо підтвердження фахової кваліфікації та регулювання всіх аспектів післядипломної освіти.

Реалізація зазначених заходів у поєднанні з реформуванням системи оплати праці сприятиме зниженню інтенсивності міграційних процесів серед медичних працівників. Запропоновані напрями узгоджуються з оперативними цілями «Стратегії людського розвитку», затвердженої Указом Президента України від 2 червня 2021 р. № 225, зокрема з ціллю 1.1 «Створення збалансованої системи охорони здоров'я», у межах якої визначено комплекс пріоритетних завдань.

Серед ключових завдань передбачено забезпечення рівного доступу всіх громадян України до своєчасної, безпечної та якісної первинної, вторинної, третинної, екстреної, реабілітаційної та паліативної медичної допомоги; упровадження обов'язкових періодичних профілактичних медичних оглядів для дорослого і дитячого населення шляхом формування системи мотиваційних стимулів як для пацієнтів, так і для лікарів первинної ланки; підвищення якості медичної допомоги через затвердження та неухильне дотримання національних протоколів і стандартів, розроблених на засадах доказової медицини, а також створення ефективної системи контролю якості медичних послуг у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності.

Важливими напрямами також визначено формування сприятливих умов для розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я та забезпечення переходу державних закладів на ринкові механізми функціонування; зменшення негативного впливу самолікування шляхом посилення контролю за дотриманням вимог щодо рецептурного відпуску лікарських засобів; забезпечення високого рівня медичної освіти, розвитку науки та кадрового потенціалу через запровадження оновленої моделі інтернатури з урахуванням міжнародного досвіду та модернізацію системи безперервного професійного розвитку.

Окремий блок заходів стосується трансформації фінансової моделі охорони здоров'я, що передбачає залучення додаткових ресурсів для реалізації програми медичних гарантій шляхом розроблення механізмів співоплати медичних послуг, лікарських засобів і виробів медичного призначення, включених до програми, з урахуванням рівня сервісу та комфорту для пацієнтів; запровадження повної оплати послуг, не передбачених програмою медичних гарантій; здійснення системного моніторингу ефективності використання бюджетних коштів у закладах охорони здоров'я та забезпечення гідного рівня оплати праці медичних працівників [89].

На нашу думку, досягнення якісних трансформацій у сфері охорони здоров'я України можливе виключно за умови її інноваційного розвитку, що ґрунтується на використанні сучасних наукових досягнень, розробленні та впровадженні у медичну практику новітніх ефективних лікувально-діагностичних технологій і лікарських засобів. Безперервність процесу модернізації галузі зумовлює необхідність формування цільових програм за пріоритетними напрямами розвитку медицини та забезпечення їх належного фінансування. Інноваційна модель розвитку системи охорони здоров'я передбачає комплекс взаємопов'язаних заходів.

До таких заходів належать: створення сприятливих умов для розвитку фундаментальних і прикладних біомедичних досліджень; удосконалення системи стратегічного планування та прогнозування наукових досліджень із визначенням пріоритетних напрямів; концентрація фінансових і кадрових

ресурсів на найбільш перспективних та інноваційних напрямках розвитку медичної науки; формування державного замовлення на розроблення новітніх медичних технологій профілактики, діагностики, лікування та реабілітації, а також обґрунтування масштабів їх упровадження, розроблення алгоритмів реалізації та механізмів контролю за їх застосуванням; підготовка та реалізація програм фундаментальних досліджень у межах міжнародної наукової співпраці; створення ефективної системи впровадження результатів науково-технічної діяльності у практику охорони здоров'я із використанням різних форм державно-приватного партнерства та підтримкою малого і середнього підприємництва у сфері медичної науки.

У процесі реалізації системних перетворень особливого значення набуває налагодження партнерської взаємодії між закладами охорони здоров'я, установами освіти, фінансовими посередниками, зокрема страховими компаніями, та іншими заінтересованими суб'єктами. Така взаємодія має охоплювати всі напрями реформування, включаючи фінансово-економічний, організаційний, нормативно-правовий і профілактичний аспекти. Водночас невід'ємними складниками успішної реформи є чітке визначення стратегічних пріоритетів, посилення профілактичної спрямованості розвитку галузі, запровадження системи моніторингу реформ, визначення індикаторів оцінювання та механізмів контролю, а також забезпечення належного рівня інформування суспільства щодо напрямів і механізмів трансформації системи охорони здоров'я та гарантування її відкритості й прозорості [2, с. 24].

Ключовим вектором трансформацій у сфері охорони здоров'я має стати підвищення якості медичних послуг. Розв'язання проблем забезпечення якості медичної допомоги доцільно здійснювати за двома взаємопов'язаними напрямами: по-перше, шляхом системного оцінювання якості (проведення експертизи, аудиту, моніторингу, контролю, соціологічних досліджень), по-друге, через формування належних умов для її підвищення, зокрема нормативно-правового, матеріально-технічного, фінансового, кадрового, організаційно-управлінського, інформаційного та мотиваційного забезпечення.

Важливим є створення сприятливого середовища для активізації інвестиційної діяльності у сфері охорони здоров'я, а також формування економіко-правових механізмів мінімізації негативного впливу екологічних чинників на стан здоров'я населення та утвердження пріоритетів здорового способу життя. Актуальним завданням залишається відновлення системи профілактичної медицини, формування умов і стимулів для запобігання професійним захворюванням і виробничому травматизму, зокрема через відновлення диспансеризації та діяльності медико-санітарних частин на підприємствах. Доцільним є також упровадження системи індикаторів оцінювання якості медичної допомоги та посилення профілактичної спрямованості галузі шляхом активного популяризування здорового способу життя як одного з пріоритетних напрямів реформування.

Оптимізація функціонування системи охорони здоров'я може бути забезпечена через розроблення програм міжгалузевої взаємодії, спрямованих на вирішення суміжних завдань, зокрема покращення стану дорожньої інфраструктури та забезпечення безперешкодного руху бригад екстреної медичної допомоги; синхронізацію реформування фармацевтичного сектору; розвиток партнерських відносин між державою та приватним медичним сектором із залученням останнього до реалізації соціально значущих програм, таких як будівництво та фінансування хоспісів, підтримка протитуберкульозних заходів тощо; а також посилення ролі профілактичного компонента у структурі галузі [14].

Сфера охорони здоров'я дедалі активніше інтегрується з іншими суспільними сферами — економічною, соціальною, освітньою та іншими — з метою збереження та зміцнення здоров'я населення, продовження тривалості активного життя і підвищення рівня працездатності громадян. Фактично всі галузі тією чи іншою мірою впливають на якість життя і стан здоров'я населення, що зумовлює необхідність активізації механізмів публічного управління та формування цілісної системи міжсекторальної взаємодії. Відтак досягнення ефективності функціонування і розвитку сфери охорони здоров'я можливе лише за умови створення комплексної моделі співпраці між відповідними секторами.

На думку С. Чернова, вирішенню актуальних проблем медичної галузі сприятиме впровадження кластерної моделі публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні [97, с. 105].

Здоров'я нації виступає визначальним чинником успішної реалізації суспільних трансформацій, а стратегічною метою публічного управління у сфері охорони здоров'я має бути формування пацієнтоорієнтованої системи, спроможної забезпечити справедливе та всеохопне надання медичних послуг населенню країни, а також гарантувати їх належну якість. У сучасних умовах розвитку української державності сфера охорони здоров'я повинна не лише декларуватися як пріоритет державної політики, а й функціонувати на засадах безпеки, результативності, своєчасності, економічної доцільності, соціальної справедливості та людиноцентричності, забезпечуючи ефективне задоволення потреб громадян у збереженні та зміцненні здоров'я.

3.2. Інструменти посилення міжорганізаційної координації забезпечення доступності медичної допомоги на місцевому рівні

Недостатня міжорганізаційна координація призводить до дублювання покриття витрат в певних населених пунктах [36]. Окрім цього, неналежна комунікація з органами місцевої влади іноді зумовлювала повторення заходів у регіонах, де вже був забезпечений стабільний доступ до послуг первинної медичної допомоги. Додатковою проблемою стала нерегулярність виїздів мобільних медичних пунктів, що ускладнювало здійснення безперервного моніторингу стану здоров'я пацієнтів та своєчасне коригування індивідуальних планів лікування [34].

Водночас діяльність неурядових ініціатив має низку переваг порівняно з державними програмами. Міжнародні організації володіють значним практичним досвідом розгортання мобільних медичних підрозділів у країнах, що постраждали внаслідок збройних конфліктів, та напрацювали ефективні стратегії мінімізації ризиків, пов'язаних із застосуванням такого формату надання медичної допомоги [30]. Крім того, попри наявність власних процедурних

регламентів, міжнародні структури, як правило, забезпечують більш оперативну реалізацію відповідних проєктів у порівнянні з державними механізмами, що функціонують у межах стандартних адміністративних процедур [37].

У цілому неурядові ініціативи характеризуються низкою переваг порівняно з державними програмами. Зокрема, міжнародні організації володіють значним досвідом розгортання мобільних медичних підрозділів у державах, що зазнали впливу збройних конфліктів, і, відповідно, напрацювали ефективні стратегії мінімізації ризиків та подолання потенційних недоліків такого формату надання медичної допомоги [30]. Окрім цього, попри наявність власних адміністративних процедур, міжнародні структури зазвичай забезпечують більш оперативну реалізацію відповідних проєктів порівняно з державними органами, діяльність яких регламентується стандартними бюрократичними протоколами [37].

Водночас міжнародні організації мають доступ до значно більших фінансових ресурсів, ніж економіка України, що зазнала суттєвих втрат унаслідок воєнних дій. Хоча мобільні медичні пункти, фінансовані міжнародними донорами, демонструють певні переваги над державними проєктами, у контексті тривалої війни пріоритетним залишається розвиток національних механізмів забезпечення медичної допомоги. Як правило, ініціативи міжнародних організацій мають тимчасовий характер і реалізуються у форматі пілотних проєктів, створюючи передумови для подальшого масштабування в межах державних програм.

З огляду на це, чинна система надання первинної медичної допомоги потребує оперативної модифікації у разі повторення подібних кризових ситуацій. Доцільним є інтегрування мобільних медичних пунктів до державної програми «Медичні гарантії». Запровадження відповідних регуляторних механізмів та здійснення державного нагляду за переліком послуг і періодичністю роботи мобільних підрозділів дозволить більш ефективно задовольняти нагальні потреби населення України у медичній допомозі [37].

Важливого значення набуває впровадження централізованого регулювання системи мобільної медицини та формування мобільних бригад, що сприятиме усуненню проблем дублювання функцій, фрагментарності та нестабільності

надання послуг, а також забезпечить прозорий механізм оплати праці персоналу, залученого до такої діяльності. Доцільним є визначення чітких географічних пріоритетів реалізації програми мобільних медичних пунктів, зокрема віддалених сільських територій, населених пунктів, які постраждали від воєнних дій, а також регіонів із значною концентрацією внутрішньо переміщених осіб, де існуюча інфраструктура первинної медичної допомоги є недостатньою для обслуговування підвищеного попиту. Саме ці території наразі характеризуються найбільш критичними потребами, які традиційна система первинної медико-санітарної допомоги не спроможна повною мірою задовольнити [38].

З метою подолання негативних тенденцій у забезпеченні громадян нашої країни своєчасною та якісною медичною допомогою та послугами запроваджено згаданий Закон України, який передбачає низку заходів і перспектив для сприяння прогресивному розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Цим законом визначено сферу впливу, до якої входять механізми організації, ключові принципи структури та фінансування медичної допомоги на сільських територіях, а також забезпечення доступності медичних послуг для всіх мешканців сільської місцевості [38].

У процесі надання медичної допомоги в сільській місцевості враховуються географічні особливості, демографічні показники, стан здоров'я населення та інші чинники, що впливають на організацію та ефективність медобслуговування у цих регіонах. Державна політика щодо підвищення доступності та якості медичних послуг на селі формується з урахуванням рекомендацій і принципів Всесвітньої організації охорони здоров'я та європейських стандартів у галузі охорони здоров'я [38].

Фінансування програм та ініціатив, спрямованих на покращення доступності медичних послуг у сільській місцевості, здійснюється за рахунок державного та місцевих бюджетів, коштів медичного страхування, а також міжнародної та благодійної підтримки. Для ефективної реалізації положень цього Закону адміністрування медичної допомоги на селі покладається на органи виконавчої влади, місцеве самоврядування, медичні заклади та інші суб'єкти системи охорони здоров'я. Комплекс заходів інформаційної кампанії для

підвищення обізнаності населення Липоводолинської ТГ щодо системи надання первинної медичної допомоги в громаді наведено в таблиці 3.1.

Інструменти	Опис/обґрунтування	Необхідні ресурси
Регулярне розміщення новин щодо медичної сфери, медичних послуг у громаді на сайті	Сайт громади має постійно оновлюватися актуальною інформацією	Спеціаліст, який здійснюватиме написання та розміщення матеріалів, фотоапарат, комп'ютер
Розміщення постів у соціальних мережах: Facebook (сторінки громади та сторінки медичних закладів), Телеграмканалі Липоводолинської ТГ	Підготовка постів щодо актуальних новин у медичній сфері громади.	Спеціаліст, який здійснюватиме написання та розміщення матеріалів
Проведення інформаційної кампанії в соціальних мережах «Я маю сімейного лікаря» (соціальні мережі громади та медичних закладів)	Розміщення постів (ілюстрацій, пояснення з інфографіками) щодо необхідності підписання декларацій з сімейним лікарем. Опис переліку гарантійних послуг, які надає сімейний лікар.	Спеціаліст, який здійснюватиме написання та розміщення матеріалів, фотоапарат, комп'ютер або смартфон
Започаткування рубрики у соціальних мережах (громади та медичних закладів) «Графік прийому лікарів». Поширення постів у профільних групах мережі Фейсбук, які є популярні в громаді	Регулярне інформування жителів громади та ВПО про послуги, які надають вузькопрофільні фахівці, дати та час прийомів лікарів	Спеціаліст, який здійснюватиме написання та розміщення матеріалів, фотоапарат, комп'ютер або смартфон
Започаткування рубрики «Здорова громада» у соціальних мережах (громади та медичних закладів)	Пости-поради щодо здорового способу життя, правильного харчування, фізичної активності.	Спеціаліст, який здійснюватиме написання та розміщення матеріалів
Залучення медіа до: - Поширень матеріалів щодо стану медичної сфери у громаді. - Інтерв'ю з керівництвом громади, керівниками медичних закладів щодо медичних послуг, медичного обладнання в громаді.		Медійні контакти, залучення журналістів.
Зустрічі з жителями громади та ВПО	Інформування жителів громади та ВПО під час різних заходів про стан медичної галузі у громаді	
Комунікація лікарів з пацієнтами	Комунікація лікарів з пацієнтами щодо можливостей отримання медичних послуг у громаді.	

Джерело: згруповано автором

Стаття 3 «Основні принципи розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості» визначає пріоритети державної політики щодо підвищення доступності та якості медичного обслуговування на селі [38]. Здійснення цього здійснюється на підставі таких принципів:

- ✓ сприяння ефективному підвищенню рівня громадського здоров'я сільського населення;
- ✓ активна участь органів місцевого самоврядування, громадських об'єднань і наукових закладів у формуванні та реалізації державної політики в цій сфері;
- ✓ забезпечення рівних можливостей доступу до медичної допомоги для громад різних територій через центральні, регіональні та локальні платформи розвитку системи охорони здоров'я;
- ✓ раціональне використання бюджетних коштів, передбачених на ці ініціативи;
- ✓ прозоре й відкрите надання державної підтримки [38].

Покращення доступності та гарантування належної якості медичних послуг для мешканців сільської місцевості реалізується через розробку, затвердження, фінансове підкріплення та впровадження державних профільних програм. Окрім цього, важливу роль відіграє спрямування субвенційних коштів із державного до місцевих бюджетів задля модернізації системи охорони здоров'я в селах, що супроводжується суворим моніторингом за раціональним та результативним використанням ресурсів [38].

Заходи в межах інформаційної кампанії, спрямованої на роз'яснення населенню особливостей роботи ланки первинної медичної допомоги на рівні територіальних громад, деталізовано у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2 – Інструменти підвищення обізнаності населення щодо аспектів функціонування системи первинної медичної допомоги в Липоводолинській ТГ

Інструменти	Опис/обґрунтування	Необхідні ресурси
Розміщення інформаційних матеріалів щодо необхідності підписання декларації з сімейним лікарем у лікарнях, ФАП, об'єктах соціальної інфраструктури громади	Ілюстративні матеріали привернуть увагу людей та проінформують про переваги та необхідність підписання декларації з сімейним лікарем.	Витрати на розробку матеріалів, друк та розміщення.
Розміщення інформаційних матеріалів щодо графіку прийому вузькопрофільних спеціалістів у громаді.		Витрати на розробку матеріалів, друк та розміщення.
Створення додаткової спортивної інфраструктури у громаді для промоції здорового способу життя серед населення різного віку		Додаткове фінансування
Проведення спортивних фестивалів, ігор для залучення жителів громади та ВПО до фізичної активності. Проведення спортивних майстер-класів.		Тренери, Додаткове фінансування

Джерело: згруповано автором

Реалізація ініціатив, спрямованих на поліпшення доступності та стандартів медичного сервісу в сільській місцевості, здійснюється владними структурами, органами місцевого самоврядування, лікувальними установами та іншими організаціями із залученням наукових центрів, громадських об'єднань і міжнародних партнерів згідно з установленим порядком. Стаття 4 окреслює вектори наближення медичних послуг до мешканців сільських територій. Кабінет Міністрів формує передумови для впровадження стратегій щодо зростання доступності та якості охорони здоров'я у сільських громадах через:

✓ забезпечення максимального наближення якісних медичних послуг до населення шляхом розбудови мережі лікувальних закладів у селах, модернізації існуючих об'єктів, зокрема амбулаторій та центрів первинної допомоги, а також зміцнення їхньої технічної бази; створення належних умов для професійної діяльності лікарів і персоналу первинної ланки; укладання договорів

із розпорядниками бюджетних коштів та організацію регулярних виїздів вузькопрофільних спеціалістів для консультування;

✓ інтеграцію новітніх технологій у систему медичного обслуговування сільських жителів, передусім через впровадження інструментів телемедицини. Це є критично важливим у випадках, коли територіальна віддаленість та фактор часу є вирішальними для надання допомоги. Передбачається виділення ресурсів для повноцінного функціонування дистанційних сервісів (дистанційні консилиуми, телеметричні дослідження та онлайн-консультації фахівців);

✓ формування та реалізацію галузевих програм у сільських територіальних громадах, що фокусуються на діагностиці, терапії, медичній реабілітації та превентивних заходах, приділяючи особливу увагу вразливим категоріям: дітям, вагітним жінкам та особам похилого віку;

✓ забезпечення надання медичних послуг, постачання фармацевтичних препаратів та технічних виробів медичного призначення, що входять до переліку державних гарантій з обслуговування сільських мешканців за рахунок бюджетних асигнувань у межах законодавчо визначених процедур;

✓ проектування та реалізація стратегій щодо безперебійного постачання сільському населенню дієвих та якісних медикаментів і профільних виробів. «Стаття 35-6. Здійснення медичного обслуговування із застосуванням телемедичних технологій [12]. Кабінет Міністрів України протягом трьох місяців після набуття чинності цим Законом зобов'язаний: представити на розгляд Верховної Ради законодавчі ініціативи щодо впровадження додаткових преференцій та соціального захисту для медиків і фармацевтів, які працюють у селах; гарантувати підготовку та запуск державних цільових програм, передбачених положеннями цього нормативного акта; здійснити комплекс заходів для підключення сільських лікувальних установ до мережі Інтернет; опрацювати механізм компенсації витрат власникам транспортних засобів, залучених до надання медичної допомоги у сільській місцевості; вжити заходів для покращення логістики та забезпечення безперешкодного доїзду транспорту до об'єктів охорони здоров'я в селах; сформувати та затвердити пакет підзаконних нормативно-правових актів, що впливають із норм цього Закону;

адаптувати чинну нормативну базу уряду до вимог цього документа; скоординувати роботу міністерств та інших центральних відомств щодо перегляду та приведення їхніх внутрішніх актів у відповідність до даного Закону [38].

Водночас органам місцевого самоврядування рекомендовано розробити та затвердити локальні програми, що передбачають виділення службового житла та персонального автотранспорту для медичного персоналу, який здійснює професійну діяльність у сільських територіальних громадах» [38].

3.3 Удосконалення інструментів розвитку державно-приватного партнерства в системі надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні

На сучасному етапі вітчизняна медична галузь стикається з низкою критичних проблем, серед яких ключовою є падіння рівня задоволеності громадян доступністю та якістю отриманої допомоги. Це значною мірою зумовлено дефіцитом сучасної інфраструктури. Виходячи зі світової практики, ефективним інструментом розв'язання цих питань вбачається розвиток державно-приватного партнерства (ДПП) у всьому розмаїтті його моделей, методів та комбінованих підходів.

Вивчення глобального досвіду впровадження кейсів ДПП засвідчує, що саме специфічність цих форматів взаємодії, особливо у сфері охорони здоров'я, забезпечує медичним закладам доступ до альтернативних джерел фінансування, сприяє управлінській децентралізації та підвищує рівень автономії. У підсумку це стимулює позитивні зрушення в загальноекономічному розвитку держави.

Перспективними векторами впровадження державно-приватного партнерства в медицині є як первинна ланка, так і сектор надання високотехнологічної допомоги. Оскільки первинний рівень не вимагає надмірних капіталовкладень, можна прогнозувати, що за умови активізації ДПП у найближчій перспективі частка установ недержавної форми власності в цій ніші сягне 15%.

Водночас у регіонах зберігається суттєвий дефіцит складних медичних сервісів, зокрема у сфері онкології, променевої терапії, гемодіалізу та високоточних лабораторних досліджень. Саме ці напрями є доцільними для передачі під опіку приватному капіталу. Отже, за умови вдосконалення профільного законодавства, слід очікувати інтенсифікації використання механізмів ДПП у практичній діяльності системи охорони здоров'я.

Проведений моніторинг свідчить, що в Україні державно-приватна взаємодія зазвичай обмежується інвестиційними контрактами на будівництво чи реновацію окремих соціально значущих об'єктів. Кількість комплексних проектів ДПП, які б мали розгалужену структуру договорів, чіткі державні гарантії та відпрацьовані методи регулювання, у медицині залишається вкрай низькою, що суттєво відрізняє цю галузь від інших секторів економіки.

Державно-приватне партнерство трактується як форма паритетної та взаємовигідної взаємодії між державними структурами й приватними суб'єктами (фізичними або юридичними особами), спрямована на втілення суспільно важливих ініціатив. Така співпраця реалізується через підписання та виконання контрактних зобов'язань, зокрема у форматі концесійних угод. Візуальну модель цієї взаємодії представлено на рисунку 3.1 [7].

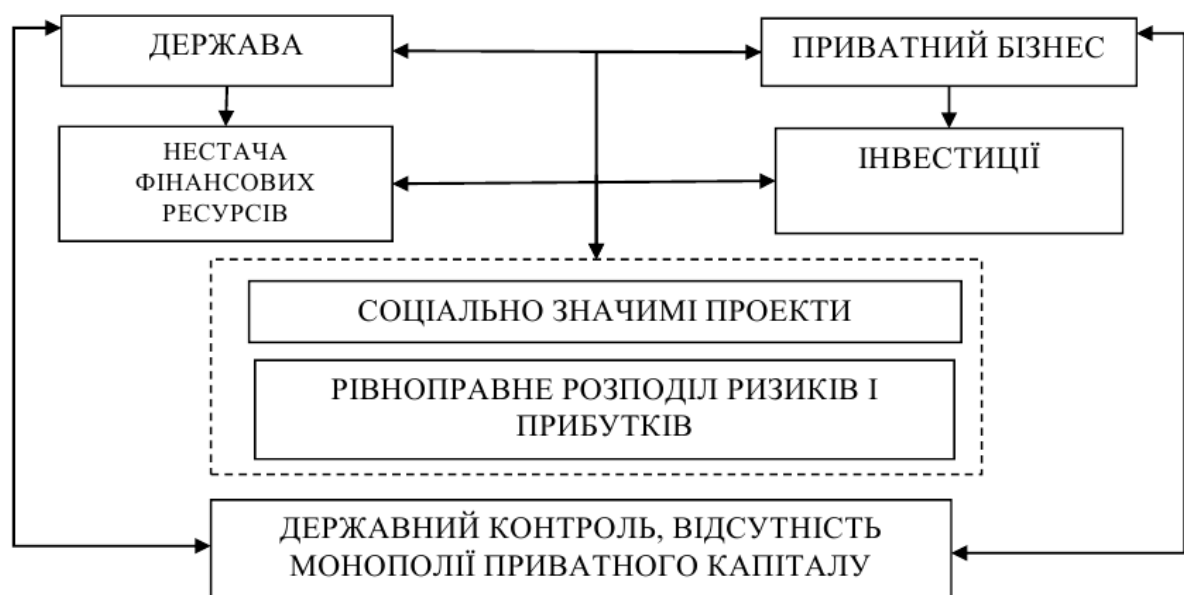


Рисунок 3.1 - Модель державно-приватного партнерства з урахуванням соціально-економічних чинників на рівні місцевих громад

Для ефективного розширення моделей ДПП у медичній сфері принципове значення має чітке визначення кола потенційних інвесторів. Як свідчить практика, найбільш вагомий ресурс для реалізації партнерських проєктів мають потужні фінансово-промислові групи. Зокрема, йдеться про структури, що вже мають успішний досвід управління медичними активами та стабільну репутацію на профільному ринку (див. рисунок 3.2) [7].

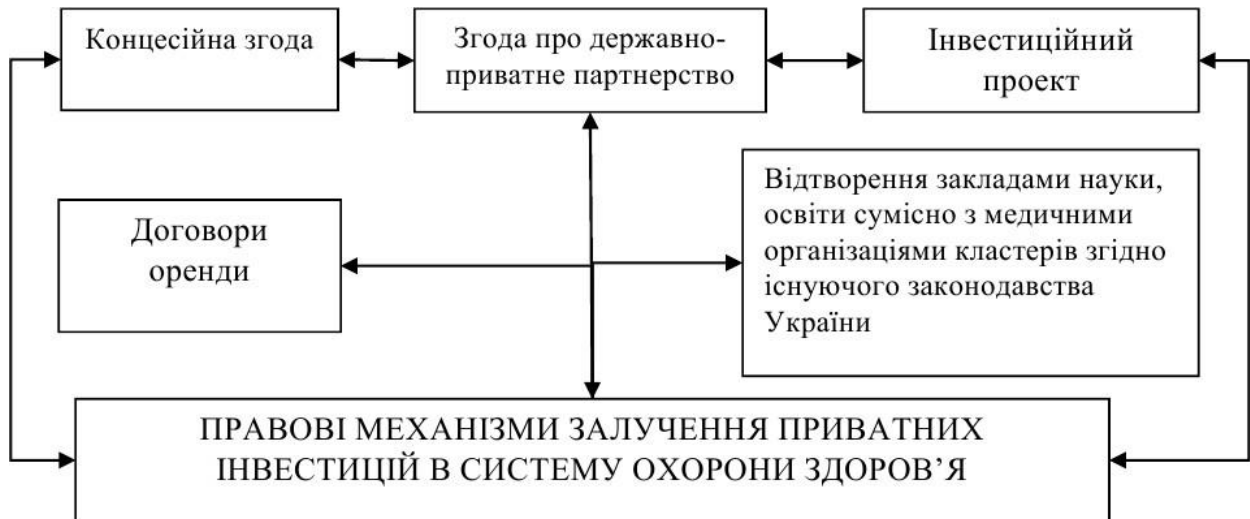


Рисунок 3.2 — Нормативно-правовий інструментарій стимулювання приватних інвестицій у галузь охорони здоров'я

Зазначені категорії потенційних контрагентів мають низку стратегічних переваг:

- ✓ наявність практичного досвіду в медичній сфері та чітко окреслена стратегія подальшого масштабування в цьому сегменті;
- ✓ доступ до банківських інституцій та інших активів, що дозволяє не лише сформувати капітальну базу проєкту, а й досягти суттєвого синергетичного ефекту від інтеграції ресурсів;
- ✓ високий рівень репутаційного капіталу, що є визначальним чинником для встановлення довіри з боку держави як публічного партнера.

Саме дефіцит ділової репутації на сьогодні стає критичним бар'єром для багатьох суб'єктів, які планують участь у проєктах державно-приватного партнерства (ДПП).

У теоретичному аспекті ДПП забезпечує преференції для всіх сторін: державного сектору, приватного бізнесу та соціуму, який виступає кінцевим

споживачем результатів такої співпраці. Для суспільства це означає отримання медичного сервісу найвищої якості при незмінності обсягів допомоги. Зокрема, вигоди включають:

- ✓ мінімізацію або повне усунення для бюджету інвестиційного навантаження та операційних видатків за умови дотримання соціальних зобов'язань перед громадянами;

- ✓ диверсифікацію ризиків для приватного інвестора, який отримує стабільний попит на свої послуги та базу для розвитку й комерційного використання нових медичних потужностей.

Попри очевидну вигоду, розвиток ДПП у вітчизняній медицині потребує вирішення комплексу складних завдань, ключовим з яких є розробка методології оцінки ефективності таких ініціатив. У процесі підготовки до реалізації моделі партнерства критично важливо провести аудит сукупних витрат і очікуваних доходів держави на всіх етапах життєвого циклу проєкту. Крім того, необхідно встановити граничні ліміти щорічних виплат за контрактами ДПП і впровадити автономну процедуру верифікації доцільності використання бюджетних коштів, незалежну від загального бюджетного планування.

З метою забезпечення транспарентності, у фінансовій звітності та бюджетній документації має бути розкрита інформація щодо: прогнозованих транзакцій держави в межах партнерських угод; обсягів та критеріїв фінансової підтримки; розмірів наданих державних гарантій тощо.

Зважаючи на виняткову значущість цієї форми співпраці між публічним та приватним секторами, постає потреба у розбудові повноцінної системи партнерства. У цій структурі консолідація інструментів державного управління в межах концесійної моделі має стати дієвим важелем для інтеграції державних і приватних активів та їхніх джерел. З метою практичної реалізації цього підходу було спроектовано теоретичну модель функціонування механізмів державного управління концесійним партнерством, графічне відображення якої наведено на рисунку 3.3.

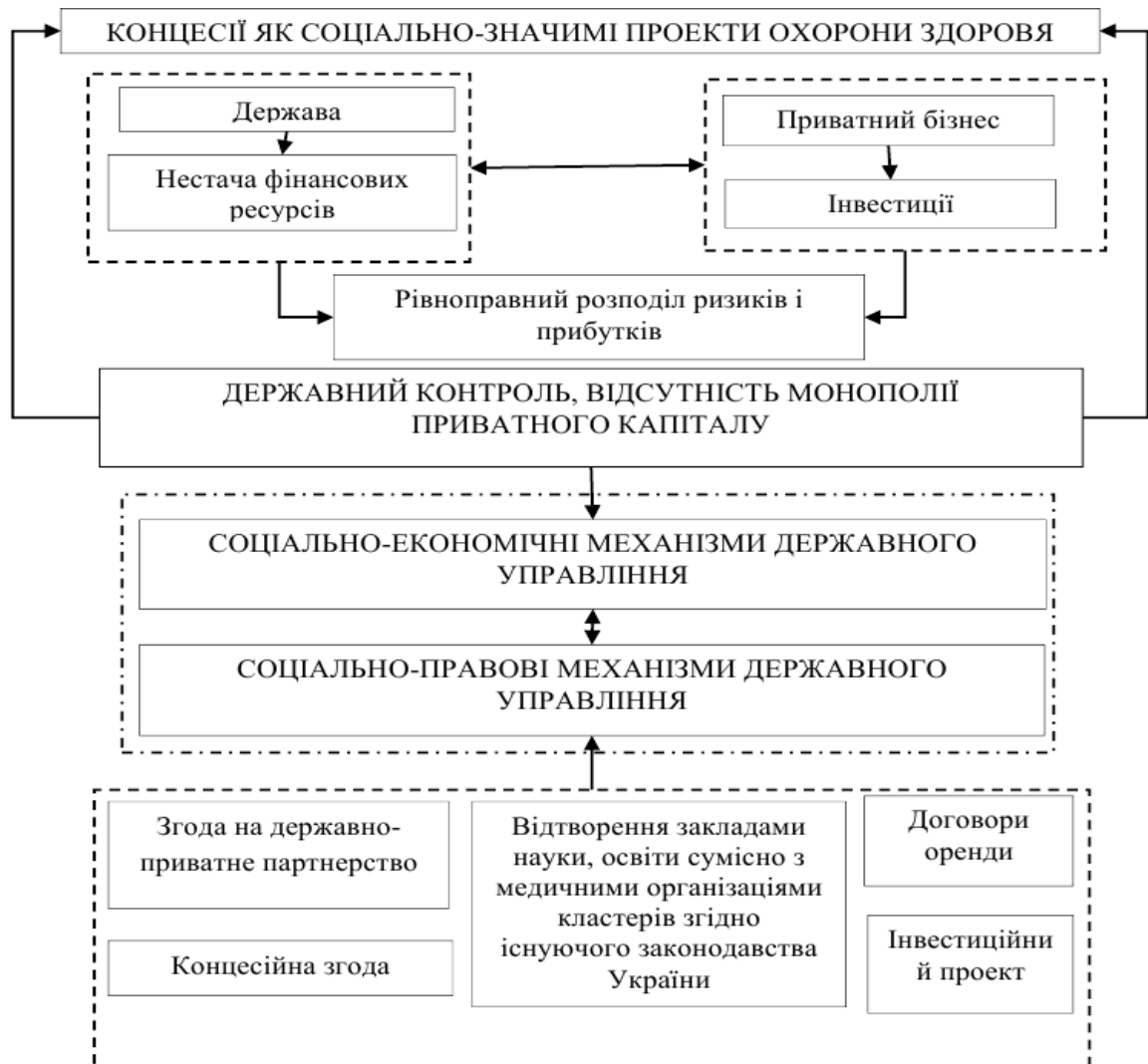


Рисунок 3.3 — Концептуальна модель інтеграції інструментів державного регулювання у сфері концесійного партнерства.

Джерело: згруповано автором

Ключовим пріоритетом є легітимізація правового та економічного статусу оновлених медичних суб'єктів, а також гарантування їхнього фінансового забезпечення на основі фактичної собівартості медичної допомоги. Належне фінансування, що базується на реальних операційних витратах, стане фундаментом платоспроможності лікувальних установ, дозволяючи їм переорієнтуватися зі стратегії виживання на вектори якісної модернізації медичного сервісу.

З позиції економічної теорії, установи охорони здоров'я виступають автономними ланками відтворення, які самостійно організовують господарську діяльність: залучають трудові ресурси, забезпечують постачання сировини та

витратних матеріалів, здійснюючи розрахунки через систему безготівкових платежів або за рахунок кредитних ліній. Як незалежні господарюючі суб'єкти, такі організації наділені правами юридичної особи. Це передбачає можливість вільного управління активами, укладання договірних відносин з іншими підприємствами та використання банківських рахунків для операційної діяльності — від закупівель медикаментів до виплати винагороди персоналу та формування резервів для майбутнього розвитку.

До специфічних характеристик медичного підприємства належать:

- Майнова автономія. Організація має чітко відокремлені активи, якими володіє на правах власності або користується на підставі оренди (земельні ділянки, основні фонди, капітал).
- Повний відтворювальний цикл. Суб'єкт здійснює комплексну трансформацію ресурсів у кінцевий медичний продукт (послугу), забезпечує його реалізацію та реінвестує отриманий дохід у нові виробничі цикли.
- Власна система економічних пріоритетів. Попри можливий дуалізм інтересів власників та персоналу, ключові стейкхолдери об'єднані спільним прагненням до ефективного виробництва, ринкової конкурентоспроможності послуг та максимізації фінансового результату.

На поточному етапі структурних змін вітчизняна економіка потребує створення умов для інноваційної активності медичних фірм як частини приватного сектору виробництва. Реалізація цих завдань передбачає впровадження ринкових інструментів аналізу потенціалу державно-приватного партнерства, що є стратегічним орієнтиром для підвищення ефективності підприємництва в медицині.

Процеси роздержавлення медичних активів, що є фундаментом ринкової трансформації галузі, актуалізували низку нових викликів, серед яких ключовим є вибір оптимальної моделі підприємницької діяльності. В європейській практиці останніх років особливої популярності набула модель DBFO (проектування – будівництво – фінансування – експлуатація). Її сутність полягає у тому, що приватний контрагент за власний кошт зводить або реконструює об'єкт (лікарню, гуртожиток для персоналу, рекреаційні зони) і надалі забезпечує його технічне

функціонування. Крім технічної підтримки, інвестор може брати на себе немедичне адміністрування: логістику, охорону, кейтеринг тощо. Держава при цьому виплачує бізнесу фіксовану винагороду, що покриває витрати та забезпечує прибутковість. У таких концесійних або трастових угодах діє принцип *no service no fee* (немає послуги — немає оплати), а ризики, пов'язані безпосередньо з лікувальним процесом, не покладаються на інвестора.

У таких країнах, як Канада, Німеччина, Португалія та Італія, домінує модель DBFM (проектування — будівництво — фінансування — утримання). Специфіка цих угод полягає у фокусі приватного партнера на сервісному супроводі: забезпеченні зв'язку, дезінфекції, безпеці та інших допоміжних послугах.

Згідно з положеннями законів України «Про державно-приватне партнерство» та «Про концесію», медична галузь визначена як одна з пріоритетних сфер для реалізації спільних проєктів, концесій та розподілу продукції [40; 43]. Законодавча база дозволяє передавати об'єкти державної власності приватному сектору на умовах партнерства. Фінансування таких ініціатив може здійснюватися за рахунок державних або місцевих бюджетів, капіталу інвестора, кредитних ресурсів та інших легальних джерел. Важливою умовою є те, що після завершення терміну дії угоди всі об'єкти повертаються у власність держави.

Варто зауважити, що механізм розподілу виробленої продукції як форма ДПП наразі чітко врегульований лише у сферах видобутку ресурсів або утилізації відходів, тоді як стосовно медичних послуг специфічне нормативне регулювання цього аспекту поки що відсутнє. Таким чином, на сьогодні базовими юридичними формами ДПП у вітчизняній охороні здоров'я залишаються концесія та спільна діяльність.

Незважаючи на потенціал, розвиток партнерства гальмується через спротив владних структур: небажання делегувати управління ресурсами некомерційним організаціям, попри очевидну економічну вигоду від залучення позабюджетних коштів та оптимізації адміністративних витрат. Кваліфікаційний дефіцит: недостатня готовність приватного сектору до виконання масштабних

соціальних завдань у межах жорсткого казначейського контролю та специфічних вимог державного сектору.

Вирішення цих протиріч вбачається у роздержавленні системи охорони здоров'я шляхом корпоратизації державних установ та перетворення їх на суб'єкти змішаної власності. Йдеться про перерозподіл функцій між державою та медичними закладами в тих сегментах, які не підлягають приватизації, але гостро потребують інвестицій. Ефективність такої моделі залежить від активної участі медичного персоналу в проектах та збереження за державою контрольних і правовласних функцій. Це запобігає прихованій приватизації об'єктів. У результаті такого симбіозу приватний сектор отримує стабільний прибуток через впровадження інновацій та менеджменту, а держава — сучасну інфраструктуру, раціональне використання бюджету та соціальну стабільність.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі запропоновано вирішення актуальної наукової проблеми щодо оцінки державного регулювання організації надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні.

Визначено необхідність подальшого спрямування та вдосконалення системи державного управління у сфері первинної медико-санітарної допомоги. На первинному рівні медичної допомоги необхідні державні регуляторні заходи для покращення кадрового забезпечення медичних закладів, створення ефективних систем отримання якісних та доступних медичних послуг відповідно до інтересів населення, використання ринкових інструментів, а також створення основи для чесної конкуренції між приватними та державними медичними закладами. Впровадження таких регуляторних заходів у сфері первинної медико-санітарної допомоги сприятиме вдосконаленню процесу надання первинної медико-санітарної допомоги та регулюванню питань взаємодії з галузями та державними організаціями на всіх рівнях надання медичної допомоги.

Встановлено, що важливим чинником ефективності роботи медичних закладів є наявність стратегічного плану розвитку. Зацікавленість у вирішенні проблем, участь у прийнятті ключових рішень щодо розвитку лікарень, активне спілкування не лише з керівниками, а й із персоналом закладу, сприяє підвищенню якості надання медичної допомоги в громадах. Крім того, систематичне оцінювання потреб населення у певних видах медичної допомоги є важливим елементом співпраці між ОМС та медичними закладами.

Аналіз показників основних фондів свідчить про наступне, що вартість основних фондів у 2024 р. значно зросла порівняно з 2022 р., хоча залишилася трохи нижчою за рівень 2023 р. Ланцюгові зміни: +27,3% у 2023 р. до 2022 р., - 1,8% у 2024 р. до 2023 р. Фондовіддача (вартість медичних послуг на одиницю вартості основних фондів) у 2023 р. зросла до 2,9 порівняно з 2,7 у 2022 р., однак у 2024 р. скоротилася до 2,2. Зміни зумовлені одночасним зростанням чистого доходу від наданих послуг та збільшенням вартості основних фондів у 2024 р.

Фондомісткість (вартість основних фондів на 1 грн наданих послуг) зросла на 25,0% за період 2022–2024 рр., що свідчить про покращення матеріально-технічного забезпечення закладу. Фондоозброєність (вартість основних фондів на одного працівника) зросла на 73,0% у 2024 р. порівняно з 2022 р., а динаміка 2023 р. становила +25,4%. Такий ріст пояснюється збільшенням вартості основних фондів. Таким чином, матеріально-технічне забезпечення КНП «Липоводолинський ЦПМСД» покращується, що сприяє підвищенню якості та доступності первинної медичної допомоги в громаді.

Аналіз свідчить, що більшість мешканців Липоводолинської ТГ користуються послугами сімейних лікарів і оцінюють їх на рівні «певною мірою задоволені» – таких респондентів 68,0 %. Водночас 25,6 % респондентів вказали на часткове незадоволення отриманою медичною допомогою, а 6,4 % населення взагалі не зверталися до сімейного лікаря. Це підкреслює наявність простору для покращення доступності та якості первинної медичної допомоги, особливо в частині профілактичних та комплексних послуг.

Одним із ключових чинників результативного функціонування системи охорони здоров'я є належне та стабільне фінансове забезпечення. У цьому контексті особливої актуальності набуває вдосконалення механізмів публічного управління галуззю, зокрема завершення трансформації системи її фінансування шляхом упровадження багатоканальної бюджетно-страхової моделі у поєднанні з ефективним контролем за цільовим і раціональним використанням фінансових ресурсів. Запровадження сучасних підходів до фінансового планування та формування системи оплати праці медичних працівників має бути спрямоване на підвищення їх мотивації до надання якісних медичних послуг, легалізацію співфінансування з боку громадян при отриманні медичної допомоги, а також на забезпечення більш ефективного використання наявного ресурсного потенціалу сфери охорони здоров'я України.

Встановлено, що покращення доступності та гарантування належної якості медичних послуг для мешканців сільської місцевості реалізується через розробку, затвердження, фінансове підкріплення та впровадження державних профільних програм. Окрім цього, важливу роль відіграє спрямування

субвенційних коштів із державного до місцевих бюджетів задля модернізації системи охорони здоров'я в селах, що супроводжується суворим моніторингом за раціональним та результативним використанням ресурсів.

Встановлено, незважаючи на потенціал, розвиток партнерства гальмується через спротив владних структур: небажання делегувати управління ресурсами некомерційним організаціям, попри очевидну економічну вигоду від залучення позабюджетних коштів та оптимізації адміністративних витрат. Кваліфікаційний дефіцит: недостатня готовність приватного сектору до виконання масштабних соціальних завдань у межах жорсткого казначейського контролю та специфічних вимог державного сектору.