

Центральноукраїнський національний технічний університет

Економічний факультет

Кафедра “Економіка, менеджмент та комерційна діяльність”

Допущена до захисту:
завідувач кафедри економіки,
менеджменту та комерційної
діяльності
к.е.н., доцент

_____ Тетяна РЯБОВОЛИК
„__” _____ 2023 р.

(протокол засідання кафедри ЕМ та КД
№__ від „__” _____ 20__ р.)

Кваліфікаційна робота

за другим (магістерським) рівнем вищої освіти

на тему: «Удосконалення управління процесом
надання первинної медичної допомоги міському
населенню»

Виконала: здобувачка II курсу магістратури,
групи ПА-22Мз
спеціальності 281 «Публічне управління та
адміністрування»

ОПП «Публічне управління та адміністрування»

_____ Анна РОЛІНСЬКА

Керівник: канд. екон. наук, доцент

_____ Олексій ЗАЯРНЮК

Рецензент: к.е.н., доцент Подплетній В.В.

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФУНКЦІОНУВАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ	7
1.1. Державна політика щодо надання первинної медичної допомоги	7
1.2. Фінансовий механізм державного регулювання розвитку галузі охорони здоров'я України	15
1.3. Адміністративні аспекти управління процесом первинної медичної допомоги	20
РОЗДІЛ 2. ОЦІНКА УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ МІСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ КП «ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ М. ОЛЕКСАНДРІЇ»	27
2.1. Оцінка практичної діяльності надання первинної медичної допомоги	27
2.2. Дослідження практики управління процесом надання первинної медичної допомоги КП «Центр первинної медико-санітарної допомоги м. Олександрії»	33
2.3. Аналіз витрат і надходжень КП «ЦПМСД м. Олександрії» Олександрійської міської ради	42
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ МІСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ	54
3.1. Модель управління процесом медичної реабілітації на первинному рівні надання медичної допомоги	54
3.2. Поліпшення державного регулювання управління якістю надання первинної медичної допомоги міському населенню	57
3.3. Пропозиції щодо удосконалення системи охорони здоров'я України як базису забезпечення національної безпеки	63
ВИСНОВКИ	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	74
ДОДАТКИ	82

ВСТУП

На сьогодні в жодній країні світу не існує досконалої, стійкої до різних викликів, раціонально організованої системи охорони здоров'я. Будь-яка держава час від часу має різні проблеми, які пов'язані з реалізацією права громадян на якісні, доступні медичні послуги. Кожна країна намагається сформувати стабільну національну медичну систему та мережу закладів охорони здоров'я, використовуючи різні моделі, підходи, способи та інструменти. Створення системи якісних, вчасних, доступних для широкого загалу медичних послуг – виклик для багатьох країн, в т.ч. і для України. Система охорони здоров'я в нашій країні потребує модернізації, удосконалення та ліквідації недоліків на всіх рівнях медичної допомоги, зокрема на первинному.

Надзвичайна актуальність даної проблеми, її науково-практична значущість обумовили вибір теми цієї кваліфікаційної роботи.

Вивченню різноманітних аспектів функціонування галузі охорони здоров'я присвячена велика кількість наукових праць українських та зарубіжних вчених, зокрема значенню міжнародних організацій в галузі охорони здоров'я, закордонним моделям публічного управління системою охорони здоров'я, впливові фінансового механізму державного регулювання на розвиток галузі охорони здоров'я. Зокрема, потрібно відмітити значний творчий доробок таких вчених, як: Вівсянник О.М., Гойда Н.Г., Дацій Н.В., Драган І.В., Зима І.Я., Крук М.Е., Лехан В.М., Матюха Л.Ф., Сазонець І.Л., Ханіна О.І. та багато інших.

Безпрецедентні загрози і виклики, які сьогодні посали перед вітчизняною системою охорони здоров'я вимагають нових напрацювань в цій важливій царині.

Метою написання кваліфікаційної роботи є вивчення теоретичних засад функціонування первинної медичної допомоги в Україні; здійснення оцінки управління процесом надання первинної медичної допомоги міському

населенню КП «ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ М. ОЛЕКСАНДРІЇ»; формулювання напрямків удосконалення управління процесом надання первинної медичної допомоги. Досягнення мети кваліфікаційної роботи супроводжувало виконання таких завдань:

- вивчити особливості державної політики надання первинної медичної допомоги;
- дослідити фінансовий механізм державного регулювання медичної галузі України;
- з'ясувати адміністративні аспекти управління процесом первинної медичної допомоги;
- здійснити оцінку управління процесом надання первинної медичної допомоги міському населенню КП «ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ М. ОЛЕКСАНДРІЇ»;
- розробити модель управління процесом медичної реабілітації на первинному рівні надання медичної допомоги;
- надати пропозиції щодо поліпшення державного регулювання управління якістю надання первинної медичної допомоги міському населенню;
- надати пропозиції щодо удосконалення системи охорони здоров'я України як базису забезпечення національної безпеки.

Об'єктом кваліфікаційного дослідження є процес управління надання первинної медичної допомоги міському населенню.

Предметом дослідження є сукупність теоретичних і практичних питань удосконалення управління процесом надання первинної медичної допомоги міському населенню.

Методи дослідження. Підґрунтям для реалізації завдань, поставлених у кваліфікаційній роботі стали такі методи дослідження: узагальнення теоретичних положень - при визначенні змісту ключових понять та ролі управлінського процесу в медичному закладі; історико-логічний - при дослідженні адміністративних аспектів управління процесом первинної медичної допомоги»; методичні інструменти діаграмно-графічного та

табличного подання - для візуалізації результатів дослідження; порівняльного та економічного аналізу - для обробки даних при оцінці управління процесом надання первинної медичної допомоги КП «Центр первинної медико-санітарної допомоги м. Олександрії».

Інформаційною основою кваліфікаційної роботи є наукові праці за темою управління наданням медичної допомоги, у тому числі на первинному її рівні, аналітичні розрахунки авторки, здійснені в ході дослідження, електронні видання, монографії, інтернет-ресурси.

Наукова новизна, що виноситься на захист результатів роботи, полягає у отриманні конкретних теоретичних узагальнень стосовно функціонування первинної медичної допомоги в Україні та практичних напрямків щодо її удосконалення. У ході виконання даної роботи удосконалено:

- джерела фінансування розвитку галузі охорони здоров'я України, які містять перелік рекомендованих авторкою двох груп джерел: фінансових засобів системи охорони здоров'я та позабюджетних фінансових ресурсів, використання яких сукупно дає більший рівень гнучкості, забезпеченості й диверсифікованості;

- адміністративні інструменти удосконалення управління процесом надання первинної медичної допомоги, в частині заходів, що здійснюються на регіональному рівні й надаються міському населенню та враховують новітній інструментарій ширшого охоплення пацієнтів якісними медичними послугами.

Апробація матеріалів кваліфікаційної роботи. За матеріалами дослідження надруковано тези доповіді на тему: «Формування цінності медичної допомоги для пацієнтів в системі управління якістю медичних послуг» (конференція у м. Кропивницький).

Структура кваліфікаційної роботи: вступ, три розділи, висновки, список використаних джерел, додатки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФУНКЦІОНУВАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

1.1. Державна політика щодо надання первинної медичної допомоги

Сфера охорони здоров'я України вкрай не системно реагує на виклики, які стоять перед нею. Повномасштабна війна росії проти України, загальний низький рівень управління процесом надання первинної медичної допомоги, погане забезпечення медикаментами та їх недоступність, невисокі показники рівня життя населення та його здоров'я негативно відображаються на загальній чисельності населення України.

Питання збереження та поліпшення групового й індивідуального та громадського здоров'я нації є і повинне залишатися на особливому контролі у посадовців, які опікуються системою охорони здоров'я України. Пріоритетне місце у вирішенні цього питання посідає профілактика. В реалізації основних принципів охорони здоров'я ключове місце належить соціально-профілактичному, втілення якого реалізується в ланці первинної медичної допомоги.

Робота первинної ланки медичної допомоги в сучасних українських умовах децентралізованого менеджменту та зростання ролі нових адміністративних територій у процесі надання первинної медичної допомоги міському населенню вимагає теоретичного обґрунтування та напрацювання системи заходів з удосконалення управління та поліпшення взаємодії структурних елементів системи охорони здоров'я України в цілому та у розрізі регіонів. Нині суттєво зростає роль центрів первинної медико-санітарної допомоги, до їх повноважень належить вирішення великої кількості завдань, в т.ч. планування й фінансування власної діяльності, налагодження ефективної взаємодії з органами міської влади, координація діяльності лікарів з іншими суб'єктами надання медичної допомоги.

Інформаційним забезпеченням для встановлення такої якісної взаємодії задля удосконалення управління процесу надання первинної медичної допомоги, має стати моніторинг роботи первинної медичної ланки, збір та аналіз аналітичної інформації, враховуючи регіональну специфіку.

Актуальність питання удосконалення управління процесом надання первинної медичної допомоги обумовлене зростанням соціальної відповідальності держави за стан здоров'я нації, якістю та своєчасністю надання медичної допомоги, загальнодоступністю міському населенню. Разом із тим, удосконалення управління процесом надання первинної медичної допомоги міському населенню варто розглядати не лише через призму задоволення запитів населення у послугах сфери охорони здоров'я, але як інструментарій зростання результативності й ефективності.

Сучасний стан державної політики щодо надання первинної медичної допомоги засвідчує неефективність усталених організаційних форм управління та вимагають радикальних дієвих реформ існуючої системи надання первинної медичної допомоги міському населенню, пошуку та віднайденню шляхів адміністративного управління, які би відповідали новим викликам.

Про важливість і ключове значення державної політики надання первинної медичної допомоги у загальній структурі медичних послуг свідчить, зокрема той факт, що світове співтовариство визначає для неї пріоритетне місце у процесі досягнення здорового суспільства.

Державна політика надання первинної медичної допомоги має охоплювати теоретичні, методичні та прикладні підходи до імплементації елементів безперервного розвитку української медичної допомоги, забезпечити її якість та дієвість.

Про важливість наукових пошуків у царині державної політики щодо надання первинної медичної допомоги, зокрема міському населенню, засвідчують наукові праці Іпатова А.В., Піроженко Н.В., Чорномаз В.Ц. [21; 63]. Здоров'я людини є найбільшим природним багатством. Його стан

залежить від великої кількості факторів, спадковості. Разом із тим, людина є суспільною істотою, отже стан її здоров'я значною мірою залежить від суспільних норм, умов проживання.

Збереження здоров'я населення (фізичного, психічного, емоційного, ментального) повинно бути одним з ключових завдань української держави, оскільки від стану здоров'я залежить якість життя населення, а також загальний рівень соціально-економічного добробуту. Тут можна прослідкувати чіткий взаємний вплив: чим вищим є рівень здоров'я населення, тим вищим є рівень добробуту. І навпаки: чим вищий рівень економічного розвитку має країна, тим більше коштів держава може інвестувати (і, як правило, інвестує) у зростання рівня медичного забезпечення свого населення.

Зasadничі принципи, напрями, цілі медичної галузі України визначено в Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, яка прийнята 7 грудня 2000 року та має №1313/2000 й затверджена указом Президента України [54].

Згідно із цим документом державна політика у сфері охорони здоров'я передбачає розвиток первинної медико-санітарної допомоги. Також дана Концепція наголошує на тому, що “для більш раціонального розподілу коштів, оптимального використання матеріальних ресурсів сфери охорони здоров'я, підвищення ефективності медичного обслуговування... чітко розмежовано первинний, вторинний і третинний рівні надання медичної допомоги”. В Концепції наголошується на тому, що основна частина медичних послуг населенню повинна надаватися саме на первинному рівні [54]. В документі наголошується на провідній ролі саме первинної медичної допомоги та її перехід на засади загальної лікарської практики (сімейної медицини).

Первинна медична допомога, що реалізована на засадах доступності, вчасного надання, фаховості, яка надається на регулярній і профілактичній основі є дієвим засобом досягнення соціальної згуртованості, суспільної злагоди та здатні солідаризувати суспільство.

За умови ефективної організації первинна допомога в більшості країн

становить до 90% всієї наданої медичної допомоги, а вартість однієї її години медичної послуги на первинному рівні в 4-9 разів нижча, ніж на вторинному, і в 18-24 рази - ніж на третинному [32].

Натомість сучасний стан управління в галузі охорони здоров'я України в умовах нових викликів, затяжної військової агресії росії, інфляційних загроз свідчать про неефективність існуючого механізму та необхідності удосконалення управління процесом надання первинної медичної допомоги міському населенню. Постає необхідність термінового реформування існуючої системи медичного обслуговування населення, віднайдення інноваційних шляхів розв'язання існуючих негараздів у медичній галузі, що накопичилися протягом останніх років, зростання якості наданих послуг, особливо в первинній ланці, оскільки переважна кількість послуг надається саме там.

Неефективне управління процесом надання первинної медичної допомоги міському населенню, її нераціональна організація, обмежене фінансування, фрагментарність надання, часто формальний поверхневий підхід до здійснення профілактичних оглядів, питань диспансеризації, яка підтверджує високі показники виявлення захворювань та ускладнень на пізніх стадіях, призводить до збільшення необхідності у проведенні складних, дорогих оперативних втручаннях.

Бурхливі перетворення, які сьогодні мають місце в українському суспільстві, численні ризики, виклики і загрози через війну, яку спровокувала росія, невизначеності світового порядку, необхідність поліпшення галузевого менеджменту, недоліки в організації вітчизняної системи медичної галузі вимагають формування нової парадигми державної політики функціонування системи охорони здоров'я в частині первинної медичної допомоги.

1.2. Фінансовий механізм державного регулювання розвитку галузі охорони здоров'я України

Медична галузь України є важливим складником у ефективному функціонуванні держави, їй належить визначальне місце у забезпеченні соціального захисту населення, від неї очікують якісного, доступного, своєчасного надання медичних послуг. Фінансування галузі охорони здоров'я повинне бути орієнтоване на вчасне й оперативне надання лікарської послуги, збереження життя і здоров'я пацієнта.

Оцінка фінансового механізму державного регулювання розвитку галузі охорони здоров'я України нині набуває надзвичайної актуальності, яка кратно підсилилася на фоні українсько-російського військового протистояння, далися взнаки ті проблеми, диспропорції та не завжди вдалі рішення, що супроводжують медичну галузь довгі роки. І вже зараз маємо думати над тим, щоб у післявоєнному відновленні економіки України, функціонування фінансового механізму медичної галузі було якомога ефективнішим та відповідати запитам споживачів медичних послуг.

Для того, щоб фінансовий механізм розвитку медичної галузі України був дієвим, потрібно здійснення низки різнорівневих та різнопланових заходів у законодавчій, виконавчій, економічній, соціальній, політичній, реабілітаційній, науковій площині.

Певне, більш-менш змістовне реформування сфери охорони здоров'я України розпочалося лише у 2018 році. Органи державної влади ключовими напрямками удосконалення управління та підвищення ефективності функціонування галузі охорони здоров'я України визначили курс на зростання фінансової незалежності споживачів медичних послуг. Першочергово було здійснено реформування доступності медицини. Для реалізації цієї ідеї було внесено зміни до переліку медичних послуг, та в результаті розширено спектр послуг, які надаються на безоплатній основі, а також мала підвищитися якість наданих послуг [44].

За даними українського дослідника Вівсянника О.М. рівень забезпеченості закладів охорони здоров'я України виробами та засобами медичного призначення на сьогоднішній день залишається катастрофічно низьким і становить в межах 10-15% від потреб [7].

Нині переважна більшість закладів охорони здоров'я мають статус бюджетної установи. Бюджетна установа - це бюджетна організація, створена органом державної влади для здійснення управлінських, соціально-культурних, науково-технічних або інших функцій некомерційного характеру, діяльність якого фінансується з державного бюджету або за визначених обставин із позабюджетного фонду на основі кошторису доходів і витрат [6]. Напрямки використання коштів використовуються у відповідності до видатків бюджетної класифікації, що визначають певну мету витрачання грошей.

Джерела фінансування розвитку галузі охорони здоров'я України зображені в табл. 1.1.

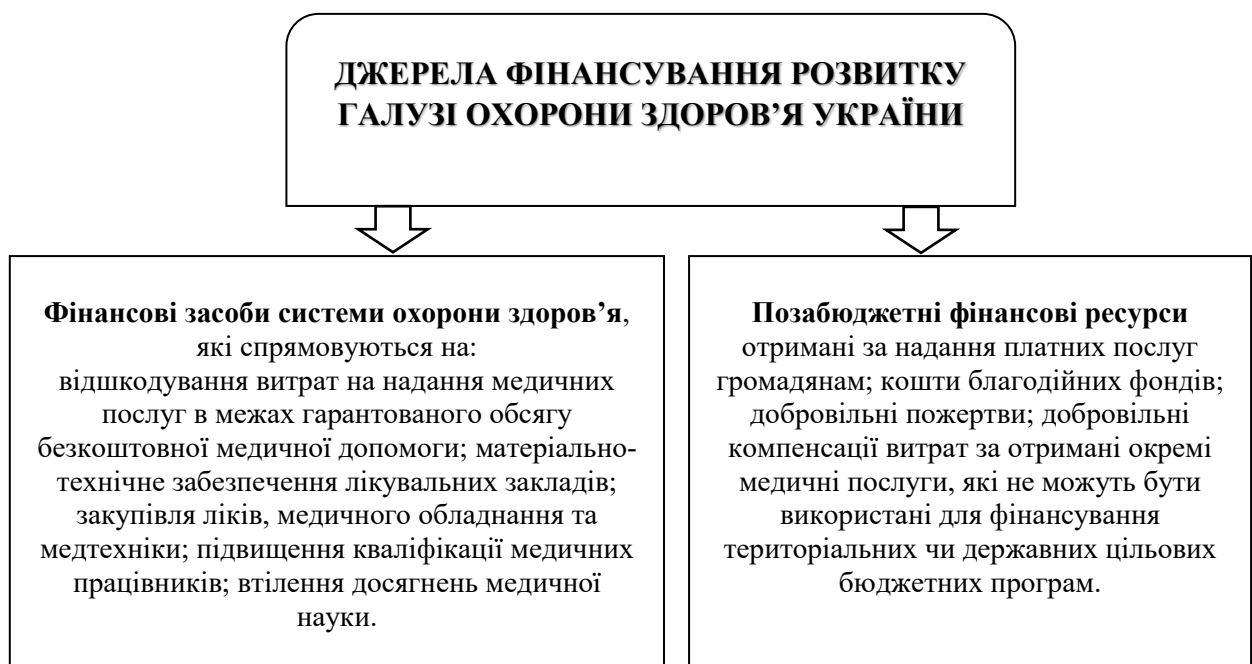


Рис. 1.1 Джерела фінансування розвитку галузі охорони здоров'я України

Джерело: побудовано автором на основі [13]

В нашій країні частка витрат, які фінансуються за рахунок бюджету

незначна. За рахунок них фінансується оплата праці, нарахування на фонд оплати праці, оплата комунальних послуг, часткове відшкодування харчування. Фінансування послуг з обслуговування медичної техніки, капітальне будівництво, капітальний ремонт, ремонт медичного обладнання медичні установи проводять за рахунок позабюджетних коштів, а саме за рахунок платних послуг, підприємницької діяльності, яка не заборонена законодавством. Це призводить до неефективності управління процесом надання медичних послуг населенню та змушує менеджмент закладів охорони здоров'я займатися пошуком додаткових джерел для утримання їх “на плаву”.

Змушені констатувати, що бюджетне фінансування не здатне задовольнити ключові, навіть найнагальніші потреби медичної галузі України. Йому притаманне низька якість медичних послуг, відсутність дієвого організаційного та економічного механізмів контролю за обсягом наданих медичних послуг, часто залишкове фінансування та характеризується загальною низькою ефективністю.

Система охорони здоров'я України відчуває катастрофічний дефіцит фінансування. До основних причин дефіциту фінансування галузі охорони здоров'я відносяться наступні (табл. 1.1).

Виходячи із сучасних реалій, зростає необхідність пошуку альтернативних джерел залучення фінансових коштів у сферу охорони здоров'я України. Аналіз міжнародного досвіду переконливо доводить можливість ефективного поєднання державного фінансування галузі охорони здоров'я з інструментами та можливостями систем медичного страхування.

Не вирішують проблеми фінансового забезпечення медичних закладів і лікарняні каси. Обсяг фінансування галузі через них є мізерним - 0,1 % від усіх коштів, а також те, що учасниками лікарняних кас є до 2% населення. До недоліків лікарняних кас належить те, що витрати здійснюються шляхом видачі клієнтам лікарняних квитанцій і не враховуються медичними установами. Іншим недоліком є те, що нереально визначити обсяг фінансування через лікарняні каси, оскільки вони функціонують на

громадських засадах і не підпорядковані ані Міністерству охорони здоров'я України, ані Міністерству фінансів України.

Таблиця 1.1

**Основні причини дефіциту фінансування галузі охорони здоров'я
України**

<i>№ п/п</i>	<i>Змістове наповнення</i>
1.	Дисбаланс між якістю наданих послуг та їх вартістю
2.	Відсутність високої мотивації медичного персоналу до якісного надання медичних послуг
3.	Низький рівень профілактики
4.	Низька частка первинної медичної допомоги (як міському населенню, так і сільським мешканцям) у структурі медичних послуг
5.	Неефективне використання бюджетних коштів
6.	Почасти дублювання видів надання медичної допомоги на різних рівнях
7.	Відсутність дієвого механізму менеджменту потоків пацієнтів за різними рівнями надання медичних послуг
8.	Низький рівень самостійності медичних закладів під час використання фінансових ресурсів
9.	Невідповідність грошових ресурсів, які “йдуть” з офіційних джерел з офіційних джерел, існуючим потребам
10.	Фінансування не медичної послуги, що надається клієнту, а медичного закладу

Джерело: складено автором за [13; 2]

Взагалі значення зовнішніх джерел фінансування оцінити важко, але з упевненістю можна констатувати, що їх питома вага у фінансуванні галузі - мізерна і згідно досліджень вітчизняних науковців Сазонець І.Л. та Зима І.Я. становить менше 1% від загального обсягу витрат та використовуються в

основному для надання технічної допомоги [48].

Стан справ у сфері охорони здоров'я в нашій країні загрозливий. Ні для кого не секрет, що тривалість життя (і очікувана тривалість також) є низькою. Низький рівень життя населення, відсутність ефективних регулярних профілактичних оглядів, незадовільна якість медичного обслуговування, важке соціально-економічне становище переважної більшості громадян, величезна кількість поранених військових внаслідок російсько-української війни, усе це становить реальну загрозу зменшення чисельності працездатного населення.

Дослідження сучасного стану фінансування сфери охорони здоров'я засвідчує, що фінансовий потенціал закладів охорони здоров'я перебуває в залежності від бюджетних грошей, які не можуть повною мірою задовольнити їх потреби. Внаслідок неспроможності держави усунути негативні наслідки на руйнівні процеси у сфері охорони здоров'я України, у медичних закладах швидкими темпами "процвітає" "тіньовий" сектор, від існування якого маємо негативні наслідки, які можна поділити на:

- ✓ економічні (неофіційні грошові внески від пацієнтів за отримані медичні послуги не вкладаються у поліпшення функціонування медичних закладів (закупівлю нового медичного обладнання, термомодернізацію установ, зростання рівня якісних показників наданих послуг) та нівелюють рівень залученості трансфертів від органів місцевої та державної влади;

- ✓ соціальні (законодавчо закріплене право українців на безоплатну медичну допомогу неможливо реалізувати повною мірою через обмежені фінансові можливості галузі охорони здоров'я; обмеженість доступу до якісних медичних послуг для незаможних верств населення; зростання рівня напруженості, недовіри у взаємовідносинах лікар-пацієнт) [42].

Формульний підхід, який використовується для визначення рівня фінансування медичної галузі передбачає чітко зафіксований обсяг бюджетних асигнувань на одну людину й за допомогою коригуючих коефіцієнтів передбачає відповідну диференціацію потреб людей щодо

надання медичних послуг, ураховуючи при цьому стать та вік. Фінансування медичних установ відбувається на засадах даних стосовно мережі закладів та чисельності пацієнтів, яким вони можуть надавати послуги. Такий підхід не враховує якісні та кількісні параметри наданих послуг, а також спеціалізацію медичної установи.

Саме тому, при розподілі фінансових ресурсів між медичними закладами не забезпечується пріоритетність первинної медичної допомоги, на яку, як ми вже з'ясували припадає близько 90% звернень за допомогою. Це призводить до дефіциту у фінансуванні закладів охорони здоров'я. Окрім того, дослідження українських науковців переконливо засвідчують низьку ефективність використання фінансових ресурсів. На це впливають наступні причини: фінансові ресурси спрямовуються на функціонування медичних установ, а не надання послуг з лікування пацієнтам; розмір наданого фінансування жодним чином не корелює з результатами функціонування медичних закладів; обсяги фінансування, які отримують медичні заклади не у повній мірі відповідає потребам самих медичних установ. Звісно, що така усталена практика не забезпечує ефективне управління процесом надання медичної допомоги та не робить цей процес якісним.

Ще однією окремою причиною неналежного рівня фінансування медичних організацій є те, що вони мають статус бюджетних установ, а відповідно обмежені права фінансового менеджменту, діють в межах розроблених стандартів та протоколів, які розробляються й затверджуються органами влади у сфері охорони здоров'я, в яких відсутні дієві стимули для зростання якісних показників роботи медичних установ.

На сьогодні в Україні чіткого розмежування на заклади первинної та вторинної медичної допомоги. Для здійснення роботи щодо надання первинної медичної допомоги реально залучають співробітників поліклінік, це у свою чергу веде до зайвого використання спеціалізованої амбулаторної допомоги.

Істотною причиною державного управління сферою охорони здоров'я

України є стан законодавчої та нормативної бази, яка забезпечує її функціонування. Серед документів, які регулюють відносини у сфері надання медичної допомоги варто виділити наступні: Конституція України, Основи законодавства про охорону здоров'я та ще більше, ніж 300 законів України, більше 150 указів Президента України, більше 700 постанов Кабінету Міністрів України.

Якщо провести аналіз нормативних документів, що регулюють галузь охорони здоров'я України, то доходимо висновку, що та величезна кількість документів не створюють комплексний, системний підхід до якісного управління сферою охорони здоров'я, не враховує сучасні законодавчі тренди. Нагальною необхідністю сьогодення постає потреба напрацювання єдиного законодавчого акту (наприклад, Медичний кодекс України), яким буде здійснюватися регулювання суспільних відносин у галузі охорони здоров'я України.

Сучасний стан України у медичній сфері відзначається існуванням великого кола нерозв'язаних проблем як національного, так і регіонального рівня, потребує зламу існуючої системи фінансових відносин та побудови дієвого фінансового механізму державного регулювання розвитку галузі охорони здоров'я України.

У зв'язку з необхідністю стримування збройної агресії російської федерації проти України, необхідністю модернізації вітчизняного військово-промислового комплексу, перерозподілом фінансових ресурсів на інші більш нагальні потреби сьогодення, медична галузь України відчуває дефіцит фінансових ресурсів. Саме тому, гостро постала необхідність оптимізації рівня використання фінансових ресурсів сфери охорони здоров'я, встановлення гармонійних взаємовідносин у трикутнику “держава-населення-ринкове середовище”, залучення ефективних способів фінансування медичної галузі, розвідка дієвих методів, моделей, інструментів удосконалення управління процесом надання медичної допомоги населенню.

На наше глибоке переконання на якість послуг сфери охорони здоров'я

та рівень задоволеності пацієнтів від отриманих послуг значною мірою впливає не лише обсяг фінансових ресурсів, які спрямовуються в галузь, але й те, яким чином вони розподіляються і, що найважливіше, наскільки ефективно використовуються. Для залучення більшої кількості фінансових ресурсів та ліпшого їх використання, необхідним є перехід від суто бюджетної моделі фінансування до змішаної, яка би поєднувала і фінансування з бюджетів і страхову медицину.

Досвід функціонування сімейної медицини в європейських країнах свідчить про її дієвість. За оцінками ВООЗ, від 20% до 40% усіх коштів на фінансування сфери охорони здоров'я витрачається на те, що сприяє підвищенню рівня здоров'я громадян. Для цього необхідно реінвестувати ці ресурси на інші дієві програми та заходи. Ті держави, населення яких має невисокі доходи здатні заощаджувати 12-24% від загального обсягу усіх витрат на сферу охорони здоров'я щорічно завдяки підвищенню економічної результативності медичних закладів, яке дозволить вивільнити ресурси для забезпечення потенційного поширення захисту від фінансових ризиків на більшу кількість людей [7].

1.3. Адміністративні аспекти управління процесом первинної медичної допомоги

Первинна медична допомога є одним з базових складників галузі охорони здоров'я України. Вимогою її ефективного функціонування є гармонійне поєднання ефективного державного управління, місцевих органів влади, стратегічного бачення розвитку міських та сільських територій, ресурсного потенціалу медичних закладів.

Первинна медична допомога охоплює різні аспекти здоров'я громадян (фізичні, психологічні, соціальні). Первинна медична допомога містить цілісне піклування про життя і здоров'я населення протягом життя, а не лише лікування окремих хворою. Первинна медична допомога забезпечує

отримання населенням комплексного обслуговування; дії задля покращення здоров'я; різні профілактичні заходи; медичну, фізичну, психологічну, соціальну реабілітацію; паліативний догляд. І все це відбувається максимально наближено до місця проживання населення. Первинна медична допомога виконує важливу соціальну функцію, сповідує ідею соціальної справедливості та визнання права на високий рівень здоров'я населення.

Різноманітні адміністративні, правові, соціальні, психологічні аспекти охорони здоров'я в Україні досліджуються в роботах багатьох українських вчених, зокрема Гомон Д.О., Книш С.В., Плотнікова М.Ф., Присяжнюк О.Ф., Суботенко О.О., Ходаківського Є.І., Шевчук Н.В.

Первинна медична допомога є однією з найскладніших організаційних систем у сфері охорони здоров'я. Як наслідок - управління не може бути ефективним, якщо не розглядати всі елементи підсистеми разом. Класики менеджменту стверджують, що ефективне управління включає планування, організацію, мотивацію та контроль прийнятих рішень. Реформи важливі, їх треба проводити, попередньо розробити концепцію реформування, передбачити необхідний обсяг фінансових ресурсів. Власне стосовно концепції реформування первинної медичної допомоги не вщухають дискусії в академічних колах. Одні пропонують розглядати її як суто амбулаторної індивідуальної медичної послуги, інші - як надання першої медичної допомоги. Інші концепції реформування системи первинної медичної допомоги пропонують розглядати її як перелік першорядних медичних, санітарних кроків для людей з низьким рівнем добробуту [67].

На нашу думку, реформи в первинній медичній допомозі доцільно розглядати комплексно, враховуючи можливості та обмеження на всіх рівнях управління, рівень наявних фінансових можливостей, забезпеченість кадрового потенціалу, демографічні тенденції та маючи прогнози розрахунки, а також сценарії розвитку медичної галузі України.

Незважаючи на істотне покращення показників стану охорони здоров'я, в глобальному вимірі залишається нерозв'язаною та невирішеною величезна

купа проблем. Щороку понад 6 мільйонів дітей помирають до свого п'ятого дня народження. Від хвороб, таких як кір і туберкульоз, щодня помирають 16 000 дітей. Сотні жінок щодня помирають під час вагітності або від ускладнень під час пологів. У багатьох сільських районах лише 56 % пологів приймають кваліфіковані фахівці. Основною причиною смерті серед підлітків у країнах Африки на південь від Сахари, у регіоні, спустошеному епідемією ВІЛ, є СНІД [61].

Невипадково питання забезпечення здорового способу життя є одними з ключових у Цілях сталого розвитку [61]. Тому, що вони покликані забезпечити здоровий спосіб життя, сприяти добробуту людей будь-якого віку, дотримуватися принципу рівності та справедливості. Всеосяжне охоплення послугами галузі охорони здоров'я України передбачає те, що всі громадяни будуть отримувати якісні медичні послуги, у т.ч. для профілактики, лікування, реабілітації. Взаємозв'язок між первинною медичною допомогою та індикаторами здоров'я населення, зменшенням рівня захворюваності, поліпшенням якості наданих медичних послуг очевидний. Виходячи з цих позицій первинна медична допомога є фундаментом зміцнення системи охорони здоров'я України.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) приділяє багато уваги саме первинній медичній допомозі і у межах 30 програми роботи ВООЗ на 2019-2023 рр. трьома ключовими цілями передбачено охопити медичними послугами уразливі верстви населення, загальне зміцнення здоров'я та підтримання безпеки у світі [74]. Ця програма передбачає глобальні дії і рішення для зміцнення здоров'я людства. Первинній медичній допомозі визначено роль акселератора співробітництва між стейкхолдерами задля пришвидшення прогресивних змін Цілей сталого розвитку на рівні кожної країни; багатокомпонентного механізму медичного обслуговування; рішень Всесвітньої організації охорони здоров'я для поліпшення систем охорони здоров'я та її індикаторів.

Інструменти механізму первинної медичної допомоги для втілення

глобальних цілей і планів у конкретні практичні кроки мають доповнювати один одного. Як складник національної стратегії у сфері охорони здоров'я мають бути визначені пріоритетність суцільного охоплення медичними послугами всього населення. Чотири стратегічні інструменти включають політичну волю та управління, основи стратегічного менеджменту та політики, фінансування та ефективний розподіл ресурсів, а також широке залучення мешканців та інших стейкхолдерів [71].

Держава, здійснюючи ті чи інші кроки, пов'язані з реформуванням галузі охорони здоров'я України, повинна вести широкий відкритий діалог з громадськістю, активними громадянами. Кожна держава має використовувати той набір інструментів, який вона має, виходячи зі своїх фінансових можливостей та потреб, чинної моделі функціонування медичної галузі, а перелік конкретних дій буде впливати зі стратегії поліпшення функціонування роботи первинної медичної допомоги, залежатиме від конкретних умов, стану справ у медичній галузі, пріоритетів розвитку. Вагомі зусилля необхідно спрямувати на включення уразливих верств населення до надання первинної медичної допомоги. Широкому залученню цих категорій населення може сприяти використання можливостей соціального діалогу та соціальної відповідальності.

Надзвичайно важливими адміністративними важелями управління розвитком первинної медичної допомоги є її фінансова підтримка галузі, системне оновлення медичного обладнання, ефективний менеджмент, просвітницька робота, підтримка міжнародної співпраці та кооперації.

На сьогодні центри первинної медичної допомоги мають достатньо високий рівень автономії, можуть здійснювати планування своєї діяльності, обґрунтовують необхідні для цього фінансові ресурси, займаються підвищенням рівня своєї конкурентоспроможності. Актуальними для них є планово-фінансова, організаційна, технічна, технологічна складова функціонування.

Здоров'я українців як один з ключових пріоритетів державної та

місцевої влади є “лакмусовим папером” соціального й економічного рівня розвитку країни, передбачає роботу закладів сфери охорони здоров’я соціального, економічного, медичного, профілактичного спрямування.

Функціонування галузі охорони здоров’я на рівні регіону містить лікування, профілактичні огляди, санітарний нагляд та фінансуються з різних джерел (загальнодержавного, регіонального та місцевого), а також отримують доходи від надання платних послуг.

Управління закладами первинної медичної допомоги відбувається на основі механізмів політики нормативно-правового регулювання, організації профілактичної роботи, реабілітаційних процедур, закупівлі медичного обладнання, контролю якості лікарських препаратів, епідеміологічного нагляду.

Реалії сьогодення засвідчують невідповідність потреб у лікувальних послугах та станом їх фінансування, зменшення ефективності робить вторинну медичну допомогу більш дорогою. У ситуації, коли не проводяться профілактичні заходи, спрямовані на попередження захворювань створюється становище, коли більш вигідно зростання числа пацієнтів для зростання грошових надходжень. Разом із тим, здійснення поліклінічної допомоги майже не впливає на потік клієнтів, дільнична служба відчуває серйозний дефіцит кадрів, на низькому рівні є стан забезпеченості центрів первинної медичної допомоги сучасними діагностичними приладами. Старою, давно не розв’язаною проблемою є низький рівень заробітних плат та престижність професії, через який лікарі та особливо середній медичний персонал звільняються з роботи. Система медичного страхування не забезпечує громадянам можливість отримати будь-яку медичну послугу, а критерії, які використовуються для їхнього відшкодування не покривають реальних витрат.

Тому удосконалення управління процесом надання первинної медичної допомоги має відбуватися саме на рівні місцевих громад. Ключовий акцент - зміщення переважної частини медичних послуг зі стаціонару до амбулаторно-

поліклінічного сектору. Однією з проблем на цьому шляху є вади адміністративного управління, неготовність місцевої влади планувати та проводити реформи, відсутність фахівців з управління проєктами.

До інших адміністративних аспектів управління розвитком первинної медичної допомоги, які належить вирішити належать: конструювання стратегій, орієнтованих на задоволення потреб пацієнтів; обґрунтування оптимальних способів взаємодії пацієнтів, медичного персоналу та інших стейкхолдерів для зростання показників здоров'я населення; нівелювання розбіжностей у можливостях наданні медичних послуг для сільських мешканців та міським жителям; забезпечення можливості надання медичних послуг в умовах надзвичайних ситуацій, війни, окупації; розробка (удосконалення) ефективних інструментів профілактичних заходів; дотримання складників якості послуг охорони здоров'я, своєчасності та результативності; здійснення наукових та прикладних досліджень для аналізу впливу на поліпшення стану галузі; імплементація найефективніших форм надання послуг у сфері первинної медичної допомоги; забезпечення наступності поколінь медичних фахівців й передачі унікального досвіду наступним поколінням.

До усталених адміністративних аспектів удосконалення управління процесом надання первинної медичної допомоги відносять наступні заходи (табл. 1.2).

Для підсилення діяльності закладу первинної медичної допомоги на певній території варто розробити логістичні маршрути окремо для сільських мешканців, окремо для міського населення. При втіленні цього напрямку роботи варто використовувати переваги та можливості проєктного методу для узгодження часу, виконавців, термінів прийому, фінансування.

**Адміністративні аспекти удосконалення управління процесом
надання первинної медичної допомоги**

<i>Заходи, що здійснюються на рівні держави</i>	<i>Заходи, що здійснюються на регіональному рівні</i>
Здійснення підтримки регіонів у наступних напрямках: -підтримка первинної медичної допомоги на рівні закладу; -використання уніфікованих підходів до оцінювання закладів системи охорони здоров'я; -забезпечення цільової підтримки з метою поліпшення функціонування первинної медичної допомоги, шляхом встановлення національних пріоритетів, використання інструментів бюджетування, акумулювання фінансових ресурсів, менеджмент кадрового потенціалу галузі, існування справедливої винагороди за виконану роботу; -віднайдення осіб, які залишилися поза увагою та окреслення пріоритетних напрямків взаємодії з іншими суспільними групами	Реалізація цілеспрямованої підтримки у наступних компонентах: -взаємодія зацікавлених осіб в рамках первинної медичної допомоги, використовуючи наявні механізми фінансування; -модернізація політики комунікування медичних закладів; -підсилення потенціалу партнерів медичних закладів задля удосконалення їхньої взаємодії; -координація стейкхолдерів з метою запровадження новітніх технологій для формування фінансової звітності центрів надання первинної медичної допомоги; -напрацювання новітнього інструментарію для найширшого охоплення пацієнтів якісними медичними послугами.

Джерело: складено автором за [60].

Отже, такий доробок теоретиків в плані адміністративних аспектів удосконалення управління процесом надання первинної медичної допомоги.

Загалом, царина функціонування первинної медичної допомоги (ПМД) залежить від ряду чинників, включаючи систему організації та надання медичних послуг, доступ до медичної допомоги, якість надання послуг і взаємодію з іншими рівнями охорони здоров'я. Забезпечення доступності медичної допомоги для всіх населених пунктів і соціальних груп має відбуватися без жодних фільтрів. Розташування медичних установ, які надають ПМД, в такий спосіб, щоб вони були легко доступні для населення.

Цінність капіталу здоров'я населення важлива, тому що здорове населення може бути більш продуктивним та допомагати в економічному розвитку країни. Зменшення захворювань і підвищення якості життя може призводити до збільшення робочої сили та покращення економічних показників. Здорове населення може вести до менших витрат на медичне обслуговування, оскільки люди будуть менше хворіти та потребувати лікування. Населення, яке володіє достатнім запасом здоров'я є важливою складовою соціальної стабільності. Сумарно, зменшення захворювань та інвестування в охорону здоров'я може сприяти зниженню рівня соціально-економічних нерівностей та конфліктів. Враховуючи ці аспекти, багато країн вкладають значні зусилля в удосконалення системи охорони здоров'я та підвищення рівня загальної фізичної та психічної добробуту свого населення.

Забезпечення послідовності та координації медичної допомоги між різними рівнями охорони здоров'я – важливий момент. Організація системи електронної медичної інформації для обміну даними між лікарнями, поліклініками та іншими медичними установами. Розвиток системи сімейної медицини, яка забезпечує високий рівень первинної медичної допомоги та обслуговування всієї сім'ї. Залучення сімейних лікарів до розв'язання загальних проблем здоров'я та профілактичних заходів.

Здійснення систематичної роботи з профілактики захворювань та пропаганди здорового способу життя. Організація щорічних медичних оглядів та скринінгових заходів для виявлення ризикованих груп населення. Забезпечення належної кваліфікації та тренувань для медичного персоналу,

який надає послуги первинної медичної допомоги. Впровадження системи постійного професійного розвитку для удосконалення навичок та знань медичного персоналу. Забезпечення стабільного фінансування для утримання та розвитку медичних установ, які надають первинну медичну допомогу. Впровадження ефективного управління фінансами та контролю за використанням ресурсів.

Залучення громади до процесу прийняття рішень та оцінки якості медичних послуг. Розвиток системи зворотного зв'язку та механізмів залучення громадськості до управління системою первинної медичної допомоги. Ці засади можуть служити основою для покращення системи первинної медичної допомоги та забезпечення населення якісною та доступною медичною допомогою.

Надання медичних послуг є особливою цінністю для населення. Без здоров'я людина не може повноцінно жити, працювати, навчатися, виховувати дітей, реалізовувати свої здібності та прагнення. Медичні послуги допомагають людям зберегти та відновити здоров'я, що є необхідною умовою для щасливого та успішного життя. Всі люди мають право на медичну допомогу, незалежно від їхнього соціального статусу, матеріального становища чи місця проживання. Упорядкування доступних та якісних медичних послуг є важливим фактором соціальної справедливості та рівності.

Медичні послуги допомагають людям жити довше, активніше та якісніше, що сприяє економічному зростанню та соціальному прогресу. Профілактичні заходи, такі як вакцинація, раннє виявлення захворювань та пропаганда здорового харчування і способу життя, допомагають людям залишатися здоровими та уникати серйозних проблем зі здоров'ям. Лікування захворювань, таких як інфекції, рак, серцево-судинні захворювання та інші, дозволяє людям повернутися до нормального життя. Реабілітація після травм, операцій та захворювань допомагає людям відновити свої фізичні та психічні можливості (в умовах воєнного стану це набуває особливого значення).

РОЗДІЛ 2

ОЦІНКА УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ МІСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ КП «ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ М. ОЛЕКСАНДРІЙ»

2.1. Оцінка практичної діяльності надання первинної медичної допомоги

Відповідно до даних, які оприлюднив Світовий банк, лише 15% економічного зростання держави забезпечується матеріальними ресурсами, 20% природним капіталом, 65% - за рахунок соціального та трудового потенціалу населення. Тому створення можливостей для розвитку і примноження трудового потенціалу населення є ключовим чинником еволюційного поступу населення.

Надзвичайно важливо усвідомлення людьми, які приймають ті чи інші рішення, що ключовим чинником сталого розвитку будь-якої країни є людський капітал, включаючи його потенціал здоров'я. Згідно даних Швейцарського національного бюро економічних досліджень, 1 рік збереження працездатного життя громадян рівноцінно приросту валового внутрішнього продукту на 4 відсотки. Економічні успіхи цивілізованого світу стосовно пролонгації тривалості життя вимагали мобілізації серйозних фінансових коштів, які містили витрати на охорону здоров'я, розвиток секторів громадського здоров'я, суттєві інвестиції у збереження довкілля, пропагування раціонального способу життя і поведінки, інвестиції у сферу наукових досліджень, ґрунтовне оновлення та удосконалення законодавства, яке регулює сферу охорони здоров'я [62].

Після проведення адміністративно-територіальної реформи у 2015-2020 рр. робота галузі охорони здоров'я України суттєво змінилася. В сучасних умовах суттєво зросла роль місцевих громад у процесі надання громадянам медичної допомоги. Це вимагає серйозного наукового супроводу для

удосконалення управління процесом надання первинної медичної допомоги міському населенню. Водночас, разом із зростанням значення ролі медичних закладів у питаннях власного фінансового забезпечення, організації своєї роботи, інших організаційних питаннях, варто віднайти унікальну формулу сполучення їхньої роботи з діяльністю органів місцевої влади та органів місцевого самоврядування в рамках визначених повноважень та наявних вертикальних відносин в межах певної територіальної громади. Кінцевою ціллю реформ в галузі охорони здоров'я повинно стати поліпшення населення України досяжності якісної, ефективної, доступної медичної допомоги шляхом задоволення унікальних потреб пацієнтів [28; 50].

Для втілення в медичну практику оцінку діяльності надання первинної медичної допомоги міському населенню, базуючись на принципах сімейної медицини ми схвалюємо професійну модуль дотримання якості, яка, на наше глибоке переконання, повинна передбачати: високий рівень професійної кваліфікації лікаря, згідно встановлених чинних вимог; системне та систематичне оновлення знань та навичок сімейних лікарів; безперервна медична освіта лікарів, включаючи тренінги, майстер класи, семінари, підвищення кваліфікації, самоосвіта; прогресивна організація праці лікарів, яка має бути націлена на задоволення потреб клієнтів та створення комфортних умов лікарям для продуктивної та ефективної діяльності; стабільне (постійне) зростання якості наданих медичних послуг.

Оцінка реального стану справ з надання первинної медичної допомоги міському населенню свідчить про те, що основна маса проблем, які пов'язані з неналежною якістю наданих медичних послуг зумовлені не, наприклад, низьким кваліфікаційним рівнем лікарів, медичними помилками тощо, а системними недоліками галузі охорони здоров'я України. Дані свідчать, що успішність медичної допомоги на 80-95% залежить від медичного оснащення, адміністративного менеджменту, ресурсного оснащення, згідно таблицею сімейних амбулаторій [9].

Удосконалення системи надання первинної медичної допомоги мають

відбуватися на рівні медичних закладів та ґрунтуватися на чотирьох ключових принципах:

- чітке окреслення параметрів зростання якості наданих послуг;
- пропагування використання найкращого досвіду та нових досягнень у медичній науці;
- системне підвищення рівня кваліфікації, знань, умінь, професійного рівня;
- причетність пацієнтів до процесу поліпшення організації процесу надання первинної медичної допомоги міському населенню.

Індикаторами доступності первинної медичної допомоги для населення, які визначила Всесвітня організація охорони здоров'я у документі «Здоров'я для всіх» є:

- ✓ % ВВП, який витрачається на галузь охорони здоров'я;
- ✓ доступ громадян до якісної питної води;
- ✓ % населення, які отримали щеплення від заразних інфекційних хвороб;
- ✓ якість харчування дітей;
- ✓ питома вага, немовлят, народжених менше 2.5 кг;
- ✓ рівень смертності дітей;
- ✓ очікувана тривалість життя при народженні;
- ✓ рівень грамотності дорослих мешканців.

Такий широкий набір індикаторів, що їх визначила Всесвітня організація охорони здоров'я, говорить про глибоке розуміння важливості різних аспектів, що так чи інакше впливають на стан здоров'я громадян та важливість застосування системного підходу до оцінки цього стану [26].

Дуже часто пріоритетними завданнями на рівні урядів визначаються, розробляються і втілюються різноманітні програми та заходи, покликані зменшити рівень бідності в країні, кроки з широкого залучення громадян до імунізації населення (один із яскравих прикладів COVID-19), різноманітними психічними захворюваннями, які концентрують основний «потенціал»

смертності населення. Давно доведено, що глибока поляризація населення за рівнем доходів, а відповідно, неоднакові потенційні можливості до якісних медичних послуг призводять до зниження рівня профілактичних заходів та негативно відбиваються на загальному рівні здоров'я нації. В Україні питання значної диференціації у рівнях доходів, поки що, вирішити не вдалося. Низькі доходи громадян призводять до виникнення стресу, неврозів, серцево-судинних захворювань, самогубств. Не помилимося, якщо припустимо, що перше місце в якості ключового фактора, який чинить негативний вплив на перераховані вище проблеми виступає російсько-українська війна. Вона, окрім психічних, психологічних, емоційних загроз, точно несе фізичні (ушкодження, травми, загибель).

Згідно з результатами досліджень експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, Україна входить до переліку держав зі значним економічним та соціальним розшаруванням населення [29], тому надзвичайно важливим є значення первинної медичної допомоги, посилення профілактичної складової, врахування регіональних відмінностей стану здоров'я міського населення.

Дослідження науковців засвідчують тенденцію, яка полягає у тісному взаємозв'язку між глибиною соціальної та економічної поляризації та станом охорони здоров'я мешканців й рівнем смертності. Ті країни, уряди яких зуміли опанувати зростання соціальної та майнової нерівності мають кращий стан трудового потенціалу, людського капіталу та позитивну динаміку показників стану здоров'я населення.

Для якісної оцінки практичної діяльності надання первинної медичної допомоги та його регіонального відстеження варто запровадити систему індикаторів, дані про які, з певним рівнем періодичності, дозволять з'ясувати позитивні сторони адміністративного менеджменту медичними закладами. Для дотримання уніфікованих результатів оцінювання, ми пропонуємо згрупувати індикатори за трьома групами (рис. 1.1).



Рис. 2.1. Індикатори оцінювання ефективності первинної медичної допомоги

Джерело: удосконалено автором на основі [29]

Індикаторами оцінювання структури є територія, на якій пропонуються послуги; питома вага сімейних лікарів в закладі, який надає первинну медичну допомогу; питома вага сімейних медичних сестер; відношення лікарського та сестринського персоналу; питома вага осіб старшого віку серед пацієнтів; рівень забезпеченості автомобільним транспортом; рівень забезпеченості медичним обладнанням; оснащення робочих місць лікарів ПК та ліцензованим програмним забезпеченням; участь у професійних об'єднаннях; питома вага сімейних лікарів, робота яких унормована із медичним закладом; рівень бюджетних асигнувань на здійснення первинної медичної допомоги.

Процесними елементами є прийняті й затверджені стандарти надання медичної допомоги; координування й побудова найліпшого «логістичного маршруту» у процесі отримання медичної послуги; побудова доброзичливих, заснованих на взаємній довірі стосунків. Індикаторами оцінювання процесу є рівень охоплення пацієнтів різного роду опитуваннями; інформація про

побічні дії лікарських препаратів; призначення на вторинну (спеціалізовану) чи третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу; рівень охоплення пацієнток до 12 тижнів вагітності; диспансерний облік вагітних жінок протягом звітного періоду; системність підвищення рівня кваліфікації медичного персоналу.

Індикаторами оцінювання результатів є рівень задоволеності отриманими послугами; рівень незадоволеності від отриманих послуг (включно зі скаргами); питома вага випадків, коли лікування виявилось успішним на рівні первинної медичної допомоги; питома вага пацієнтів з різними ускладненнями.

Для конкретизації індикаторів оцінювання ефективності первинної медичної допомоги варто використовувати актуальні дані державної статистичної звітності управлінь різних рівнів (державних, обласних, місцевих, районних). Звісно, ця інформація буде пов'язаною та взаємообумовленою. Впровадження в практику оцінку діяльності надання первинної медичної допомоги, використовуючи наведені індикатори дає змогу здійснювати ефективний менеджмент будь-то на рівні міста, або на державному рівні, впливаючи на ті чи інші індикатори. Завдяки оцінці показників роботи за кожен аналізований період можливо отримати значні результати та мінімізувати можливі недоліки у менеджменті первинної медичної допомоги й досягти високої ефективності роботи.

Особливо слід підкреслити, що надання первинної допомоги медичного змісту населенню у віддалених від столиці регіонах має важливе значення як для населення, так і для країни в цілому. Це – швидший доступ до медичної допомоги, попередження та контроль за захворюваннями, зменшення тягаря на екстрені медичні служби, зміцнення здоров'я нації, сприяння розвитку регіонів. Забезпечення належної медичної допомоги у віддалених регіонах може сприяти їхньому економічному та соціальному розвитку. Здорова працездатна нація є ключем до сталого економічного зростання та підвищення якості життя. Це важлива складова системи охорони здоров'я.

2.2. Дослідження практики управління процесом надання первинної медичної допомоги КП «Центр первинної медико-санітарної допомоги м. Олександрії»

Управління процесом забезпечення якісної первинної медичної допомоги є надважливою складовою системи охорони здоров'я та може мати значний вплив на результати лікування та загальний стан населення. Ефективне управління наданням первинної медичної допомоги дозволяє забезпечити швидкий та всеохопний доступ до лікування для тих, хто потребує невідкладної медичної допомоги. Небайдужість може врятувати життя та запобігти ускладненням стану пацієнтів. Ефективне управління допомагає мінімізувати ускладнення та змінити життя пацієнтів на краще. Первинна медична допомога може виграти важливу роль у попередженні важких станів, якщо вона надається належним чином та вчасно.

З економічної точки зору ефективне управління дозволяє оптимізувати використання медичних ресурсів, забезпечуючи розумний розподіл персоналу та обладнання. Це особливо важливо в умовах обмежених бюджетів та нестачі медичних ресурсів.

Якісне та ефективне скерування процесу допомагає забезпечити високий стандарт медичної допомоги, що призводить до підвищення якості життя пацієнтів та зменшення смертності. Прагматичне управління допомагає покращити координацію між різними рівнями медичної допомоги та забезпечити ефективну комунікацію між медичним персоналом.

Надання ефективної медичної допомоги з міркувань доцільності також сприяє проведенню профілактичних заходів та освіті населення щодо здоров'я, що може зменшити поширення захворювань та підвищити рівень обізнаності населення щодо хвороб. Управління процесом надання первинної медичної допомоги важливо для забезпечення ефективної, доступної та якісної медичної допомоги, що призводить до поліпшення стану здоров'я населення та загального благополуччя суспільства.

Кадрове забезпечення в управлінні процесом надання первинної медичної допомоги важливе з численних причин, і його роль є ключовою для досягнення ефективності та результативності цього процесу. Так, висока кваліфікація і компетентність медичного персоналу є важливою для ефективного надання медичної допомоги. Знання, навички та досвід медичного персоналу допомагають швидко та точно діагностувати та лікувати пацієнтів. Недостатня кількість медичного персоналу може призвести до перевантаження працівників, втрати ефективності та зниження якості надання медичної допомоги. Належне забезпечення необхідною кількістю фахівців дозволяє оптимально використовувати ресурси та сприяє успішності проведення інноваційних перетворень у медичній галузі.

Задоволеність працівників і їхня мотивація грають важливу роль у якості надання медичної допомоги. Якщо медичний персонал задоволений своєю роботою, то лікарі, медичні сестри схильні більше зосереджуватися на потребах пацієнтів та демонструвати більшу відданість своїй роботі.

Постійний персонал дозволяє створити ефективні команди та забезпечити сталість у наданні медичної допомоги. Часті зміни персоналу можуть призвести до порушень у координації та комунікації, що може впливати на якість надання послуг. Сфера медицини постійно розвивається, тому важливо, щоб персонал постійно оновлював свої знання та навички. Проведення тренінгів, навчання та стажування допомагають удосконалювати кваліфікації медичного персоналу.

Ефективне кадрове забезпечення є основою для забезпечення високої якості та результативності надання первинної медичної допомоги, що в свою чергу впливає на здоров'я, задоволеність, якість життя пацієнтів.

Лікарська професія є однією з найважливіших і найвідповідальніших у світі. Лікарі несуть на собі суспільну відповідальність за здоров'я і життя людей, тому вони повинні постійно навчатися новому, щоб надавати своїм пацієнтам найкращу можливу медичну допомогу. Медицина – це одна з найдинамічніших і найбільш складних наук. Щодня відкриваються нові

знання про хвороби, їх лікування та профілактику. Лікарі повинні бути в курсі останніх наукових досліджень, щоб забезпечити своїм пацієнтам найсучасніше лікування. Разом із розвитком медицини з'являються нові методи лікування хвороб. Медики повинні бути готові застосовувати ці методи в своїй практиці, щоб забезпечити своїм пацієнтам найкращі результати. Лікарська практика регулюється законодавством та нормативними актами, з огляду на те, медичні працівники повинні відстежувати останні зміни у законодавстві та нормативних актах, щоб дотримуватися їх і гарантувати безпеку своїх пацієнтів.

Змінюється світ, і з ним змінюються хвороби. З'являються нові захворювання, які раніше не були відомі. Лікарі повинні бути готові до цих змін, щоб діагностувати та лікувати нові захворювання. В Україні лікарі повинні проходити обов'язкове навчання не рідше одного разу на п'ять років. Це навчання може проводитися у формі курсів, вебінарів, семінарів, конференцій тощо. Лікарі, які постійно навчаються новому, є більш цінними для своїх пацієнтів і суспільства в цілому. Вони забезпечують своїм пацієнтам найкращу можливу медичну допомогу і допомагають робити світ здоровішим.

Постійне навчання допомагає лікарям у воюючій країні: покращувати свої навички надання медичної допомоги в умовах війни; дізнаватися про нові типи травм і захворювань, які виникають під час війни; отримувати доступ до новітніх методів лікування, які можуть бути корисними для їхніх пацієнтів.

Воєнний стан накладає особливі вимоги на процесію лікаря. Постійне навчання лікарів у воюючій країні може бути цінним з такого кута зору:

- лікар, який пройшов навчання з надання невідкладної допомоги при травмах, може бути більш ефективним у наданні допомоги пораненим під час обстрілу;

- медик, який знає про нові методи лікування бойових травм, може допомогти врятувати життя своїх пацієнтів.

- лікар, який може отримати доступ до новітніх методів лікування, таких як дистанційна медицина, може продовжувати надавати медичну допомогу

своїм пацієнтам, навіть якщо медичні установи постраждали від війни.

Проаналізуємо кадрове забезпечення процесу управління забезпеченням первинної медичної допомоги КП «Центр первинної медико-санітарної допомоги м. Олександрії» (рис. 2.2).

Так, надані для дослідження в кваліфікаційні роботи, дані свідчать про наступне: середня кількість працівників за період з 2021 р. до 2023 р. стала більше на 63 особи (+30,4%), у т.ч.: керівників за період з 2021 р. до 2023 р. покращилась на 1 особу (+50%), керівників структурних підрозділів впродовж 2021-2023 рр. покращилась на 2 (+20%), лікарів впродовж 2021-2023 рр. збільшилася на 1(+2%). Середня кількість працівників середнього медичного персоналу впродовж 2021-2023 рр. покращилась на 38 (+46,3%), молодшого медичного персоналу - підвищилась на 8 (+40%), інших працівників за період 2021-2023 рр. підвищилась на 13 (+29,5%).

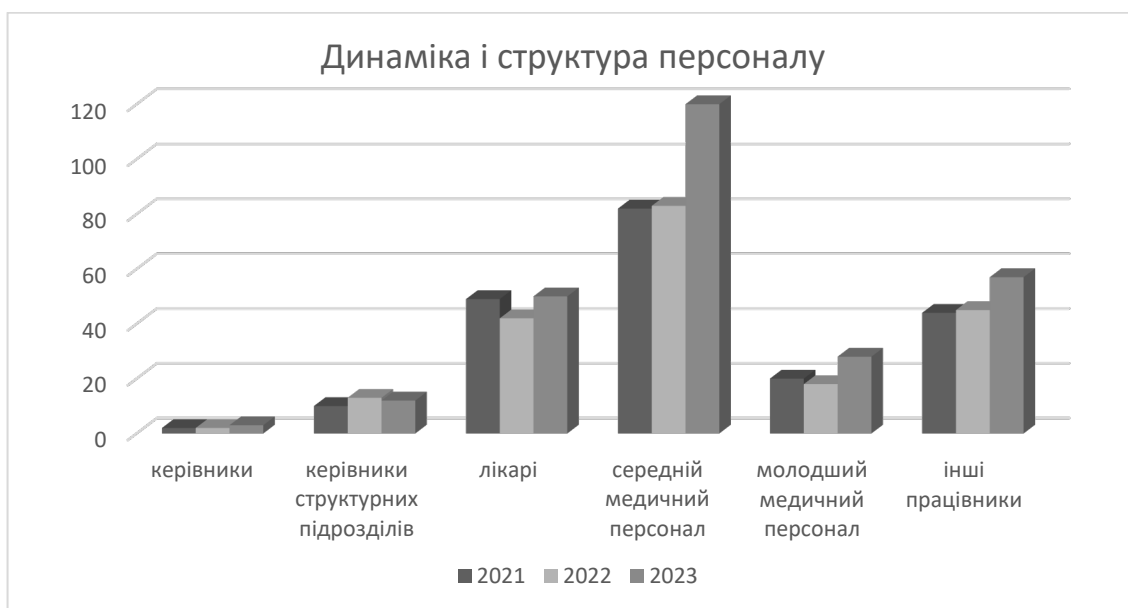


Рис. 2.2. Динаміка і структура персоналу КП «Центр первинної медико-санітарної допомоги м. Олександрії»

Джерело: розраховано авторкою

Про мотивацію персоналу досліджуваної медичної установи говорять такі дані. Середньомісячна заробітна плата одного штатного працівника в місяць за період з 2021 р. до 2022 р. покращилась на 1649 грн. (+11,6%).

Середньомісячна заробітна плата одного штатного працівника в місяць

серед керівників продовж 2021-2022 рр. покращилась на 1821 грн. (+5%).

Середньомісячна заробітна плата одного штатного працівника в місяць серед керівників структурних підрозділів за період 2021-2022 рр. скоротилась на 1632 грн. (-6,4%).

Середньомісячна заробітна плата одного штатного працівника в місяць серед лікарів впродовж 2021-2022 рр. поліпшилась на 4380 грн. (+24,3%).

Середньомісячна заробітна плата одного штатного працівника в місяць середнього медичного персоналу (в тому числі фельдшери, парамедики) за період з 2021 р. до 2022 р. підвищилась на 1005 грн. (+7,1%).

Середньомісячна заробітна плата одного штатного працівника в місяць, грн. Молодший медичний персонал протягом 2021-2022 рр. поліпшилась на 1463 грн. (+26,2%).

Середньомісячна заробітна плата одного штатного працівника в місяць інших працівників впродовж 2021-2022 рр. виросла на 903 грн. (+8,8%).

Більш детально кадрове забезпечення КП «ЦПМСД м. Олександрії» Олександрійської міської ради зібрано в табл. 2.1.

Однозначно, керівники в медичних установах грають важливу роль у забезпеченні ефективності, безпеки та високої якості надання медичних послуг. Розробка та виконання стратегій розвитку медичної установи, а також планування та координація діяльності установи відповідно до місії та цілей – це все в полі обов'язків менеджерів. Планування, контроль над витратами та оптимізація фінансових ресурсів – також відповідальність керівника.

Забезпечення ефективного лідерства для медичного персоналу, створення мотиваційного середовища та підтримка командного духу, особливо у тяжкі часи воєнного стану. Відбір та утримання кваліфікованого медичного персоналу, розвиток та тренування команди – також задача лідера медичної установи. Забезпечення відповідності медичних послуг стандартам якості та безпеки, впровадження систем управління якістю, забезпечення ефективної комунікації між різними відділами та рівнями управління, взаємодія з іншими медичними установами та громадськістю, спілкування з

регуляторами та органами контролю – також на плечах керівництва. Їхня місія також – впровадження сучасних технологій для покращення якості медичних послуг та сприяння інноваціям та дослідженням у галузі медицини. Керівники у медичних установах відіграють стратегічну роль у створенні сприятливого середовища для надання високоякісної та безпечної медичної допомоги.

Таблиця 2.1

**Кадрове забезпечення КП «ЦПМСД м. Олександрії»
Олександрійської міської ради**

Показник	Роки		
	2021	2022	2023
Середня кількість працівників, у т.ч.:	207	203	270
керівники	2	2	3
керівники структурних підрозділів	10	13	12
лікарі	49	42	50
середній медичний персонал	82	83	120
молодший медичний персонал	20	18	28
інші працівники	44	45	57
Середньооблікова кількість штатних працівників, у т.ч.:	205	201	265
керівники	2	2	3
керівники структурних підрозділів	10	13	12
лікарі	48	41	49
середній медичний персонал	81	82	117
молодший медичний персонал	20	18	27
інші працівники	44	45	57
Середньомісячна заробітна плата одного штатного працівника в місяць, грн.	14 172,8	15 822,0	14 407,5
Керівники	36 180,7	38 002,0	38 373,4
Керівники структурних підрозділів	25 417,4	23 785,2	22 866,2
Лікарі	18 016,8	22 396,7	21 681,0
Середній медичний персонал (в тому числі фельдшери, парамедики)	14 199,0	15 203,8	13 703,6
Молодший медичний персонал	5 591,8	7 055,3	6 845,7
Інші працівники	10 275,6	11 178,9	10 139,3

Джерело: розраховано авторкою

Фінансування медичних послуг є важливим аспектом для забезпечення належного функціонування системи охорони здоров'я та надання належних медичних послуг населенню. Фінансові ресурси в достатній кількості дозволяють забезпечити належний доступ до медичних послуг: фінансування медичних закладів, закупівлю необхідного обладнання та ліків, а також оплату

медичного персоналу.

Належне фінансування дозволяє забезпечити відповідний рівень якості медичної допомоги. Це включає в себе навчання та підтримку медичного персоналу, впровадження новітніх технологій та забезпечення високих стандартів у сфері лікарської практики. Фінансування дозволяє реалізовувати програми з профілактики захворювань та контролю за їх поширенням. Це включає вакцинацію, дослідження, аналіз епідеміологічних ситуацій та інші заходи для збереження здоров'я громади.

Забезпечення належної медичної допомоги допомагає у зменшенні витрат на лікування хвороб та у відсутності лікування вони можуть призвести до інвалідності або навіть смерті, що також призводить до втрат працездатності та економічних витрат. Фінансування сприяє розвитку новітніх технологій та методів лікування. Це дозволяє вдосконалювати медичну науку та покращувати результати лікування. Забезпечення адекватного фінансування медичних послуг сприяє створенню системи охорони здоров'я, яка є соціально справедливою, де всі громадяни мають однаковий доступ до якісної медичної допомоги, незалежно від соціально-економічного статусу.

Аналіз стану фінансування медичної установи – на рис. 2.3 та в табл. 2.2. Фінансування КП "Центр первинної медико-санітарної допомоги м. Олександрії" Олександрійської міської ради за програмою медичних гарантій Національної служби здоров'я України з 2019 р. по 2020 р. виросло на 1973 тис.грн. (+5,3%), з 2020 р. по 2021 р. зросло на 4776 тис.грн. (+12,1%), з 2021 р. по 2022 р. зросло на 7674 тис.грн. (+17,3%), з 2022 р. по 2023 р. поліпшилось на 8804 тис.грн. (+16,9%).

До речі, існує в суспільстві така думка: нині потрібно розділити час і ресурси сімейного лікаря та медичної сестри. Традиційно лікар і медична сестра несуть різну відповідність за результат лікування пацієнта. Зараз слід будувати довіру до інакшого розподілу відповідальності за пацієнта, відповідне має бути і фінансове забезпечення таких реформ. Для українського суспільства, травмованого досвідом війни це важливо. Медичні сестри можуть

зіграти істотну роль у тому, як сфера медицини працюватиме з відкладеними захворюваннями, з ускладненням ситуації зі здоров'ям людей як зараз, так і після війни.



Рис. 2.3 Фінансування за програмою медичних гарантій НСЗУ

Джерело: розраховано авторкою

Переважна частка коштів фінансування у 2023 р. надійшла за пакетом надання первинної медичної допомоги – 99,6%.

Таблиця 2.2

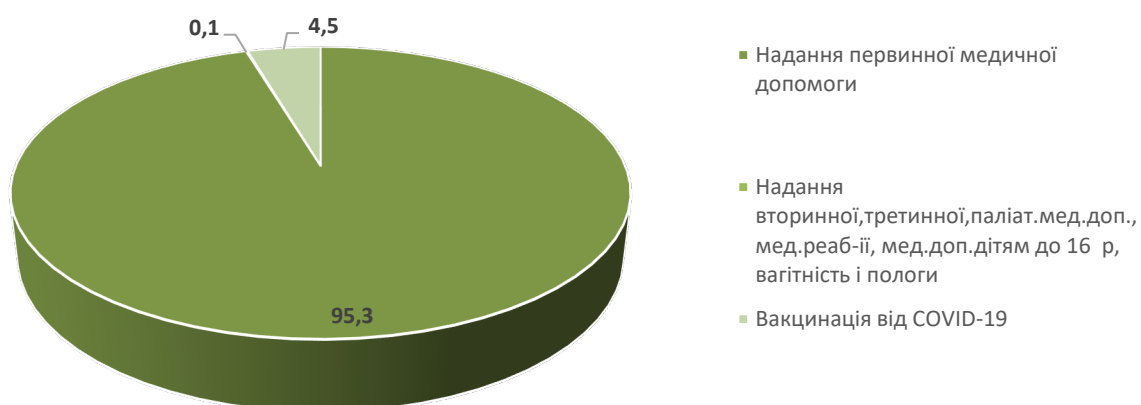
Фінансування НСЗУ за програмою медичних гарантій за пакетом послуг за 2019-2023 рр.

Пакети послуг	2022		2022		2023	
	тис.гр н.	%	тис.гр н.	%	тис.гр н.	%
Надання первинної медичної допомоги	42 225,0	95,3	50 237,9	96,7	60 511,4	99,6
Надання вторинної, третинної, паліат.мед.доп., мед.реаб-ії, мед.доп.дітям до 16 р, вагітність і пологи	50,0	0,1	1 577,3	3,0	39,8	0,1
Забезпечення кадрового потенціалу СОЗ, надання медичної допомоги із залученням лікарів-інтернів	-	-	144,9	0,3	212,5	0,3
Вакцинація від COVID-19	2 011,6	4,5	-	-	-	-

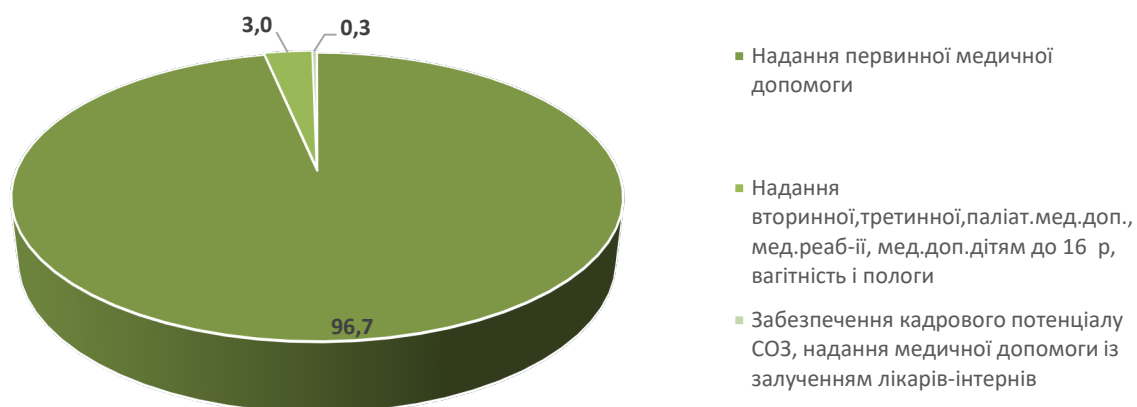
Джерело: розраховано авторкою

Діаграми структури фінансування наведені на рис. 2.4.

2021 р.



2022 р.



2023 р.

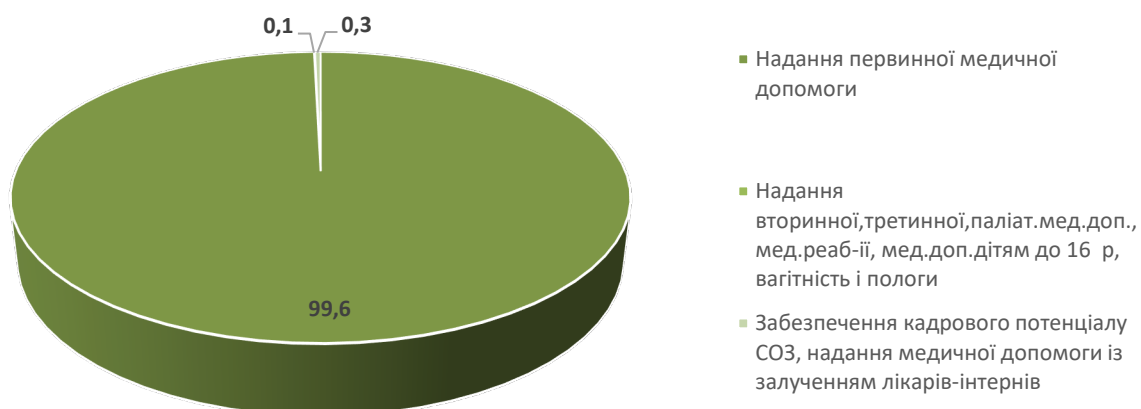


Рис. 2.4. Структура фінансування за програмою медичних гарантій за пакетом послуг у 2021-23 р.

Джерело: розраховано авторкою

Отже, фінансове забезпечення лікарні є важливим з кількох причин. По-перше, воно забезпечує функціонування лікарні і дозволяє надавати необхідну медичну допомогу населенню. По-друге, фінансове забезпечення впливає на якість медичної допомоги, яку надає лікарня. По-третє, фінансове забезпечення визначає вчасність і доступність медичної допомоги для населення. Розширення джерел фінансування є задачею розвитку лікарні.

2.3. Аналіз витрат і надходжень КП "ЦПМСД м.Олександрії" Олександрійської міської ради

Аналіз витрат і надходжень коштів до лікарні є важливою складовою фінансового управління в сфері охорони здоров'я. Такий аналіз може призвести до ряду корисних висновків та прийняття ефективних управлінських рішень. Аналіз витрат дозволяє ідентифікувати, як ефективно лікарня використовує свої фінансові ресурси. Це може вказати на можливість оптимізації витрат та покращення управління фінансами.

Зрозуміння надходжень коштів і структури витрат допомагає в розробці бюджету на майбутнє. Це може сприяти більш точному і ефективному фінансовому плануванню. Аналіз фінансів може допомогти в оцінці ефективності різних програм та проектів в лікарні. Це важливо для визначення, які заходи призводять до покращення якості надання медичних послуг. Розуміння фінансової стійкості лікарні дозволяє адаптуватися до змін в системі охорони здоров'я та реагувати на фінансові виклики.

Аналіз витрат може виявити потенційні ризики та слабкі місця у фінансовому управлінні. Це дає можливість приймати заходи для зменшення ризиків та забезпечення стійкості фінансів лікарні. Збалансована фінансова стратегія дозволяє лікарні надавати якісні медичні послуги без великих фінансових труднощів. Якщо лікарня може продемонструвати ефективне використання коштів, це може збільшити її можливості отримання додаткового фінансування від різних джерел. Аналіз витрат і надходжень

коштів дозволяє лікарні ефективно управляти своїми фінансами, покращувати якість надання послуг та адаптуватися до змін в оточуючому середовищі (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Доходи і витрати КП "ЦПМСД м. Олександрії" Олександрійської міської ради

	2021	2022	2023*	+/- 2022/ 2021	%
Загальний дохід (доходи, аванси ПМГ та коригування прибутку по дооцінці)	56 333,8	67 300,3	60 248,2	10 966,5	119,5
Дохід від реалізації товарів, готової продукції, робіт та послуг (з авансами ПМГ)	44 087,0	52 165,8	43 825,2	8 078,8	118,3
Робіт та послуг, у тому числі	44 087,0	52 165,8	43 825,2	8 078,8	118,3
дохід за рахунок надання платних послуг	2,9	3,6	12,6	0,7	124,1
дохід ПМГ з авансами ПМГ	44 084,0	52 162,2	43 812,6	8 078,2	118,3
Інший операційний дохід, у тому числі	10 565,3	10 622,7	10 957,4	57,4	100,5
цільовий інший операційний дохід	10 519,2	10 561,7	9 686,3	42,5	100,4
дохід від оренди, від компенсацій за комунальні платежі від орендаря, інше	34,2	37,5	1 262,7	3,3	109,6
Неопераційний дохід	1 451,6	752,1	2 645,9	-699,5	51,8
у тому числі від амортизації по НА та ОЗ	1 451,6	752,1	2 645,9	-699,5	51,8
Коригування прибутку по дооцінці	230,0	3 759,7	2 819,8	3 529,7	1 634,7
Витрати періоду	56 333,8	67 300,3	60 248,2	10 966,5	119,5
Матеріальні витрати	10 899,1	8 983,8	9 414,0	-1 915,3	82,4
Витрати на оплату праці	35 234,2	38 548,6	35 177,4	3 314,4	109,4

Продовження табл. 2.3

Відрахування на соціальні заходи	7 739,5	8 373,2	7 688,5	633,7	108,2
Амортизація	4 508,3	4 685,7	5 795,2	177,4	103,9
Інші операційні витрати	2 348,7	3 038,3	2 486,7	689,6	129,4
Результат (різниця між загальним доходом та витратами періоду)	-4 396,0	3 670,7	-313,5	8 066,7	83,5

* за 9 місяців 2023 року

Джерело: розраховано авторкою

Загальний дохід (доходи, аванси ПМГ та коригування прибутку по дооцінці) за період 2021-2022 рр. збільшився на 10967 тис.грн. (+19,5%). Дохід від реалізації товарів, готової продукції, робіт та послуг (з авансами ПМГ) продовж 2021-2022 рр. підвищився на 8079 тис.грн. (+18,3%). Інший операційний дохід, у тому числі за період 2021-2022 рр. виросли на 57 тис.грн. (+0,5%). Неопераційний дохід впродовж 2021-2022 рр. понизились на 700 тис.грн. (-48,2%). Коригування прибутку по дооцінці за період з 2021 р. до 2022 р. збільшилось на 3530 тис.грн. (+1534,7%). Динаміка витрат – у табл. 2.4.

Таблиця 2.4

Динаміка і структура витрат КП "ЦПМСД м.Олександрії"
Олександрійської міської ради

Показник	2021		2022		2023*	
	тис.грн.	%	тис.грн.	%	тис.грн.	%
Матеріальні витрати	10 899,1	17,9	8 983,8	14,1	9 414,0	15,5
Витрати на оплату праці	35 234,2	58,0	38 548,6	60,6	35 177,4	58,1
Відрахування на соціальні заходи	7 739,5	12,7	8 373,2	13,2	7 688,5	12,7
Амортизація	4 508,3	7,4	4 685,7	7,4	5 795,2	9,6
Інші операційні витрати	2 348,7	3,9	3 038,3	4,8	2 486,7	4,1
Всього витрат	60 729,8	100,0	63 629,6	100,0	60 561,8	100,0

* за 9 місяців 2023 року

Джерело: розраховано авторкою

Витрати періоду за період 2021-2022 рр. збільшилися на 10967 тис. грн (+19,5%). Матеріальні витрати продовж 2021-2022 рр. понизилися на 1915 тис. грн (-17,6%). Витрати на оплату праці продовж 2021-2022 рр. збільшилися на 3314 тис. грн (+9,4%) (рис. 2.5).

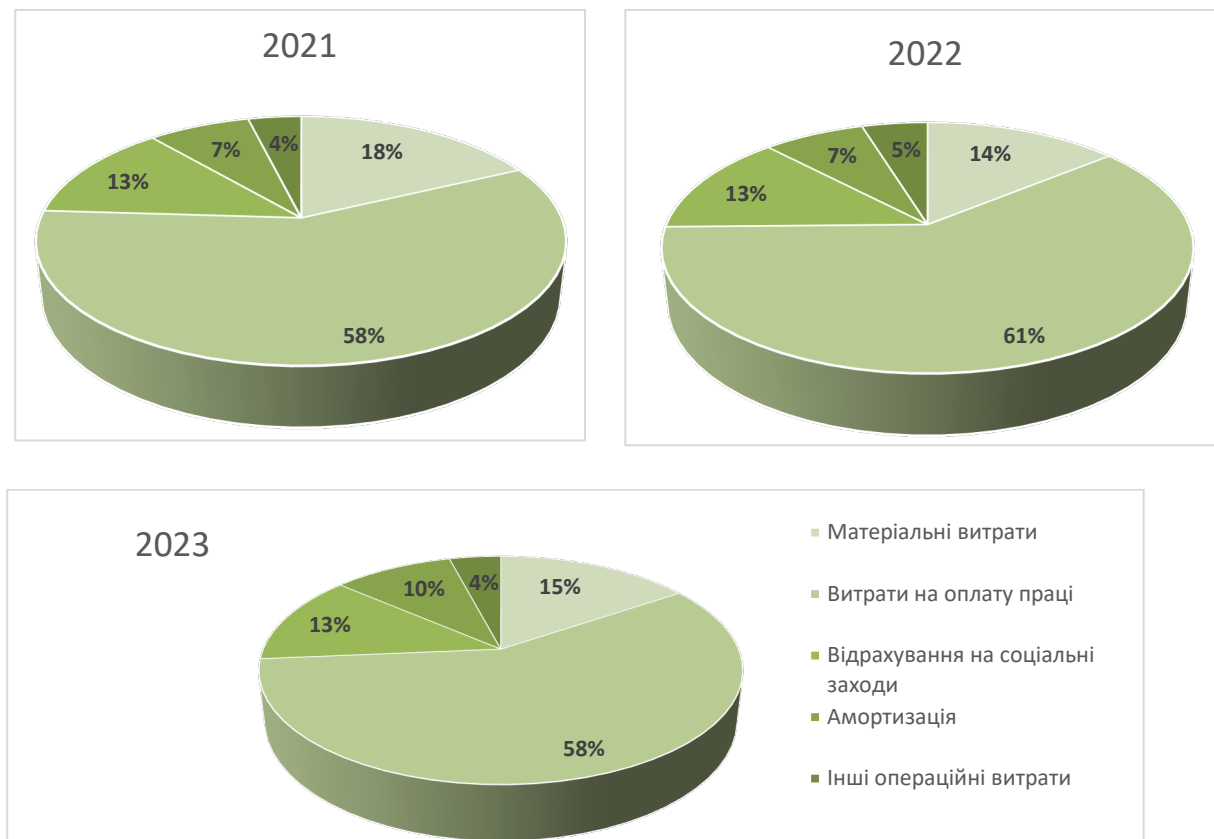


Рис. 2.5. Структура витрат за економічними елементами у 2021-23 р.

Джерело: розраховано авторкою

Відрахування на соціальні заходи за період 2021-2022 рр. збільшилися на 634 тис. грн. (+8,2%). Амортизація за період з 2021 р. до 2022 р. стала більше на 177 тис. грн (+3,9%). Інші операційні витрати протягом 2021-2022 рр. підвищилися на 690 тис. грн (+29,4%). Результат (різниця між загальним доходом та витратами періоду) за період з 2021 р. до 2022 р. збільшився на 8067 тис. грн (+16,5%). Доступність медичної допомоги означає, що вона доступна для всіх, хто її потребує, незалежно від матеріального стану. Фінансове забезпечення лікарень впливає на доступність медичної допомоги, зокрема через вартість медичних послуг. Якщо лікарні не мають достатніх коштів, вони можуть бути змушені підвищити вартість медичних послуг, що

приведе до зменшення їхньої доступності для населення. Надходження КП "ЦПМСД м. Олександрії" наведено в табл. 2.5.

Таблиця 2.5

Надходження КП "ЦПМСД м. Олександрії" Олександрійської міської ради

Показник	2021	2022	2023*	+/- 2022/ 2021	%
Надходження	60 995,7	63 559,6	60 063,6	2 563,9	104,2
Програма медичних гарантій	44 084,0	52 162,2	43 812,6	8 078,2	118,3
Платні послуги, страхові виплати	2,9	3,6	12,6	0,7	124,1
Інше	720,6	449,1	2 095,2	-271,5	62,3
Державний бюджет (в т.ч. централізовані закупівлі, тощо)	5 536,8	1 482,1	1 118,2	-4 054,7	26,8
Обласний, районний та бюджет місцевого самоврядування	8 580,3	7 350,0	10 816,8	-1 230,3	85,7
Благодійна допомога	2 071,1	2 112,6	2 208,3	41,5	102,0

* за 9 місяців 2023 року

Джерело: розраховано авторкою

Надходження протягом 2021-2022 рр. поліпшились на 2564 тис.грн. (+4,2%). Кошти програми медичних гарантій впродовж 2021-2022 рр. стали більше на 8078 тис.грн. (+18,3%). Платні послуги, страхові виплати упродовж 2021-2022 рр. поліпшились на 1 тис.грн. (+24,1%). Інші надходження за період з 2021 р. до 2022 р. скоротились на 272 тис.грн. (-37,7%).

Кошти державного бюджету (в т.ч. централізовані закупівлі, тощо) протягом 2021-2022 рр. понизились на 4055 тис.грн. (-73,2%). Надходження від обласного, районного та бюджету місцевого самоврядування впродовж 2021-2022 рр. скоротились на 1230 тис.грн. (-14,3%). Благодійна допомога упродовж 2021-2022 рр. зросла на 42 тис. грн. (+2%).

Результати аналізу витрат і надходжень лікарні повинні бути використані для розробки заходів щодо покращення фінансового стану лікарні. Ці заходи можуть включати: зниження витрат, що може бути досягнуто шляхом оптимізації закупівель, зниження витрат на енергію та інші заходи. Збільшення надходжень може бути досягнуто шляхом підвищення

ефективності надання медичних послуг, залучення додаткових коштів з інших джерел. Аналіз витрат і надходжень лікарні є важливим інструментом, який дозволяє приймати ефективні рішення щодо управління фінансовим станом лікарні. Структура надходжень у 2022 р. – на рис. 2.6.

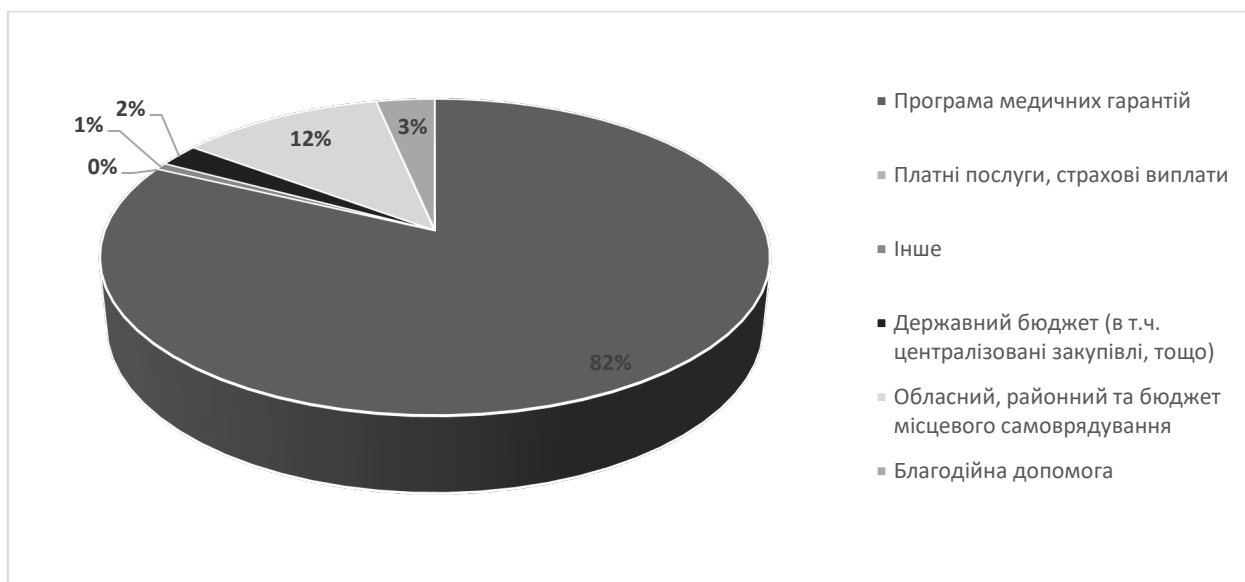


Рис. 2.6. Структура надходжень у 2022 р.

Джерело: розраховано авторкою

Всього придбання, оприбуткування за період з 2021 р. до 2022 р. знизилось на 1226 тис. грн. (-2%) (табл. 2.6). Придбання, оприбуткування товарно-матеріальних цінностей протягом 2021-2022 рр. знизилось на 2470 тис.грн. (-27%). Зокрема, придбання лікарських засобів за період з 2021 р. до 2022 р. зазнало негативних змін на 2174 тис. грн. (-36,7%), придбання виробів медичного призначення та допоміжних засобів слуху, зору, руху, засобів протезування для кардіології, ендопротезів, інших протезів тощо продовж 2021-2022 рр. знизилось на 955 тис. грн. (-62,9%). Лікувальне харчування протягом 2021-2022 рр. погіршилось на 57 тис.грн. (-9,6%). Придбання дезінфекційних засобів за період 2021-2022 рр. понизилось на 66 тис.грн. (-83,9%), засобів індивідуального захисту за період 2021-2022 рр. поліпшилось на 260 тис.грн. (+266,4%), продуктів харчування за період 2021-2022 рр. стало більше на 18 тис.грн. (+147,1%). Інше придбання та оприбуткування за період

з 2021 р. до 2022 р. стало більше на 505 тис. грн. (+55,8%).

Витрати на оплату праці (у т.ч. ЄСВ) та соціальне забезпечення за період 2021-2022 рр. покращились на 3948 тис. грн. (+9,2%). Витрати на оплату робіт, послуг, інше продовж 2021-2022 рр. поліпшились на 690 тис. грн. (+29,4%).

Таблиця 2.6

Придбання та оприбуткування за грошові кошти та у натуральній формі КП "ЦПМСД м. Олександрії" Олександрійської міської ради

	2021	2022	2023	+/- 2022/ 2021	%
Всього придбання, оприбуткування	62 064,3	60 838,5	60 147,1	-1 225,8	98,0
Придбання, оприбуткування ТМЦ, всього, у тому числі	9 131,9	6 662,2	5 798,6	-2 469,7	73,0
Лікарські засоби	5 922,1	3 748,6	2 379,5	-2 173,5	63,3
Вироби медичного призначення та допоміжні засоби слуху, зору, руху, засоби протезування для кардіології, ендопротезів, інші протези тощо	1 518,8	564,0	1 004,8	-954,8	37,1
Лікувальне харчування	598,2	541,0	545,0	-57,2	90,4
Дизенфекційні засоби	78,3	12,6	13,4	-65,7	16,1
Засоби індивідуального захисту	97,4	356,9	25,8	259,5	366,4
Продукти харчування	11,9	29,4	61,8	17,5	247,1
Інше придбання та оприбуткування	905,2	1 409,9	1 768,3	504,7	155,8
Витрати на оплату праці (у т.ч. ЄСВ) та соціальне забезпечення	42 973,7	46 921,8	42 865,8	3 948,1	109,2
Витрати на оплату робіт, послуг, інше	2 348,7	3 038,3	2 486,7	689,6	129,4
Оплата комунальних послуг та інших енергоносіїв (тепло, електроенергія, вода, інше)	1 735,0	2 778,3	3 105,3	1 043,3	160,1
Ремонт	81,5	126,4	158,6	44,9	155,1
Капітальні інвестиції, всього, у тому числі	5 793,6	1 311,5	5 732,1	-4 482,1	22,6
Придбання, створення	5 470,0	359,0	2 477,5	-5 111,0	6,6
Модернізація, модифікація, капітальний ремонт	323,6	952,6	3 254,5	629,0	294,4

Джерело: розраховано авторкою

Оплата комунальних послуг та інших енергоносіїв (тепло, електроенергія, вода, інше) впродовж 2021-2022 рр. підвищилась на 1043

тис.грн. (+60,1%).

Ремонт упродовж 2021-2022 рр. підвищились на 45 тис.грн. (+55,1%).

Капітальні інвестиції за період 2021-2022 рр. зменшились на 4482 тис.грн. (-77,4%). В тому числі: придбання, створення за період з 2021 р. до 2022 р. знизилось на 5111 тис.грн. (-93,4%). Модернізація, модифікація, капітальний ремонт впродовж 2021-2022 рр. збільшилася на 629 тис.грн. (+194,4%). Аналіз активів – у табл. 2.7.

Таблиця 2.7

Аналіз структури та динаміки активів КП "ЦПМСД м. Олександрії" Олександрійської міської ради

Найменування показників	Роки				Темпи зростання		
	2020	2021	2022	2023	2021/20	2022/21	2023/22
Необоротні активи	5 102	21 788	18 414	24 925	327,0	-15,5	35,4
Незавершені капітальні інвестиції	283	290	421	611	2,7	45,0	45,2
Основні засоби	4 820	21 498	17 994	24 314	346,1	-16,3	35,1
первісна вартість	10 156	203 842	204 912	223 854	1907,0	0,5	9,2
знос	-5 337	-182 344	-186 919	-199 540	-3316,7	-2,5	-6,8
Оборотні активи	3 993	2 277	5 110	6 203	-43,0	124,5	21,4
Запаси	1 567	1 616	2 199	2 732	3,1	36,1	24,2
Дебіторська заборгованість за виданими авансами	0	6	0	6	100,0	-100,0	100,0
Інша поточна дебіторська заборгованість, всього, у тому числі	105	82	0	0	-21,4	-100,0	-
Гроші та їх еквіваленти	2 304	569	2 887	3 444	-75,3	407,6	19,3
Витрати майбутніх періодів	17	4	18	22	-79,9	411,4	21,2

Джерело: розраховано авторкою

Необоротні активи з 2020 р. по 2021 р. покращились на 16686 тис.грн. (+327%), з 2021 р. по 2022 р. погіршились на 3374 тис. грн. (-15,5%), з 2022 р. по 2023 р. поліпшились на 6511 тис. грн. (+35,4%).

Незавершені капітальні інвестиції з 2020 р. по 2021 р. стали більше на 8 тис. грн. (+2,7%), з 2021 р. по 2022 р. поліпшились на 131 тис. грн. (+45%), з

2022 р. по 2023 р. покращились на 190 тис. грн. (+45,2%).

Основні засоби з 2020 р. по 2021 р. виросли на 16679 тис. грн. (+346,1%), з 2021 р. по 2022 р. погіршилися на 3505 тис. грн. (-16,3%), з 2022 р. по 2023 р. виросли на 6321 тис. грн. (+35,1%). Первісна вартість з 2020 р. по 2021 р. стала більше на 193686 тис. грн. (+1907%), з 2021 р. по 2022 р. виросла на 1070 тис. грн. (+0,5%), з 2022 р. по 2023 р. поліпшилась на 18942 тис. грн. (+9,2%). Знос з 2020 р. по 2021 р. понизився на 177007 тис. грн. (-3316,7%), з 2021 р. по 2022 р. зменшився на 4574 тис. грн. (-2,5%), з 2022 р. по 2023 р. скоротився на 12621 тис.грн. (-6,8%).



Рис. 2.7 Динаміка активів КП "ЦПМСД м. Олександрії"
Олександрійської міської ради

Джерело: розраховано авторкою

Оборотні активи з 2020 р. по 2021 р. погіршилися на 1716 тис.грн. (-43%), з 2021 р. по 2022 р. стали більше на 2834 тис.грн. (+124,5%), з 2022 р. по 2023 р. підвищилися на 1093 тис.грн. (+21,4%).

Запаси з 2020 р. по 2021 р. виросли на 49 тис.грн. (+3,1%), з 2021 р. по 2022 р. виросли на 583 тис.грн. (+36,1%), з 2022 р. по 2023 р. підвищилися на 533 тис.грн. (+24,2%). Дебіторська заборгованість за виданими авансами з 2020 р. по 2021 р. стала більше на 6 тис.грн. (+100%), з 2021 р. по 2022 р.

скоротилась на 6 тис.грн. (-100%), з 2022 р. по 2023 р. підвищилась на 6 тис.грн. (+100%).

Інша поточна дебіторська заборгованість, всього, у тому числі з 2020 р. по 2021 р. зменшилась на 23 тис.грн. (-21,4%), з 2021 р. по 2022 р. знизилась на 82 тис.грн. (-100%), з 2022 р. по 2023 р. становила 0 тис.грн.

Гроші та їх еквіваленти з 2020 р. по 2021 р. понизились на 1735 тис.грн. (-75,3%), з 2021 р. по 2022 р. покращились на 2319 тис.грн. (+407,6%), з 2022 р. по 2023 р. зросли на 556 тис.грн. (+19,3%).

Витрати майбутніх періодів з 2020 р. по 2021 р. зазнали негативних змін на 14 тис.грн. (-79,9%), з 2021 р. по 2022 р. поліпшились на 14 тис.грн. (+411,4%), з 2022 р. по 2023 р. стали більше на 4 тис.грн. (+21,2%).

Зареєстрований (статутний) капітал з 2020 р. по 2021 р. був 963 тис.грн., з 2021 р. по 2022 р. залишився на рівні 963 тис.грн., з 2022 р. по 2023 р. підвищився на 2 тис.грн. (+0,2%) (табл. 2.8).

Капітал у дооцінках з 2020 р. по 2021 р. збільшився на 15171 тис.грн. (+29982%), з 2021 р. по 2022 р. скоротився на 3760 тис.грн. (-24,7%), з 2022 р. по 2023 р. понизився на 2820 тис.грн. (-24,6%).

Таблиця 2.8

Аналіз структури та динаміки власного капіталу КП "ЦПМСД м. Олександрії" Олександрійської міської ради

Найменування показників	Роки				Темпи зростання		
	2020	2021	2022	2023	2021/20	2022/21	2023/22
Зареєстрований (статутний) капітал	963	963	963	965	0,0	0,0	0,2
Капітал у дооцінках	51	15 222	11 462	8 642	29982,0	-24,7	-24,6
Додатковий капітал, всього, у тому числі	1 810	4 275	3 838	5 980	136,2	-10,2	55,8
Нерозподілений прибуток (непокритий збиток)	4 865	469	4 140	5 364	-90,4	782,7	29,6
Власний капітал, усього	7 688	20 929	20 402	20 951	172,2	-2,5	2,7

Джерело: розраховано авторкою

Додатковий капітал, всього, у тому числі з 2020 р. по 2021 р. зріс на 2466 тис.грн. (+136,2%), з 2021 р. по 2022 р. понизився на 437 тис.грн. (-10,2%), з 2022 р. по 2023 р. підвищився на 2142 тис.грн. (+55,8%). Нерозподілений прибуток (непокритий збиток) з 2020 р. по 2021 р. став менше на 4396 тис.грн. (-90,4%), з 2021 р. по 2022 р. покращився на 3671 тис.грн. (+782,7%), з 2022 р. по 2023 р. покращився на 1224 тис.грн. (+29,6%).

Власний капітал, усього з 2020 р. по 2021 р. збільшився на 13241 тис.грн. (+172,2%), з 2021 р. по 2022 р. понизився на 526 тис.грн. (-2,5%), з 2022 р. по 2023 р. став більше на 549 тис.грн. (+2,7%).

Довгострокові зобов'язання і забезпечення з 2020 р. по 2021 р. виросли на 400 тис.грн. (+52,9%), з 2021 р. по 2022 р. стали більше на 242 тис.грн. (+20,9%), з 2022 р. по 2023 р. поліпились на 993 тис.грн. (+71%) (табл. 2.9).

Таблиця 2.9

**Аналіз структури та динаміки власного капіталу КП "ЦПМСД
м. Олександрії" Олександрійської міської ради**

Найменування показників	Роки				Темпи зростання		
	2020	2021	2022	2023	2021/20	2022/21	2023/22
Довгострокові зобов'язання і забезпечення	756	1 157	1 399	2 391	52,9	20,9	71,0
Цільове фінансування на суму залишків запасів, що отримані з бюджету або як благодійна допомога	628	1 104	1 242	1 779	75,7	12,5	43,3
Цільове фінансування на суму залишків капітальних інвестицій, що отримані з бюджету або як благодійна допомога	125	53	156	342	-57,9	197,1	118,5
Поточні зобов'язання і забезпечення	651	1 980	1 724	7 786	204,3	-12,9	351,7
Поточна кредиторська заборгованість за розрахунками з оплати праці	101	68	0	39	-32,5	-100,0	100,0
Доходи майбутніх періодів, всього, у тому числі	546	1 897	1 724	7 747	247,6	-9,2	349,4

Джерело: розраховано авторкою

Цільове фінансування на суму залишків запасів, що отримані з бюджету або як благодійна допомога з 2020 р. по 2021 р. підвищилось на 475 тис.грн. (+75,7%), з 2021 р. по 2022 р. покращилось на 138 тис.грн. (+12,5%), з 2022 р. по 2023 р. поліпшилось на 537 тис.грн. (+43,3%).

Цільове фінансування на суму залишків капітальних інвестицій, що отримані з бюджету або як благодійна допомога з 2020 р. по 2021 р. понизилось на 72 тис. грн. (-57,9%), з 2021 р. по 2022 р. стало більше на 104 тис. грн. (+197,1%), з 2022 р. по 2023 р. збільшилось на 185 тис.грн. (+118,5%). Інше цільове фінансування з 2020 р. по 2021 р. погіршилось на 3 тис.грн. (-93,3%), з 2021 р. по 2022 р. було на рівні нуля, з 2022 р. по 2023 р. збільшилось на 270 тис.грн. (+67575%).

Поточні зобов'язання і забезпечення з 2020 р. по 2021 р. підвищились на 1329 тис. грн. (+204,3%), з 2021 р. по 2022 р. погіршились на 256 тис. грн. (-12,9%), з 2022 р. по 2023 р. виросли на 6062 тис. грн. (+351,7%).

Поточна кредиторська заборгованість за розрахунками з бюджетом з 2020 р. по 2021 р. покращилась на 11 тис. грн. (+276,3%), з 2021 р. по 2022 р. скоротилась на 14 тис. грн. (-100%), з 2022 р. по 2023 р. становила нуль грн.

Поточна кредиторська заборгованість за розрахунками з оплати праці з 2020 р. по 2021 р. стала менше на 33 тис. грн. (-32,5%), з 2021 р. по 2022 р. знизилась на 68 тис. грн. (-100%), з 2022 р. по 2023 р. поліпшилась на 39 тис. грн. (+100%).

Доходи майбутніх періодів, всього, у тому числі з 2020 р. по 2021 р. поліпшились на 1352 тис. грн. (+247,6%), з 2021 р. по 2022 р. знизились на 174 тис. грн. (-9,2%), з 2022 р. по 2023 р. зросли на 6023 тис. грн. (+349,4%).

Для покращення управління процесом надання первинної медичної допомоги міському населенню можна вживати заходів. Впровадження сучасних інформаційних технологій для поліпшення обліку пацієнтів, запису на прийом та обміну медичною інформацією, підвищення кваліфікації медичного персоналу, залучення громадськості та інше.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ МІСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ

3.1. Модель управління процесом медичної реабілітації на первинному рівні надання медичної допомоги

В сучасних умовах модернізації галузі охорони здоров'я України ключовим напрямком визначено удосконалення надання первинної медичної допомоги. Сімейний лікар надає первинну медичну допомогу в межах власної компетенції та функціональних обов'язків. До кола його обов'язків належать: надання невідкладної медичної допомоги, профілактика різноманітних захворювань (первинна та вторинна), надання пацієнтам лікарських послуг, проведення диспансеризації й реабілітації громадян.

Здійснення процесу реабілітації пацієнтів на первинному рівні медичної допомоги це складний, багатукладний процес, який поєднує наступні елементи: об'єктивний (надання послуг з реабілітації в установах охорони здоров'я) й суб'єктивний (саме усвідомлення та відчуття реабілітаційного процесу лікарем та пацієнтом). На рисунку 3.1 нами представлена модель служби реабілітаційної допомоги на первинному рівні, яку можна використовувати для оцінювання якості наданої медичної допомоги.

Структурний елемент організаційної системи реабілітаційної допомоги громадянам на первинному рівні надання медичної допомоги відображає потенційну можливість первинної медичної ланки забезпечувати надання медичної реабілітаційної допомоги за різних патологічних станів згідно з діагнозами та рекомендацій лікарів.

Структурний елемент описується відносно медичного закладу охорони здоров'я з наявним ресурсним потенціалом (людським капіталом медичних працівників, медичним обладнанням, лабораторіями, технічним оснащенням), організацією діяльності, а також відносно кожного співробітника чи співробітниці системи первинної медичної допомоги. Оцінюванню підлягають

професійний, кваліфікаційний рівень, обсяг знань, частота підвищення рівня кваліфікації, уміння працювати на сучасному обладнанні. Разом із тим, надзвичайно важливим, на наш погляд, чинником структурного елементу є наявність сучасних галузевих нормативів реабілітаційної практики та, відповідно, їх широке застосування в практичній діяльності первинної медичної допомоги фахівцями медичної галузі.



Рис. 3.1. Модель служби реабілітаційної допомоги на первинному рівні

Джерело: [розроблено автором].

Процесний елемент (робота) системи реабілітаційної допомоги на первинному рівні медичної допомоги є надзвичайно важливим складником сучасного публічного управління закладом сфери охорони здоров'я України, тому що він використовується як в лікувальному, так і в діагностичному процесі на різних етапах надання медичних послуг, характеризується залученням широкого кола медичних фахівців різноманітного профілю.

Він містить процедури надання допомоги щодо медичної реабілітації, а саме здійснення медичними працівниками своїх функціональних обов'язків з надання реабілітаційних послуг пацієнтам, взаємодія медичного персоналу між собою та пацієнтами.

Результат – це елемент системи реабілітаційної допомоги, який віддзеркалює результативність та є квінтесенцією її усієї ефективності. Оцінювання за визначеними результатами містить компонент своєчасності, фаховості, якості, ефективності наданої медичної допомоги, зменшення питомої ваги інвалідизації громадян.

Всі структурні елементи моделі служби реабілітаційної допомоги на первинному рівні представляють собою систему взаємопов'язаних й взаємообумовлених елементів та впливають одне на одного. Зрозуміло, що на ефективність надання первинної медичної допомоги впливає наявність медичного обладнання, наявний кваліфікаційний рівень персоналу, періодичність підвищення рівня кваліфікації, особливості організаційної структури медичного закладу, особливості та способи спілкування як всередині організації, так і з зовнішніми стейкхолдерами. Із зазначеного випливає, що на ефективність діяльності з управління процесом медичної реабілітації на первинному рівні надання медичної допомоги доцільно чинити вплив шляхом удосконалення системи ресурсного та удосконалюючи менеджмент закладу.

Дуже бажаним є високий рівень задоволеності пацієнтів у медичній допомозі, тому потрібно докласти всіх зусиль для удосконалення управління процесом медичної реабілітації на первинному рівні надання медичної допомоги, як складового елементу загальної медичної допомоги.

Широкому загалу відомо, що ефективне існування будь-якої організації кореспондує з трьома чинниками: стосунки та взаємини всередині колективу, чіткості поставлених завдань, заздалегідь визначених дедлайнів, можливості проявляти ініціативу, розподілу посадових обов'язків.

Проаналізувавши модель служби реабілітаційної допомоги на первинному рівні, доходимо висновку, що для здійснення належної ефективної медичної реабілітації на первинному рівні сімейний лікар має контактувати з медичними та соціальними службами та з пацієнтами, яким потрібні реабілітаційні процедури.

Стосунки сімейного лікаря і його пацієнта можуть базуватися на довірі або недовірі, бути хорошими чи поганими, реабілітаційна допомога надаватися системно або не на системній основі. Власне, всі ці чинники можуть позитивно чи негативно впливати на швидкість одужання пацієнта та в цілому на якість наданих реабілітаційних послуг.

Доходимо висновку, що на управління процесом медичної реабілітації на первинному рівні надання медичної допомоги насамперед впливає фаховий кваліфікаційний рівень сімейних лікарів, які спеціалізуються на наданні реабілітаційних процедур, забезпеченості якісним сучасним медичним обладнанням та дотриманні пацієнтами лікарських рекомендацій.

3.2. Поліпшення державного регулювання управління якістю надання первинної медичної допомоги міському населенню

Ключовою ціллю механізму забезпечення якості первинної медичної допомоги має бути потенційна можливість галузі охорони здоров'я України надати пацієнту лікарські послуги найвищої якості.

Поліклінічні об'єднання створюють цінність для своїх клієнтів, надаючи якісні послуги з відновлення здоров'я та гарного самопочуття. Підвищувати межу цінності отриманої медичної послуги для хворих можливо і варто здійснювати. Цінність отриманої медичної послуги, рівень задоволеності від її отримання можна збільшити, завдяки, окрім наданих основних послуг, здійснювати надання додаткових. При наданні медичної послуги українцям на первинному рівні, які мають тимчасові проблеми зі своїм здоров'ям, принципово важливо використання внутрішніх конкурентних можливостей.

Такими потенційними конкурентними перевагами у типовому центрі первинної медико-санітарної допомоги може бути, наприклад пропозиція високотехнологічної допомоги; створення відчуття високої цінності наданої медичної послуги; пропонування інших додаткових послуг організацій, з якими співпрацює заклад, потрібних для пацієнта, але тих, які не надаються в даній установі.

Додатковими інструментами створення цінності отриманої медичної послуги для пацієнта може бути зменшення ціни на послугу, акційні пропозиції, програми лояльності, зростання діагностичних можливостей закладу, скорочення часу очікування, зменшення тривалості термінів лікування, запровадження прогресивних сучасних методів лікування, постійне підвищення рівня кваліфікації медичного персоналу.

Поліпшення функціонування будь-якої організації можливо, якщо впроваджувати у її роботи постійні системні зміни, запроваджувати інноваційні елементи управління, створювати дієві системи мотивування та стимулювання співробітників, запроваджувати позитивний наймання спеціалістів. Такі заходи створюватимуть якісний «ґрунт» для створення і зростання конкурентних переваг, які є важливою передумовою надання якісної, цінної для пацієнта медичної допомоги. Надання медичної послуги, яка має значні конкурентні переваги, робить можливим отримання економічного ефекту.

На рисунку 3.2. зображено механізм формування цінності медичної допомоги.

Цінності мають властивості перевтілюватися в тактичні чи стратегічні конкурентні переваги, бути реалізованими всередині організації чи поза нею, на рівні особистості, організації, регіону, держави в цілому.

Можна виділити декілька підходів щодо аналізу державного регулювання управління якістю надання первинної медичної допомоги. Перший підхід заснований на порівняльних дослідженнях систем охорони здоров'я у різних державах. При цьому об'єктом дослідження можуть

виступати структура медичної галузі, чисельність фахівців, які у ній працюють. В рамках другого підходу вченими вивчається специфіка функціонування систем охорони здоров'я, їх особливості, національне законодавство, яке регулює відносини, можливості та обмеження, які існують в галузі. Третій підхід концентрує свою увагу на особливостях систем держав. В цьому контексті під системою матимемо на увазі певну теоретичну конструкцію, що допомагає зрозуміти правила регулювання роботи сфери охорони здоров'я в тій чи іншій країні.

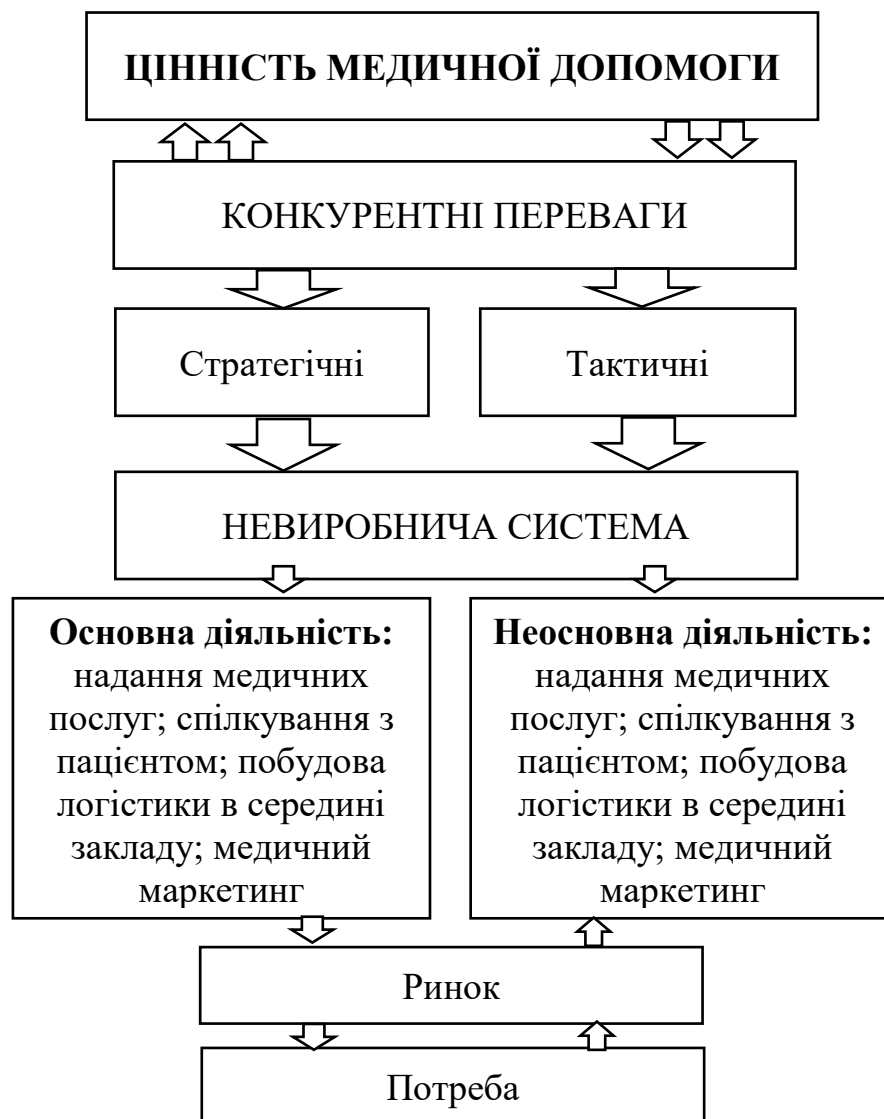


Рис. 3.2. Механізм формування цінності медичної допомоги

Джерело: удосконалено авторкою на основі [64].

На нашу думку, основними факторами, які впливають на ефективне

державне регулювання управління якістю надання первинної медичної допомоги в комунальному підприємстві «Центр первинної медико-санітарної допомоги м. Олександрії» Олександрійської міської ради, та якими необхідно управляти є (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Фактори, що впливають на ефективне державне регулювання управління якістю надання первинної медичної допомоги в КП «Центр первинної медичної допомоги м. Олександрії»

<i>№ п/п</i>	<i>Фактори</i>
1.	✓ відповідність роботи Центру первинної медико-санітарної допомоги, його персоналу, керівництва, структурних підрозділів вимогами законодавства України про охорону здоров'я;
2.	✓ найвищі, з можливих, показники професійної компетентності складу лікарів, іншого медичного персоналу та його системне, систематичне, регулярне, планове підвищення рівня кваліфікації, проведення семінарів, стажувань, взаємного обміну досвідом;
3.	✓ забезпечення дотримання сучасних вимог у процесі надання медичних послуг;
4.	✓ пропозиція найефективніших сучасних медичних технологій;
5.	✓ дотримання наявних медичних стандартів надання медичних послуг;
6.	✓ створення комфортного середовища пропозиції та надання медичних послуг, атмосфери довіри, безпечних умов, в яких послуги надаються;
7.	✓ створення відчуття цінності наданої медичної допомоги.

Джерело: складено авторкою.

Рівень розвитку держави – це складне поняття, яке може бути оцінено за

різними параметрами. Зазвичай до них відносяться: економічний розвиток (ВВП на душу населення, рівень інфляції, рівень безробіття, структура економіки); соціальний розвиток (рівень освіти, рівень охорони здоров'я, рівень життя населення); політичний розвиток (рівень демократії, рівень свободи слова, рівень корупції); технологічний розвиток (рівень розвитку науки, рівень розвитку технологій, рівень цифровізації).

Оцінка рівня розвитку держави може бути суб'єктивною, оскільки залежить від того, які параметри вважаються найбільш важливими. Однак, у цілому, можна виділити кілька основних типів держав за рівнем розвитку.

Розвинені країни – мають високий рівень економічного, соціального, політичного та технологічного розвитку.

Країни, що розвиваються – мають середній або низький рівень економічного, соціального, політичного та технологічного розвитку.

Найменше розвинені країни – мають дуже низький рівень економічного, соціального, політичного та технологічного розвитку.

Рівень розвитку держави має важливе значення для життя її громадян. Він визначає, які можливості та стандарти життя є доступними для людей. Розвинені країни пропонують своїм громадянам вищі доходи, кращу освіту, охорону здоров'я та соціальне забезпечення. Країни, що розвиваються, також прагнуть до підвищення рівня розвитку, щоб забезпечити своїм громадянам кращі умови життя.

Рівень розвитку країни також можна оцінювати сукупністю реформ, що в ній відбуваються та безпосередньо впливають на рівень якості життя громадян.

Ефективний менеджмент якості надання первинної медичної допомоги міському населенню – вагомий інструмент утримання значного електорального інтересу громади. Удосконалення управління процесом надання первинної медичної допомоги – це складний механізм, складовими якого мають бути питання ефективної взаємодії в середині організації, швидкість прийняття рішень, стан делегування повноважень, контроль

прийнятих рішень, рівень самостійності у прийнятті рішень, дотримання санітарних і гігієнічних стандартів і процедур.

Суттєвий потенціал покращення державного регулювання якості надання первинної медичної допомоги міському населенню криється у зростанні рівня цифровізації медичного закладу.

Цифровізація – це процес переходу від аналогових до цифрових технологій. Цей процес охоплює всі аспекти людського життя, включаючи економіку, суспільство, освіту, медицину та культуру. У медичній галузі цифрові технології використовуються для діагностики захворювань, лікування пацієнтів та проведення досліджень.

Цифровізація має ряд переваг:

- підвищення ефективності – цифрові технології можуть автоматизувати завдання, які раніше виконувалися вручну, що призводить до підвищення ефективності;

- поліпшення комунікації – цифрові технології дозволяють людям спілкуватися один з одним швидше та ефективніше, незалежно від їхнього місцезнаходження;

- розширення доступу – цифрові технології можуть зробити інформацію та послуги доступними для більшої кількості людей.

Однак цифровізація також має ряд ризиків, таких як:

- зростання нерівності – цифрові технології можуть посилити нерівність між тими, хто має доступ до них, і тими, хто не має;

- зловживання даними – цифрові технології можуть використовуватися для збору та використання особистих даних людей, що може призвести до порушення їхньої приватності. Для медичної галузі України це питання стоїть дуже гостро;

- зростання залежності – цифрові технології можуть призвести до зростання залежності людей від них, що може мати негативні наслідки для їхнього здоров'я та добробуту.

Цифровізація – це потужний інструмент, який може мати як позитивний,

так і негативний вплив на суспільство. Важливо усвідомлювати потенційні переваги та ризики цифровізації сфери охорони здоров'я України, щоб використовувати її відповідально та ефективно, не нашкодити пацієнтам, а отримати від неї максимальні зиски.

3.3. Пропозиції щодо удосконалення системи охорони здоров'я України як базису забезпечення національної безпеки

Впровадження й реалізація інструментів у сфері національної безпеки України стоїть для нашої держави надзвичайно гостро. Військова агресія росії проти України поставила під загрозу існування самої держави, її існування в межах міжнародно визнаних кордонів, втрату національного суверенітету.

Сучасні умови, в яких живе Україна та українці, вимагають нових рішень, знань, підходів в усіх сферах життя, врахування національних інтересів.

Становище галузі охорони здоров'я України прямо та опосередковано впливає на найсуттєвіші показники рівня життя населення. Не викликає сумніву, що сфера охорони здоров'я України є стратегічною, від стану, в якому вона перебуває, залежить трудовий потенціал населення, сталий розвиток держави, стабільний економічний поступ.

Сучасний стан сфери охорони здоров'я України є незадовільним. На таке становище вплинуло багато чинників, серед них: замалий обсяг фінансування галузі, відтік кваліфікованих кадрів в інші сектори економіки, а також за кордон, відсутність дієвих інструментів державного менеджменту медичними закладами.

Проблем, які накопичилися в українському соціумі є безліч: криза стосунків у медичній галузі, недовіра один до одного у відносинах «лікар-пацієнт», високий рівень шкідливих звичок, наркоманії. Всі ці проблеми становлять серйозний виклик національній безпеці країни, стабільному,

прогнозованому розвитку гуманітарної сфери.

Відповідно до Закону України «Про національну безпеку України», національна безпека України - це «захист державного суверенітету, територіальної цілісності, демократичного конституційного ладу та інших національних інтересів України від реальних і потенційних загроз» [45].

Об'єктами національної безпеки України є конституційні права і обов'язки громадян, суверенітет, територіальна цілісність та недоторканність. Військове вторгнення росії підірвало основи соціальної та економічної захищеності та безпеки українців іще раз переконало нас, що сфера національної безпеки є значно більшою, а в основі соціальної та економічної безпеки є людина, найвищою цінністю є життя і здоров'я людини, на який безпосередній вплив чинить стан розвитку медичної галузі та стан управління процесом надання медичних послуг населенню.

Конституція України гарантує медичну допомогу всім громадянам України.

Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм.

Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності [24].

Один з ключових обов'язків сучасної країни – охорона здоров'я її мешканців та піклування про його стан. Цьому аспекту варто приділити належне місце у процесі державного управління процесом надання первинної медичної допомоги. На наш погляд, доцільно запровадити концепцію постійного оновлення державної системи охорони здоров'я та всебічної стратегії її оновлення. При цьому принципово важливо окреслити мету,

завдання, цілі, принципи, методи, відповідальних, строки та етапи досягнення тих чи інших результатів у царині адміністративного менеджменту медичних закладів України та системи охорони здоров'я України загалом. Не менш важливим, з нашої точки зору, залишається продовження якісних (а не лише кількісних) перетворень у податковій, митній, фінансовій, кредитній, бюджетній, науковій, освітній (підготовка, перепідготовка, підвищення кваліфікаційного рівня медичних кадрів для галузі охорони здоров'я України) сферах.

На сьогодні, менеджмент галузі охорони здоров'я відбувається на рівні Міністерства охорони здоров'я України, іншими центральними органами виконавчої влади, яким підзвітні установи охорони здоров'я, органи військово-цивільних адміністрацій, Академія медичних наук України. Плюс до державних органів, які прямо пов'язані зі сферою охорони здоров'я України, також дотичними до неї є Офіс Президента України, Рада національної безпеки і оборони України, Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, Генеральна прокуратура України, судові органи України.

Війна, яку почала у 2014 році російська федерація проти України і по теперішній час її продовжує принесла значних втрат галузі охорони здоров'я України. Це і зруйновані медичні заклади, поліклініки, амбулаторії і, як наслідок, відсутність можливостей дотримання стандартів профілактичних та лікувальних стандартів та протоколів, гострий брак медичних кадрів (лікарів, середнього та молодшого персоналу), робить неможливим отримання українцями медичних послуг у повному обсязі.

Ще одна проблема, яка пов'язана з військовою агресією росії, пов'язана з тим, що після лютого 2022 року, з'явилася велика чисельність внутрішньо переміщених людей. Переважна більшість людей, які проживали в Східних та Південних областях України, що не емігрували і залишилися в Україні, оселилися в Центральних та Західних областях. Це створило перекося в формулі «пацієнт-лікар» не на користь хворих, а також поглибилися регіональні диспропорції ресурсного забезпечення у сфері охорони здоров'я.

Згідно даних організації об'єданих націй, за перший рік повномасштабного вторгнення підтверджено 473 атаки на заклади охорони здоров'я, загинули 98 осіб, 135 людини було поранено. Пошкоджено понад 927 медичних закладів, понад 400 перебувають на тимчасово окупованих територіях, зруйновано 123 медичні заклади. Разом із тим, на кінець 2021 року в Україні було майже 3000 заклади охорони здоров'я. За станом на початок 2023 року реконструйовано 85 закладів, 209 перебувають у стадії відновлення [43].

На сьогоднішній день одним із ключових пріоритетних завдань для Кабінету Міністрів України та Міністерства охорони здоров'я України має бути удосконалення управління процесом надання первинної медичної допомоги міському населенню, в т.ч. й для внутрішньо переміщених осіб, створення нових робочих місць для працівників медичної галузі. Конче необхідно продовжувати будувати нові мобільні амбулаторії, оскільки попит на них ще є досить значним, на сьогодні майже третині внутрішньо переміщених осіб не доступні медичні послуги.

На нашу думку, на процес удосконалення управління наданням первинної медичної допомоги впливають різноманітні чинники (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Чинники удосконалення управління наданням первинної медичної допомоги міському населенню

<i>№ п/п</i>	<i>Чинники</i>
1.	• Вчасно надані профілактичні послуги
2.	• Доступність медичної допомоги
3.	• Кваліфікаційний рівень медичного персоналу
4.	• Рівень заробітної плати медичного персоналу
5.	• Мотивованість до якісного виконання своєї роботи
6.	• Матеріально-технічна оснащеність медичних закладів
7.	• Рівень стресу та тривожності в суспільстві

Продовження таблиці 3.2	
8.	• Рівень довіри до медичних працівників
9.	• Стан фінансування медичної галузі України
10.	• Вартість платних медичних послуг
11.	• Якість медичних послуг
12.	• Кадровий потенціал медичної галузі України
13.	• Дефіцит фінансових ресурсів для розвитку медичної сфери України

Джерело: складено авторкою

Нинішній стан справ у медичній галузі України, переконливо свідчить про необхідність суттєвого реформування. Необхідно від бачення медичної галузі, як суто інструменту виконання державою своєї соціальної функції, переходити до розгляду функціонування медичної сфери як передумови забезпечення національної безпеки України.

Ми твердо переконані, що сьогодні необхідним є створення передумов для зміни пріоритетних напрямків удосконалення управління процесом надання медичної допомоги міському населенню (табл. 3.3).

Не викликає сумніву, що оскільки поступ сфери охорони здоров'я України і прямо і опосередковано здійснює вплив на ключові показники життя населення, то доцільно її розглядати як стратегічну складову національної безпеки України задля забезпечення сталого розвитку держави.

Зараз можна стверджувати про тривале ігнорування органами законодавчої влади, виконавчої влади інтересів галузі охорони здоров'я в контексті національної безпеки, що призвело до відсутності якісного менеджменту системою національного соціального захисту.

Ми твердо переконані, що надання якісної первинної медичної допомоги міському населенню, а також стає функціонування сфери охорони здоров'я України тісно пов'язане із забезпеченням вітальної безпеки.

Таблиця 3.3

Передумови зміни пріоритетних напрямків удосконалення управління процесом надання медичної допомоги міському населенню

<i>№ п/п</i>	<i>Пріоритетний напрямок</i>
1.	– Диверсифікація форм власності закладів охорони здоров'я, де українці могли би отримувати медичні послуги
2.	– Перенесення частини послуг, які пропонують державні та комунальні заклади охорони здоров'я до управлінських послуг
3.	– Врахування побажань пацієнтів, формування альтернативних варіантів лікування, побажання пацієнтів щодо отримання медичної допомоги
4.	– Необхідність розпочати пошук нових інструментів державного управління в галузі охорони здоров'я України
5.	– Зміна акцентів державного фінансування медичної галузі України, диверсифікації їх джерел.

Джерело: складено автором

Вітальна безпека суспільства і держави гарантується здатністю системи охорони здоров'я забезпечувати реалізацію права людини на життя і здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, усувати небезпеки, що загрожують життю та здоров'ю, стало функціонувати за будь-яких несприятливих умов, а також здатністю держави до захисту національних інтересів у сфері охорони здоров'я від можливих загроз [14].

Пропонуємо особливу увагу приділяти таким чинникам, які, на нашу думку, дадуть змогу поліпшити вітальну безпеку держави (табл. 3.4).

В сучасних умовах російсько-української війни, надзвичайно важливим аспектом її завершення Перемогою української сторони є добре самопочуття військових Збройних сил України, відновлення та збереження їхнього здоров'я, яке на пряму залежить дієвості функціонування медичної галузі України в цілому.

Таблиця 3.4

Чинники поліпшення вітальної безпеки держави

<i>№ п/п</i>	<i>Чинники</i>
1.	Гарантування медичної допомоги та високої якості медичних послуг
2.	Проведення якісної профілактичної роботи
3.	Здійснення належної державної підтримки фармацевтичної галузі України
4.	Проведення державної підтримки наукових досліджень у сфері охорони здоров'я
5.	Стимулювання інноваційної діяльності в галузі охорони здоров'я;
6.	Здійснення ефективного контролю імпорту лікарських засобів;
7.	Створення єдиного органу контролю для проведення екологічного контролю.

У жовтні 2018 року Уряд прийняв Воєнно-медичну доктрину України. В ній визначена мета, принципи, засади, організації системи охорони здоров'я військовослужбовців, наукового забезпечення військової охорони здоров'я, відповідальність країни та органів місцевого самоврядування за розвиток галузі охорони здоров'я військових Збройних сил України, забезпечення її функціонуванні під час військових дій.

Отже, робимо справедливий висновок про те, що сферу охорони здоров'я України варто розглядати як один із ключових чинників забезпечення національної безпеки держави.

ВИСНОВКИ

У межах кваліфікаційної роботи отримані наступні висновки.

В сучасних умовах суттєво зростає роль центрів первинної медико-санітарної допомоги, до їх повноважень належить вирішення великої кількості завдань, в тому числі планування й фінансування власної діяльності, налагодження ефективної взаємодії з органами міської влади, координація діяльності лікарів з іншими суб'єктами надання медичної допомоги.

Здійснивши ґрунтовний теоретичний аналіз, ми з'ясували надзвичайну актуальність питання удосконалення управління процесом надання первинної медичної допомоги, яке зумовлене підвищенням соціальної відповідальності держави за стан здоров'я українців, якістю та своєчасністю надання медичної допомоги, загальнодоступністю міському населенню. Водночас, удосконалення управління процесом надання первинної медичної допомоги міському населенню доцільно вивчати не тільки через призму задоволення запитів населення у послугах сфери охорони здоров'я, але як інструментарій зростання результативності й ефективності.

Виконане дослідження доводить, що первинна медична допомога, яка реалізована на засадах доступності, оперативності, фаховості, яка надається на регулярній основі, включно із профілактичними заходами є дієвим засобом досягнення соціальної згуртованості, суспільної злагоди та здатні солідаризувати суспільство.

Для того, щоб фінансовий механізм розвитку медичної галузі України був дієвим, потрібно здійснення низки різнорівневих та різнопланових заходів у законодавчій, виконавчій, економічній, соціальній, політичній, реабілітаційній, науковій площині.

Перші кроки у дієвому реформуванні сфери охорони здоров'я

України розпочалося у 2018 році. Кабінет Міністрів України разом з органами місцевого самоврядування пріоритетними напрямками удосконалення управління та підвищення ефективності функціонування галузі охорони здоров'я України визначили курс на збільшення фінансової автономії споживачів медичних послуг. На початку було здійснено ряд важливих кроків щодо реформування доступності медицини. Для реалізації цієї ідеї були внесені доповнення до переліку медичних послуг, і в результаті розширено спектр послуг, які надаються на безоплатній основі, а також мала підвищитися якість наданих послуг.

Сучасний стан галузі охорони здоров'я України характеризується існуванням великого кола проблем як національного, так і регіонального рівня, потребує зламу існуючої системи фінансових відносин та побудови дієвого фінансового механізму державного регулювання розвитку галузі охорони здоров'я України.

На наше глибоке переконання на якість послуг сфери охорони здоров'я та рівень задоволеності пацієнтів від отриманих послуг значною мірою впливає не лише обсяг фінансових ресурсів, які спрямовуються в галузь, але й те, яким чином вони розподіляються і, що найважливіше, наскільки ефективно використовуються. Для залучення більшої кількості фінансових ресурсів та ліпшого їх використання, необхідним є перехід від суто бюджетної моделі фінансування до змішаної, яка би поєднувала і фінансування з бюджетів і страхову медицину.

Кваліфікаційна робота виконана за матеріалами комунального підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги м. Олександрії».

Комунальне підприємство “Центр первинної медико-санітарної допомоги м. Олександрії Олександрійської міської ради” (надалі Підприємство) є лікарняним (амбулаторним) закладом охорони здоров'я - комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає медичну

допомогу будь-яким особам. Основною метою діяльності підприємства є надання первинної медичної допомоги, забезпечення медичного обслуговування, що постійно проживає (перебуває) на території міста Олександрії, але не обмежуючись вказаним населеним пунктом, шляхом надання йому медичних послуг в порядку та обсязі, встановленому законодавством, а також вжиття заходів з профілактики захворювань населення та підтримки громадського здоров'я.

Аналіз фінансового стану комунального підприємства “Центр первинної медико-санітарної допомоги м. Олександрії Олександрійської міської ради” дає можливість говорити про наступне. Фінансування міських лікарень відіграє ключову роль у сталому розвитку країни з кількох причин: забезпечення доступу до якісної медичної допомоги для мешканців міст є важливим елементом збереження та покращення здоров'я нації; адекватна медична допомога допомагає уникнути масштабних епідемій та сприяє соціальній стабільності в містах. Зменшення захворюваності допомагає утримати робочу силу та знижує соціальні навантаження; здорові громадяни можуть бути більш продуктивними та ефективними у своїй праці, що призводить до загального підвищення економічного розвитку міста та країни в цілому.

Міські лікарні відіграють важливу роль у запобіганні та контролі епідемій. Забезпечення доступності медичних послуг у містах робить їх більш привабливими для мешканців та бізнесу. Це може вплинути на рівень життя та залучення інвестицій у місто. Міські лікарні можуть бути центрами для наукових досліджень та розвитку в галузі медицини. Це сприяє вдосконаленню методів лікування, діагностики та профілактики хвороб.

Ми глибоко переконані, що представлена нами модель служби реабілітаційної допомоги на первинному рівні, дозволить досягти ширшої доступності реабілітаційної допомоги більшому числу пацієнтів.

Проаналізувавши модель служби реабілітаційної допомоги на первинному рівні, ми дійшли висновку, що для проведення належної ефективної медичної реабілітації на первинному рівні сімейний лікар має контактувати з медичними та соціальними службами та з пацієнтами, яким потрібні реабілітаційні процедури. Результати проведеного дослідження свідчать, що на управління процесом медичної реабілітації на первинному рівні надання медичної допомоги насамперед впливає фаховий кваліфікаційний рівень сімейних лікарів, які спеціалізуються на наданні реабілітаційних процедур, забезпеченості якісним сучасним медичним обладнанням та дотриманні пацієнтами лікарських рекомендацій.

Ми переконані, що досить важливо для комунального підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги м. Олександрії Олександрійської міської ради» навчитися створювати цінність медичної допомоги. Окрім лікувальних послуг, додатковими інструментами створення цінності отриманої медичної послуги для пацієнта може бути зменшення ціни на послугу, акційні пропозиції, програми лояльності, зростання діагностичних можливостей закладу, скорочення часу очікування, зменшення тривалості термінів лікування, запровадження прогресивних сучасних методів лікування, постійне підвищення рівня кваліфікації медичного персоналу.

Нами були сформульовані основні фактори, які впливають на ефективне державне регулювання управління якістю надання первинної медичної допомоги в комунальному підприємстві «Центр первинної медико-санітарної допомоги», врахування яких виведе управління процесом надання первинної медичної допомоги міському населенню на якісно вищий рівень. Отже, ми впевнені, що викладені в кваліфікаційні роботі пропозиції сприятимуть удосконаленню управління процесом надання первинної медичної допомоги в КП «Центр первинної медико-санітарної допомоги м. Олександрії» Олександрійської міської ради.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Н. В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: сучасний стан, шляхи вдосконалення : монографія. Запоріжжя : КПУ, 2010. 196 с.
2. Бендукідзе К., Редер Ф., Танер М., Урушадзе А. Реформи охорони здоров'я в Республіці Грузія: від радянської руїни до охорони здоров'я на ринковій основі: монографія. Київ: Вид во: ТОВ "НВП" Інтерсервіс", 2014. С. 23-78.
3. Білий В.Я., Жаховський В.О., Лівінський В.Г. Воєнно-медична доктрина України як основа медичної складової національної безпеки держави. URL: <http://nio.nuou.org.ua/article/view/176290> (Дата звернення: 12.11.2023).
4. Бойко С.Г. Фінансово-економічне забезпечення сфери охорони здоров'я зарубіжних країн: досвід для України. *Стратегічні пріоритети*. 2019. №3-4 (51). С. 119-125.
5. Бурцева О.Є. Трансформація системи охорони здоров'я як складової національної безпеки України. *Вісник економічної науки України*. 2020. № 2 (39). С.123-127.
6. Бюджетна установа. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D1%8E%D0%B4%D0%B6%D0%B5%D1%82%D0%BD%D0%B0_%D1%83%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B0 (дата звернення: 26.10.2023).
7. Вівсяник О.М. Значення та функції міжнародних організацій в інституційній системі державного регулювання охорони здоров'я: монографія. Рівне : Волин. обереги, 2022. 212 с.
8. Вовк С. М. Системні трансформації охорони здоров'я: монографія/ С.М. Вовк. Донецький державний університет управління, МОН України. Кривий Ріг: вид. Р. А. Козлов. 2017. 315 с.
9. Вороненко Ю.В., Гойда Н.Г. Нові підходи у підготовці фахівців за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я». *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2010. № 1 (9). С. 120–122.
10. Гомон Д.О. Адміністративно-правове та організаційне забезпечення

- охорони здоров'я в Україні: дис. канд. юр. наук: 12.00.07. Одеса, 2018. 250 с.
11. Грицко О.Р., Пеканець С.Р. Моделі та тенденції розвитку державно-приватного партнерства в охороні здоров'я. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2022. Том 33 (72). № 3. С. 46-53.
 12. Дацій Н.В., Драган І.В., Малахова Т.В. Ефективні зарубіжні моделі публічного управління системою охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. №20. С. 128-132.
 13. Драган І.В., Дацій Н.В., Драган І.О. Вплив фінансового механізму державного регулювання на розвиток галузі охорони здоров'я в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. №22. С. 179-184.
 14. Економічна безпека держави: сутність та напрями формування : монографія / за ред.: Л. С. Шевченко ; Нац. юрид. акад. України ім. Я. Мудрого. Харків : Право, 2009. 312 с.
 15. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю.Д. Бойчука. Харків : Вид. Рожко С.Г., 2017, 488 с.
 16. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, ст.19). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення 24.10.2023).
 17. Зима І.Я. Історичний контекст формування основ державного управління охороною здоров'я європейської цивілізації. *Вісник НУВГП. Серія: Економічні науки*. 2019. Вип. 1 (47). С. 47-55.
 18. Зима І.Я. Механізми інституційної трансформації державного управління охороною здоров'я. Рівне. 2019, 248 с.
 19. Зима І.Я., Обуховська Л.І. Механізми забезпечення діяльності комунальних підприємств - закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації. - Рівне: Волин. обереги, 2020. 172 с.
 20. Інституційна трансформація державного управління охороною здоров'я: Україна та іноземний досвід: колективна монографія / І.Л. Сазонець, В.І. Саричев [- та ін.]; за наук. ред. д.е.н., проф. І.Л. Сазонця. Рівне: Волин. обереги,

2019. 396 с.

21. Іпатов А.В. Напрямки реформування первинної медико-санітарної допомоги в Україні : монографія / А. В. Іпатов. – Дніпропетровськ : Пороги, 2010. – 262 с.

22. Клименко С.Є., Лашкул З.В., Мотовиця Н.Я., Ярова Л.Д. Сучасний стан реалізації договорів державно-приватного партнерства та державних інвестиційних проєктів у сфері охорони здоров'я. *Економіка та держава*. 2022. № 2. С. 68-74.

23. Книш С.В. Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. ... докт. юрид. наук: 12.00.07. Тернопіль, 2019. 36 с.

24. Конституція України. Закон України. URL: <https://www.president.gov.ua/ua/documents/constitution/konstituciya-ukrayini-rozdil-ii> (дата звернення: 13.11.2023)

25. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 4 (52). С. 5-11.

26. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. *Україна. Здоров'я нації*. 2010. № 1. С. 5–23.

27. Логвиненко Б.О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика: автореф. дис. ... докт. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2018. 43 с.

28. Матюха Л.Ф., Гойда Н.Г., Слабкий Г. ., Дудіна О.О., Коваленко О.С., Рогозинська Н.С., Надута-Скринник О.К. Оцінка ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги / Методичні рекомендації. – Київ, 2011. – 48 с.

29. Матюха Л.Ф., Медведовська Н.В., Барінов Ю.В. Обґрунтування індикаторів оцінки кращої лікарської практики при наданні первинної медичної допомоги. *Сучасні медичні технології*. 2017. №1. С. 28-34.

30. Матюха Л.Ф., Медведовська Н.В. Підходи до оцінки ефективності

лікарської практики з надання первинної медичної допомоги. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. №2(43). С. 140-142.

31. МОЗ розпочало роботу з оптимізації та систематизації реєстрів сфери охорони здоров'я. Урядовий портал, 2022. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-rozpochalo-robotu-z-optymizatsii-ta-systematyzatsii-reiestriv-sfery-okhorony-zdorovia> (дата звернення 25.11.2023).

32. Москаленко В.Ф. Особливості та тенденції становлення і розвитку європейського законодавства з питань охорони здоров'я. *Охорона здоров'я України*. 2004. №3. С. 5-15.

33. Москаленко Ю. Електронна система охорони здоров'я під час війни: як зараз працює одна з найбільших ІТ-систем в Україні. *Zn.ua*. 2022. URL: <https://zn.ua/ukr/UKRAINE/elektronna-sistema-okhoroni-zdorovjapid-chas-vijni-jak-zaraz-pratsjuje-odna-z-najbilshikh-itsistem-v-ukrajini.html> (дата звернення: 22.11.2023).

34. Набхан О.В., Моїсєєнко Р.О. Державне управління сферою охорони здоров'я як складова соціальної безпеки держави. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. №5. С. 110-116.

35. Небезпека кібератак на сектор охорони здоров'я: як справитися з новим викликом. Eset, 2022. URL: <https://eset.ua/ua/news/view/952/opasnostkiberatak-na-sektor-zdravookhraneniya-kak-spravitsya-snovymi-vyzovami> (дата звернення: 23.11.2023).

36. Новікова М.М., Боровик М.В., Бубирьов Є.А. Теоретичні аспекти управління організаційними змінами на підприємстві. *Бізнес Інформ*. 2022. №10. С. 219–225.

37. Оптимізація первинної медико-санітарної допомоги населенню України : метод. рекомендації / Н. Г. Гойда, Л. Ф. Матюха, В. Г. Слабкий, Л. В. Полікова ; ДУ «Укр. ін-т стратег. дослідж. МОЗ України», Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика. – К., 2010. – 25 с.

38. Оцінка ефективності організації надання первинної медико-санітарної допомоги : метод. рекомендації / Л. Ф. Матюха, Н. Г. Гойда, Г. О. Слабкий [та

ін.]. – К., 2011. – 48 с.

39. Офіційний сайт Державної служби статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua> (дата звернення 30.10.2023).

40. Пашков В.М. Проблеми правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я (господарсько-правовий контекст): монографія. Київ: МОПІОН, 2009. 448 с.

41. Первинна медико-санітарна допомога / сімейна медицина: [монографія] / [за ред. В. М. Князевича]. – МОЗ України. – К., 2010. – 404 с.

42. Поворозник М.Ю. Бенчмаркінг моделей організації систем медичних послуг. *Причорноморські економічні студії*. 2016. Вип. 11. С. 41-43. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses_2016_11_10 (дата звернення: 12.11.2023 р.).

43. Притула М.О., Пархоменко-Куцевіл О.І. Обґрунтування системи охорони здоров'я як основи забезпечення національної безпеки України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. №6. С. 187-193.

44. Програма медичних гарантій: впровадження в Україні. URL: https://moz.gov.ua/uploads/0/3798-programa_medicnih_garantij_vprovadzenna_v_ukraini.pdf (дата звернення: 26.10.2023).

45. Про національну безпеку України. Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2469-19#Text> (дата звернення: 09.11.2023).

46. Рудік Н.М., Побігай Л.Я. Інструменти та методологія оцінювання ефективності системи надання первинної медичної допомоги: досвід ЄС. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2021. Вип. 1 (48). С. 122-131.

47. Сазонець І.Л., Зима І.Я. Визначення проблем та основних напрямів реформування системи охорони здоров'я України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 18. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1343> (дата звернення: 03.11.2023)

48. Сазонець І.Л., Зима І. Я. Дослідження проблеми трансформації державної системи охорони здоров'я та діяльності соціальних інститутів. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 21. С. 109-113.

49. Сазонець І.Л., Зима І.Я. Соціальні інститути в трансформації державної системи управління охороною здоров'я : монографія. Рівне : Волин. обереги, 2018. 168 с.
50. Тихович В.М., Кузнецова О.Л., Солоненко І.М. Роль місцевих органів влади в підвищенні ефективності охорони громадського здоров'я в Україні. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2010. № 1 (9). С. 237–238.
51. Ткаченко В.І. Система управління якістю: якість освіти, науки та клінічної практики в первинній медичній допомозі, законодавчо-нормативна база. *Сімейна медицина*. 2020. №1-2 (87-88). С. 8-14.
52. Ткачова Н.М. Особливості державної політики забезпечення національної безпеки в сфері охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. №2. URL:<http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1180> (Дата звернення: 29.10.2023).
53. Тулай О. І., Нитка С. І. Фінансування первинної медичної допомоги: реалії та проблеми імплементації британського досвіду в Україні. *Світ фінансів*. 2021. №4 (69). С. 39-43.
54. Указ Президента України “Про концепцію розвитку охорони здоров'я населення України”. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000#Text> (дата звернення 04.12.2023).
55. Ульянченко Н.М. Проблеми реалізації державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. №21. С. 142-146.
56. Ханіна О.І. Аналіз складових системи державного управління інноваційною трансформацією охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. №21. С. 118-121.
57. Ханіна О.І. Державно-управлінські впливи формування здорового способу життя. Актуальні проблеми психології в умовах політичної та економічної нестабільності : Міжнар. наук. практ. конф., Дніпро, 21 грудня. 2022 С. 94-97.
58. Ханіна О.І. Сутність та методологічні функції науки державного управління охороною здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. №22. С.

197-202.

59. Ходаківський Є.І., Якобчук В.П., Плотнікова М.Ф. Публічне управління у процесі децентралізації. *Наукові горизонти*. 2018. № 6. С. 28-35.

60. Ходаківський Є.І., Присяжнюк О.Ф., Плотнікова М.Ф., Суботенко О.О. Інвестиційно-проектне управління розвитком первинної медичної допомоги: адміністративні та соціально-психологічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. №13-14. С. 14-19.

61. Цілі сталого розвитку. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D1%96%D0%BB%D1%96_%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%BA%D1%83 (дата звернення: 20.10.2023 р.)

62. Черенько Л.М., Полякова С.В., Шишкін В.С., Реут А.Г. Якість життя населення України та перші наслідки війни: монографія. Нац. акад. наук. Укр., Ін-т демогр. та соц. дослідж. ім.М.В. Птухи. Київ, 2023, 191 с.

63. Чорномаз В.Ц., Піроженко Н.В. Удосконалення державної політики щодо надання первинної медико-санітарної допомоги: світовий досвід. *Державне будівництво*. 2011. №1. С. 1-13.

64. Шалько М.Н. Механізми державного регулювання забезпечення якості надання медичної допомоги. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. №19. С. 149-152.

65. Шевчук Н.В. Адміністративно-правове регулювання організації охорони здоров'я на регіональному рівні: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2015. 20 с.

66. Шевчук Р. Особливості реалізації механізмів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Політичні науки та публічне управління*. 2023. № 4 (64). С. 109-114.

67. Bryndin E. G. Culture of a healthy lifestyle. Horizons of civilization. 2012. Vol. 1. P. 32-40.

68. Global Health Achievements 2023. URL: <https://www.who.int/news-room/spotlight/global-health-achievements-2023>. (Дата звернення: 13.11.2023)
69. Health at a Glance: OECD Indicators. P.: OECD Publishing, 2017. 216 p.
70. Health systems in transition: Georgia. Health system review. – 2009. – Vol. 11 No. 8. – P. 86.
71. Kruk M.E., Gage A., Arsenault C., Jordan K., Leslie H.H., Roder DeWan S., et al. High quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Global Health*. 2018. Vol. 6 (11). P. 1196-1252. doi:10.1016/S2214-109X(18)30386-3 (дата звернення: 23.10.2023).
72. Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352205> (дата звернення: 20.11.2023).
73. Public Health Act 1848 and the General Board of Health. URL: <https://navigator.health.org.uk/theme/public-health-act-1848-and-general-board-health> (дата звернення: 7.11.2023)
74. Recommendations to OECD ministers of health from the high level reflection group on the future of health statistics - Strengthening the international comparison of health system performance through patient reported indicators. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2017. URL: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Recommendations-from-high-level-reflection-group-on-the-future-of-health-statistics.pdf> (дата звернення 23.10.2023).
75. Teremetskyi V.I., Knysh S.V., Stratonov V.M. et al. Organizational and Legal Determinants of Implementing International Experience in the Health Care Sector of Ukraine. *Wiadomości Lekarskie*. 2019, T. 72. № 4. P. 711–715.
76. Ukraine health crisis worsens as medics work amid shelling, WHO says. Reuters. 2022. 04 Aug. URL: <https://www.reuters.com/world/europe/ukraine-health-crisisworsens-medics-work-amid-shelling-who-2022-08-04/> (Дата звернення: 14.11.2023).