

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти

Завідувач кафедри громадського здоров'я  
та управління охороною здоров'я

\_\_\_\_\_ В.А. Огнев

**ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ  
СІЛЬСЬКОЇ МЕДИЦИНИ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ**

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»

Освітньо-професійна програма: «Управління в сфері охорони здоров'я»

Галузь знань: 28 «Публічне управління та адміністрування»

Спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

Виконав:

слухач групи ПУА-20

А.М. Михайлюченко

Керівник,

к.держ.упр., доц.

І.А. Чухно

Рецензент

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СІЛЬСЬКОЇ МЕДИЦИНИ .....	5
1.1 Розвиток сільської медицини як об'єкт публічного управління ....	5
1.2 Механізми публічного управління розвитком сільської медицини .....	13
РОЗДІЛ 2 ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ СІЛЬСЬКОЇ МЕДИЦИНИ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ .....	24
2.1 Розвиток сільської медицини в Богодухівській ОТГ як результат публічного управління сферою охорони здоров'я .....	33
2.2 Вплив медичної реформи на розвиток сімейної медицини .....	42
РОЗДІЛ 3 КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СІЛЬСЬКОЇ МЕДИЦИНИ ...	42
3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо розвитку сільської медицини .....	51
3.2 Удосконалення підходів до використання механізмів публічного управління розвитком сільської медицини на місцевому рівні .....	51
ВИСНОВКИ .....	60
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ .....	63

## ВСТУП

*Актуальність теми.* Вітчизняна сфера охорони здоров'я має за мету забезпечити населення доступом до медичних послуг з діагностики, лікування та реабілітації, а також профілактики захворювань на усій території країни. Попри загальну гарантованість конституційних прав на охорону здоров'я, їх доступність, фактично, є неоднаковою, що обумовлено не лише специфікою патології і матеріальним становищем пацієнтів, а й місцем їхнього проживання. Так, якщо у містах (особливо, крупних) наявні усі три ланки сфери охорони здоров'я, то у сільській місцевості – здебільшого, лише первинна її ланка, тобто мова йде про сільську медицину. Наявна невтішну епідеміологічна та демографічна ситуація, й обмежений доступ населення в сільській місцевості до якісних медичних послуг, наочно свідчить про існуючі прогалини публічного управління у цій сфері. Відтак, питання вдосконалення механізмів публічного управління розвитком сільської медицини набуває особливої актуальності, що спонукало автора до проведення відповідного дослідження.

В сучасних умовах над цією проблемою плідно працюють Долот В. [10; 11], Карлаш В. [15], Кланца А. [16], Кризина Н. [18], Лазор О. [19], Лехан В. [21], Лещенко В. [22], Медяник Г. [26], Мельниченко О. [62], Пітко Я. [3], Смотров О. [41], Удовиченко Н. [62], Худоба О. [46], Шевцов В. [47], Яремчук О. [49] та інші вчені.

*Мета та завдання дослідження:* на основі дослідження діючих в Україні механізмів публічного управління розвитком сільської медицини рівні обґрунтувати основні напрями їх вдосконалення.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі завдання:

- з'ясувати сутність і значення розвитку сільської медицини як об'єкту публічного управління;
- дослідити діючі механізми публічного управління розвитком сільської медицини на місцевому рівні;

– оцінити результативність публічного управління розвитком сільської медицини на місцевому рівні;

– виокремити для подальшої адаптації до умов України передовий світовий досвід щодо розвитку сільської медицини;

– удосконалити підходи до використання механізмів публічного управління розвитком сільської медицини на місцевому рівні.

*Об'єктом* дослідження є розвиток сільської медицини.

*Предметом* дослідження є публічне управління розвитком сільської медицини на місцевому рівні.

*Методи* дослідження. абстрактно-логічний – для теоретичних узагальнень і формування висновків; аналізу та синтезу – для оцінки параметрів розвитку сільської медицини; статистичних порівнянь – для дослідження результативності публічного управління розвитком сільської медицини на місцевому рівні, SWOT-аналіз – для оцінці КНП «ЦПМСД БОТГ».

*Практичне значення результатів дослідження* полягає в поглибленні існуючих уявлень про застосування механізмів публічного управління розвитком сільської медицини на місцевому рівні.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СІЛЬСЬКОЇ МЕДИЦИНИ

### 1.1 Розвиток сільської медицини як об'єкт публічного управління

Значна концептуальна цінність щодо ідентифікації здоров'я та параметрів його збереження належить концепції А. Каспера, який під ним розуміє форму відновлення життєвих сил людини та відтворення потенціалу для її реалізації в об'єктивній реальності. Саме тому в межах будь-якого суспільства здоров'я має відігравати роль певної ціннісно-нормативної системи ідентифікації особистості, що стане гарантом якісного та довготривалого перебування її в межах даної реальності [61].

Погляд на здоров'я через об'єktiv політичних детермінант відображає те, в який спосіб ті чи інші політичні сили, інститути, процеси, інтереси й ідейні позиції впливають на показники здоров'я в різних політичних системах і культурах й на різних рівнях управління. Дослідники називають три аргументи, чому стан здоров'я можна вважати політичним вибором:

- стан здоров'я населення дуже різниться між країнами;
- багато вагомих чинників, що безпосередньо впливають на здоров'я населення, залежать безпосередньо від політичних рішень;
- здоров'я населення становить один з ключових показників, за яким оцінюється можливість людини реалізувати власні права, а саме – право на охорону здоров'я [6].

Основним призначенням держави як інституту повинно бути створення ефективною системи захисту та збереження здоров'я людини, яке передусім має стосуватись реалізації чітко визначених життєвих стратегій, позбавлених відповідних соціальних ризиків [61]. Звідси охорона здоров'я – інституційна система протистояння деструктивним факторам реалізації життєвої потенції

людини в межах певної об'єктивної реальності; система заходів, що здійснюються органами державної влади і органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, фізичними особами-підприємцями, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, медичними й фармацевтичними працівниками, громадськими об'єднаннями і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя [29].

У такий спосіб, охорона здоров'я має забезпечити створення сфери розвитку та функціонування особистості, формуючи та конструюючи таке середовище, що слугуватиме збереженню її життєвої синергії; формування особистості відповідно до законів її об'єктивного розвитку, охорону її прав щодо отримання якісної медичної допомоги [61]. Відповідно до цього охорона здоров'я включає запровадження низки профілактичних заходів щодо створення відповідних умов збереження здоров'я та ефективності лікування громадян. Тобто запровадження відповідних комплексних концептуальних й методологічних програм формування здорового способу життя, включаючи проведення заходів, а також заходів, спрямованих на боротьбу з алкоголізмом, курінням, наркоманією та вживанням психотропних засобів, виявлення захворювань на ранніх стадіях, профілактичних оглядів, диспансеризації [16].

Охорона здоров'я як специфічна соціальна сфера суспільства має свої особливості. Насамперед, це гуманітарна спрямованість медичної діяльності, яка передбачає верховенство медичних результатів над фінансовими – і в цьому сенсі сфера дії ринкових стосунків дійсно обмежена. Гуманізм, добросовісність, якість надання медичної допомоги повинні бути обов'язковими вимогами при будь-яких економічних стосунках. Отже, необхідне чітке розмежування сфер в самій охороні здоров'я, де на досягнення найкращих медичних показників повинні бути направлені економічні методи, і сфер, де цього необхідно добиватися адміністративними, суспільними й іншими заходами [43].

Основний принцип побудови будь-якої сфери охорони здоров'я полягає в збереженні рівноваги та правового захисту інтересу таких складових як:

- населення як споживач медичних послуг;
- медичних установ, які надають відповідні послуги;
- платників за надану медичну допомогу [15].

Будь-яка сфера охорони здоров'я спрямована на надання населенню доступної та якісної медичної допомоги, а також поліпшення стану здоров'я суспільства й окремої людини в ньому [52].

Основою будь-якої моделі побудови національної сфери охорони здоров'я є система первинної медико-санітарної допомоги населенню (далі – ПМСД), яка забезпечує формування, збереження, зміцнення та відновлення здоров'я окремої людини та її сім'ї через реалізацію комплексу валеологічних, профілактичних і лікувально-реабілітаційних заходів [13], тим самим впливає на здоров'я населення й визначає рівень його задоволеності отриманою медичною допомогою і/або послугами [49].

Головним завданням надавача ПМСД є забезпечення населення комплексними й інтегрованими послугами з усебічної, безперервної та пацієнт-орієнтованої ПМСД, спрямованої на задоволення потреб населення у відновленні й збереженні здоров'я, профілактику розвитку захворювань, зменшення потреби в ушпиталенні та покращанні якості життя [35].

Параметри розміщення бази (закладу), яка/який надає ПМСД:

– історична традиційність територіального розташування місця надання ПМСД;

– усталене транспортне забезпечення, необхідність оптимізації витрат на його утримання і на транспортування пацієнтів до лікаря;

– наявність кадрового забезпечення надання ПМСД [3].

Критерії спроможності мереж надання ПМСД:

По-перше, вона повинна задовольняти запити населення на медичну допомогу й послуги. Ці запити визначаються на основі соціально-демографічного складу, поточних і прогнозних показників природного та

міграційного руху, показників захворюваності й інших статистичних даних щодо населення відповідної території планування.

По-друге, гранична потужність має складати в середньому чотири візити до місця надання ПМСД на рік на одного мешканця відповідної території планування. Відповідно, цільове навантаження на одну робочу зміну становить двадцять чотири відвідування. Третина візитів пацієнтів не потребує професійної лікарської допомоги. У таких випадках ПМСД може бути надана середнім медичним персоналом.

По-третє, повинна бути наявна систематична взаємодія окремих надавачів ПМСД для забезпечення доступності цієї допомоги для населення. Це означає, що в рамках такої мережі окремі надавачі ПМСД і послуг мають послідовний контакт із надавачами екстреної, вторинної, третинної, паліативної медичної допомоги, послуг з діагностики, реабілітації, фармацевтичних послуг [37].

По-четверте, повинна бути забезпечена доступність ПМСД (власне наявність, інклюзивна, фінансова, зручного графіка роботи, комунікаційна) для мешканців відповідної території планування.

По-п'яте, транспортна доступність, тобто забезпеченість населення транспортом для доїзду до місця отримання ПМСД.

По-шосте, фінансова стійкість мережі. Вона визначається здатністю цієї мережі надавати якісні медичні послуги населенню, яке проживає на території відповідної територіальної громади, що здійснюється у межах фінансових ресурсів. Фінансування діяльності таких створених об'єднань може здійснюватися за рахунок декількох джерел: державного бюджету (шляхом медичної субвенції на регіональний рівень); місцевого бюджету; спонсорських і меценатських коштів; грантів від різних організацій [49].

Доступність ПМСД визначається такими параметрами:

- достатньою кількістю лікарів і медсестер (фельдшерів);
- годинами роботи закладу ПМСД;
- відсутністю фінансових бар'єрів для населення у процесі відвідування закладів ПМСД і т.д.;



- можливостями відвідування медперсоналом пацієнтів удома;
- територіальному розташуванні закладів ПМСД відповідно до щільності проживання населення [3].

Ефективне функціонування цієї системи можливе за умов належного кадрового, матеріально-технічного й інфраструктурного забезпечення [49].

ПМСД населенню надається такими установами, як:

- медичні центри, до штату яких входять педіатр, терапевт, гінеколог і медичні сестри;
- міські поліклініки, у штаті яких є різні фахівці;
- диспансери;
- спеціалізовані поліклініки;
- відомчі поліклініки;
- сільські медичні пункти, у штаті яких перебувають фельдшер і в деяких випадках акушер [1];
- амбулаторії групової практики – прийом пацієнтів щонайменше двома лікарями ПМСД, чисельність населення територіальної громади не менше 3000 осіб; постійне розташування;
- амбулаторії моно-практики – чисельність населення для обслуговування є 1500 осіб; регулярне місце надання; надає один лікар, а отже, можуть виникати труднощі з доступністю медичної допомоги у випадку хвороби власне лікаря, його відпустки, навчання;
- пункти здоров'я – може утворюватися на дільницях, де чисельність населення є меншою 1500 осіб; можуть надавати молодші спеціалісти з медичною освітою і/або лікар (на нерегулярній основі), від професійної компетентності яких залежать доступні медичні послуги, а весь спектр надання ПМСД може бути доступний лише у присутності лікаря ПМСД [49].

У випадку формування спроможних мереж надання ПМСД на території ОТГ, що створені в межах кількох суміжних районів, спроможна мережа формується в межах району, куди входить найбільша частина території ОТГ. З інших районів територія ОТГ вилучається [46]. У разі добровільного ОТГ,

якість і доступність ПМСД (публічні послуги), що надаються в ОТГ, не можуть бути нижчими, ніж до об'єднання [34]. Щоб гарантувати в Україні надання якісної ПМСД, реформа медицини повинна реалізовуватися в контексті реформи децентралізації. Лише у такий спосіб медичну послугу можна наблизити до мешканців села. В процесі реформи децентралізації почала формуватися нова модель сільського розвитку з модерною системою управління й сучасними економічними відносинами [46].

Найчастіші причини звертання пацієнтів за ПМСД: порізи і травми; укуси комах, тварин; незначні опіки; інфекції вуха і дихальних шляхів; інфекції шкіри і висипи; підвищена температура; блювання і діарея; кашель і застуда; стороннє тіло в оці, запалення; невідкладна контрацепція [28].

Сприяють підвищенню кількості звернень пацієнтів за ПМСД, поза годинами прийому, різні негативні фактори, зокрема, можна виокремити такі основні: недостатність знань пацієнта щодо ситуації, що призводить до потреби в медичній допомозі; невміння визначити важкість стану особи, яка потребує звернення за медичною допомогою, і її терміновість; відсутність особистого досвіду щодо ситуації, яка виникла в найближчому оточенні; фінансова невідповідність матеріальної винагороди лікарям порівняно із витраченими зусиллями; підвищення ризику й власне розвиток синдрому професійного вигорання; недостатнє кадрове забезпечення системи надання первинної медичної допомоги; фактор страху щодо ситуації, яка потребує медичного вирішення; недостатнє матеріально-технічне та організаційне забезпечення процесу надання ПМСД, особливо у сільській місцевості [49].

Нині в сільській місцевості проживає біля третини населення України, які потребують належної медичної допомоги, що надається закладами ПМСД. Тобто мова йде про сільську медицину – специфічну частину сфери охорони здоров'я, яка опікується наданням здебільшого ПМСД сільському населенню.

Підвищення доступності та якості ПМСД у сільській місцевості забезпечується шляхом здійснення заходів з розроблення, затвердження, фінансування, виконання державних цільових програм, спрямованих на

охорону, поліпшення, збереження та відновлення здоров'я населення, надання субвенцій з держбюджету місцевим бюджетам для розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості, а також належного контролю за цільовим та ефективним використанням коштів, спрямованих на виконання зазначених заходів.

Медичне обслуговування у сільській місцевості забезпечують заклади охорони здоров'я, у т.ч. центральні районні лікарні, центри ПМСД, медичні пункти, фельдшерсько-акушерські/фельдшерські пункти, амбулаторії, медичні кабінети, мобільні медичні кабінети, аптечні пункти, а також лікарі загальної практики – сімейні лікарі та лікарі інших спеціальностей, які надають ПМСД і зареєстровані як фізичні особи-підприємці й одержали в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, а також уклали договір про медичне обслуговування населення з відповідним розпорядником бюджетних коштів. З метою підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості надавачі медичних послуг застосовують телемедицину для залучення до надання медичної допомоги лікарів-консультантів із КНП, що забезпечують надання вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), екстреної, паліативної медичної допомоги, медичної реабілітації.

Виклики, що постають перед сферою охорони здоров'я у вирішенні медико-соціальних проблем, спонукають держави об'єднуватися у відповідні глобальні чи регіональні структури для підвищення власного потенціалу в протистоянні цим викликам. Протистояти таким викликам здатна лише держава, яка має активну систему управління та реалізує власну геополітичну стратегію розвитку. Нині розв'язання глобальних питань суспільного розвитку ускладнюється низьким рівнем управління глобальними процесами з боку міжнародних організацій. Тому в комплексній боротьбі з несправедливістю в сфері охорони здоров'я, крім заходів, спрямованих на покращання управління на місцевому й національному рівнях [46].

Очевидно, що ринкові відносини у сфері охорони здоров'я не можуть мати стихійний, нерегульований характер, що сфера дії ринкових законів в

охороні здоров'я повинна бути обмежена. Дійсно, охорона здоров'я як специфічна галузь, яка торкається життєво важливих питань, не зможе, очевидно, загалом і повністю орієнтуватись тільки на ринкові механізми [43].

Зазвичай держава щодо сфери охорони здоров'я демонструє організаційну й інституційну інертність. Це безпосередньо обумовлене недооцінюванням стратегічної необхідності вирішення антропологічних проблем, від яких залежить в цілому перспективний розвиток людства [16].

Охорона здоров'я є преференцією не лише держави, а й суспільства, тож її якість, яка є гарантом збереження цінності життя, залежить від певних ознак, як-от: статевих відмінностей; умов проживання, якості харчування, ставлення до здорового способу життя, шкідливих звичок, зміни свого стилю життя відносно попереднього. Саме тому, щоб забезпечити належні умови для охорони здоров'я, яка детерміновано артикулювала потенціал національної безпеки держави, має бути утверджена належна практика ведення здорового стилю життя, спрямована на збереження буттєвої цінності людини як найвищої структурної складової в ієрархії безпекового функціонування держави [16].

Оскільки в нинішніх умовах функціонування сфери охорони здоров'я надання медичних послуг сільському населенню прив'язано до представників сімейної медицини, а здоров'я населення має істотний вплив на соціально-економічну ситуацію окремих територіях, тому розвиток сільської медицини є об'єктом публічного управління – цілеспрямований організаційний та регулюючий вплив органів публічної влади на стан і розвиток суспільних процесів, свідомість, поведінку та діяльність особи і громадянина з метою досягнення мети та реалізації функцій суспільства, відображених в Конституції й інших нормативно-правових актах [19] – для належного здійснення якого необхідні відповідні механізми впливу.

## 1.2 Механізми публічного управління розвитком сільської медицини

Науковці традиційно вважають, що публічне управління розвитком сільської медицини може здійснюватися зі застосуванням різних механізмів – сукупності форм і методів формування, розподілу та використання ресурсів для забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я [26], як-от:

1) Адміністративні – засновані на силі державної влади і включають себе заходи зобов'язань, дозволу та заборони; обмежують свободу економічного вибору продуцента послуг охорони здоров'я [46]; включають такі засоби впливу: розробка та контроль виконання державних програм, які передбачають надання громадянам України комплексу безкоштовних медичних послуг; здійснення контролю за діяльністю муніципальної та приватної системи охорони здоров'я; проведення акредитації лікарняних установ; видача ліцензій на здійснення медичних послуг; регулювання цін на медичні послуги; застосування санкцій; підготовка й планування необхідної кількості кадрів; проведення атестації працівників медичних установ; встановлення стандартів; проведення системи статистичної звітності; здійснення сертифікації послуг; проведення видачі дозволів на використання нових технологій; організація й забезпечення державного санітарно-епідеміологічного нагляду за медичними установами; встановлення квот [18].

2) Економічні – не впливають безпосередньо на об'єкт впливу, в них містяться певні обмеження та обов'язки, а також штрафи і санкції за порушення встановлених правил і норм [46]. Серед таких завдань слід виділити наступні: забезпечення фінансування галузі за рахунок бюджетних коштів; фінансування цільових програм охорони здоров'я; податкова політика та податкові пільги; проведення централізованих торгів на поставку медичного обладнання й матеріалів; покупка нового устаткування; інноваційна політики; амортизаційна політика; регулювання фінансових потоків діяльності бюджетної сфери [11].

3) Ресурсно-кадрові дозволяють здійснювати оптимальне планування та використання ресурсів у процесах надання медичних послуг у межах

використання концепції сталого розвитку медичних організацій усіх типів, що уможливорює визначення їх планової і фактичної потужності з урахуванням прогнозів, а також розрахунок необхідного обсягу медичної продукції.

4) Правові – включають в себе створення як нормативно-правової бази, так і правового механізму реалізації юридичних норм, що регулюють діяльність даної сфери [5]; визначають права й обов'язки кожного медичного працівника щодо охорони здоров'я громадян, а також кожного громадянина щодо формування, збереження й зміцнення свого власного здоров'я та здоров'я територіальної громади.

5) Політичні – визначається вищими органами державної влади як стратегічний напрям модернізаційного розвитку первинної медичної допомоги на засадах родинної медицини [20; 30].

6) Соціально-психологічні дозволяють зменшувати навантаження на бюджет і надають стимулюючу дію на громадян для підтримки, зміцнення та збереження свого здоров'я і відповідальності за нього. Цедозволяє визначити засоби впливу: надання соціальної адаптації і реабілітації; рведення державних соціальних програм і гарантій, соціального страхування; надання інформації про оцінки ефективності державного регулювання охорони здоров'я; залучення населення до участі в управлінні галуззю, створення взаємних зобов'язань між виробниками і споживачами послуг медицини; проведення роз'яснювальної політики охорони здоров'я; розвиток телемедицини і методів морального переконання; розміщення в широкому доступі інформації про діяльність медичних установ і стан здоров'я населення [10], заборона на куріння й вживання алкоголю в громадських місцях, соціальна реклама, вікове обмеження на продаж алкоголю і сигарет, інформаційні медичні сайти [15].

7) Інституціональні – сукупність уповноважених органів публічного влади яка має структуру, територіальний масштаб діяльності, власну компетенцію, закріплену правовими актами, й покликана здійснювати повсякденну управлінську діяльність по керівництву сферою охорони здоров'я відповідно до встановленого для нього профілем і функціями: організація або

політична установа, частина державного апарату, створювана державою; має структуру, територіальний масштаб діяльності; його головне призначення-здійснення управлінської, виконавчо-розпорядчої діяльності з керівництва сферою охорони здоров'я відповідно до встановленого для нього профілю та функцій; він має свою компетенцію (завдання, цілі, функції, права та обов'язки, форми й методи діяльності), закріплену правовими актами; його права гарантуються конституцією, конституціями та статутами її суб'єктів, іншими нормативними актами, що встановлюють їх статус; його організаційними гарантами виступають Президент України, органи, що вирішують питання утворення цих органів, органи прокуратури; захист прав органу управління охороною здоров'я може бути предметом розгляду судових органів [14].

8) Конкретні – активне залучення до цього не лише медичних працівників і організаторів охорони здоров'я, але й фахівців інших галузей, органів державного управління і місцевого самоврядування.

9) Мотиваційні – визначають роль безперервного професійного розвитку фахівців сімейної медицини, рейтингової оцінки кількості та якості їх професійної роботи й внутрішньополіклінічного аудиту [30].

Серед елементів механізму публічного управління розвитком сімейної медицини (як і сфери охорони здоров'я загалом) прийнято виділяти суб'єкт і об'єкт управління, методи, інструменти та засоби реалізації механізму, цілі та принципи регулювання, а також його результати [15].

Публічне управління у цій сфері спрямоване на досягнення таких цілей:

– підвищення інтелектуального, технологічного, майнового і фінансового потенціалу професійної освіти в якості умови забезпечення стійкого економічного зростання й модернізації національної економіки;

– управління державним майном у сфері професійної освіти, отримання значного бюджетного ефекту, здійснення державних видатків з більшою ефективністю, досягнення відносної економії у витрачанні державних коштів;

– розширення майнової та фінансової бази професійної освіти за рахунок залучення позабюджетних джерел фінансування;

- забезпечення конкурентоспроможності освітніх програм, підвищення їх якості; стимулювання зближення фундаментального і прикладного компонентів в освіті;

- створення нових спеціальностей відповідно до потреб зростаючої національної економіки;

- задоволення динамічно змінюється попиту на ринку праці; забезпечення широкої доступності для населення професійної освіти на всіх його рівнях;

- посилення інноваційної складової освіти;

- прийняття управлінського рішення, яке полягає в оцінці ситуації, плануванні та прогнозуванні основних показників діяльності системи охорони здоров'я в частині задоволення населення медичною допомогою;

- здійснення цього рішення, яке передбачає організацію діяльності, в т.ч. формування системи управління, її функціонування, координація і регулювання діяльності всіх учасників процесу надання медичної допомоги;

- контроль і аналіз обсягу і якості послуг, що надаються, а також ефективності використання наявних ресурсів, облік і звітність. Результати контролю та аналізу призводять в результаті до аналітичних висновків й умовиводів, відповідно до яких приймається управлінське рішення [4];

- створення умов для задоволення потреби населення в якісних медичних послугах;

- забезпечення стійких темпів розвитку цієї сфери;

- підтримка наукового потенціалу цієї сфери;

- регулювання структурних змін в охороні здоров'я, викликаних рівнем захворюваності населення, демографічною ситуацією в країні [14];

- наближення якісного медичного обслуговування до населення шляхом сприяння розвитку лікувальних закладів усіх форм власності у сільській місцевості, удосконалення мережі закладів охорони здоров'я, зокрема центрів ПМСД, і матеріально-технічної бази таких закладів, створення умов для діяльності лікарів загальної практики – сімейних лікарів і лікарів інших спеціальностей, які надають ПМСД і зареєстровані як фізичні особи-підприємці



й одержали в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, а також уклали договір про медичне обслуговування населення з відповідним розпорядником бюджетних коштів, проведення у сільській місцевості періодичних виїзних прийомів лікарів-спеціалістів;

– впровадження сучасних технологій з медичного обслуговування у сільській місцевості, зокрема з використанням телемедицини, особливо якщо відстань і час є критичними чинниками для надання медичної допомоги, здійснення належного ресурсного забезпечення впровадження медичного обслуговування з використанням телемедицини (телемедичне консультування, телемедичний консилиум, телеметрія та домашнє телеконсультування);

– розроблення та реалізація програм з медичного обслуговування у сільській місцевості щодо діагностики, лікування, реабілітації та профілактики захворювань населення, насамперед дітей, вагітних жінок і літніх людей;

– надання медичних послуг, лікарських засобів і виробів медичного призначення, передбачених програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, за рахунок коштів держбюджету;

– розроблення та реалізація програм по забезпеченню населення у сільській місцевості ефективними, якісними й необхідними лікарськими засобами і виробами медичного призначення;

– розвиток необхідної телекомунікаційної інфраструктури, включаючи забезпечення закладів охорони здоров'я, а також лікарів загальної практики – сімейних лікарів і лікарів інших спеціальностей, які надають первинну медичну допомогу та зареєстровані як фізичні особи – підприємці й одержали в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, а також уклали договір про медичне обслуговування населення з відповідним розпорядником бюджетних коштів, у сільській місцевості сучасними телекомунікаційними технологіями (необхідним програмним забезпеченням, комп'ютерним й іншим обладнанням, широкопasmовим доступом до мережі Інтернет із гарантованою пропускнуою

спроможністю) з метою запровадження функціонування електронної системи охорони здоров'я, електронних рецептів, організації надання первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації із застосуванням телемедицини;

– запровадження дієвих механізмів залучення до медичного обслуговування у сільській місцевості кваліфікованих медичних і фармацевтичних працівників, зокрема шляхом створення для таких працівників додаткових гарантій оплати праці та належних умов праці, включаючи забезпечення необхідним медичним обладнанням і спеціальним транспортом, розроблення та реалізації мотиваційних пакетів, у т.ч. надання службового житла, транспорту, мобільного зв'язку, пільгових (іпотечних) кредитів на будівництво або придбання житла, компенсації плати за житлово-комунальні послуги та енергоносії, обслуговування та експлуатацію автомобільного транспорту, інших заохочувальних заходів, а також сприяння підвищенню рівня професійних знань і практичних навичок таких працівників;

– розвиток транспортної інфраструктури, створення умов для застосування авіаційних, водних, автомобільних спеціальних і спеціалізованих санітарних транспортних засобів, у т.ч. обладнаних реанімаційними засобами, для надання медичної допомоги у сільській місцевості;

– залучення інвестицій у розвиток медичного обслуговування у сільській місцевості, сприяння розширенню державно-приватного партнерства та здійсненню благодійної діяльності у сфері охорони здоров'я;

– сприяння дієвій просвітницькій роботі серед населення щодо активної соціальної орієнтації на здоровий спосіб життя шляхом формування традицій і культури здорового способу життя, престижності здоров'я, залучення населення до активних занять фізичною культурою і спортом для збереження здоров'я та активного довголіття.

Важливою функцією держави у сфері сільської медицини є створення правової основи діяльності, що зводиться до розробки законодавчих і нормативних документів, що регулюють механізм функціонування охорони

здоров'я в цілому й окремих його суб'єктів. Одночасно державі необхідно контролювати виконання встановлених законодавчих і нормативних документів. Інший важливий напрям публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я – створення громадських медичних послуг. Як відомо, ринок в змозі виявити й задовольнити лише попит на приватні медичні послуги [25].

Підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості є одним із пріоритетних напрямів державної політики у сферах охорони здоров'я і регіонального розвитку, що здійснюються на таких принципах:

- ефективності підтримки розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості;

- забезпечення участі органів місцевого самоврядування, громадських об'єднань, наукових установ у формуванні та реалізації державної політики в зазначених сферах;

- створення рівних можливостей для доступу територіальних громад до підтримки, передбаченої загальнодержавними, регіональними та місцевими програмами розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості;

- ефективності використання бюджетних коштів, передбачених для виконання зазначених програм;

- відкритості та прозорості надання державної підтримки.

Кабінет Міністрів України з метою підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості забезпечує:

- реалізацію політики у сферах охорони здоров'я та регіонального розвитку щодо підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості;

- сприяння розвитку медичного обслуговування у сільській місцевості, удосконалення мережі закладів охорони здоров'я;

- розроблення та виконання державних цільових програм, стратегій, спрямованих на підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості;

- створення економічних, правових та організаційних механізмів, що стимулюють ефективну діяльність, спрямовану на підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості;

- розроблення та здійснення заходів по забезпеченню матеріально-технічної бази й інших умов, необхідних для підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості;

- координацію діяльності органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій щодо підвищення доступності медичного обслуговування у сільській місцевості;

- здійснення інших повноважень відповідно до закону.

МОЗ, як ЦОВВ, забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я для підвищення доступності медичного обслуговування у сільській місцевості:

- готує пропозиції щодо визначення пріоритетних напрямів розвитку медичного обслуговування у сільській місцевості, розробляє та організовує виконання державних цільових та інших програм, спрямованих на підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості;

- узагальнює практику застосування законодавства про охорону здоров'я, у т.ч. щодо підвищення доступності медичного обслуговування у сільській місцевості, розробляє пропозиції щодо його вдосконалення та вносить їх на розгляд Кабінету Міністрів України;

- здійснює моніторинг стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я у сільській місцевості;

- забезпечує в межах компетенції нормативно-правове регулювання питань щодо підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості;

- координує в межах компетенції здійснення заходів, спрямованих на підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості;

- здійснює інші повноваження відповідно до закону;

– затверджує нормативи навантаження медичних працівників у сільській місцевості.

НСЗУ, як ЦОВВ, забезпечує формування і реалізує державну регіональну політику для підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості:

– здійснює в установленому порядку моніторинг соціально-економічних й інших показників розвитку сільських територій, розробляє й здійснює заходи, спрямовані на комплексний розвиток таких територій, та вносить на розгляд Кабінету Міністрів України відповідні пропозиції;

– бере участь у розробленні та виконанні за участю інших органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування програм, спрямованих на підвищення доступності медичного обслуговування у сільській місцевості;

– розробляє й здійснює заходи, спрямовані на розвиток медичної інфраструктури у сільській місцевості, та вносить на розгляд Кабінету Міністрів України відповідні пропозиції;

– здійснює містобудівний моніторинг на державному рівні при плануванні інфраструктури закладів охорони здоров'я, затверджує вимоги та зразки щодо проєктів повторного використання для цих закладів;

– бере в межах компетенції участь у здійсненні заходів, спрямованих на підвищення доступності медичного обслуговування у сільській місцевості;

– перевіряє в межах повноважень, передбачених законом, дотримання нормативних документів і нормативів обчислення вартості будівництва закладів охорони здоров'я у сільській місцевості, що споруджуються із залученням бюджетних коштів, коштів державних і комунальних підприємств, установ та організацій, кредитів, наданих під державні гарантії;

– здійснює інші повноваження відповідно до закону.

Місцеві державні адміністрації з метою підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості здійснюють:

– визначення шляхів підвищення рівня доступу медичного обслуговування у сільській місцевості в межах адміністративно-територіальних одиниць;

- сприяння КНП у створенні механізму раціонального використання фінансових, кадрових і матеріально-технічних ресурсів;

- сприяння реалізації заходів із забезпечення доступу закладів охорони здоров'я у сільській місцевості до мережі Інтернет;

- інші повноваження відповідно до закону.

Органи місцевого самоврядування з метою підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості:

- забезпечують розвиток і вдосконалення мережі закладів охорони здоров'я, здійснюють заходи щодо підвищення доступності та якості медичного обслуговування з урахуванням географічних особливостей та потреб населення;

- впроваджують додаткові стимули для залучення на роботу високо кваліфікованих медичних працівників шляхом запровадження мотиваційних пакетів, що можуть включати, зокрема, позачергове безоплатне виділення земельних ділянок, сприяння в отриманні кредитів, у т.ч. пільгових, і субсидій для будівництва чи придбання житла, надання допомоги власникам квартир (будинків) в їх обслуговуванні та ремонті, компенсацію плати за житлово-комунальні послуги, послуги зв'язку, обслуговування та експлуатацію автомобільного транспорту, оплату за навчання в інтернатурі, підвищення кваліфікації, у т.ч. за кордоном, додаткову оплату праці, інші заохочувальні заходи за проведення профілактичних медичних оглядів, диспансеризації, вакцинації пацієнтів або додаткові фінансові заохочення;

- вирішують в установленому порядку питання про забезпечення медичних і фармацевтичних працівників житлом, службовим транспортом, належними умовами праці, стаціонарним і мобільним зв'язком, мобільною комп'ютерною технікою й програмними продуктами, професійною літературою та періодичними медичними виданнями, у т.ч. електронними;

- сприяють реалізації заходів із забезпечення доступу закладів охорони здоров'я у сільській місцевості до мережі Інтернет;

- визначають потреби територіальних громад у медичних працівниках та вносять в установленому порядку пропозиції за погодженням з місцевими

державними адміністраціями щодо формування замовлення на підготовку, підвищення кваліфікації таких фахівців;

– укладають договори щодо підготовки фахівців медичного профілю з урахуванням потреби в таких фахівцях у територіальних громадах;

– здійснюють інші повноваження відповідно до закону.

Органи державної влади, органи місцевого самоврядування, заклади охорони здоров'я взаємодіють із громадськістю при вирішенні питань поліпшення медичного обслуговування у сільській місцевості, зокрема вдосконалення мережі закладів охорони здоров'я, що забезпечують медичне обслуговування у сільській місцевості, поліпшення матеріально-технічної бази таких закладів. Органи публічного управління можуть залучати громадськість до розгляду питань щодо підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості, зокрема, шляхом проведення громадських слухань за участю жителів відповідної сільської місцевості, конференцій, форумів, круглих столів, зборів, зустрічей (нарад), засідань громадських рад, інших допоміжних органів, утворених при таких органах. Результати проведення таких заходів враховуються під час прийняття відповідних рішень і в подальшій роботі органів державної влади та органів місцевого самоврядування.

Отож, нині в Україні сформовано ряд механізмів публічного управління, спроможних належним чином розвивати вітчизняну сільську медицину.

## РОЗДІЛ 2

### ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ СІЛЬСЬКОЇ МЕДИЦИНИ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

#### **2.1 Розвиток сільської медицини в Богодухівській ОТГ як результат публічного управління сферою охорони здоров'я**

Розвиток сільської медицини в Богодухівській ОТГ Харківської області безпосередньо ототожнюється з діяльністю основного надавача ПМСД на його території є комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги Богодухівської ОТГ» (далі – КНП «ЦПМСД БОТГ»), до складу якого увійшли: 3 міські АЗПСМ (м. Богодухів, смт. Гути, смт. Шарівка), 8 АЗПСМ в сільській місцевості (с. Губарівка, с. Івано-Шейчино, с. Кленове, с. Крисино, с. Павлівка, с. Полкова Микитівка, с. Ульянівка, с. Хрущова Микитівка), 5 ФАП (с. Заброди, с. Кручик, с. Лозова, с. Максимівка, с. Семенів Яр) і 32 ФП (с. Братениця, с. Вертіївка, с. Вікторівка, с. Вінницькі Івани, с. Володарівка, с. Воскресенівка, с. Гавриші, с. Горького, с. Дегтярі, с. Кияни, с. Дмитрівка, с. Зарябинка, с. Іванівка, с. Корбини Івани, с. Купєваха, с. Мерло, с. Лесківка, с. Марїне, с. Марїне, с. Матвіївка, с. Новософіївка, с. Степне, с. Олександрівка, с. Первухінка, с. Першотравневе, с. Першотравневе, с. Сіне, с. Петропавлівка, с. Сазоно-Баланівка, с. Сухини, с. Таверівка, с. Шуби). Всі його будівлі використовуються на умовах договорів оренди з Богодухівською ЦРЛ і сільськими радами.

КНП «ЦПМСД БОТГ» обслуговує 38584 осіб, з яких доросле населення – 32744 осіб, дитяче (від 0 до 17 років) – 5840 осіб; з них: 18508 осіб мешкають в місті, 20076 – в сільській місцевості.

15.08.2018 р. було укладено договір з НСЗУ, а з 01.10.2018 р. він набув чинності. 27.09.2018 р. в МОЗ були зареєстровані документи на отримання Ліцензії № 2709.



Місія КНП «ЦПМСД БОТГ»: якісно і вчасно надавати медичну допомогу, попереджувати хвороби та просувати здоровий спосіб життя для збереження здоров'я населення. Головна цінність – задоволений пацієнт.

Базові цінності КНП «ЦПМСД БОТГ»:

- довіра (довірчі відносини між пацієнтом та лікарем ПМСД);
- чесність (бути щирими з пацієнтами переконання й загартування людей, для розуміння важливості підтримки здорового способу життя );
- повага (відносини між пацієнтами та надавачами ПМСД на рівні взаємоповаги);
- відповідальність (надавача ПМСД за надане призначення, та пацієнта за виконання призначень).

Візія КНП «ЦПМСД БОТГ»:

1. Обслуговуємо 90 % людей, що мешкають в місті Богодухів й найближчих селищах і селах. Населення отримує своєчасну й кваліфіковану медичну допомогу, а лікарі – достойну заробітну плату з широким преміальним фондом за виконану роботу.

2. Населення є обізнаним і свідомим споживачем медичних послуг: люди розуміють важливість заходів щодо збереження свого здоров'я та довіряють своєму сімейному лікарю.

3. За підтримки громади ОТГ, КНП «ЦПМСД БОТГ» повною мірою укомплектоване медичним персоналом. Його персонал постійно навчається та покращує якість медичних послуг. Комфортні умови роботи створюють позитивне враження у пацієнтів і працівників КНП «ЦПМСД БОТГ».

4. КНП «ЦПМСД БОТГ» – це, перш за все, згуртований колектив, єдина команда, яка постійно розвивається завдяки інноваційним технологіям.

5. Дякуючи порозумінню та постійній співпраці з власником на основі спільних інтересів КНП «ЦПМСД БОТГ» має підтримку й фінансування на реалізацію своєї місії.

Основною метою діяльності КНП «ЦПМСД БОТГ» є надання якісної ПМСД, планування, організація, участь та контроль за проведенням

профілактичних оглядів і диспансеризації населення, участь у проведенні інформаційно-роз'яснювальної роботи серед населення щодо формування здорового способу життя, виписка рецептів для пільгового забезпечення медикаментами окремих груп населення.

Штат КНП «ЦПМСД БОТГ» (станом на 01.12.2021 р.) становить 177 посад: в т.ч. лікарі – 30,5, зайнято – 22,75, фізичних осіб – 21. Фактично працює 168 фізичних осіб. Укомплектованість лікарями становить 69 %. Лікарі первинної ланки мають вищу кваліфікаційну категорію – 11, першу – 3, сертифікат спеціаліста – 3, лікарі-інтерни – 4. Фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою 82,25 посад.

Середніми медпрацівниками підрозділи укомплектовані на 100 %. Вищу категорію мають – 58 осіб, першу – 5, другу – 6. Решта – молоді спеціалісти. Молодшого медичного персоналу – 26,25 посад. КНП «ЦПМСД БОТГ» працюють 54 медичні сестри, 29 фельдшерів і 2 медстатистика. 57 працівників середнього медичного персоналу мають вищу кваліфікаційну категорію (84 %), 5 працівників-першу (7 %) і 6 – другу категорію (9 %), 17 працівників середнього медичного персоналу без кваліфікаційної категорії, так як немає достатнього стажу для атестації. 10 працівників середнього медичного персоналу підвищили свою кваліфікацію на циклах удосконалення «Загальна практика – сімейна медицина» та «Організація охорони здоров'я» в КЗОЗ Харківський обласний медичний коледж. Іншого персоналу – 38 посад.

13 сімейних лікарів та 1 лікар-педіатр; з них 10 – лікарі вищої, 2 – першої категорії і 2 лікарі без кваліфікаційної категорії (молоді фахівці, котрі допоки не мають достатнього стажу для атестації). 13 лікарів підтвердили свою кваліфікаційну категорію зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина». В умовах медичної реформи, 12 сімейних лікарів набрали необхідну кількість пацієнтів, 2 лікарі продовжують роботу по підписанню декларацій з пацієнтами. На даний момент в закладі є 4 лікаря-інтерна, які в подальшому працюватимуть в сільських АЗПСМ.

На даний час з сімейними лікарями укладено 30421 декларацій.

З наведених даних видно про достатній рівень атестації медичних працівників, при цьому щорічно збільшується кількість атестованих медичних працівників, що позитивно впливає на якість надання медичної допомоги.

У 2020 р. відвідування сімейних лікарів становить 50102 осіб, з них дітей – 13297: з профілактичною метою – 21247 осіб, по захворюваності – 28855 осіб, дітей – 5166. На дому відвідано 1358 пацієнтів, з них: 1034 – дорослі, 324 – діти.

На диспансерному обліку у сімейних лікарів перебуває 22111 осіб, дітей – 4085. Кількість диспансерних хворих збільшилася на 961 осіб.

В закладах сімейної медицини обстежено флюорографічно – 23964 осіб, проведено бактеріоскопії мокротиння – 33, обстежено хворих на виявлення гіпертонічної хвороби – 19700 осіб, виявлено первинно гіпертонію у 480 випадках.

За 2020 р. захворюваність по КНП «ЦПМСД БОТГ» склала 22257, показник на 100 тис. населення становить 58667. При цьому поширеність склала всього на 100 тис. населення – 140659 (табл. 2.1).

Таблиця 2.1 – Поширеність та захворюваність населення в Богодухівській ОТГ

Класифікація хвороб	Показник поширеності	Показник захворюваності
Новоутворення	3766	1229
Хвороби ендокринної системи	6580	583
Хвороби нервової системи	5489	380
Хвороби системи кровообігу	60356	3992
Хвороби органів дихання	36863	31126
Хвороби органів травлення	11536	2488
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	7415	5097
Хвороби кістко-м'язової системи	7097	4097
Хвороби сечостатевої системи	12918	3769
Травми та отруєння	3567	4759
Інші	26647	15436

Пацієнтам, особливо в сільській місцевості, дуже зручно проходити курс лікування на денному стаціонарі. Амбулаторії, ФАП і ФП забезпечені на 100 %

лікарськими засобами для надання невідкладної медичної допомоги. Сімейні лікарі керуються у своїй роботі локальними протоколами надання медичної допомоги.

За 2020 р. було проліковано в денному стаціонарі 1702 хворих. Стаціонари вдома – проліковано 2801 хворих, з них дітей – 50. Оглянуто 19700 осіб, взято на диспансерний облік – 480 осіб. В КНП «ЦПМСД БОТГ» створений реєстр хворих гіпертонічною хворобою, який щоквартально поновлюється.

З метою організації скринінгу на туберкульоз у дітей до 18 років в районі проводиться туберкулінодіагностика. Раннє виявлення туберкульозної інфекції у дітей здійснюється шляхом проведення щорічної туберкулінодіагностики, та з 15-річного віку – щорічного флюорографічного обстеження. План туберкулінодіагностики було виконано на 71 %, план – 3802, виконано – 2701 осіб; у т.ч. діти від 1 до 3 років: план – 8 виконано – 8 (100 %); діти від 4 до 14 років: план – 3704, виконано – 2693 (73 %). Під час флюорографічного обстеження виявлено вперше 7 хворих на туберкульоз. Позалегеневих форм туберкульозу не зареєстровано. За 2020 р. було проведено аналізів на харкотиння – 33.

З метою ранньої діагностики онкопатології впроваджено розроблену МОЗ України систему заходів щодо виявлення серед населення осіб, що відносяться до груп підвищеного ризику. Відповідно з цим, на дільницях у сімейного лікаря сформовані списки осіб із групи ризику по передпухлинній патології. Такі хворі дообстежуються і направляються на консультації до ХОЦО, ОКЛ, в центр передпухлинних захворювань. У 2020 р. на диспансерному обліку перебувало 830 онкохворих (756 – 2019 р.); було взято на облік 90 (106) осіб; занедбаних випадків – 18 (19) осіб.

Медичними працівниками АЗПСМ, ФАП та ФП проводиться певна робота щодо профілактики ВІЛ-інфекції. Забезпечується інформування населення, в т.ч. через місцеву газету «Маяк», про причини зараження, шляхи передачі ВІЛ-інфекції, про заходи та засоби профілактики, необхідні для запобігання зараженню цієї хвороби та її поширенню. Водночас, здійснюється

робота серед населення щодо формування толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, та серед медичних працівників щодо недопущення проявів дискримінації стосовно представників групи ризику та інших осіб, на підставі того, що вони є ВІЛ-інфікованими. Для запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед представників групи ризику здійснюються заходи з виявлення та профілактичного лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, серед зазначеного контингенту. Такі особи, за необхідністю, направляються до лікаря-інфекціоніста для подальшого дообстеження.

Адміністрацією КНП «ЦПМСД БОТГ» ведеться робота щодо забезпечення якісною медичною допомогою всіх верств населення. Створюються умови для рівного доступу сільського і міського населення до медичного обслуговування. На обліку в перебувало 350 членів АТО. Протягом року медперсоналом велася активна робота по запрошенню демобілізованих і членів їх сімей на щорічний медогляд. 4 учасника АТО мають інвалідність. Ті, хто потребував медичної допомоги та обстеження були направлені в м. Харків. Учасники АТО отримували санаторно-курортне лікування та психологічну реабілітацію в м. Одеса та в санаторії «Бермінводи».

На території Богодухівського ОТГ проживає 757 осіб, які страждають на рідкісні (орфанні) захворювання, серед них: 732 – дорослі, 25 – діти. На лікування таких осіб було виділено ₴ 669460, з яких використано – ₴ 654271.

У 2020 р. зареєстровано 1114 хворих на COVID-19, з них: померли – 21, вилікувались – 1004 осіб. Пройшли тестування експрес-тестами – 527, ПЛР – 2790. Було придбано: засобів індивідуального захисту, на суму ₴ 432,3 тис; деззасобів, на суму ₴ 19800; тестів для визначення для виявлення інфекційної хвороби COVID-19 на суму ₴ 58000; отримано благодійно: засобів індивідуального захисту, на суму ₴ 454,2 тис.; деззасобів, на суму ₴ 134370; тестів для визначення для виявлення інфекційної хвороби COVID-19, на суму ₴ 54,8 тис.

З моменту впровадження телемедицини сімейними лікарями закладу було проведено 68 телемедичних консультацій: зі спеціалістами вторинної ланки

району – 25 телеконсультацій; з лікарями третинного рівня надання медичної допомоги було проведено 43 телеконсультацій.

100 % працівники КНП «ЦПМСД БОТГ» ознайомлені з інструкціями з охорони праці, техніки безпеки, протипожежної безпеки та по роботі з деззасобами.

У 2020 р. КНП «ЦПМСД БОТГ» отримував фінансування від НСЗУ, з районного бюджету та отримував фінансову допомогу від сільських рад. Заробітна плата й оплата комунальних послуг проводилася в першочерговому порядку й виплачувалася вчасно та в повному обсязі. Всі працівники отримували матеріальну допомогу на оздоровлення на період відпустки. Інші платежі так само проходили вчасно й в повному обсязі. Товари й медикаменти купувалися частково за рахунок виділених субвенцій районною радою та сільськими радами.

З метою забезпечення якісної роботи лікарів і в зв'язку з впровадженням медичної реформи у 2020 р. було закуплено: 4 ноутбука; 2 БФП; 2 електрокардіографа; 2 опромінювачі; 1 аналізатор сечі; 1 центрифугу для відділення плазми крові; сучасне лабораторне обладнання в вигляді аналізатора біохімічного напівавтоматичного і аналізатора гематологічного автоматичного; 1 холодильник для зберігання вакцин і медикаментів (табл. 2,3; 2.3).

Таблиця 2.2 – Інформація щодо використання грошових коштів в 2020 році по КНП «ЦПМСД» в розрізі структурних підрозділів

Назва структурного підрозділу	Зробітна плата	ПММ	Вакцина	Медикаменти та деззасоби	Засоби індивідуального захисту
АЗПСМ м. Богодухів	7922221	102902	79421	15565	102060
АЗПСМ с. Губарівка	703885	10930	6558	10900	33660
АЗПСМ с. Гути	1048738	45085	5663	10900	33660
АЗПСМ с. Крисино	766360	10930	--	10900	33660
АЗПСМ с. Павлівка	509532	10945	3687	10900	33660
АЗПСМ с. Шарівка	969245	22550	7281	10900	33660
Всього	11919981	203342	102610	70065	270360

Таблиця 2.3 – Інформація щодо використання грошових коштів в 2020 році по КНП «ЦПМСД» в розрізі структурних підрозділів

Назва структурного підрозділу	медичні матеріали	Послуги (крім комунальних)	Комунальні послуги	Поточні ремонти
АЗПСМ м. Богодухів	82373	2605800	383435	45765
АЗПСМ с. Губарівка	2375	87210	26727	0
АЗПСМ с. Гути	2375	87210	39807	0
АЗПСМ с. Крисино	2375	87210	13362	0
АЗПСМ с. Павлівка	2375	87210	4963	49207
АЗПСМ с. Шарівка	2375	87210	11453	49900
Всього	94248	3041850	479747	144872

Оцінці КНП «ЦПМСД БОТГ» має передувати SWOT-аналіз його діяльності, за результатами якого (табл. 2.4) розроблено відповідні заходи:

- навчити медичний персонал працювати в умовах телемедицини, працювати з програмним забезпеченням;
- підвищувати кваліфікацію персоналу (передбачити кошти та вибрати корисні медичні видання);
- провести збір й обробку новітніх принципів діагностики захворювань;
- заохочувати молодих спеціалістів до роботи в сільській місцевості (створити команду, яка буде співпрацювати з вищими навчальними закладами, розповсюджувати інформацію щодо наявного житла для молодих спеціалістів);
- передбачити кошти на ремонт приміщень;
- впровадити систему запису до лікаря в телефонному режимі та в мережі Internet;
- підготувати матеріали для проведення лекцій, бесід з населенням щодо здорового способу життя, користь від занять спортом;
- провести агітації у школах району щодо залучення більшої кількості та роз'яснення хворим на гіпертонічну хворобу та цукровий діабет норм і правил правильного харчування та складання меню;
- впровадження додаткових послуг (додаткові обстеження) для збільшення доходу КНП «ЦПМСД БОТГ» (придбання сучасного лабораторного обладнання);

Таблиця 2.4 – SWOT-аналіз діяльності КНП «ЦПМСД БОТГ»

Сильні сторони	Слабкі сторони
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Наявність мережі Internet</li> <li>– Наявність автотранспорту (нового)</li> <li>– Забезпеченість матеріально-технічною базою</li> <li>– Достатньо високий % середнього медичного персоналу</li> <li>– Комфортні умови роботи</li> <li>– Наближеність послуг ПМСД до вторинної медичної допомоги</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 70 % лікарів передпенсійного та пенсійного віку</li> <li>– Неукомплектованість лікарями</li> <li>– Неєфективність закладу за рахунок неоптимального штатного розпису</li> <li>– Забагато середнього медичного персоналу</li> <li>– Відсутність сервісу</li> <li>– Команда на стадії формування</li> <li>– Велика кількість сільських закладів (досить невтішний стан приміщень амбулаторій)</li> <li>– Відсутність оптимізації закладу (потрібно скорочувати)</li> <li>– Орендовані приміщення</li> <li>– Потреба в ремонті основних засобів</li> <li>– Застаріле медичне обладнання</li> </ul>
Можливості	Загрози
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Комунікаційна кампанія, щодо підписання декларацій</li> <li>– Компактність території громади</li> <li>– Фінансова підтримка з боку керівництва району</li> <li>– Грантові програми</li> <li>– Відсутність конкуренції в районі щодо надання ПМСД</li> <li>– Діджиталізація, можливості для розвитку та доступу важливої інформації</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Відсутність інтернет покриття на селі</li> <li>– Конкуренція з боку медичних закладів м. Харкова</li> <li>– Відсутність бажання у молодих спеціалістів працювати у сільській місцевості</li> <li>– Скорочення чисельності населення на селі (демографія)</li> </ul>

– закупити медичну апаратуру, комп'ютерну техніку та сумки-укладки для телемедичних консультацій;

– визначити обсяг і передбачити кошти для проведення косметичних ремонтів підрозділів та утеплення будівель;

– популяризувати запис населення району через Internet до лікаря, завдяки цьому досягаємо усунення черг в коридорах, а як наслідок зменшення розповсюдження коронавірусу COVID-19;

– заохочувати молодих спеціалістів до роботи в сільській місцевості (створити команду, яка буде співпрацювати з вищими навчальними закладами, розповсюджувати інформацію щодо наявного житла для молодих спеціалістів);



– розробити та реалізувати заходи, пов'язані з вакцинацією населення від гострої респіраторної хвороби COVID-19;

– активізувати санітарно-просвітницьку роботу з питань формування здорового способу життя, з метою зменшення тривалості перебування хворого на лікарняному.

Отож, на території Богодухівської ОТГ Харківської області сільська медицина представлена КНП «ЦПМСД БОТГ», яка має достатній (проте не оптимальний) ресурсний потенціал для забезпечення доступу населення до якісної ПМСД як запоруки покращання його життя.

## **2.2 Вплив медичної реформи на розвиток сімейної медицини**

Фактично реформа стартувала і була юридично зафіксована через схвалення Урядом Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я [38] і затвердження Порядку створення госпітальних округів [36]. Внесення змін до Бюджетного кодексу України практично започаткували системні галузеві перетворення для забезпечення всім громадянам доступу до гідного європейської держави рівня медичного обслуговування [38]. На основі зазначених основоположних документів вносили поправки до багатьох законодавчих актів і приймали нові закони, розпорядження, постанови КМУ і накази МОЗ. Сама реформа сфери охорони здоров'я розпочалася із впровадження кардинальних змін на первинному рівні. Такі зміни стосуються не лише закладів охорони здоров'я, а й органів місцевого самоврядування, від яких великою мірою залежить результативність впровадження інновацій. Низка розроблених нормативно-правових актів і законодавчо закріплених змін у них тісно переплітаються в контексті медичної й адміністративної реформ, що потребує взаємоузгодженості цих політик [47].

В умовах обмеженого фінансування наявне надмірне використання стаціонарної й екстреної допомоги. В Україні хворі, розпочавши лікування у

дільничного лікаря, лише на 8–26 % закінчують його на цьому ж рівні, решта скеровуються до фахівців вузького профілю. Звідси – на поліклінічну допомогу в Україні витрачається 20 % коштів з бюджету сфери охорони здоров'я (у т.ч. на первинну медико-санітарну допомогу – 5 %), а на стаціонарну – 80 % консолідованого бюджету сфери охорони здоров'я. ЛПЗ нині розглядають як бюджетні державні та комунальні установи. Їх мережа, відповідно до ст. 49 Конституції, не може бути скорочена і тому фінансується за кількістю ліжок і посад бюджетними коштами незалежно від обсягу та якості діяльності.

Система охорони здоров'я нашої країни пройшла складний історичний шлях розвитку. Так, у 1920–1960 рр. вирішувалися завдання соціально-гігієнічного благополуччя в країні в умовах переважно інфекційної патології. Протягом багатьох десятиліть розвиток сільської медицини здійснювався екстенсивним шляхом, що було в значною мірою виправдано. Однак у 1970–1980 рр. у зв'язку з початком епідеміологічного переходу новими умовами соціально-економічного розвитку країни необхідно було перевести систему охорони здоров'я на новий режим функціонування, але в силу низки причин це не було зроблено. Більше того, в останнє десятиліття посилюються ті негативні тенденції, які пов'язані з залишковим принципом фінансування, пануванням адміністративно-командних методів управління, зрівняльною витратністю всієї національної економіки [54]. Результативність медичної реформи як оптимізація забезпечення здоров'я нації як інструменту посилення потенціалу національної безпеки залежить від обґрунтованості, виваженості й адаптованості до національних реалій кроків її здійснення, заінтересованості й узгодженості дій органів влади усіх рівнів, а також підготовленості та мотивації керівників органів і закладів охорони здоров'я [18].

Розвиток демократичних перетворень в Україні спричинив зростання всебічної критики вітчизняної системи охорони здоров'я. З одного боку, це засвідчує, що суспільство прагне до змін і пошуку нових і дієвих способів збереження чи покращання здоров'я населення [46], з іншого – обумовлює актуальність запровадження Концепції реформи фінансування системи охорони

здоров'я. Упродовж 2018–2019 рр. допускається фінансування ПМСД КНП, що не уклали договори з НСЗУ, через надання субвенцій з держбюджету відповідним місцевим бюджетам. Умови, порядок і терміни надання такої субвенції визначає Уряд [33].

Починаючи з 2020 р. державний гарантований пакет медичної допомоги (включно з реімбурсацією лікарських засобів) повинен фінансуватися через єдиного національного замовника медичних послуг у повному обсязі. Для цього всі постачальники медичних послуг, що хочуть брати участь у державній системі фінансування медичних послуг, мають укласти договори на надання медичної допомоги з єдиним національним замовником медичних послуг [38].

Завдяки проведенню медичної реформи в Україні відбулись зміни, які почасти мають неоднозначну оцінку як стосовно поточних ефектів, так і ймовірних – у найближчому майбутньому. Детальніше зупинимось на найбільш важливих: автономізація та комерціалізація КНП, які отримали можливість надавати платні медичні та супутні послуги й самостійно розпоряджатись такими коштами (зокрема, на придбання обладнання, ремонт приміщень, стимулювання персоналу тощо), проте на заваді повноцінного використання подібного стимулу доки є брак нормативних актів, що легалізують формування таких доходів; оптимізуючи витрати, керівництво повинно зберегти функціональність КНП; спонукання КНП до укладання договорів з НСЗУ – дієвий інструмент оптимізації бюджетного фінансування КНП, а також приведення у відповідність вимогам сьогодення їхнього кадрового та матеріально-технічного забезпечення; проте далеко не усі КНП (особливо в сільській місцевості) спроможні докорінно покращити ситуацію; за таких умов у них виникають проблеми з покриттям поточних витрат, а згодом і, взагалі, стане питання їхнього подальшого існування; створення госпітальних округів – функціональних об'єднань КНП (передусім, опорних багатопрофільних лікарень), до яких пацієнти зможуть дістатись автомобільним транспортом у межах 60 хвилин, дозволить певною мірою упорядкувати надання медичних послуг; проте для жителів сільських (особливо, віддалених) районів (передусім,

зважаючи на переважно жахливий стан автомобільних доріг, брак регулярних автобусних маршрутів і власного автотранспорту) це означає скорочення доступності медичних послуг (що в екстрених випадках матиме фатальні наслідки); формування стратегії розвитку КНП – обраний на конкурсній основі керівник КНП має запропонувати не лише бізнес-план його розвитку, а й знайти інвесторів для його реалізації; проте за нинішньої ситуації інвестиційно привабливим є обмежений перелік сегментів ринку медичних послуг, тоді як решта – виглядають приреченими [62].

На окрему вагу заслуговує реформування первинної ланки – цілком виправданий крок на початку медичної реформи, оскільки дозволяє охопити найбільшу кількість пацієнтів з порівняно нескладними патологіями; завдяки цьому отримано позитивний соціальний ефект при незначних витратах; її елементом є надання населенню можливості вільно підписати декларацію з лікарем первинної ланки й зберігати право розірвати декларацію та укласти її з іншим лікарем у будь-який час; завдяки цьому у сімейних лікарів, терапевтів і педіатрів (зокрема тих, хто має 1,5–2,0 тис. декларантів) у середньому утримі зросла офіційна оплата праці (до речі, її певну частину становить премія, що дозволить керівництву КНП стимулювати лікарів); натомість залишилась мізерною зарплата лікарів «вузької спеціалізації», які працюють в КНП первинної ланки, й, більше того, чимало таких посад можуть бути «скороченими»; прогресивною є поява приватної практики сімейним лікарем-фізичною особою підприємцем (ФОП), яка згодом може поширитись на вторинну та третинну ланку охорони здоров'я [27].

У всіх закладах сільської медицини використовуються національні стандарти надання ПМСД у вигляді адаптованих клінічних протоколів, які ґрунтуються на принципах доказової медицини та слугують професійним інструментом досягнення найвищих показників якості медичної допомоги. У поліклініці опрацьована та ефективно використовується рейтингова система оцінки кількості та якості медичної допомоги і внутрішньополіклінічний професійний аудит. Метою роботи експертних комісій з проведення

рейтингової оцінки роботи фахівців сімейної медицини й професійних аудиторських груп, до яких на громадських засадах залучаються досвідчені спеціалісти та науковці, є опрацювання конкретних і дієвих програм і мотиваційного механізму державного управління постійним підвищенням якості медичної допомоги на основі поглибленого аналізу індикаторів якості медичної допомоги, помилок і недоліків в роботі окремих фахівців, нещасних випадків, скарг і пропозицій мешканців, лікарів і медичних сестер [7].

Аналізуючи розподіл загальних витрат за джерелами фінансування, потрібно зауважити, що частка держави зменшилась з 58,0 % у 2003 р. до 44,0 % у 2016 р. Також зменшилась частка витрат приватних фірм і корпорацій (з 2,9 % у 2003 р. до 1,7 % у 2016 р.). Натомість зросли витрати домогосподарств – з 38,6 % у 2003 р. до 52,8 % у 2016 р., відповідно. Якщо ж аналізувати витрати в розрізі провайдерів медичних послуг, то відзначимо зменшення частки лікарень (з 38,4 % у 2003 р. до 31,8 % у 2016 р.) й установ сестринського та довготривалого догляду (з 8,0 до 2,9 % відповідно). Натомість зростає частка роздрібних продавців й інших постачальників медичних товарів. Це вказує на те, що пацієнти все більше оплачують своє лікування з власних заощаджень, держава, незважаючи на задекларовану в Конституції безоплатність медичної допомоги, все більше усувається від своєї соціальної ролі й полишає громадян сам-на-сам зі своїми потребами. Пацієнти все частіше намагаються оминати лікування в стаціонарах, віддаючи перевагу самолікуванню й отриманню «консультації» в закладах аптечних мереж чи в мережі Інтернет, що є небезпечним.

У процесі переходу з моделі державного фінансування закладів охорони здоров'я та послуг, які в них надаються до змішаної чи повністю ринкової моделі, зростатиме питома вага скарг пацієнтів на медичних працівників за неякісну (суб'єктивно чи об'єктивно) отриману медичну допомогу чи медичні послуги. Тобто пацієнти стають вимогливішими до отриманих послуг, оскільки вони за них платять гроші (переважно неофіційно). Це спонукає пацієнтів активніше відстоювати свої права у цій сфері.

Згідно з Програмою медичних гарантій, кожен пацієнт має право на безоплатне отримання медичних послуг в авторизованих закладах охорони здоров'я. У Програмі медичних гарантій надано детальний перелік таких медичних послуг, котрі гарантовані державою. Скористатися таким правом може кожен громадянин України, котрий уклав декларацію із сімейним лікарем, терапевтом чи педіатром. Отримати послуги профільних медичних спеціалістів кожен пацієнт може згідно з направленням від лікаря, з котрим підписано декларацію. При цьому, згідно з умовами Програми медичних гарантій, допомога таких профільних спеціалістів, як психіатр, нарколог, гінеколог чи стоматолог, може бути надана без направлення. Також екстрена медична допомога надається в Україні кожному, хто потребує, без наявності декларації чи інших документів. НСЗУ платить сімейним лікарям (ФОП і співробітникам КНП) за надані безоплатні медичні послуги у межах гарантованих медичних гарантій.

Понад 70 % респондентів задоволені якістю наданої їм допомоги, а більшість лікарів задоволені зарплатою, яка зросла в два-три рази [49].

У сільській місцевості відбувається за визначенням прихована ліквідація мережі лікувальних закладів [44]. За даними Державної служби статистики України, станом на 2015 р. (починаючи з 2000 р.), кількість лікарняних закладів (з ліжками) скоротилася більше ніж у 12 разів (з 1007 до 74), самостійних лікарських амбулаторій та поліклінік більше ніж у 4 рази (з 2321 до 525), ФАПів – майже на 3000 (з 16113 до 13205) [7]. З метою зупинення зазначеного процесу з 2014 р. було введено мораторій на ліквідацію та реорганізацію закладів охорони здоров'я. Але нині він визнаний таким, що втратив чинність. Таким чином, усупереч законодавству, право сільських мешканців на охорону здоров'я продовжує порушуватися.

Ключові проблеми існують вже більше ніж тридцять років. Відсутність ефективних реформ призвела до того, що український сектор охорони здоров'я не отримував достатнього фінансування. Водночас мали місце проблеми недосконалості бюрократичних процедур і відслідковування інтересів окремих

зацікавлених осіб, несанкціонованої, нелегальної співпраці мереж компаній-підрядників з парламентарями та урядовцями, які отримували прибуток від штучних націнок, контролювали закупівлю ліків і медичного обладнання.

В Україні відсутня тривала практика підтримки науки громадянським суспільством. У зародковому стані перебуває краудфандинг, перспективнішими є можливість фінансування наукових розробок венчурним і соціально відповідальним бізнесом [49].

Основними негативними факторами, які впливають на доступність і якість медичної допомоги й медичних послуг сільським населенням, є такі:

- територіальний (географічна віддаленість від центральних районних лікарень);

- матеріально-технічний (невідповідність матеріально-технічної бази сучасним вимогам надання медичної допомоги; недостатнє транспортне забезпечення);

- інфраструктурний (незадовільний стан покриття доріг місцевого значення);

- кадровий (низька мотивація медичного персоналу й небажання працювати у сільській місцевості) [2; 23].

Існує ряд додаткових проблем, які суттєво впливають на систему охорони здоров'я: проблеми фінансування, відсутність цілісної державної політики реформування цієї сфери національної економіки, низька якість медичної допомоги у зв'язку з проблемою кваліфікації кадрів, розвиток тіньової медицини, неефективна система медичного страхування, адміністративні бар'єри для участі приватного сектора охорони здоров'я у виконанні державного замовлення та демографічна криза [12].

Основними причинами, що формують недостатню позитивну динаміку в стані здоров'я населення, є:

- дисбаланс кадрового і матеріально-технічного забезпечення й ліжкового фонду різних рівнів трирівневої системи надання медичної допомоги для окремих нозологій;

– невідповідність регіональної системи підготовки кадрів потребам трирівневої організації медичної допомоги, у т.ч. високотехнологічної, профілактичної та первинної медико-санітарної;

– нерозвиненість і незабезпеченість системи диспансеризації, а також медичної реабілітації, особливо суттєвої на рівні первинної ланки охорони здоров'я;

– низька забезпеченість ліжками для надання паліативної медичної допомоги невиліковним пацієнтам;

– низька соціальна привабливість роботи в медичних організаціях охорони здоров'я первинної ланки [5];

– низька мотивація населення до здорового способу життя;

– висока поширеність поведінкових (зловживання наркотиками, недостатня рухова активність, нераціональне незбалансоване харчування і ожиріння) та біологічних факторів ризику неінфекційних захворювань (гіпертонія, гіперхолестеринемія);

– низька профілактична активність в роботі первинної ланки охорони здоров'я, спрямована на своєчасне виявлення захворювань, патологічних станів і факторів, що їх обумовлюють;

– недостатність умов для здорового способу життя [14];

– орієнтація на лікування захворювань, а не на їх запобігання, низька мотивація населення до здорового способу життя, висока поширеність поведінкових факторів ризику захворювань;

– неповна відповідність системи підготовки кадрів потребам сучасної трирівневої системи надання медичної допомоги як за чисельністю, так і за якістю підготовки фахівців, що приводить до недостатнього професійного рівня лікарів і керівників медичних установ й сприяє збереженню проблеми абсолютного і структурного дефіциту кадрів;

– низька ефективність використання медичного обладнання, в т.ч. у результаті нестачі підготовлених кадрів;

– відсутності довіри щодо пацієнта до лікаря;



- консервація застарілих і викликають нарікання населення процедур (регламентів) організації обслуговування пацієнтів в лікувальних установах;
- структурні проблеми системи організації медичної допомоги: надмірне навантаження на стаціонарну допомогу при відносно слабкому розвитку первинної, реабілітаційної, медико-соціальної допомоги та недостатня координація діяльності медичних установ і лікарів на різних етапах надання медичної допомоги;
- складність і витратність забезпечення необхідною медичною допомогою частини населення краю через систему розселення та складну транспортну доступність окремих населених пунктів;
- відсутність прозорого та зрозумілого населенню зв'язку між обсягом і якістю медичної допомоги, наданої за програмою обов'язкового медичного страхування, та обсягом фінансування медичної установи, що надала послугу;
- брак правил конкуренції за надання медичних послуг у рамках реалізації Програми державних гарантій безоплатного надання громадянам медичної допомоги;
- нерозвиненість механізмів публічно-приватного партнерства в охороні здоров'я [17].

Однак основною проблемою [39] виступає відсутність системності в їх реалізації, що не дозволяє системі охорони здоров'я перейти на якісно інший рівень розвитку при використанні актуальних управлінських методів.

## РОЗДІЛ 3

### КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СІЛЬСЬКОЇ МЕДИЦИНИ

#### **3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо сприяння розвитку сільської медицини**

Сучасна світова практика надання медичних послуг свідчить, що втілення гуманітарної, людиноцентричної парадигми глобального економічного розвитку й соціального прогресу, передумовами яких є якість людського потенціалу, має сприяти реалізації основного права людини на життя та здоров'я, а отже, забезпеченню довголіття населення [31]. До 2025 р. світовий ринок охорони здоров'я та зростання витрат на охорону здоров'я в розрахунку на людину тільки за рахунок зміни вікової структури населення в економічно розвинених країнах буде в середньому складати близько 2 % на рік. При цьому рівень витрат на охорону здоров'я становить 4,1 % від ВВП, що є пороговим значенням для забезпечення національної безпеки та здоров'я нації, відповідно до рекомендацій ВООЗ [12]. Ураховуючи означені тенденції на світовому ринку медичних послуг, зростає актуальність дослідження та виокремлення передового світового досвіду щодо сприяння розвитку сімейної медицини, а у подальшому – його зваженої адаптації до реалій України.

Нині із найбільш успішних моделей публічного управління в сфері сільської медицини запроваджена ще 1996 р. в Австралії. Австралійська система охорони здоров'я поєднує у собі приватний і державний сектори. Зокрема первинна ланка включає амбулаторії як комунальної, так і державної власності, а також стоматологічні заклади та аптеки, які здебільшого є приватними. У вторинній ланці 65 % лікарень державної власності і 35 % – приватної. Загалом 70 % потреб на медичну сферу фінансуються за рахунок державного бюджету через універсальне медичне страхування Medicare, яким

забезпечуються всі громадяни Австралії, і яке діє як у державних, так і у приватних медичних закладах. Відмінність між різною формою власності медичних закладів полягає у тому, що у державних лікарнях Medicare повністю покриває всі витрати на медичні послуги, а у приватних – на 75 %. Повністю державним страховим полісом покривається візит до сімейного лікаря, а у випадку консультації конкретного лікаря-спеціаліста – 85 %. Оскільки ціна на послуги приватних лікарень є ринковою і може значно перевищувати вартість послуг у державних лікарнях, урядом встановлена стандартизована ціна на медичну послугу. Якщо ж надана у приватній клініці медична допомога перевищує визначену стандартну ціну, пацієнт доплачує різницю з власної кишені. Аналогічна схема діє і при купівлі медикаментів: більшу частину ціни покриває Medicare, решту – сплачує пацієнт. Окрім того, покривати решту витрат, які не покриває державна страховка, громадяни Австралії можуть оплачувати через страхові поліси у приватних компаніях. Однак страхові поліси, щорічна вартість яких коливається від 1,5 до 8 тис. австралійських доларів, купляють здебільшого заможні міські жителі [24]. В Австралійській моделі охорони здоров'я оплата Medicare не поширюється на більшість стоматологічних послуг, купівлю окулярів та послуг із догляду за хворими вдома. Державний страховий поліс також не поширюється на послуги швидкої допомоги, оскільки компенсація витрат при незвичайних ситуаціях здійснюється іншими страховими фондами [48]. Що ж до державного забезпечення сільської медицини, групою австралійських вчених розроблена програма сталого розвитку сільського здоров'я «Національні рамки ефективності», для успішної реалізації якої у п'яти в регіональних органах влади створені департаменти з питань сільського здоров'я [59]. Збільшення фінансування на сільську медицину вирішено шляхом перерозподілу ресурсів на основі «сільського індексу». Цей науково обґрунтований показник, який враховує всі проблеми віддалених регіонів, додається під час формування бюджетів на охорону здоров'я до статей на сільську медицину [58]. Для кращої організації й координації процесів медичної допомоги на усій території

Австралії діють діє майже 130 «Мереж локальних лікарень», які об'єднують маленькі місцеві лікарні. Пацієнт має можливість отримати допомогу в будь-якому закладі і не потребує спеціальних направлень. Ключовим аспектом програми стала співпраця міністерства охорони здоров'я з навчальними медичними закладами, у яких розпочалась підготовка спеціалістів із сільської медицини за спеціальними програмами та курсами [53].

У США фінансування сільської медицини здійснюється агенцією Міністерства охорони здоров'я та соціальних послуг США – Управлінням медичних ресурсів і послуг (HRSA), основною компетенцією якого є забезпечення лідерства та фінансова підтримка постачальникам медичних послуг у віддалених сільських громадах, які не є застрахованими [50]. Одним із напрямів роботи HRSA є фінансування проектів по вдосконаленню ефективності роботи сільських лікарень, особливо малих лікарень із менш ніж 200 ліжками. Програмами оздоровчого центру HRSA також підтримуються медичні послуги для незастрахованих осіб через загальнонаціональну мережу клінік та мобільних медичних фургонів. Бюджет агентства у 2015 р. склав \$ 10 млрд., фінансував майже 1400 грантоотримувачів і був спрямований на забезпечення медичної допомоги 23 млн осіб. Основна частка коштів спрямовується на підтримку 10400 малих клінік і мобільних медичних фургонів, які за графіком відвідують малонаселені пункти [56].

У США ПМСД, як правило, надається приватно-практикуючими сімейними лікарями, які працюють або самостійно, або в складі груп. Сімейні лікарі складають одну третину від загальної кількості лікарів в країні. Більшість приватно-практикуючих лікарів первинної медичної допомоги зайняті в невеликих клініках, штат яких не перевищує 5 осіб. Пацієнти мають право вільного вибору лікаря в рамках мережі зареєстрованих постачальників послуг. Для отримання послуг фахівця попередні відвідини сімейного лікаря в більшості випадків не потрібно. Лікарі-фахівці можуть поєднувати індивідуальну практику й роботу в лікарнях. В США держава й приватні страхові компанії активно підтримують всілякі ініціативи, спрямовані на

вдосконалення обслуговування пацієнтів. В останні роки широкого поширення набули моделі надання медичної допомоги за принципом «медичний будинок, орієнтований на пацієнта» (patient-centered medical home). Згідно з цим принципом, пацієнт є центральною фігурою і повинен отримувати доступну, безперервну та сфокусовану виключно на його потреби допомогу свого сімейного лікаря. Передбачається, що такий підхід має сприяти зміцненню інституту первинної медичної допомоги як за рахунок більшої уваги до профілактики та ефективності лікування, так і за рахунок усунення невиправданих витрат і підвищення ролі самих пацієнтів [7].

Дещо відмінною є канадська модель охорони сільського здоров'я, що базується на засадах міжсекторального партнерства міністерства охорони здоров'я з провінціями, територіями та муніципалітетами. У 2001 р. у Канаді для надання консультації федеральному міністру охорони здоров'я була заснована Консультативна рада міністрів з питань сільського здоров'я, яка визначила такі пріоритетні напрями: 1) здорові сільської громади; 2) здоров'я через інформаційні технології; 3) охорона здоров'я людських ресурсів; 4) здоров'я аборигенів. Відповідно, було створено чотири робочі групи, які у процесі своєї роботи визначили стратегічні напрями для вирішення проблем медичного обслуговування сільського населення:

1) зміцнення потенціалу місцевих громад, які б самі були здатні визначити проблеми здоров'я, встановити пріоритети, розробити стратегії та вжити відповідних заходів;

2) створення мережі «Сільських інноваційних центрів здоров'я», інфраструктура яких повинна інтегруватись в існуючі провінційні та територіальні структури;

3) забезпечення сільських, віддалених і північних регіонів високо кваліфікованими спеціалістами, які є орієнтованими на територіальну громаду;

4) впровадження системи міжсекторальної та міжгалузевої співпраці для вирішення складних факторів і умов, що впливають на стан здоров'я сільського населення;

5) використання інформаційних і комунікаційних технологій з метою обміну інформацією та використання найкращих лікарських практик;

6) поглиблення досліджень проблем сільського здоров'я, особливо санітарних досліджень, завдяки яким можна контролювати відповідну сільську політику в сфері охорони здоров'я і можна оцінити ефективність фінансування програм охорони здоров'я та послуг;

7) державне забезпечення належних умов праці постачальникам медичних послуг у сільській місцевості;

8) державна підтримка аборигенів у співпраці з провінційними та територіальними урядами [55].

Протягом останніх десяти років намітилась тенденція залучення до управління в сфері охорони здоров'я громадського сектора, зокрема різного роду недержавних організацій. Міжсекторальне співробітництво в Канаді спрямоване на посилення міжгалузевої комплексної відповідальності за поліпшення медичного обслуговування, зокрема шляхом ефективного використання обмежених ресурсів і зменшення дублювання й прогалин у наданні медичних послуг сільському населенню. З цією метою були більш чіткіше розмежовані компетенції між федеральним урядом і провінціями [48].

Однак, незважаючи на комплекс вдалих управлінських рішень у сфері організації сільської медицини, майже у всіх країнах світу залишається невирішеною проблема браку медичних кадрів у сільській місцевості. Ця проблема особливо нагальною є у західноєвропейських країнах. Молоді випускники не бажають їхати працювати у сільські віддалені райони. Серед причин цього явища французькі вчені називають важкі умови праці, з щільними графіками і правило «безперервності догляду» за старіючим сільським населенням. Суттєвою проблемою при цьому є насамперед нерівномірний розподіл медиків між великими містами і дрібними населеними пунктами. Так, у Канаді на 30 % громадян, що проживають у сільській місцевості, припадає лише 17 % сімейних лікарів, 4 % фахівців, і 18 % зареєстрованих медичних сестер [64]. Кадровий голод у сільській місцевості багатьох високорозвинених

країн намагаються компенсувати через телемедицину, яка була запропонована як спосіб подолання транспортних бар'єрів для пацієнтів і постачальників медичних послуг у сільських і географічно ізольованих районах. Іншими словами телемедициною називають технологію використання електронних інформаційних та телекомунікаційних технологій для підтримки міжміського медичного обслуговування та клінічних відносин [65].

Серед сільських людей похилого віку переважно існують обмежені можливості для транспортування у порівнянні з міськими колегами, оскільки нерідко у деяких сільських населених пунктах на загал відсутні громадський транспорт і медичні заклади. Основним способом надання медичної допомоги є телефонна послуга, оскільки телефони є найдешевшим і найбільш доступним джерелом зв'язку в сільській місцевості. Медичні працівники можуть обговорити варіанти лікування з пацієнтами, переглянути попередню діагностичну інформацію та здійснити консультивання за телефоном. Крім того, сучасні мобільні телефони за допомогою програмного забезпечення Net Meeting та веб-камер можуть передавати деяку клінічну інформацію щодо артеріального тиску, рівня глюкози в крові, вимірювання ваги тощо [51].

У Норвегії на муніципалітети покладено відповідальність за первинну медичну допомогу. ВООЗ розглядає первинну медико-санітарну допомогу у якості одного з провідних інструментів досягнення стратегії «Здоров'я для всіх», тому що вона здійснює головну функцію системи охорони здоров'я та є її центральною ланкою, складає невід'ємну частину всього процесу соціально-економічного розвитку суспільства. Від стану амбулаторно-поліклінічної допомоги залежить ефективність та якість діяльності всієї системи охорони здоров'я, збереження трудового потенціалу, а також вирішення більшості медико-соціальних проблем, що виникають на рівні сім'ї та у соціально незахищених груп населення: дітей, інвалідів, осіб похилого віку [45]. З метою покращання співпраці між організаціями, що працюють у сфері охорони здоров'я, більшість муніципалітетів (75 %) створили центри медичного обслуговування на певних територіях [63]. Жителі району закріплені за

дільничними сімейними лікарями, які займаються наданням ПМСД, направленням хворих на обстеження і оперативне лікування. Сімейного лікаря можна змінювати раз на півроку через мережу Інтернет. Зазвичай норвежець спочатку телефонує сімейному лікареві й домовляється про прийом. Цей візит оплачується через касу. Після обстеження лікар виписує рецепт або дає направлення до центральної лікарні. Муніципалітет має діяти не тільки як державна служба, але і як інституція з обслуговування своїх громадян. Споживач відіграє ключову роль у сфері охорони здоров'я. Щоб контролювати свій рух у потоці пацієнтів на місцевому рівні, споживач медичних послуг повинен мати інформацію, як уникати хвороб завдяки профілактиці, у якому медичному закладі він може одержати відповідне лікування. Відділ охорони здоров'я повинен інформувати населення через місцеві засоби інформації і надавати базову інформацію щодо ролі сімейної медицини та про медичні послуги і права пацієнтів. Споживачі медичних послуг повинні знати, куди скаржитися у випадку поганого лікування, про нову роль сімейних лікарів і своє право вибирати їх. Це позитивно впливатиме на оптимізацію руху пацієнтів між різними ланками ПМСД [45].

У 2003 р. в Китаї на експериментальній основі сформовано систему кооперативної медичної допомоги, яка у 2005 р. включала 671 округ із загальною чисельністю сільського населення 177 млн осіб [16]. На підставі цього урядом Китаю у 2006 р. збільшено удвічі виплати для кожного сільського мешканця, який взяв участь у новій кооперативній програмі. Відповідно до неї кожен селянин щорічно зобов'язувався вносити на свій персональний рахунок \$ 1,25 на медичну допомогу, а уряд, у свою чергу, – додавати до цього ще \$ 5,00, крім цього оплачуючи приблизно 65 % його медичних витрат на рік [57].

Функціональна цінність досвіду Індії щодо розвитку охорони здоров'я як загальнонаціонального пріоритету в тому, що урядом запроваджено три основні напрями охорони здоров'я: 1) сільська охорона здоров'я; 2) громадська система охорони здоров'я; 3) медичний туризм. Виходячи із реалізації цих основних



напрямок, збільшено фінансування на розвиток системи охорони здоров'я в сільській місцевості на 20 %, що становить 82 млрд рупій (\$ 1,8 млрд) [66].

Проблема територіальної несправедливості в доступі до медичного обслуговування вирішується багатьма країнами протягом майже півстолітнього періоду, однак досягти позитивних результатів і вирівняти рівні медичного обслуговування міського й сільського населення вдалося лише окремим з них. ВООЗ підкреслює, що кожній з країн необхідно провести оцінку характеру та масштабів відмінностей в доступності медичної допомоги різних соціальних груп населення, як з точки зору географічної складової, так і з урахуванням економічних та культурних аспектів. Найбільш перспективною стратегією розвитку охорони здоров'я, що стоїть поза конкуренцією з іншими підходами, як і раніше, залишається зміцнення первинної медичної допомоги. Висока соціальна та економічна ефективність застосування цієї стратегії доведена світовою практикою. У більшості країн Європейського регіону пріоритетом розвитку системи ПМСД став принцип загально-лікарської/сімейної практики. Надання медичної допомоги сімейними лікарями отримало в світі широке поширення та охопило такі країни як Канада, Великобританія, Австралія, Нова Зеландія, Греція, Скандинавські держави, Іспанія, Португалія, Ізраїль, Індія, Сінгапур. Високий інтерес до сімейного принципу надання первинної медичної допомоги відзначається в Китаї і Японії. На Кубі за рахунок впровадження загально-лікарської практики на тлі тривалої соціально-економічної кризи була істотно знижена смертність населення [40]. Разом з тим, подальший розвиток принципу загально-лікарської практики в Західній Європі відбувався в напрямі формування лікарських об'єднань (центрів), що мало місце в Нідерландах, Данії, окремих регіонах Сполученого Королівства, Фінляндії та Швеції. У Німеччині були створені крупні лікувально-профілактичні установи, в яких об'єднані первинна допомога, діагностичні служби та спеціалізовані види допомоги. Тобто вектор розвитку був спрямований від загально-лікарських практик до формування поліклінічних установ. На цьому тлі ситуація, що склалася в окремих країнах Центральної та Східної Європи, починаючи з

середини 1990-х рр., прагнули перепрофілювати значне число поліклінічних фахівців в індивідуально працюючих лікарів загальної практики, різко контрастувала з загальними тенденціями. У ряді країн пішли шляхом створення, «денних» клінік, в яких пацієнти із загальними симптомами проходять повне обстеження за один день [32].

Проаналізувавши державно-управлінське, правове й організаційне забезпечення механізмів публічного управління розвитком сільської медицини в розвинених країнах світу, можемо констатувати, що безоплатне надання у будь-яких обсягах всіх видів медичної допомоги для громадян – недосяжна мрія. Тому що навіть високорозвинені країни не можуть собі дозволити розкіш надавати безплатно медичні послуги. Досвід цих країн слід вважати актуальним з точки зору формування стратегії розвитку медичного страхування в Україні: визначення місії, цілей довгострокового розвитку й поліпшення інституційного й організаційного середовища України в рамках міжнародного співробітництва. Досвід функціонування систем охорони здоров'я європейських країн також є дуже корисним для України й може бути застосований після його відповідної адаптації до Українських реалій. Це вимагає стратегічного планування розвитку механізмів публічного управління системою охорони здоров'я, з урахуванням міжнародного досвіду й аналізу результатів його впровадження в пілотних проєктах на конкретних територіях [9].

Зрештою варто погодитись, що зарубіжний досвід організації системи охорони здоров'я демонструє, що майже усі держави намагаються вирішити проблему рівного доступу сільського населення до медичних послуг шляхом перерозподілу коштів із метою встановлення оптимального балансу між доступною широкому загалу недорогою послугою сімейної медицини і якісною високотехнологічною медичною допомогою. З метою розвитку на селі ПМСД, в якій найбільше відчувають потребу сільські жителі, держави спрямовують свої комплексні зусилля на пошуки нових форм медичного обслуговування сільських жителів [48]. З метою забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського і міського населення, необхідно використати досвід країн, які

провели медичну реформу і запровадили новітні форми медичного обслуговування: телемедицину, медичні пересувні фургони для діагностики, стимулювання молодих спеціалістів до роботи у сільській та віддаленій місцевості, перерозподіл бюджетних коштів на охорону здоров'я у сферу сільської медицини за рахунок розширення мережі сільських лікарів і скорочення кількості вузькоспеціалізованих висококваліфікованих лікарів.

### **3.2 Удосконалення підходів до використання механізмів публічного управління розвитком сільської медицини на місцевому рівні**

Вирішення нагальних проблем щодо розвитку сільської медицини передбачає вдосконалення механізмів публічного управління цим процесом. Але, беззаперечно, цьому має передувати виокремлення пріоритетних напрямів такого розвитку, а саме:

- впровадження обов'язкового медичного страхування;
- розвиток добровільного медичного страхування;
- розширення господарської діяльності закладів охорони здоров'я як основи підвищення якості медичних послуг і розширення їх переліку;
- перехід на оптимізаційні моделі управління охороною здоров'я на основі формування єдиного медичного простору регіону;
- вдосконалення мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я;
- покращання територіальної доступності медичної допомоги [22].

Основними напрямками удосконалення механізмів державного управління сімейним лікарем щодо модернізаційного розвитку ПМСД на засадах РМ є такі:

- забезпечення підтримки та реалізації політичного механізму державного управління розвитком ПМСД на засадах РМ, визначеного законами України;
- створення сучасного організаційно-функціонального державного управління індивідуальним здоров'ям кожної людини та громадським

здоров'ям територіальної громади сімейно-територіальної дільниці на основі опрацьованого реєстру здоров'я населення дільниці всіх вікових груп, положення про центр ПМСД і амбулаторію РМ, посадових інструкцій фахівців родинної медицини конкретного закладу охорони здоров'я;

– запровадження керованості медичної допомоги мешканцям сімейно-територіальної дільниці з боку фахівців родинної медицини, профілактичної спрямованості в їх діяльності, стандартизації та доказовості професійних втручань на основі локальних клінічних протоколів медичної допомоги при конкретних захворюваннях і державної формулярної системи лікарських засобів, ефективність яких доказана на великій кількості міжнародних клінічних спостережень;

– створення індивідуальних програм безперервного професійного розвитку родинних лікарів і медичних сестер та їх реалізації з урахуванням якості підготовки з різних розділів медичної науки та практики охорони здоров'я на додипломному і післядипломному етапах згідно з кваліфікаційною характеристикою лікаря за спеціальністю «загальна практика – сімейна медицина» і конкретних завдань поліпрофільної професійної діяльності у закладі ПМСД;

– забезпечення мотивації як фахівців ПМСД, так і широких верств населення щодо формування, збереження і зміцнення індивідуального здоров'я територіальних громад, на основі економічного механізму державного управління системою охорони здоров'я з використанням сучасних медичних та інформаційних технологій;

– удосконалення інструментів позавідомчого контролю і зовнішнього професійного аудиту, а також запровадження внутрішнього професійного аудиту;

– створення умов для пацієнтів і громадських організацій вільного доступу до професійної медичної інформації, що дозволить їм брати активну участь у прийнятті і виконанні рішень, які стосуються індивідуального і громадського здоров'я;

– активна міжнародна співпраця фахівців ПМСД щодо проведення наукових досліджень і обґрунтування практичних заходів, спрямованих на забезпечення модернізаційних напрямів розвитку родинної медицини;

– раціоналізація сучасної фармакоterapiї на основі фармакоeкономiки та державної формулярної системи лікарських засобів [6].

Наріжним каменем реалізації комплексного механізму публічного управління розвитком сільської медицини є структурно-організаційне й фінансово-економічне розмежування функцій та ресурсів закладів ПМСД й лікарняних закладів з поступовим збільшенням фінансування закладів сімейної медицини. У результаті зміни цих механізмів основним закладом надання ПМСД стає автономний або юридично незалежний медичний заклад – районна поліклініка (РП) з центром первинної медико-санітарної допомоги. Кількість закріпленого за нею населення становить понад 30 тис. В організаційно-методичному підпорядкуванні районної поліклініки знаходяться територіальні поліклініки (ТП), амбулаторії сімейної медицини (АСМ) і фельдшерсько-акушерські пункти (ФАП). Така форма первинної медико-санітарної допомоги і державного управління нею дозволяє забезпечити фінансову стабільність медичних закладів первинного рівня і ліпшу її доступність населенню [30].

Другий варіант запропонованої моделі розрахований на райони, кількість населення в яких не перевищує 30 тис. Розпорядником ресурсів у таких районах лишається центральна районна лікарня (ЦРЛ). Натомість, в районах з населенням понад 30 тис. створюються відділи охорони здоров'я районних державних адміністрацій, які виконують функції замовників медичних послуг і контролюють якість медичної допомоги. Реалізація комплексного механізму механізму публічного управління розвитком сільської медицини покладена на місцевому рівні на органи управління охороною здоров'я і координаційні ради райдержадміністрацій та міських рад з розвитку сімейної медицини. Створення закладів ПМСД передуватиме процесу змін юридичного статусу цих закладів з бюджетних установ у КНП на основі рішень державних органів управління з упровадженням закупівель різних видів медичної допомоги. У якості

державних замовників медичної допомоги виступають відділи охорони здоров'я райдержадміністрацій чи міських рад, а після запровадження принципів страхової медицини – страхові компанії.

Отже, реалізація опрацьованої цільової програми з розвитку сільської медицини та регіональної перспективної моделі розбудови таких закладів на основі комплексного механізму державного управління сприяє раціональній реорганізації ПМСД області, наближенню кваліфікованої медичної допомоги до мешканців регіону, виявленню значної кількості захворювань на ранній стадії, що дозволяє їх ефективніше лікувати. А акцент на валеологічній та профілактичній роботі фахівців сімейної медицини забезпечує підвищення рівня індивідуального та громадського здоров'я населення [30].

Сучасними напрямками модернізації ПМСД, підвищення її якості та ефективності вважаються керованість медичної допомоги конкретному пацієнтові з боку сімейного лікаря, її профілактична спрямованість, стандартизація і доказовість його професійних дій. Справжньої модернізації зазнає система контролю, яка замінюється на професійний аудит, що є внутрішнім і зовнішнім. Професійний аудит на відміну від звичайного контролю спрямовується не на виявлення недоліків роботи окремого сімейного лікаря, а на виявлення проблемних ланок системи надання первинної медичної допомоги, недоліків у технології лікувально-профілактичної роботи. До проведення внутрішнього аудиту залучаються кращі фахівці (колеги по роботі, медичні асоціації, профспілкові активісти, представники адміністрації), які самі надають подібну медичну допомогу в таких же умовах. Внутрішній аудит: включає не лише експертизу надання медичної допомоги на конкретному робочому місці сімейного лікаря, але й вивчає задоволеність пацієнтів взаємодією з системою ПМСД; аналізує показники, що характеризують якість і ефективність первинно медичної допомоги; виявляє причини, які призводять до лікарських помилок, і сприяє їх усуненню; розробляє рекомендації щодо попередження помилок і недоліків в роботі окремих фахівців і цілих підрозділів закладу охорони здоров'я ПМСД; вибирає найраціональніші управлінські

рішення і проводить корекцію заходів, спрямованих на підвищення ефективності роботи, а також контролює їх реалізацію [6].

Основними напрямками удосконалення механізмів публічного управління розвитком сільської медицини є такі:

- забезпечення підтримки та реалізації політичного механізму публічного управління розвитком сільської медицини;

- створення сучасного організаційно-функціонального публічного управління індивідуальним здоров'ям кожної людини та громадським здоров'ям ОТГ на основі опрацьованого реєстру здоров'я населення дільниці всіх вікових груп, положення про центр ПМСД і амбулаторію РМ, посадових інструкцій фахівців родинної медицини конкретного закладу охорони здоров'я;

- запровадження керованості медичної допомоги мешканцям сімейно-територіальної дільниці з боку фахівців родинної медицини, профілактичної спрямованості в їх діяльності, стандартизації та доказовості професійних втручань на основі локальних клінічних протоколів медичної допомоги при конкретних захворюваннях і державної формулярної системи лікарських засобів, ефективність яких доказана на великій кількості міжнародних клінічних спостережень;

- удосконалення інструментів позавідомчого контролю і зовнішнього професійного аудиту, а також запровадження внутрішнього професійного аудиту;

- активна міжнародна співпраця фахівців ПМСД щодо проведення наукових досліджень і обґрунтування практичних заходів, спрямованих на забезпечення модернізаційних напрямів розвитку родинної медицини;

- створення умов для пацієнтів і громадських організацій вільного доступу до професійної медичної інформації, що дозволить їм брати активну участь у прийнятті й виконанні рішень, які стосуються індивідуального і громадського здоров'я;

- раціоналізація сучасної фармакотерапії на основі фармакоекономіки та державної формулярної системи лікарських засобів.

Забезпечити максимальну результативність публічного управління розвитком сільської медицини можливо лише за умови чіткої ідентифікації її структурних елементів, до яких він відносить:

- добре підготовлені кадри, які отримують адекватну винагороду;
- інформаційне забезпечення процесу прийняття політичних та управлінських рішень;
- логістична система, яка дозволяє поставку лікарських засобів, вакцини, технології туди, де вони необхідні;
- зміст закладів охорони здоров'я в належному стані та організація їх роботи в якості елементів мережі з надання послуг і направлень пацієнтів до фахівців;
- керівництво, яке здатне встановлювати правила гри та забезпечувати їх дотримання, задавати зрозумілий напрям діяльності й використовувати потенціал всіх зацікавлених сторін [60];
- розробка і прийняття законодавчих актів щодо особливостей діяльності підприємств охорони здоров'я та технології надання медичних послуг [21];
- здійснення комплексного модернізаційного реформування системи охорони здоров'я, враховуючи кращі вітчизняні традиції та провідну практику її функціонування у сучасному світі;
- запровадження державно-управлінських інструментів з попередження кризи сфери охорони здоров'я як умови підвищення показників захищеності національних інтересів і забезпечення національної безпеки держави;
- реформування медичної системи освіти та інституціоналізація освітніх стандартів шляхом включення до них нових медичних професій, що у такий спосіб сприятиме підвищенню професійного рівня надання медичної допомоги;
- посилення нормативної та інституційної регламентації сфери охорони здоров'я відповідно до технологічних умов суспільного розвитку та реальних потреб населення [16];
- підвищення ефективності управління в сфері охорони здоров'я на основі інформаційно-технологічної підтримки вирішення завдань прогнозування і



планування витрат на надання медичної допомоги, а також контролю за дотриманням державних гарантій за обсягом і якістю її надання;

– визначення стратегічно оптимального рівня фінансування охорони здоров'я за допомогою річного подушного фінансового індексу, спираючись на досвід країн з ефективним охороною здоров'я;

– комплексний аналіз впливу прийнятих управлінських рішень на забезпеченість галузі ресурсами, в т.ч. фінансовими, ефективність їх використання, забезпечення гарантій надання медичних послуг в необхідному обсязі й відповідно до стандартів якості;

– моніторинг кадрового забезпечення та кадрових потреб в частині медичних і фармацевтичних працівників, планування обсягів і структури підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних і фармацевтичних кадрів, контроль за своєчасним проходженням навчання, оцінка кваліфікації медичного та фармацевтичного персоналу та ув'язка рівня його заробітної плати з якістю і обсягом наданої медичної допомоги;

– моніторинг оснащення медичних організацій необхідними матеріально-технічними ресурсами, аналіз відповідності матеріально-технічної забезпеченості організацій стандартам оснащення, оптимізація закупівель витратних матеріалів і комплектуючих, моніторинг завантаженості високотехнологічного медичного обладнання, аналіз інформації про стан, експлуатації та використанні програмно–технічних засобів;

– досягнення справедливості та рівноправного доступу до послуг охорони здоров'я;

– соціальна солідарність за допомогою забезпечення охорони здоров'я через НСЗУ або систему соціального медичного страхування;

– досягнення економічності за допомогою визначення фінансово обґрунтованих витрат в галузі;

– встановити стратегічну й поточну величину заробітної плати медичним працівникам, ґрунтуючись на сучасну вартість медицини і медичного праці, спираючись на досвід високорозвинених країн, з визначенням мінімального

початкового рівня оплати праці, здатного вивести трудову мотивацію медичних працівників з існуючої «фінансової ями» на гарантований рівень якісної діяльності;

- забезпечення здорових умов оточення за допомогою організації безпечних умов праці, безпеки питної води та продуктів харчування тощо [15];

- розробка та впровадження стандартів медичної допомоги і клінічних протоколів на засадах доказової медицини;

- запровадження системи індикаторів якості діяльності закладів охорони здоров'я;

- удосконалення системи акредитації закладів охорони здоров'я та ліцензування медичної практики на підставі об'єктивних критеріїв;

- створення дійових механізмів мотивації медичного персоналу для підвищення якості медичних послуг;

- вироблення принципового алгоритму подолання кризових ситуацій, які системно пронизують сферу охорони здоров'я, що тим самим становить виклики для національної безпеки держави [42];

- розширення багатокладності;

- формування єдиного медичного простору для раціонального використання наявних потужностей і ресурсів;

- введення гарантованого обсягу та забезпечення високого рівня медичної допомоги;

- перехід до державно-страхового фінансування;

- організація керованої медико-санітарної допомоги з використанням інституту сімейного лікаря;

- перехід від вертикального (нормативно-адміністративного) вектора співвідносності лікувально-профілактичних закладів до горизонтального типу взаємодії суб'єктів медичного простору на рівноправних економічних відносинах [47];

- реструктуризація сфери охорони здоров'я передбачає зміну примату лікарняної системи надання допомоги на діагностично-відновлювальні

принципи охорони здоров'я шляхом запровадження донозологічного моніторингу рівнів здоров'я населення та створення необхідної інфраструктури (центри діагностики, професійного здоров'я, відновлювальної медицини) [54];

– зміна характеру відносин між суб'єктами охорони здоров'я із переважно адміністративних до переважно економічних;

– перехід від прямого фінансування медичних закладів до фінансування медичної допомоги на основі відповідних нормативів витрат [41].

Реалізація вищенаведеного комплексу засобів публічного управління за перспективними напрямми дозволить забезпечити подальший розвиток сільської медицини в Україні.

Отож, для України важливо вивчати досвід забезпечення медичної допомоги на місцевому рівні. Перед вітчизняною системою охорони здоров'я нині постала проблема надмірної децентралізації і фрагментації фінансових потоків. Основним стратегічним напрямом реформування ПМСД і розвитку сільської медицини є підвищення якості медичної допомоги та ефективного використання обмежених ресурсів, керованість і профілактична спрямованість надання медичної допомоги населенню. Адже сільська медицина, як засвідчує досвід багатьох країн, забезпечує найвищу якість ПМСД, що зумовлено концепцією самої сільської медицини, засадничим принципом управління здоров'ям населення якої є дбайливе ставлення до здоров'я населення, що проявляється безперервною й всебічною координованою допомогою конкретним особам, їх родинам, враховуючи біологічні, соціальні, економічні та культурні традиції, які складають основу здорового способу життя, що на половину визначає стан здоров'я.

## ВИСНОВКИ

1. З'ясування сутності й значення розвитку сільської медицини – специфічної частини сфери охорони здоров'я, яка опікується наданням здебільшого ПМСД сільському населенню. Медичне обслуговування у сільській місцевості забезпечують заклади охорони здоров'я, у т.ч. центральні районні лікарні, центри ПМСД, медичні пункти, фельдшерсько-акушерські/фельдшерські пункти, амбулаторії, медичні кабінети, мобільні медичні кабінети, аптечні пункти, а також лікарі загальної практики – сімейні лікарі та лікарі інших спеціальностей, які надають ПМСД і зареєстровані як фізичні особи-підприємці й одержали в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, а також уклали договір про медичне обслуговування населення з відповідним розпорядником бюджетних коштів. Оскільки надання медичних послуг в сільській місцевості має істотний вплив на соціально-економічну ситуацію на окремих її територіях, тому розвиток сільської медицини є об'єктом публічного управління, для належного здійснення якого необхідні відповідні механізми впливу.

2. Дослідження діючих механізмів публічного управління розвитком сімейної медицини – сукупності форм і методів формування, розподілу та використання ресурсів для забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я – дозволяє виокремити такі їх види: адміністративні, економічні, інституціональні, конкретні, мотиваційні, політичні, правові, ресурсно-кадрові, соціально-психологічні. Серед елементів цих механізмів прийнято виділяти суб'єкт і об'єкт управління, методи, інструменти та засоби реалізації механізму, цілі та принципи регулювання, а також його результати. Залежно від конкретної ситуації, кожний механізм передбачає застосування відповідного переліку способу й засобів публічного управління.

3. Оцінювання результати публічного управління розвитком сільської медицини на місцевому рівні: КНП «ЦПМСД БОТГ» обслуговує 38584 осіб, з яких доросле населення – 32744 осіб, дитяче (від 0 до 17 років) – 5840 осіб; з них: 18508 осіб мешкають в місті; укомплектованість лікарями становить 69 %, середніми медпрацівниками – 100 %; на диспансерному обліку у сімейних лікарів перебуває 22111 осіб, дітей – 4085; створюються умови для рівного доступу сільського і міського населення до медичного обслуговування; загалом по Україні за останні 15 років кількість лікарняних закладів (з ліжками) скоротилася більше ніж у 12 разів (з 1007 до 74), самостійних лікарських амбулаторій та поліклінік більше ніж у 4 рази (з 2321 до 525), ФАПів – майже на 3000 (з 16113 до 13205).

4. Виокремлено для подальшої адаптації до умов України передовий світовий досвід щодо розвитку сільської медицини: органічне поєднання приватного та державного сектору надання медичних послуг, витрати на які програмою Medicare відшкодовуються, відповідно, на 75 і 100 % (Австралія); державна підтримка малих клінік і мобільних медичних фургонів, які за графіком відвідують малонаселені пункти (США); забезпечення сільських, віддалених і північних регіонів висококваліфікованими спеціалістами, які є орієнтованими на територіальну громаду; поглиблення досліджень проблем сільського здоров'я, особливо санітарних досліджень, завдяки яким можна контролювати відповідну сільську політику в сфері охорони здоров'я і можна оцінити ефективність фінансування програм охорони здоров'я та послуг; впровадження системи міжсекторальної та міжгалузевої співпраці для вирішення складних факторів і умов, що впливають на стан здоров'я сільського населення (Канада); створення центрів медичного обслуговування на певних територіях (Норвегія); кожен селянин щорічно зобов'язувався вносити на свій персональний рахунок \$ 1,25 на медичну допомогу, а уряд, у свою чергу, – додавати до цього ще \$ 5,00, крім цього оплачуючи приблизно 65 % його медичних витрат на рік (Китай).

5. Запропоновано удосконалити підходи до використання механізмів публічного управління розвитком сільської медицини на місцевому рівні: впровадження обов'язкового медичного страхування; розвиток добровільного медичного страхування; розширення господарської діяльності закладів охорони здоров'я як основи підвищення якості медичних послуг і розширення їх переліку; перехід на оптимізаційні моделі управління охороною здоров'я на основі формування єдиного медичного простору регіону; вдосконалення мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я; покращання територіальної доступності медичної допомоги; структурно-організаційне й фінансово-економічне розмежування функцій та ресурсів закладів ПМСД й лікарняних закладів з поступовим збільшенням фінансування закладів сімейної медицини; створення сучасного організаційно-функціонального публічного управління індивідуальним здоров'ям кожної людини та громадським здоров'ям ОТГ на основі опрацьованого реєстру здоров'я населення дільниці всіх вікових груп, положення про центр ПМСД і амбулаторію, посадових інструкцій фахівців родинної медицини конкретного закладу охорони здоров'я.

## ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Авраменко Н.В. Система державного регулювання охорони здоров'я. *Економіка та держава*. 2011. № 2. С. 145–148.
2. Авчухова А.М., Кочемировська О.О. Щодо проблем розвитку соціальної інфраструктури сільських населених пунктів: аналітична записка. URL: <http://www.niss.gov.ua/articles/1132>. (дата звернення: 01.10.2021).
3. Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. та ін. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні: операційне керівництво. Київ, 2018. 368 с.
4. Борисов Д.А., Дубонос П.В., Лазарев С.В., Мисюлин С.С. Практика саморегулювання в сфері оказання медичинських услуг. Минск, 2016. 154 с.
5. Гадаборшев М.И. Организация, оценка эффективности и результативности оказания медицинской помощи. Минск, 2013. 423 с.
6. Грицко Р. Сімейний лікар – центральний суб'єкт реалізації механізмів державного регулювання первинної медичної допомоги. *Актуальні проблеми державного управління*. 2012. Вип. 2. С. 132–135.
7. Державна служба статистики України. Офіційний сайт. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua>. (дата звернення: 01.10.2021).
8. Деякі питання реалізації пілотного проекту щодо розвитку системи медичної допомоги у Вінницькій, Донецькій, Одеській, Полтавській, Тернопільській областях та м. Києві та створення оперативно-диспетчерських служб. Постанова Кабінету Міністрів України від 22.05.2019 р. № 425. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/view/kp190425?an=1> (дата звернення: 01.10.2021).
9. Долгіх М.В. Закордонний досвід формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я. *Право та державне управління*. 2020. № 1. Т. 2. С. 107–114.
10. Долот В.Д. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2013. № 2.

11. Долот В.Д., Лещенко В.В. Поняття менеджменту й маркетингу в системі охорони здоров'я. *Держава та регіони. (Серія: Державне управління)*. 2014. № 1. С. 8–13.
12. Дронова Я.И. Методика расчета экономических показателей работы государственных лечебно-профилактических учреждений. *Менеджер здравоохранения*. 2012. № 5. С. 24–31.
13. Заремба Є.Х., Грицко Р.Ю., Кияк Ю.Г., Лемішко Б.Б., Заремба-Федчишин О.В., Заремба О.В. Основний напрямок роботи фахівців сімейної медицини – профілактика. *Практичний лікар*. 2017. Т. 6. № 4. С. 5–10.
14. Калашникова И.В. Государственное регулирование и управление на рынке медицинских услуг. Хаб, 2014. 119 с.
15. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2020. 214 с.
16. Кланца А.І. Охорона здоров'я як структурна складова національної безпеки держави: дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2019. 571 с.
17. Коротков Ю.А., Чуднов В.П. Организация управления здравоохранением в муниципальных образованиях. Минск: Панорама, 2016. 324 с.
18. Кризина Н.П. Аналіз державної політики в галузі охорони здоров'я в працях українських учених. URL: <http://academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/08-KRIZINA.pdf> (дата звернення: 01.10.2021).
19. Лазор О.Я., Лазор О.Д. Публічне управління та адміністрування: ретроспектива деяких теоретичних аспектів. *Університетські наукові записки*. 2015. № 4. С. 111–121.
20. Лемішко Б.Б., Мартинюк І.І. Мотиваційний менеджмент в сімейній медицині. *Ефективність державного управління: зб. наук. пр.* Львів: Вид-во ЛРІДУ НАДУ, 2010. Вип. 21. С. 231–236.
21. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Волчек В.В. Проблеми та перспективи перебудови стаціонарної медичної допомоги вторинного рівня. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2008. Т. 2. № 2. С. 44–52.



22. Лещенко В.В. Громадські лікарські організації як суб'єкти формування та реалізації державної політики України в галузі охорони здоров'я: автореф. дис... к.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2009. 20 с.

23. Луговий В.І. Десять років становлення (досвід досліджень, розробок і впроваджень у сфері державного управління). Київ: Вид-во НАДУ, 2005. 356 с.

24. Мартинов П. Австралійська медична модель: доступна, якісна та ефективна. URL: <http://cost.ua/news/352-med-australia>. (дата звернення: 01.10.2021).

25. Медведев И.Б. Финансовый менеджмент в медицине. Минск, 2013. 128 с.

26. Медяник Г.Є. Формування механізмів державного регулювання в системі фінансування закладів охорони здоров'я комунальної форми власності: автореф. дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Запоріжжя, 2010. 23 с.

27. Міністерства охорони здоров'я України. Офіційний сайт. URL: <http://www.moz.gov.ua/ua/> (дата звернення: 01.10.2021).

28. Організація надання первинної медичної допомоги поза годинами прийому пацієнтів: методичні рекомендації. URL: [https://moz.gov.ua/uploads/2/10935-metodicni\\_rekomendacii\\_pmd.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/2/10935-metodicni_rekomendacii_pmd.pdf) (дата звернення: 01.10.2021).

29. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua>. (дата звернення: 01.12.2021)

30. Пітко Я.М. Роль державних органів управління і місцевого самоврядування в механізмі реформування первинної медико-санітарної допомоги: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Львів, 2010. 24 с.

31. Поворозник М.Ю. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг. *Причорноморські економічні студії*. 2017. Вип. 14. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses\\_2017\\_14\\_7](http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses_2017_14_7). (дата звернення: 01.10.2021).

32. Поляков И.В., Максимов А.В. От единого государства к единой системе здравоохранения. *Проблемы управления здравоохранением*. 2001. № 1.

33. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України: Закон України від 07.12.2017 р. № 2233-VIII. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2233-19>. (дата звернення: 01.10.2021).

34. Про добровільне об'єднання територіальних громад. Закон України від 05.02.2015 р. № 157-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show> (дата звернення: 01.10.2021).

35. Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання первинної медичної допомоги населенню. Постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 р. № 283. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 01.10.2021).

36. Про затвердження Порядку здійснення допорогових закупівель. Наказ Державного підприємства «Зовнішторгвидав України» 13.04.2016 р. № 35. URL: <https://education.zakupki.prom.ua/> (дата звернення: 01.10.2021).

37. Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України від 06.02.2018 р. № 178/24. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show> (дата звернення: 01.10.2021).

38. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npras/249626689> (дата звернення: 01.10.2021).

39. Решетников В.А., Сквирская Г.П., Сырцова Л.Е. и др. Концептуальные подходы к подготовке специалистов в области управления здравоохранением. *Здравоохранение*. 2013. № 6. С. 9–15.

40. Салман Р.Б., Фигерайс Дж. Реформы системы здравоохранения Европе. Анализ современных стратегий / пер. с англ. Минск, 2000. 432 с.

41. Смотров О.І. Договір щодо надання медичних послуг: автореф. дис. ... к.ю.н.: 12.00.02. Харків, 2003. 18 с.

42. Теория и методы в современной политической науке: Первая попытка теоретического синтеза. / под ред. С.У. Ларсена. Маинск, 2009. 751 с.

43. Торбас О.М. Державне регулювання розвитку ринкових механізмів у системі охорони здоров'я на місцевому рівні в Україні. *Економіка та держава*. 2011. № 4. С. 129–131.

44. Феденько С. Фінансова доступність медичних послуг. *Українська наука: минуле, сучасне, майбутнє*. 2014. Вип. 19. Ч. 2. С. 223–228.
45. Фірсова О.Д. Система охорони здоров'я Норвегії, особливості її організації на муніципальному рівні: досвід для України. *Економіка та держава*. 2011. № 1. С. 100–104.
46. Худоба О.В. Державна політика забезпечення права на охорону здоров'я хворих на деменцію в Україні: механізми формування та реалізації: дис... д.держ.упр.: 25.00.02. Львів, 2019. 535 с.
47. Шевцов В.Г. Державне управління розвитком медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2011. 20 с.
48. Юристовська Н. Зарубіжний досвід державного забезпечення рівноправності у доступі до медичних послуг сільського населення у процесі реформування системи охорони здоров'я. *Ефективність державного управління*. 2017. Вип. 3. Ч. 1. С. 192–199.
49. Яремчук О.В. Удосконалення державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Запоріжжя, 2020. 208 с.
50. About HRSA. URL: <https://www.hrsa.gov/about/index.html>. (дата звернення: 01.10.2021).
51. Affordable Care Act provisions affecting the rural elderly. National Advisory Committee Rural Health and Human Services. URL: <http://www.hrsa.gov/advisorycommittees/rural/publications/elderly.pdf>.
52. Ash T. et al. The struggle for Ukraine. Chatham house report. London: The Royal Institute of International Affairs. 2017.
53. Bourke L. et al. Charting the future course of rural health and remote health in Australia: Why we need theory. *J Rural Health*. 2010. № 18. P. 54–62.
54. Ghaffar A. et al. The 3D Combined Approach Matrix: an improved tool for setting priorities in research for health. *Geneva, Global Forum for Health*. URL: <http://graduateinstitute.ch/files/live/sites> (дата звернення: 01.10.2021).

55. Government of Canada delivers on promise to provide economic development tools for rural communities. Government of Canada. Ottawa: News release. 2002. URL: [www.agr.gc.ca/cb/news/2002/n20626be.html](http://www.agr.gc.ca/cb/news/2002/n20626be.html). (дата звернення: 01.10.2021).

56. HRSA: Strategic Plan FY 2016–2018. URL: <https://www.hrsa.gov/about/strategicplan/index.html>. (дата звернення: 01.10.2021).

57. Human Development report 2014: Cultural liberty in today's diverse world. NY. 2016. P. 28–41.

58. Humphreys Js. Delimiting «rural»: implications of an agreed ‘rurality’ index for healthcare planning and resource allocation. *J Rural Health*. 1998. № 6. P. 212–216.

59. Humphreys Js. et al. Roles and activities of the Commonwealth Government University Departments of Rural Health. *J Rural Health*. 2000. № 8. P. 120–153.

60. Jensen R. The (perceived) Returns to Education and the Demand for Schooling. *Quarterly Journal of Economics*. 2015. V. 125. P. 515–48.

61. Kasper Anne S., Susan J. Ferguson. Breast Cancer: Society Shapes an Epidemic. N.Y.: St. Martin’s Press, 2010. 378 p.

62. Melnychenko O., Chovpan G., Udovychenko N., Muratov G., Rohova O., Kravchenko Zh., Kutuzyan Zh. The medical reform: realities and prospects for Ukraine. *Wiadomosci Lekarskie*. 2021. Vol. LXXIV. Issue 5, May. P. 1208–1212.

63. Municipal health and care services. Statistics Norway, 2010. URL: <http://www.ssb.no/helsetj-koen> (дата звернення: 01.10.2021).

64. Probleme de la dñsertification mñdicale: Politioe culturelle et associative / Yannick guillo legislatives. 2012. URL: <http://archive.is/6VG7V#selection-61.0-65.31>. (дата звернення: 01.10.2021).

65. Telehealth use in Rural Healthcare. Rural Assistance Center. URL: <http://www.raconline.org/topics/telehealth>. (дата звернення: 01.10.2021).

66. The World Health Report 2016: Make every mother and child count. Geneva: WHO, 2016. P. 204–211.