

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 МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНИМ
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
НА РЕГІОНАЛЬНОМУ 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

Ж.М. Овчарова

Керівник,

д.держ.упр., проф.

О.А. Мельниченко

Рецензент

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ	
МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ СФЕРИ ОХОРОНИ	
ЗДОРОВ'Я	5
1.1 Розвиток матеріально-технічного забезпечення сфери охорони	
здоров'я як об'єкт публічного управління	5
1.2 Механізми публічного управління матеріально-технічним	
забезпеченням сфери охорони здоров'я	13
РОЗДІЛ 2 ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ	
МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ СФЕРИ ОХОРОНИ	
ЗДОРОВ'Я НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ	22
2.1 Стан матеріально-технічної бази вітчизняних комунальних	
некомерційних підприємств як результат публічного управління у сфері	
охорони здоров'я	22
2.2 Забезпеченість і результати використання матеріально-	
технічних ресурсів в комунальних некомерційних підприємствах сфери	
охорони здоров'я Полтавської області	31
РОЗДІЛ 3 КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ	
ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНИМ	
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	41
3.1 Розробка Програми підтримки розвитку матеріально-технічної	
базы комунальних закладів охорони здоров'я Полтавської області на	
2022–2024 роки	41
3.2 Удосконалення підходів до використання механізмів публічного	
управління матеріально-технічним забезпеченням сфери охорони	
здоров'я	48
ВИСНОВКИ	60
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	63

ВСТУП

Актуальність проблеми. Здоров'я населення є запорукою й наслідком покращання соціально-економічної ситуації в країні (регіоні). Для того, щоб ця шляхетна мета стала реальністю, необхідна вітчизняна сфери охорони здоров'я, що спроможна забезпечити населення доступними та якісними медичними послугами. В сучасному суспільстві, особливо зважаючи на розвиток доказової медицини, означене вимагає належного матеріально-технічного забезпечення. Але більшість населення потерпає не лише від захворювань (у т.ч. хронічних), а й від того, що через обмежені власні фінансові можливості не спроможні оплатити медичні послуги сучасного рівня. Означена невтішна ситуація дещо «нівелюється» тим, що допоки більшість медичних закладів (передусім, КНП) не мають можливості використовувати сучасне обладнання для діагностики та лікування. І хоча органи публічного управління докладають чимало зусиль (передусім, мова йде про медичну реформу), але виправити ситуацію допоки не вдається. Відтак, питання вдосконалення механізмів публічного управління матеріально-технічним забезпеченням сфери охорони здоров'я набуває особливої актуальності, що спонукало автора до проведення відповідного дослідження.

В сучасних умовах над цією проблемою плідно працюють Авраменко Н. [1; 2], Буздуган Я. [7], Вашев О. [8], Григорович В. [14], Дейниховська К. [15], Дешко Л. [17], Ільницький М. [22], Карлаш В. [24], Картавцев Р. [25], Кланца А. [27], Кризина Н. [30], Лехан В. [32; 38], Лещенко В. [33], Лобас М. [34], Медяник Г. [36], Мельниченко О. [37], Рожкова І. [46], Слабкий Г. [32], Худоба О. [53], Шкробанець І. [55], Штогрин О. [56] та інші вчені.

Мета та завдання дослідження: на основі дослідження діючих в Україні механізмів публічного управління матеріально-технічним забезпеченням сфери охорони здоров'я обґрунтувати основні напрями їх вдосконалення.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі завдання:

- з'ясувати сутність і значення розвитку матеріально-технічного забезпечення сфери охорони здоров'я як об'єкту державного управління;
- дослідити діючі механізми публічного управління матеріально-технічним забезпеченням сфери охорони здоров'я;
- оцінити результати публічного управління матеріально-технічним забезпеченням сфери охорони здоров'я на регіональному рівні;
- розробити Програму підтримки розвитку матеріально-технічної бази комунальних закладів охорони здоров'я Полтавської області на 2022–2024 роки;
- запропонувати концептуальні підходи до вдосконалення підходів до використання механізмів публічного управління матеріально-технічним забезпеченням сфери охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є розвиток вітчизняної сфери охорони здоров'я.

Предметом дослідження є публічне управління матеріально-технічним забезпеченням сфери охорони здоров'я на регіональному рівні.

Методи дослідження: абстрактно-логічний – для теоретичних узагальнень і формування висновків; аналізу та синтезу – для оцінки параметрів розвитку сфери охорони здоров'я; системного підходу – для проведення кількісного та якісного аналізу проблеми розвитку матеріально-технічного забезпечення сфери охорони здоров'я; статистичних порівнянь – для дослідження результативності публічного управління матеріально-технічним забезпеченням сфери охорони здоров'я на регіональному рівні.

Практичне значення результатів дослідження полягає в поглибленні наявних уявлень про застосування механізмів публічного управління матеріально-технічним забезпеченням сфери охорони здоров'я на регіональному рівні.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Розвиток матеріально-технічного забезпечення сфери охорони здоров'я як об'єкт публічного управління

Належний рівень здоров'я населення – діалектичну функцію її світогляду, єдність тілесного, психічного, соціального та ментального здоров'я, системну якість, що характеризує людське буття у його цілісності [74]; відображення певного ставлення суспільства до держави, потенціал і можливості людини до її буттєвої реалізації через відповідні соціальні інститути, діяльність яких зворотно залежить від її фізичних можливостей [71], та є підґрунтям для стабільного політичного, економічного, соціального та особистісного розвитку [56]. Головні фактори економічного життя суттєво впливають на стан здоров'я населення, що є достатнім поясненням надмірної його хворобливості та смертності, а відповідно, і запорукою для національної безпеки держави [58].

Більшість експертів ліберального спрямування в артикуляції проблеми здоров'я нації в перехідний період сповідують ідейний та моральний нігілізм, ідейний вакуум, який спричинив аморальну практику, панування прагматичних і меркантильних інтересів [31]. здоров'я нації залежить від того, як держава будує свою політику відповідно до врахування об'єктивних викликів, з якими стикається сучасний світ [73]. Це зробило недоцільною участь держави у вирішенні актуальних проблем забезпечення здоров'я нації, розширивши самоорганізаційний потенціал людини і рівень її персональної відповідальності за власне здоров'я. Перетворення здоров'я на стратегічний національний інтерес держави сприяє розширенню її ресурсного потенціалу у сфері національної безпеки, зміцнює її економічну спроможність і військову обороноздатність, які дають змогу уникнути певних кризових ситуацій у

життєдіяльності нації. Лише завдяки ідеї зміцнення здоров'я нації як пріоритету національних інтересів вдається нейтралізувати негативні фактори внутрішнього розвитку держави та попередити нові негативні тенденції, що породжують загрози у сфері національної безпеки держави. Отже, це обґрунтовує функціональну спрямованість держави на реалізацію традиційних цінностей «людської особистості», верифікативна цілісність яких визначається якістю здоров'я нації [27].

Держава зобов'язана забезпечувати охорону здоров'я – сукупність заходів політичного, економічного, правового, соціального, культурного, наукового, медичного, санітарно-гігієнічного і протиепідемічного характеру, спрямованих на укріплення фізичного та психічного здоров'я кожного громадянина, підтримання його довголітнього активного життя, надання йому медичної допомоги у випадку погіршення здоров'я [13] – громадян незалежно від статі, расової приналежності, віку, національності, мови, захворювань, походження, фінансового становища й статусу, місця проживання, релігійного переконання, ідеологічних вподобань. Охорона здоров'я є сферою державних гарантій захисту громадян від будь-яких форм дискримінації, обумовленої наявністю відповідних захворювань [77]. Від того, наскільки охорона здоров'я впливає на формування та збереження здорового способу життя, залежить «об'єктивована суспільна свідомість нації», що включає дотримання комплексу заходів для профілактики низки захворювань, переважно та передчасного старіння. Це слугуватиме збільшеною тривалості життя громадян, збереженню ресурсного потенціалу суспільства, його інституційної пам'яті, а відповідно й укріпленню генофонду нації та її безпекового функціонування, особливо в кризових ситуаціях [27]. Стратегічна координуюча роль сфери охорони здоров'я повинна гарантувати доступність і безплатність медичної допомоги, її високу якість, що включає застосування потужних технологій для медичної промисловості [64].

Зміцненню національної безпеки у сфері охорони здоров'я та здоров'я нації сприятимуть підвищення якості та доступності медичного обслуговування за рахунок використання перспективних інформаційних і телекомунікаційних

технологій, підтримка перспективних розробок у сфері фармацевтики, біотехнологій та нанотехнологій, а також модернізація економічних механізмів функціонування охорони здоров'я [12]. Досягнення здоров'я населення забезпечується за допомогою постійних зусиль з боку державних і громадських структур й громадян, які беруть участь в суспільному процесі. Фактично ми говоримо про взаємини між державною владою та охороною здоров'я як частиною публічної влади, громадським й індивідуальним здоров'ям. Характер таких відносин обумовлює стан здоров'я індивіда та суспільства [26].

У процесі пошуку альтернативних джерел доходу, шляхів зниження витрат при збереженні високої якості послуг формуються умови для розвитку ринку медичних послуг [25] – послуг лікувально-профілактичного характеру, в основі якої лежить медична допомога відповідно до існуючих медичних стандартів, підкріплена системою конкурентних переваг [9].

Ці послуги дозволять бюджетній медичній установі легально отримувати дохід від медичної діяльності, а пацієнти отримають у значно комфортніших умовах більш якісну медичні послуги, причому за нижчими цінами, ніж у комерційних клініках [23; 24]. Процес формування ринку медичних послуг передбачає, передусім, чергу зміну механізмів фінансування охорони здоров'я з активним залученням в цей процес державного (комунального) та приватного секторів і різних джерел фінансування [25]. Тобто мова йде про фінансове забезпечення – операції з фінансовими активами органів внутрішніх справ, які спрямовані на покриття їх потреб у капіталі з усіх можливих і законних джерел, їх мобілізацію та використання [28]; діяльність уповноважених нормативно-правовими актами суб'єктів, що направлена на розподіл фондів коштів між суб'єктами задля виконання ними своїх завдань і функцій [35]; діяльність, яка здійснюється в межах фінансової системи держави в усіх її проявах, та є формою участі в розподілі грошових коштів шляхом отримання фінансових ресурсів у встановленому законом порядку з метою наділення відповідними матеріально-технічними ресурсами [22]; метод формування та використання

фондів грошових коштів, і який характеризує зміст впливу фінансів на різні аспекти суспільних правовідносин [7].

Формування повноцінного ринку медичних послуг призведе до посилення конкуренції між закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності [25]. За таких умов зростає значущості рівня їхнього матеріально-технічного забезпечення – сукупності принципів, форм, методів і заходів, спрямованих на виробництво й постачання технічних засобів, запасних частин, паливно-мастильних матеріалів, енергоносіїв, засобів догляду, техніко-технологічне обслуговування та надання виробничих послуг, що реалізується шляхом взаємодії підприємств-виробників матеріально-технічних ресурсів, торгово-посередницьких організацій, сервісних підрозділів, формувань з машиновикористання й державних органів, що регулюють відносини у сфері техніко-технологічного забезпечення [18]; комплексу організаційних, технічних, економічних, транспортних, правових й інших заходів і процесів, спрямованих на забезпечення потреб підприємств, фірм, об'єднань, установ, організацій тощо засобами виробництва та предметами праці для використання в матеріальному виробництві та сфері невиробничої діяльності [59]; сукупності суспільних відносин, урегульованих нормами різних галузей права (цивільного, адміністративного, господарського, фінансового тощо), для забезпечення їх матеріально-технічними ресурсами, необхідними для своєчасного й безперебійного виконання поставлених перед ними завдань [28]; підтримання нормального функціонування, забезпечення виконання поставлених перед ними завдань, ефективного здійснення ними визначених у законодавстві функцій, а також схожі засоби здійснення такої діяльності (постачання в достатній кількості необхідних грошових, матеріальних і технічних ресурсів) [35].

В 2007 р. Всесвітня асамблея охорони здоров'я прийняла резолюцію про технології охорони здоров'я [11]. Глобальна ініціатива по технологіях охорони здоров'я, яка охоплює розробку політики та методологічних засобів управління технологіями охорони здоров'я, а також проводить відбір інноваційних технологій, поряд з Проектом пріоритетних пристроїв медичного призначення і

Базисним оглядом являються основними стратегіями в цьому напрямку на 2009–2010 рр. [42]. ВООЗ також ініціювала розробку Глобальної рамкової моделі з регулювання в сфері медичного обладнання, включаючи медичні вироби для діагностики *in vitro* з метою підтримки держав-членів в забезпеченні якості та безпеки медичного обладнання [81]. В 2017 р. ВООЗ прийняла «Глобальну модель нормативного регулювання ВООЗ для медичного обладнання, у т.ч. діагностичні медичні прилади *in vitro*», де представлені основні принципи та ефективні регулюючі механізми, які необхідно реалізовувати в країнах в рамках чинного законодавства [65]. Забезпечення населення доступними, якісними медичними послугами достатнього обсягу залежить від адекватності матеріально-технічної бази КНП, професіоналізму й кваліфікації медичних працівників. До обов'язкових умов медичного обслуговування належної якості є фінансове забезпечення – пріоритетний чинник, що впливає на розвиток охорони здоров'я й соціально-економічну результативність сфери [19].

Досягнення цілей щодо розвитку, які пов'язані зі здоров'ям, залежать від належного виробництва, планування, регулювання, оцінки, придбання, управління й використання медичного обладнання – спеціально розроблених приборів, які допомагають в діагностиці, проведенні моніторингу чи здійсненні лікування пацієнтів. Ці прибори, як правило, розробляється відповідно до сурових вимог забезпечення безпеки при їх використанні [25], й необхідні для ефективної профілактики, діагностики та лікування хвороб і порушень здоров'я, а також для проведення реабілітації пацієнтів [50].

Види медичного обладнання:

– Діагностичне обладнання, яке включає медичні прибори з моніторами які використовують для визначення діагнозу у пацієнтів (рентгенологічні апарати, магніторезонансні томографи, апарати ультразвукової діагностики).

– Медичне обладнання яке використовується для підтримки фізичних функцій пацієнта (медичні вентилятори, апарати штучного кровообігу, апарати для діалізу тощо).

– Терапевтичне обладнання (інфузійні насоси, медичні лазери, лазерно-стимулюючі монолітні каратомильози).

– Медичне лабораторне діагностичне обладнання автоматизує процес дослідження біологічного матеріалу: крові, сечі, калу, генних аналізів тощо.

– Медичні монітори дозволяють медичному персоналу відслідковувати стан здоров'я пацієнта та зміни таких параметрів, як електрокардіограма, електроенцефалограма, кров'яний тиск, розщеплені гази в крові пацієнта тощо.

– Діагностичне обладнання, яке може бути використаним з певною метою особисто пацієнтом в домашніх умовах (глюкозометр тощо) [49].

Враховуючи, що медичне обладнання відноситься до технологій, які необхідні для конкретних заходів профілактики, діагностики та лікування й реабілітації ВООЗ працює сумісно з експертами, спеціалізованими центрами та державами-членами з метою розробки інструментів для більш ефективного використання ресурсів, відбору, реєстрації, безпечного використання та підвищення рівня інформованості з питань інноваційних технологій. ВООЗ відмічає, що інноваційні технології використовуються для заповнення існуючих проблем в доступності технологій для певних груп населення, шляхом забезпечення нових рішень проблем із здоров'ям, адаптації існуючих технологій в конкретних умовах або з метою нового використання [25].

Економічна суть матеріально-технічних ресурсів полягає у тому, що вони, будучи оборотними фондами КНП, повністю переносять свою вартість на новостворену продукцію (медичні послуги). Їх вартість входить у загальні витрати на створення продукції. Матеріально-технічні ресурси беруть участь у цьому процесі протягом одного виробничого циклу. Таким чином, вони потребують відшкодування на колишньому рівні при простому відтворенні або у збільшених розмірах при розширеному відтворенні. У цьому процесі вони змінюють свою речову форму, що відрізняє їх від іншої групи виробничої бази – технічних ресурсів, які складають основні засоби КНП [60].

Основними методами оновлення та вдосконалення матеріально-технічного забезпечення КНП є:

- кооперація та комбінування виробництва;
- застосування інноваційних технологій;
- посилення капіталізації через залучення інвестицій.

Діяльність цієї системи має бути спрямована на відтворення й розвиток матеріально-технічної бази, зростання рівня інновативності технологічних процесів, підвищення ефективності надання медичних послуг і функціонування цієї системи загалом [18]. Належна організація фінансового та матеріально-технічного забезпечення є запорукою успіху діяльності суб'єктів таких правовідносин, дає змогу зменшити витрати, а відтак – підвищити ефективність їх діяльності. Формування організаційних засад фінансового та матеріально-технічного забезпечення, в т.ч. науково-дослідних установ України, передбачає створення єдиного порядку проведення заходів, які б забезпечували координацію дій усіх суб'єктів у зазначеній сфері правовідносин [54].

Наскільки буде КНП конкурентним залежить, у т.ч. і від рівня його забезпечення дороговартісним обладнанням, яке має бути безпечними, якісними та відповідати умовам в яких використовуються. У сучасних реаліях медичні прилади та технології є невід'ємною частиною забезпечення якісної та найсучаснішої допомоги пацієнтам у відділеннях ІТ. Інвазивні та неінвазивні системи моніторингу, інфузійні насоси, критичні засоби життєзабезпечення (наприклад, шлуночкові допоміжні пристрої, вентилятори) є повсюдними, при цьому лікарі та медсестри у відділеннях анестезіології та ІТ постійно взаємодіють з цими пристроями [25]. При цьому слід зважати, що більше 1,5 млн різних медичних пристроїв доступні в усьому світі [80]. Збільшення кількості сучасних технологій, що застосовуються в охороні здоров'я, не підвищує автоматично якість і безпеку медичного обслуговування [66]. І якщо деякі технології позитивно впливають на безпеку та якість медичної допомоги, то інші – негативно [67; 75; 76]. Помилки, пов'язані з використанням пристроїв і технологій, є відповідальними за сотні або навіть тисячі смертей щороку [79]. Помилки при роботі з пристроєм є більш поширеними, ніж їх несправність [72].

Отже важливою задачею сьогодення для власників КНП є забезпечення їх медичним обладнанням, яке необхідне для надання якісних медичних послуг. Зважаючи на їхню соціальну значущість, а також роль матеріально-технічного забезпечення цього процесу, він є об'єктом публічного управління – цілеспрямованого впливу органів публічної влади на матеріально-технічне забезпечення сфери охорони здоров'я шляхом застосування визначених законодавством різноманітних засобів і механізмів регулюючого впливу на діяльність суб'єктів господарювання для реалізації державної політики щодо розвитку охорони здоров'я [17].

Принагідно відзначимо, що, своєю чергою, вищезгадане публічне управління теж потребує відповідного матеріально-технічного забезпечення – урегульованого нормами різних галузей права (адміністративного, цивільного, фінансового) процес планування, пошуку, закупівлі, використання, зберігання, обліку та контролю за використанням об'єктів інфраструктури та інших матеріально-технічних ресурсів, необхідних для своєчасного та безперервного здійснення суб'єктами реалізації державної політики покладених на них завдань в обсягах, необхідних для забезпечення бажаних, сприятливих умов для розвитку діяльності, прийняття ефективних управлінських рішень у сфері охорони здоров'я та розвитку цієї сфери на довгострокову перспективу.

Основними ознаками матеріально-технічного забезпечення публічне управління розвитком сфери охорони здоров'я в адміністративно-правовому аспекті можна визначити такі:

- 1) регулюється нормами адміністративного права;
- 2) предметом є матеріально-технічні ресурси;
- 3) знаходиться у безпосередньому взаємозв'язку із фінансовим забезпеченням реалізації державної політики;
- 4) має чітко визначену законодавством України процесуальну форму;
- 5) відіграє ключову роль у забезпеченні цілей, прийнятті ефективних управлінських рішень у цій сфері та розвитку її на довгострокову перспективу, оскільки надає необхідну матеріально-технічну базу та ресурси;

б) одночасно створює належні умови для діяльності суб'єктів реалізації державної політики;

7) здійснюється одночасно на таких рівнях (державному, регіональному та місцевому);

8) здійснюється за рахунок держбюджету, грантових проектів ЄС.

Варто підкреслити, що матеріально-технічне та фінансове забезпечення публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я знаходяться у постійному взаємозв'язку, оскільки саме від обсягів фінансування, що виділяються із держбюджету, безпосередньо залежить можливість надання необхідних матеріально-технічних ресурсів, а необхідність збільшення надходжень матеріально-технічних ресурсів з метою підвищення ефективності реалізації державної політики вимагає внесення пропозицій щодо корегування надходжень фінансових ресурсів.

Основними етапами організації матеріально-технічного забезпечення цього процесу є: визначення потреби в матеріально-технічних ресурсах, пошуку й купівлі ресурсів, організації доставки, зберігання й видачі окремим структурним підрозділам, контролю за використання отриманих ресурсів [6].

Зрештою слід зазначити, що зважаючи на його суспільну значущість, розвиток матеріально-технічного забезпечення сфери охорони здоров'я є об'єктом публічного управління, для забезпечення якого слід використовувати відповідні механізми впливу.

1.2 Механізми публічного управління матеріально-технічним забезпеченням сфери охорони здоров'я

Передусім слід зазначити, що механізм публічного управління – система, призначена для практичного здійснення публічного управління та досягнення поставлених цілей, яка має визначену структуру, методи, важелі, інструменти впливу на об'єкт управління з відповідним правовим, нормативним та

інформаційним забезпеченням. Склад цього механізму змінюється залежно від особливостей тієї чи іншої сфери [14].

У контексті даного дослідження доцільно навести споріднені поняття та їх тлумачення, як-от: організаційний механізм публічного управління в сфері охорони здоров'я – прямий або опосередкований вплив органів державної влади та органів місцевого самоврядування на структуру, функції, зовнішню і внутрішню взаємодію постачальників послуг з охорони здоров'я та медичного забезпечення [14]; механізм фінансування сфери охорони здоров'я – сукупність організаційно-правових форм і методів формування, розподілу та використання фінансових ресурсів для забезпечення фінансування цієї сфери [36];

Складові економічного механізму публічного управління розвитку сфери охорони здоров'я – впровадження багатоканальної бюджетно-страхової сфери фінансування сфери охорони здоров'я у поєднанні із системою контролю за цільовим використанням коштів; легалізація співучасті громадян в оплаті медичної допомоги; ефективне використання наявних ресурсів у сфері охорони здоров'я тощо [41]. Удосконалення відповідних механізмів необхідне для створення прозорих фінансово-економічних відносин у процесі цільового накопичення та адресного використання коштів, необхідних для реалізації в повному обсязі конституційних прав громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [3].

Залежно від соціально-економічної політики та з урахуванням своїх конституційних функцій, кожна держава формує власну модель фінансового забезпечення охорони здоров'я, які використовує такі джерела фінансування:

- бюджетні кошти;
- власні кошти юридичних і фізичних осіб, що надходять у вигляді благодійних внесків, плати за надані послуги;
- внески на обов'язкове й медичне страхування тощо [16].

Ресурсно-кадровий механізм публічного управління розвитку охорони здоров'я дозволяє здійснювати оптимальне планування та використання ресурсів у процесах надання медичних послуг у межах використання концепції

сталого розвитку медичних організацій усіх типів, що уможлиблює визначення їх планової і фактичної потужності з урахуванням прогнозів, а також розрахунок необхідного обсягу медичної продукції. Публічне управління ринку медичних технологій і медичного обладнання передбачає застосування прямих економічних методів, в т.ч. за рахунок механізму бюджетного фінансування наукових досліджень в сфері охорони здоров'я. Тоді як непрямі методи на даних ринках охорони здоров'я практично не застосовуються [24].

Спрямованість теорії й практики публічного управління на реформування сфери охорони здоров'я в Україні зумовлює оновлення відповідних механізмів на регіональному рівні, що потребує опрацювання та впровадження більш досконалого організаційно-економічного механізму публічного управління, який концентрував би зусилля органів місцевої виконавчої влади і органів місцевого самоврядування, ділових кіл і громадськості на розв'язанні протиріч й усуненні невідповідностей між фактичними потребами населення в медичній допомозі та послугах і реальними можливостями сфери охорони здоров'я щодо якісного задоволення цих потреб в умовах трансформаційних перетворень [1].

Фінансово-економічний механізм забезпечення системи охорони здоров'я регіону передбачає:

- застосування багатоканального фінансування медичної допомоги;
- створення прозорих умов надходження й використання коштів із державного, місцевого бюджету, страхових компаній та від населення;
- визначення напрямів розширення джерел фінансування сфери охорони здоров'я регіону залежно від рівня її розвитку [33].

Механізм підвищення ефективності ресурсного потенціалу сфери охорони здоров'я на регіональному рівні:

- акумулювання коштів, необхідних для забезпечення соціальних гарантій;
- застосування подушового принципу фінансування;
- стандартизація процедур лікування та використання лікарських засобів;
- тендерні закупівлі;

- моніторинг системи охорони здоров'я та оцінювання результатів;
- стимулювання залучення додаткових коштів;
- стимулювання економії витрат на охорону здоров'я [2].

Система публічного управління, що діє в сфері охорони здоров'я має характерні риси загальної (універсальної) системи державного управління і специфічні риси системи управління об'єктами соціально-культурної (гуманітарної) сфери [10].

Основні суб'єкти публічного управління сферою охорони здоров'я поділяють на чотири групи:

- вищі органи державної влади;
- органи виконавчої влади загальної компетенції;
- органи виконавчої влади галузевої компетенції;
- органи місцевого самоврядування [40].

Основними суб'єктами формування державної політики у сфері охорони здоров'я є центральні органи державної влади, а саме: Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України та Президент України. При цьому основні функції щодо фінансування, регулювання та контролю у сфері охорони здоров'я покладено лише на один орган – Міністерство охорони здоров'я України [15] – центральний орган виконавчої влади, який забезпечує реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, санітарного та епідемічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення, діяльність якого спрямовується й координується Кабінетом Міністрів України.

Основними завданнями МОЗ є:

- розроблення, координація і контроль за виконанням державних програм розвитку охорони здоров'я, зокрема профілактики захворювань, надання медичної допомоги, розвитку медичної та мікробіологічної промисловості;
- організація надання медичної допомоги в невідкладних та екстремальних ситуаціях, здійснення в межах своєї компетенції заходів, пов'язаних з подоланням наслідків Чорнобильської катастрофи;

– забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, санітарного та епідемічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення;

– організація надання державними та комунальними закладами охорони здоров'я безоплатної медичної допомоги населенню;

– розроблення заходів щодо профілактики та зниження захворюваності, інвалідності та смертності населення [10].

НСЗУ як центральний органом виконавчої влади, забезпечує надання медичних послуг, лікарських засобів і виробів медичного призначення, передбачених Програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, за рахунок коштів держбюджету. Підвищення доступності та якості медичного обслуговування забезпечується через: надання субвенцій з держбюджету місцевим бюджетам для розвитку охорони здоров'я, належного контролю за цільовим та ефективним використанням коштів, спрямованих на виконання необхідних заходів; здійснення заходів з розроблення, затвердження, фінансування, виконання державних цільових програм, спрямованих на охорону, поліпшення, збереження і відновлення здоров'я населення [53].

Центральні органи виконавчої влади, яким підпорядковані заклади охорони здоров'я (Міністерство оборони України, МВС, СБУ, Міністерство інфраструктури України), разом з МОЗ України беруть участь у здійсненні державної політики в галузі охорони здоров'я за рахунок надання медичної допомоги категоріям громадян, котрі мають стосунок до вказаних органів виконавчої влади, а також іноді та членам їх сімей. Наприклад, у системі Міністерства оборони України існують військові шпиталі, медичні служби військових частин. Керівництво всіма структурними підрозділами медичної служби здійснюють відповідні управлінські структури вказаного міністерства.

Місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування здійснюють регулювання у сфері охорони здоров'я за рахунок наявності у їх структурі обласних і районних (міських у Києві) управлінь (відділів) охорони

здоров'я та відповідних структур виконавчих комітетів рад [10]. Місцеві органи управління охороною здоров'я, що є підрозділами (на обласному, районному або міському рівнях) державних адміністрацій, діють як замовники (платники) і виконують функцію первинного розподілу бюджетних коштів та забезпечують своїх мешканців медичним обслуговуванням. Бюджети доходів і витрат, штатний розпис покупця повинні ухвалюватись (на районному або міському рівні) державною адміністрацією. Управління (відділи) охорони здоров'я на районному або міському рівні – юридична особа і, як наслідок, має незалежний баланс, зареєстровані рахунки в органах державного казначейства, печатку з державною символікою і своєю назвою. З іншого боку, існують автономні місцеві постачальники медичних послуг з власним статутом і статусом юридичної особи, що діють як некомерційні медичні підприємства. Відповідно до положення про нього, місцевий відділ охорони здоров'я головним чином фінансується за рахунок державних бюджетних фондів. Його основна функція – управляти сферою охорони здоров'я територіальної громади й укладати контракти із постачальниками медичних послуг [46].

Основними завданнями управлінь охорони здоров'я у складі місцевих органів виконавчої влади є:

- забезпечення реалізації державної політики – прогнозування розвитку мережі закладів охорони здоров'я для нормативного забезпечення населення медико-санітарною допомогою;

- здійснення заходів, спрямованих на запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям і на їх ліквідацію;

- організація надання медико-санітарної допомоги населенню, роботи органів медико-соціальної експертизи, закладів судово-медичної та судово-психіатричної експертизи;

- забезпечення виконання актів законодавства в сфері охорони здоров'я, державних стандартів, критеріїв і вимог, спрямованих на збереження навколишнього природного середовища й санітарно-епідемічного благополуччя населення, а також додержання нормативів професійної діяльності в галузі

охорони здоров'я, вимог Державної фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій [43].

Органи місцевого самоврядування відіграють відповідну роль у процесі управління охороною здоров'я на місцевому рівні, а саме у покращанні стану здоров'я територіальної громади, задоволенні потреб громадян у послугах з охорони здоров'я відповідної якості.

Виконавчі комітети сільських, селищних і міських рад реалізують державну політику щодо розвитку охорони здоров'я:

1. В межах власних повноважень:

– управління КНП, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення;

– організація медичного обслуговування в оздоровчих закладах й інших соціальних об'єктах, які належать територіальним громадам або передані їм;

– сприяння роботі творчих спілок, національно-культурних товариств, асоціацій, інших громадських і неприбуткових організацій, які діють у сфері охорони здоров'я.

2. В межах делегованих повноважень:

– забезпечення в межах наданих повноважень доступності та безоплатності медичного обслуговування на відповідній території;

– забезпечення розвитку всіх видів медичного обслуговування, розвитку й вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності;

– визначення потреби та формування замовлень на кадри для цих закладів;

– укладення договорів на підготовку спеціалістів, організація роботи щодо удосконалення кваліфікації кадрів;

– реєстрація відповідно до законодавства статутів розташованих на відповідній території закладів охорони здоров'я незалежно від форм власності;

– забезпечення відповідно до законодавства пільгових категорій населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення;

– внесення пропозицій до відповідних органів про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я [8].

Базовими принципами вітчизняної сфери охорони здоров'я є поліпшення здоров'я всього населення, відповідність запитам і потребам людей, забезпечення справедливості в розподілі фінансових ресурсів, доступність усіх до наявних ресурсів [32].

Стратегічною метою публічного управління матеріально-технічним забезпеченням сфери охорони здоров'я є поліпшення матеріально-технічної бази КНП як запоруки розширення переліку та покращання якості медичних послуг, а з тим – підвищення рівня здоров'я й поліпшення якості життя населення [30].

На сучасному етапі медичної реформи цілі механізму публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я представлені такими напрямками:

- забезпечення населення висококваліфікованими фахівцями та якісним рівнем медичного обслуговування;
- забезпечення громадян гарантованим пакетом безкоштовних медичних послуг;
- забезпечення достатнього рівня фінансового забезпечення;
- забезпечення новими технологіями та інноваційним розвитком галузі;
- вдосконалення системи організації та управління охороною здоров'я;
- підвищення рівня кваліфікації кадрів в системі охорони здоров'я;
- проведення профілактичної діяльності;
- забезпечення вдосконалення процесу правового регулювання;
- створення конкурентного середовища на медичному ринку;
- створення системи охорони здоров'я, яка пристосовується до постійно змінюваних умов існування економічного ринку [44].

Інструменти публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я:

1. Економічні: бюджетне фінансування, податкові пільги, державні замовлення, субсидії, інвестиції, пільгове кредитування; податкові ставки, цінові обмеження, державні штрафи, пеня.

2. Нормативно-правові: законодавчі акти, стандарти надання послуг, положення, інструкції, бюджет.

3. Організаційно-адміністративні: стандартизація, ліцензування, адміністративні, заборони і обмеження, фінансові плани, цільові програми.

4. Соціально-психологічні: соціальна реклама, заборона на куріння і вживання алкоголю в громадських місцях, вікове обмеження на продаж алкоголю і сигарет, інформаційні медичні сайти [24].

Було змінено законодавчу базу та механізми закупівлі високовартісного обладнання з впровадженням системи «Прозоро». При цьому змінена система закупівлі високовартісного обладнання за державний кошт. Централізовані закупівлі високовартісного обладнання проводяться тільки за певними напрямками. Вони стосуються в основному витратних матеріалів за напрямками: нейростимулятори мозкової активності, штучні суглоби, онкологія, стенди й кардіостимулятори, дитячій і дорослий гемодіаліз і здійснюються через міжнародні організації: ПРООН, ЮНІСЕФ, CROOW Ageusi.

Високовартісне обладнання для КНП закуповується на рівні регіонів і КНП за відповідними програмами, яких залежно від регіону функціонує від 5 до 12-ти. Нині в регіонах високовартісне обладнання для КНП здійснюється сумісно за кошти держбюджету (50 % за рахунок субвенцій) та 50 % місцевих бюджетів. Відповідно до позики Міжнародного банку реконструкції та розвитку, на закупівлю високовартісного обладнання для сфери охорони здоров'я. В Україні використовуються кошти в сумі \$ 350 млн [25].

За цих умов система публічного управління охороною здоров'я в Україні має ґрунтуватися на системному поєднанні адміністративних і політичних механізмів публічного управління [20].

Органи публічної влади сприяє реалізації відповідної державної політики шляхом застосування різноманітних засобів і механізмів публічного управління господарської діяльності з охорони здоров'я [17].

Отож, в Україні сформовано сукупність механізмів публічного управління, здатних забезпечити розвиток сфери охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИЧНІ АКПЕКТИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

2.1 Стан матеріально-технічної бази вітчизняних комунальних некомерційних підприємств як результат публічного управління у сфері охорони здоров'я

Про стан матеріально-технічної бази вітчизняних КНП та сфери охорони здоров'я загалом, можна висновувати за результатами не лише офіційної статистики (до речі, вона надто «скупо» представлена у широкому доступі), а й соціологічних досліджень.

Так, зокрема, недостатній рівень використання при діагностиці нейросонографічних скринінгових обстежень, ефективність яких складає тільки 57,9 %, що вказує на необхідність розширення показів до них і впровадження сучасних форм ультразвукової діагностики (транспарієтальної НСГ і комбінованої із доплерографією) при цьому доведено, що придбання нового обладнання не призводить до підвищення економічної ефективності діагностичного нейросоно-графічного обстеження, інтенсифікація праці (збільшення кількості досліджень) та покращання її якості (підвищення кваліфікації лікарів) мають позитивний тренд впровадження [55].

Результати дослідження серед медичних працівників бригад швидкої медичної допомоги вказують на те, що найскладнішою проблемою в організації доїзду бригад ШМД до пацієнтів є наявність на дорогах заторів, які заважають проїзду санітарного автотранспорту (90,4±1,6 %) в зв'язку з чим у 26,2±2,7 % випадків ШМД доїздить на місце виклику у терміні більше 40 хвилин. Показано достатньо високий рівень забезпеченості бригад ШМД лікарськими засобами та засобами медичного призначення для надання невідкладної медичної допомоги

при гострих порушеннях мозкового кровообігу ($89,8 \pm 1,6$ %), що підтверджено офіційним підвищенням рівня фінансування служби екстреної медичної допомоги на придбання лікарів і засобів медичного призначення. Але при цьому відмічається достовірно низький рівень укомплектування машин ШМД обладнанням для підтримки життєво важливих функцій організму під час транспортування ($27,3 \pm 2,4$ %) та умовами для безпечного транспортування пацієнтів в тяжкому стані ($27,3 \pm 2,4$ %) [21].

Донині не затверджені й не впроваджені на національному рівні загально визнані у світі мінімальні стандарти периопераційного моніторингу пацієнтів, існують обмежені технічні можливості моніторингу вітальних функцій пацієнтів у зв'язку з дефіцитом пульсоксиметрів і моніторів пацієнта (рівень оснащення, відповідно, 0,21 та 0,27 од. обладнання на 1 операційний стіл при нормативі 0,33 та 1,0), що підтверджується даними соціологічного дослідження з низькими частками респондентів, які дали позитивні відповіді щодо наявності в їх закладах локальних стандартів периопераційного менеджменту пацієнтів ($69,5 \pm 2,74$ % респондентів), запровадження «Чек-листа ВООЗ з безпеки хірургічного втручання» чи його адаптованої версії ($8,5 \pm 1,66$ % респондентів), наявності технічної можливості забезпечення 100 % пацієнтів пульсоксиметричним контролем оксигенації крові під час анестезій ($54,3 \pm 2,97$ % респондентів) [51].

Нагальною проблемою для усіх КНП є заміна й оновлення існуючого морально застарілого та фізично зношеного обладнання з 100 % вичерпаним експлуатаційним ресурсом. Потреба у високовартісному обладнанні у кожному КНП становить на суму порядку $\text{€ } 9\text{--}13$ млн [29].

Забезпеченість лікарськими посадами становить 0,98 на 10 тис населення при дефіциті 281 фізичних осіб медичних працівників, забезпеченість діючим санітарним автотранспортом становить 41 % від потреби, ЕКГ-апаратами – 53 %; портативним кисневим балоном – 55 %; пульсоксиметром портативним з елементами живлення – 30 %; дефібрилятором з водієм ритму та записом показників пацієнта – 8 %; транспортним апаратом ШВЛ – 60 %. Виявлено, за

результатами соціологічного дослідження КНП, що санітарним транспортом забезпечені $32,1 \pm 2,3$ % із опитаних, робоче місце оснащене персональним комп'ютером у $28,5 \pm 2,3$ %, а $66,7 \pm 2,4$ % мають доступ до системи інтернет, $21,2 \pm 2,0$ % надають невідкладну медичну допомогу протягом доби і $19,7 \pm 2,0$ % – у вихідні дні, $71,5 \pm 2,3$ % не задоволені умовами праці. Матеріально-технічну базу КНП оцінили як таку, що забезпечує виконання функцій лише частково – $47,5 \pm 2,5$ %; не дає можливості надавати медичну допомогу у повному обсязі – $15,3 \pm 1,7$ %; не відповідає завданням КНП – $13,1 \pm 1,7$ % [34].

Станом на 01.11.2021 р. знаходилося високовартісного обладнання на балансі КНП вторинної ланки 179888 од. (€ 8,7 млрд.), третинної ланки – 81403 од. (€ 6,2 млрд.). Так, найбільша кількість обладнання знаходиться в КЗОЗ вторинної ланки Донецької (22261), Дніпропетровської (12251), Луганської (11154) областей та м. Києва (15330), а найменша – Кіровоградської (2652), Чернівецької (2851) областей. Найвища вартість вказаного обладнання зареєстрована в КЗОЗ вторинної ланки Донецької області (€ 876,1 млн) та м. Києва (€ 770,4 млн), а найменша – в Чернівецькій області (€ 89,3 млн). Найвищі рівні оснащеності КЗОЗ відповідно до табелів оснащення зареєстровані в Одеській (87,9 %), Херсонській (84,6 %), Кіровоградській (83,7 %), Вінницькій (82,7 %) областях, а найнижчі – в Луганській (40,7 %), Черкаській (51,9 %), Тернопільській (53,1 %) областях.

Високий рівень невикористання дороговартісного обладнання в КЗОЗ вторинної ланки м. Києва (13,1 %) та наступних областей: Вінницької (16,6 %), Хмельницької (10,4 %), Одеської (10,2 %). Найкраще використовується обладнання в Херсонській (97,7 %), Чернівецькій (97,3 %) та Тернопільській (96,8 %) областях. Основними причинами невикористання дороговартісного обладнання в КНП вторинної ланки є відсутність приміщень для його встановлення, персоналу та витратних матеріалів [25].

Найбільша кількість високовартісного обладнання знаходиться на балансі КНП третинної ланки Донецької (6756), Харківської (5571), Луганської (4763) та Дніпропетровської (4547), а найменша – Волинської (1594), Чернігівської

(1701) областей. При цьому кількість обладнання та його вартість між собою не корелюють. Дане, опосередковано вказує на те, що однотипне обладнання в різних регіонах було придбане по різній вартості. Наявний низький рівень кореляції вказаних показників. Нижче 80 % така відповідність зареєстрована в КНП 74,1 % регіонів з найнижчими показниками в Луганській (27,9 %), Чернігівській (40,2 %), Київській (45,7 %) областях. Найвищі рівні відповідності зареєстровані в Києві (89,5 %), Кіровоградській (85,6 %), Одеській (87,6 %) та Запорізькій (83,9 %) областях. найбільша частка високовартісного обладнання не експлуатувалася в КЗОЗ третинної ланки Одеської (14,1 %, вартістю € 9,2 млн), Львівської (11,8 %, € 24,0 млн), Волинської (11,7 %, 25,2 млн) Кіровоградської (11,3 %, вартістю € 18,3 млн) областей, а найменша – 0,9 % вартістю 1,7 млн в Черкаській області.

Аналіз інтеграційних даних відповідності оснащення КЗОЗ табелям оснащення по регіонах дозволив отримати наступні результати:

– оснащеність КНП жодного регіону повністю не відповідає затвердженим табелям оснащення за інтеграційними показниками. На підставі цього можна констатувати щодо необхідності проведення роботи на містах з переоснащення КНП, так і щодо необхідності експертної оцінки та можливого перегляду чинних нині табелів оснащення;

– найнижчий рівень відповідності оснащення КНП табелям оснащення спостерігається у Луганській області (40,7 % – по КНП вторинної ланки, 27,9 % – по КНП третинної ланки);

– найвищий рівень відповідності оснащення КНП табелям оснащення по КНП третинної ланки спостерігається у Києві (89,5 %). Але така висока оцінка показника нівелюється встановленим незадовільним рівнем експлуатаційного стану такого обладнання та низьким ступенем його використання;

– найвищий рівень відповідності оснащення КНП вторинної ланки встановлено в Одеській області (88,0 %). Але високий показник відповідності нівелюється високим рівнем невикористання обладнання на тлі низького рівня забезпеченості обладнанням у КНП вторинної ланки;

– показники відповідності оснащення КНП табелям оснащення, що є нижчими за середні по Україні, по КНП вторинної ланки зареєстровані у Львівській, Тернопільській, Чернігівській, Волинській, Луганській, Черкаській областях;

– показники відповідності оснащення КНП оснащення, що є нижчими за середні по Україні, по КНП третинної ланки спостерігаються у Львівській, Дніпропетровській, Чернігівській, Волинській, Хмельницькій, Житомирській, Київській, Сумській, Луганській областях [25].

Найгірший експлуатаційний стан медичного обладнання спостерігається у Києві, Кіровоградській, Сумській, Житомирській, Запорізькій областях. Найвищий рівень обладнання, що знаходиться у задовільному стані – у Чернівецькій, Херсонській, Полтавській, Львівській, Донецькій, Тернопільській областях. Значно гіршою представляється ситуація за аналізом даних щодо експлуатаційного стану обладнання по КНП третинної ланки. У процесі аналізу з'ясовано, що найнижчі показники високовартісного обладнання у задовільному стані – у Києві, Дніпропетровській, Одеській, Кіровоградській, Сумській, Івано-Франківській, Луганській та Запорізькій областях. Найкращі показники – у Донецькій області.

По КНП вторинної ланки 89,8 % обладнання (на загальну суму € 187,9 млн) знаходилося у задовільному стані, 2,5 % (€ 5,3 млн) потребувало поточного ремонту, 2,6 % обладнання (€ 3,6 млн) потребувало капітального ремонту, 4,8 % обладнання (€ 8,5 млн) ремонту не підлягало. При цьому 8,1 % обладнання (€ 15,2 млн) не використовувалося, у т.ч. унаслідок: відсутності витратних матеріалів 0,7 %, відсутності дозволу на експлуатацію 0,01 %, відсутності персоналу 0,1 %, не введено в експлуатацію 0,1 %, з інших причин не використовується 7,2 % обладнання.

За аналізом даних щодо експлуатаційного стану обладнання по КНП вторинної ланки з'ясовано, що найгірший експлуатаційний стан медичного обладнання спостерігається у Києві, Кіровоградській, Сумській, Житомирській, Запорізькій областях. Найвищий рівень обладнання, що знаходиться у

задовільному експлуатаційному стані, спостерігається у Чернівецькій, Херсонській, Полтавській, Львівській, Донецькій, Тернопільській областях. За даними аналізу міри використання високовартісного обладнання, що знаходиться у задовільному експлуатаційному стані з'ясовано, що ознаки неповноцінного використання високовартісного обладнання, що знаходиться на балансі КНП вторинної ланки, спостерігаються у Полтавській, Львівській, Вінницькій, Луганській, Закарпатській областях.

За результатами аналізу експлуатаційного стану обладнання у розрізі груп обладнання найгірший експлуатаційний стан обладнання спостерігається:

– по КНП вторинної ланки спостерігається незадовільний стан ЛОР обладнання (79,3 % знаходиться у задовільному стані), автотранспорту (61,9 % знаходиться у задовільному стані, 20,2 % потребує поточного ремонту), діагностичного та ендоскопічного обладнання (81,0 % знаходиться у задовільному стані), наркозно-дихального обладнання (78,0 % знаходиться у задовільному стані), обладнання для замісної ниркової терапії (100 % ремонту не підлягає), рентген-діагностичного обладнання (82,1 % знаходиться у задовільному стані, 9,5 % потребує поточного ремонту), обладнання служби крові (85,3 % знаходиться у задовільному стані), ультразвукового діагностичного та фізіотерапевтичного обладнання (81,4 та 87,7 %, відповідно, знаходиться у задовільному стані);

– по КНП третинної ланки незадовільний стан обладнання має місце у групах автотранспорту (у задовільному стані 85,7 % у задовільному стані), рентген-обладнання (88,7 %), стоматологічного обладнання (88,2 % знаходиться у задовільному стані, 5,9 % ремонту не підлягає).

За результатами аналізу причин невикористання виявлено наступне:

– по КНП вторинної ланки 13,3 % діагностичного обладнання, 15,7 % наркозно-дихального обладнання, 15,5 % обладнання служби неонатології та акушерства, 10,6 % ультразвукового діагностичного обладнання, 100 % обладнання для замісної ниркової терапії не використовується «з інших причин»;

– по КНП третинної ланки 10,0 % бар'єр невикористання не перевищений по жодній з груп обладнання [25].

В Україні у 2017 р. закуплено за кошти місцевих бюджетів 4305 од. дороговартісного обладнання на загальну суму € 1313,1 млн із яких 651 (15,1 %) на суму 491,0 млн (37,4 %) не введено в експлуатацію.

В КНП України не встановлено та не використовується дороговартісне обладнання (магнітно-резонансний томограф Optima MR360; томограф комп'ютерний Brivo CT 38 – 3 од.; комплекс рентгенівський діагностичний; комп'ютерний томограф SOMATOM та Aquilion PRIME-80-зрізовий в складі), яке закуплено в минулі роки за кошти місцевих бюджетів на суму € 126,6 млн. Найбільші суми неефективно затрачених коштів місцевих бюджетів на закупку дороговартісного обладнання зареєстровано в наступних регіонах: € 73,5 млн – Донецька, € 25,5 млн – Луганська області, € 16,7 млн – м. Київ.

Загальними причинами невикористання закупленого за кошти місцевого бюджету обладнання є відсутність необхідних приміщень, відсутність дозвільних документів для введення в експлуатацію обладнання, відсутність необхідного фінансування для введення обладнання в експлуатацію.

В КНП вторинної ланки найбільш високий рівень задоволеності наступних лікарів – спеціалістів стаціонарного сектору забезпеченістю КЗОЗ медичним обладнанням: акушерами-гінекологами (58,0±2,5 %), хірургами (53,0±2,5 %), кардіологами (48,0±2,5 %), гастроентерологами (45,4±2,5 %), а найменший лікарями: ендокринологами (20,0±2,0 %), урологами (30,0±2,3 %), пульмонологами (31,6±2,3 %). Низький рівень задоволеності забезпеченістю обладнанням відмітили лікарі-анестезіологи (37,6±2,4 %), які надають інтенсивну медичну допомогу пацієнтам при невідкладних станах. В КНП третинної ланки найбільш задоволеними рівнем забезпеченості медичним обладнанням відмітили лікарі: хірурги (62,5±2,4 %), акушери-гінекологи (60,0±2,4 %) та офтальмологи (50,0±2,5 %), а найменш задоволеними є лікарі-неврологи (20,0±2,0 %) та лікарі-анестезіологи (30,0±2,3 %).

Найвищий рівень задоволеності забезпеченням медичним обладнанням визначили лікарі таких спеціальностей КНП вторинної ланки: офтальмологічна ($74,4 \pm 2,2$ %), хірургічна ($72,0 \pm 2,2$ %), отоларингологи ($67,2 \pm 2,3$ %), а найменший – неврологічна ($38,0 \pm 2,4$ %), травматологічна ($41,5 \pm 2,5$ %), терапевтична ($46,0 \pm 2,5$ %), урологічна ($49,8 \pm 2,5$ %). При цьому лікарі алергологи і ендокринологи повністю незадоволені рівнем забезпеченості медичним обладнанням. В закладах КНП третинної ланки найвищий рівень задоволеності лікарів забезпеченням медичним обладнанням визначили лікарі таких спеціальностей: акушерство та гінекологія і офтальмологія (100,0 %), а найменший – ендокринологія ($25,0 \pm 2,2$ %) та кардіологія і терапія ($40,0 \pm 2,4$ %).

Дані опитування лікарів стаціонарного сектору щодо можливості надавати медичну допомогу в обсягах, визначених клінічними протоколами по забезпеченню КНП, в яких вони працюють медичним обладнанням в цілому вказують на низький рівень таких можливостей КНП вторинної ланки. Лікарі-нейрохірурги та лікарі-ендокринологи такої можливості не мають, а за 8 спеціальностями із 14, що підлягали дослідженню ($57,1 \pm 2,5$ %) рівень таких можливостей не сягає $20,0 \pm 2,0$ %. КНП третинної ланки вказаних можливостей в цілому достовірно вищий ніж на вторинному рівні при низькому у лікарів-анестезіологів і лікарів-кардіологів – по $20,0 \pm 2,0$ %.

КНП вторинної ланки лікарі алергологи та ендокринологи повністю не можуть надавати амбулаторно-поліклінічну допомогу відповідно до клінічних протоколів у зв'язку з відсутністю необхідного обладнання. Низький рівень медичної допомоги у відповідності до галузевого нормативу за причини відсутності необхідного обладнання надають лікарі за наступними спеціальностями: кардіологія ($2,4 \pm 0,7$ %), урологія ($12,0 \pm 1,6$ %), неврологія та отоларингологія ($12,0 \pm 1,6$ %), пульмонологія ($13,4 \pm 1,7$ %). КЗОЗ третинної ланки лікарі алергологи та ендокринологи повністю не можуть надавати амбулаторно-поліклінічну допомогу відповідно до клінічних протоколів в зв'язку з відсутністю необхідного обладнання. Низький рівень медичної допомоги у відповідності до галузевого нормативу за причини відсутності

необхідного обладнання надають лікарі за наступними спеціальностями: отоларингологія, урологія, гастроентерологія – $33,3 \pm 2,4$ %.

Щодо діагностичного обладнання встановлено низький рівень його запровадження в клінічну практику всіх КНП України, зокрема, майже в 50 % виявлено відсутність апаратів УЗД у ВІТ закладів I групи ($97,39 \pm 0,94$ % відділень), II групи ($96,71 \pm 1,45$ %), III групи ($93,02 \pm 3,88$ %) і IV групи ($96,97 \pm 3,03$ %). Що стосується рентгенапаратів, то забезпеченість ними у ВІТ була дещо кращою, але недостатньою. Найбільша кількість ВІТ, в яких відсутні рентгенапарати, спостерігалася у КНП із ліжковим фондом 100–299 ліжок ($71,73 \pm 2,97$ % відділень). Цей показник був достовірно вищим, ніж у КНП із ліжковим фондом 300–499 ліжок ($61,18 \pm 3,95$ % відділень), 500 та більше ліжок ($58,13 \pm 7,52$ %) та обласних КНП ($42,42 \pm 8,73$ %). У ВІТ таких КНП госпіталізуються пацієнти в критичному стані. Українським важливим обладнанням для лікування таких пацієнтів є засоби для точних дозувань при проведенні інфузії сильнодіючих препаратів (адреноміметики, седативні засоби, інсулін). Без такої апаратури практично неможливо дозувати вазопресори при такому тяжкому ускладненні, як шок. Так, зокрема 50 % дефіцит дозаторів для введення лікарських речовин у ВІТ збільшує ризик летальності в 1,5 разу. У КНП із потужністю 300–499 ліжок летальність у ВІТ обумовлена факторами, які більшою мірою пов'язані з оснащеністю експрес-лабораторій.

Таким чином, першочерговими завданнями для зменшення летальності у ВІТ КНП із потужністю 300–499 ліжок є оснащення експрес-лабораторій газовими та електролітними аналізаторами, ВІТ – дозаторами при чіткому дотриманні чинних нормативних документів. У КНП із потужністю понад 500 ліжок кількість достовірних факторів, асоційованих із ризиком летальності, пов'язана з 50 % дефіцитом дозаторів введення лікарських речовин [25].

Отож, у вітчизняних КНП склалась певною мірою передоксальна ситуація: з одного боку, має місце істотний дефіцит матеріально-технічних ресурсів (передусім, сучасного дороговартісного обладнання), а з іншого – численні факти, коли таке обладнання (зокрема, МРТ, КТ) придбане, але не

використовується (частіше за все, через відсутність необхідних приміщень, кваліфікованих кадрів тощо), тим самим не лише відображаючи нераціональне використання бюджетних коштів й унеможливаючи формування додаткових доходів для КНП й покращання якості надання медичних послуг, а й, фактично, створюючи сприятливі умови для зайняття цих привабливих сегментів ринку представниками приватного бізнесу.

2.2 Забезпеченість і результати використання матеріально-технічних ресурсів в комунальних некомерційних підприємствах сфери охорони здоров'я Полтавської області

Про наявність матеріально-технічних ресурсів в КНП Полтавської області і результати їхнього використання можна висновувати на підставі звітності Департаменту охорони здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації, серед яких слід відзначити таке:

- у всіх центрах ПМСД Полтавської області розроблено маршрути для функціонування нового автотранспорту та графіки забору біоматеріалу для досліджень. Задля цього використовуються 35 автомобілів;

- 7 пересувних діагностичних комплексів здійснюють виїзди до сіл, де немає ФАПів та амбулаторій;

- сільські амбулаторії, окрім іншого мають таке оснащення: 45 службових автомобілів; 402 добових моніторів артеріального тиску; 845 пристроїв для дистанційної передачі ЕКГ; 315 дефібриляторів; 1890 сумок-холодильників;

- обласна служба екстреної медичної допомоги забезпечена 165 автомобілями, з них 23 типу «С» («Citroen») та 142 – типу «В» (з них: 69 – «Peugeot», 73 – «Citroen»);

- вже працюють 4 телемедичні центри;

- для амбулаторій в сільській місцевості придбано 290 комплектів обладнання для первинної діагностики звязку та інших нагальних потреб;

– розбудовано спроможну мережу ПМСД (рис. 2.1), яка складається з 36 Центрив ПМСД, 335 амбулаторій, 584 фельдшерсько-акушерських пунктів і 7 пунктів здоров'я;



Рис. 2.1 – Мережа ПМСД Полтавської області

– у рамках реалізації субпроєкту було закуплено обладнання, яке розширило медичні послуги населенню, значно збільшило доступність та обсяги охоплення, покращило якість надання медичних послуг і виявляємість хворих на серцево-судинну патологію, забезпечило стандартизацію процесу; кількість проведених досліджень добовими моніторами артеріального тиску складає 47754 та за 2019–2020 рр. зросла більше, ніж в 4,7 рази, вперше діагностовано 7126 випадків артеріальної гіпертензії; за 2020 р. було врятовано життя 1677 пацієнтам з гострим коронарним синдромом;

– у процесі медичної реформи в Полтавській області функціонує 47 центральних районних і міських КНП і 27 обласних КНП (рис. 2.2);

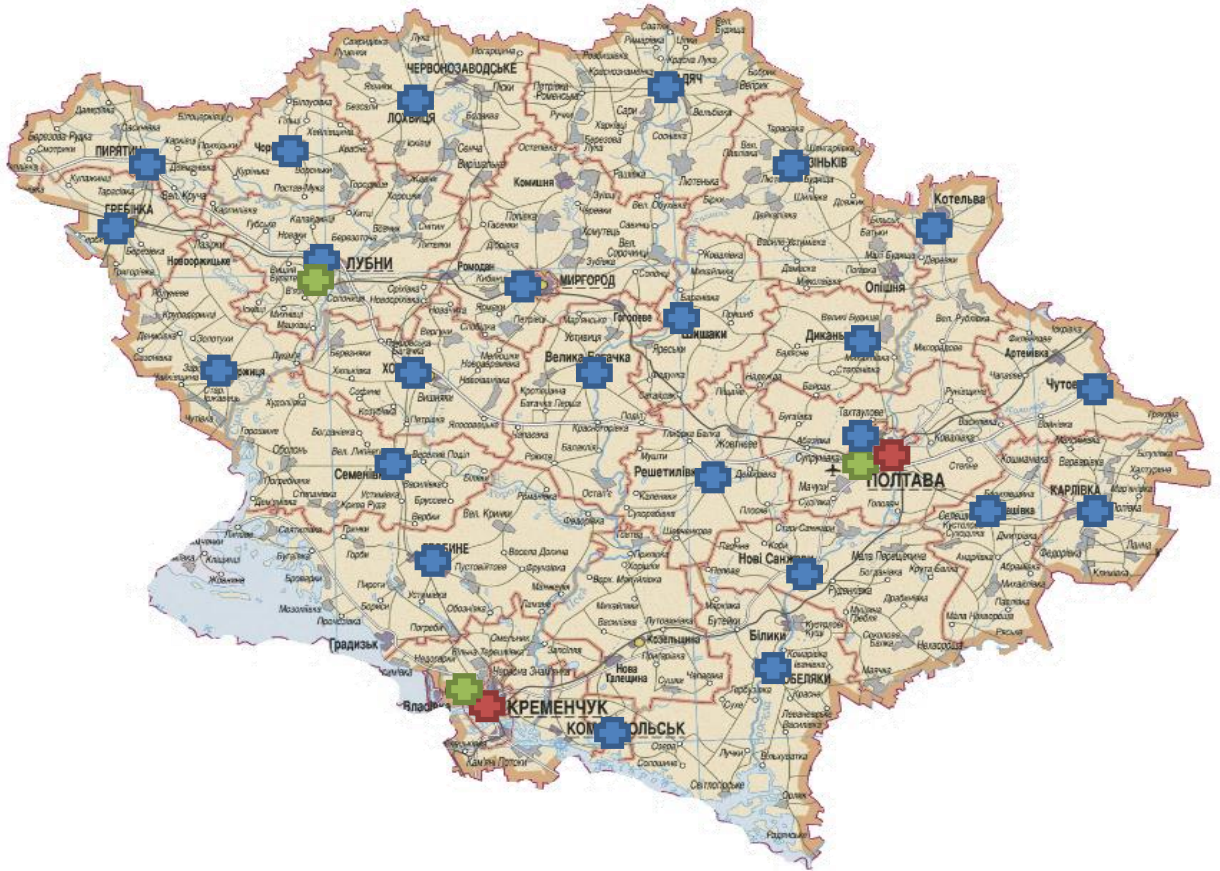


Рис. 2.2 – Мережа спроможної мережі вторинної та третинної медичної допомоги Полтавської області

– в 2018 р. була проведена робота з організації та створення Шкіл здоров'я в ЦПМСД. Наразі у 277 амбулаторіях і 35 ЦПМСД (80,8 %) створені та працюють Школи здоров'я з профілактики неінфекційних захворювань;

– в Обласній клінічній лікарні ім. М.В. Скліфосовського у 2018 р. після реконструкції відкрито нейрохірургічне відділення з сучасними технологіями і підходами до лікування. Щоденно виконується близько 10 оперативних втручань і близько 2 тис. втручань щорічно на судинах серця, голови та периферичних судинах

– КНП області вторинної та третинної ланки забезпечені (хоча й недостатньою мірою) доволі сучасним високовартісним обладнанням, але не

все воно використовується належним чином (табл. 2.1), що ставить мінімізує результативність використання бюджетних коштів на їх придбання;

Таблиця 2.1 – Інформація щодо ангиографічних установок в КНП Полтавської області

КНП	Назва, виробник, рік випуску	Статус
КНП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В.Склясовського Полтавської обласної ради»	Ангиограф INFx-i8000V Infinix VF-i/SP, Японія, 2017 р.	Введено в експлуатацію, 2018 р.
	Система ангиографічна інтервенційна Allura Xper FD 10, Японія, 2018р.	Введено в експлуатацію, 2020 р.
КНП «Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр Полтавської обласної ради»	Siemens Arcadis Aventic (С-арка), Німеччина, 2013 р.	Введено в експлуатацію, 2015 р.
	Azurion F 15 (Philips), Голландія, 2019 р.	На балансі, 2020 р., не введений в експлуатацію через оформлення дозвільних документів
КНП «Хорольська центральна районна лікарня» Хорольської районної ради Полтавської області	Система рентгенівська ангиографічна з динамічним плоским детектором АХІОМ Artis d FC, 2008 р.	На балансі з 2018 р., не введений в експлуатацію через неготовність приміщення

– у рамках реалізації в області Субпроекту отримано 7 автомобільних пересувних комплексів. При виїздах проводяться наступні обстеження: електрокардіографія, визначення артеріального тиску, росту, ваги, індексу маси тіла та взяття крові на визначення дев'яти біохімічних показників. Для зручності отримання медичних послуг і консультацій людьми з обмеженими фізичними можливостями автомобілі оснащені гідравлічним підйомником. Починаючи з серпня 2018 р. пересувні діагностичні комплекси щотижнево здійснювали виїзди до сіл, де немає ФАПів та амбулаторій. За 2018–2019 р. проведено виїзди до 32 районів та ОТГ, обстежено 3775 осіб в 237 населених пунктах. Виявлено 2282 особи з підвищеним артеріальним тиском – 60,5 % від загальної кількості оглянутих та 2539 осіб – 67,3 % зі збільшеним індексом маси тіла;

– зважаючи на епідеміологічну ситуацію, особливої актуальності набуває міра забезпечення КНП «киснем» (табл. 2.2); в «пікові» періоди захворюваності

населення на COVID-19 мав місце певний дефіцит «кисню», але завдяки істотному збільшенню кількості кисневих точок й придбання спеціалізованого обладнання, а також укладання договорів про постачання кисню з суб'єктами господарювання відповідного профілю, КНП працюють в «штатному режимі»;

Таблиця 2.2 – Забезпеченість «киснем» КНП Полтавської області

Найменування	Од.	Загальна ємність підключених до системи, м ³	Од.	Кисень медичний газоподібний, м ³ /добу
Кисневі балони	537	5050,6	354	1552,4
Кріоциліндр (кріогенний газифікатор)	37	6229,41	386	2773,825
Концентратор портативний кисневий	172	--	192	1376,612
Киснева станція	6	0,4	0	0

- 2 лабораторії здійснюють ПЛР діагностику COVID-19;
- залишається потреба у щонайменше 7 КТ, з яких 6 – 64-зрізових;
- на балансі КНП, які безпосередньо лікують пацієнтів, хворих на COVID-19 (й за необхідності, використовуються) такі матеріальні ресурси: апарати ШВЛ – 411; засоби індивідуального захисту – 2419344; ізоляційні халати – 66980; костюми біозахисту – 127415; маски медичні – 1207610; рукавиці нітрилові нестерильні – 810012; захисні окуляри/щитки – 28186; респіратори класу захисту не нижче FFP2 – 179141;

- КНП, які безпосередньо лікують пацієнтів, хворих на COVID-19, мають критичну потребу у такому обладнанні: апарати ШВЛ – 10 од., мобільні рентгенографи – 7, монітори пацієнта – 13, газоаналізатори – 3, кисневі концентратори – 38, кисневі станції – 5; проте жодне з КНП не має власних коштів на придбання вищенаведеного необхідного обладнання;

- КНП, залежно від їхнього статусу (приналежності до певної «хвилі» боротьби з COVID-19) мають відмінну потребу в додатковому обладнанні (табл. 2.3). Завдяки додатковому бюджетному фінансуванню, більшість КНП (передусім, «першої хвилі») отримали чимало додаткового обладнання та витратних матеріалів, вкрай необхідних для їхнього функціонування.

Таблиця 2.3 – Дефіцит КНП Полтавської області в обладнанні

Назва	«Перша хвиля»	«Друга хвиля»	«Третя хвиля»	Всього
Апарат ШВЛ	36	12	40	88
Система МФП	190	100	105	395
Дефібрилятор	0	0	2	2
Апарат УЗД	0	0	1	1
Пересувний рентген апарат	3	5	5	13
Система подачі медичного кисню	2	1	2	5
Допоміжна система ВЛ	66	39	116	221
Газоаналізатор крові	12	3	0	15
Електро відсмоктувач портативний	197	23	39	259

– амбулаторії різною мірою потерпають від дефіциту тих чи інших ресурсів, що у середньому по Полтавській області: забезпеченість обладнанням відповідно до табеля матеріально-технічне оснащення – 72,1 % від потреби; автомобілями – 63,7 %; комп'ютерами – 76,6 %; підключення до мережі Інтернет – 92,6 %; забезпечення ліками для надання невідкладної медичної допомоги – 94,3 %; частка бюджетного фінансування – 29,4 %.

Попри збільшення обсягів фінансування вітчизняної сфери охорони здоров'я, більшість КНП все ж відчують дефіцит необхідних ресурсів. Більше за те, комерціалізація їхньої діяльності, як невід'ємний елемент медичної реформи, змушує КНП не лише шукати додаткові джерела надходжень коштів, а й оптимізувати витрати на надання медичних послуг. Особливо це важливо щодо стаціонарів, де вартість лікування клінічних випадків висока (принаймні, порівняно з первинною ланкою) [37].

Враховуючи результати аналізу діяльності 44 стаціонарів Полтавської області за 2020 р. [39], було систематизувати фактори (у т.ч. пов'язані з їхнім матеріально-технічним забезпеченням), які впливають на вартість лікування клінічних випадків в стаціонарах КНП (звісно, без урахування коштів, які пацієнти та їхні родичі додатково витрачають на лікування):

1. Ланка охорони здоров'я: третинна (високоспеціалізована) медична послуга вирізняється своєю дорожнечою, оскільки є більш ресурсомісткою,

складною та унікальною, й, водночас, менш поширеною [37] (середня вартість пролікованого випадку туберкульозу становить € 131494, тоді як масові види медичних послуг (терапія дорослих, педіатрія, неврологія) переважно «недорогі» – до € 7 тис. [39]); чим менша кількість пролікованих випадків в стаціонарі, тим вища середня вартість пролікованого випадку.

2. Територіальна приналежність КНП: статус населеного пункту (столиця, обласний/районний центр...) обумовлює фінансові можливості КНП щодо капіталовкладення власних і залучених коштів у розвиток матеріально-технічного та кадрового потенціалу, а з тим – розширення переліку й підвищення складності (вартості) медичних послуг [37] (середня вартість пролікованого випадку в міському стаціонарі становить € 9357, перебування в стаціонарі районної лікарні – € 5304 [39]).

3. Структура витрат КНП: значна частка адміністративних витрат [37] (СНІД – 27 %), витрат допоміжних медичних підрозділів (кардіологія – 68 %), комунальних платежів (психіатрія – 15 % [39]), а також нераціональний розподіл ресурсів між відділеннями КНП почасти обумовлює завищення вартості пролікованого випадку.

4. Структура бюджету відділень КНП: значна частка заробітної плати [37] (кардіологія; торакальна хірургія – 64 %) і витрат на медикаменти та вироби медичного призначення (нефрологія – 92 %) обумовлює орієнтацією на надання високотехнологічних (дорогих) медичних послугах і пріоритетність витрат, пов'язаних з лікуванням; (найдорожчим є гемодіаліз – € 242455 [39]).

Саме тому запорукою формування справедливої вартості лікування клінічних випадків в стаціонарах КНП (у т.ч. Полтавської області) є достатня кількість пацієнтів певної патології на одного лікаря, належне його ресурсне забезпечення та мінімізація частини адміністративних витрат [37]. Додатковим ускладнюючим фактором є поширений механізм неформальних платежів, який замінює відсутні офіційні механізми, які б раціоналізували систему та забезпечували її фінансову ефективність. Але на практиці нині власне основна частина таких офіційних і неофіційних послуг в Україні надається саме на цих

рівнях, хоча більшість з них можуть бути надані на первинному рівні, що абсолютно не засвідчуватиме про їх низьку якість. Інколи навпаки, необґрунтоване використання інструментальних методів діагностики й лікування в умовах спеціалізованих закладів спричиняє зниження якості послуг і зростання фінансових витрат пацієнтів [53].

Проведений зрівняльний аналіз придбаного медичного обладнання в ракурсі «ціна-кількість» вказує на відсутність єдиного державного підходу при визначенні договірної закупівельної ціни на медичне обладнання [25].

Кожна держава має володіти належним ресурсно-інституційним потенціалом забезпечення здоров'я громадян в умовах відповідної кризової детермінації незалежно від того, наскільки глобальними є передумови та фактори, які її детермінують. Недостатня увага держави до питань забезпечення здоров'я населення та функціонування системи охорони здоров'я в умовах відповідних кризових детермінант небезпечно позначається на життєдіяльності суспільства та держави, створює нові загрози для стабільності її інститутів, що може призвести до «соціальної деградації» та «розпаду етносу» [27].

Для українського ринку медичних послуг характерне зниження обсягів виробництва економічно доступних товарів медичного призначення, робіт медичного характеру та медичних послуг, регулярне підвищення їх вартості на фоні скорочення кількості державних і комунальних закладів охорони здоров'я. Має місце також дефіцит бюджетних коштів на фінансування охорони здоров'я в обсязі 85 % від потреб. Однією з причин такого стану є низька ефективність державного регулювання господарської діяльності з охорони здоров'я та стан правової бази, що регулює державно-правовий вплив на господарювання у цій сфері, яка має стати запорукою захисту прав та інтересів споживачів, стабільності та рентабельності цього виду господарської діяльності, конкурентоспроможності його суб'єктів [17].

Ключовими проблемами системи охорони здоров'я в Україні є:

– невідповідність матеріально-технічної бази сучасним вимогам надання медичних послуг [4];

- низький рівень фінансового забезпечення КНП [38];
- майже 45 % будівель лікарень і 24 % поліклінік потребують капітального ремонту, більшість із них реконструкції та переобладнання [45];
- у більшості КНП обстеження і лікування пацієнтів проводиться на радянському обладнанні. А проходження лікування або обстеження на новому обладнанні (якщо воно є) наразі коштує великих грошей [47];
- низька інвестиційна синергія у сфері охорони здоров'я [27];
- відсутність ефективного об'єднання (фрагментарність) фінансових ресурсів системи охорони здоров'я;
- відсутність мотивації постачальників медичних послуг до підвищення ефективності та якості своєї діяльності;
- неефективний захист населення від ризиків, пов'язаних з витратами на отримання медичної допомоги [57].

Проблемою є і те, що державні стандарти оснащення КНП, якими є Табелі їх оснащення, що затверджені МОЗ, є застарілими. Вони не відповідають даним з доведеною ефективністю щодо сучасних клінічних і діагностичних технологій використання яких передбачено іншими стандартами, що затверджені наказами МОЗ і застосування яких є обов'язковим для отримання КНП бюджетного фінансування в рамках виконання Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. Проблемою також стала відсутність національних стандартів і технічних регламентів щодо виробів медичного призначення в т.ч. дороговартісного обладнання [25].

Задля вирішення нагальних проблем розвитку сфери охорони здоров'я на території Полтавської області реалізуються численні регіональні програми:

- Обласна програма розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я Полтавської області на 2021 рік;
- Обласна програма реконструкції та оснащення приймальних відділень лікарень планового лікування, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу населенню Полтавської області на 2022–2025 роки;

– Обласна програма відзначення кращих медичних працівників на 2022–2026 роки.

Зрештою слід зазначити, що Відділ стратегічного планування та моніторингу закупівель Департаменту охорони здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації спрямовує свою діяльність на упорядкування та матеріально-технічного забезпечення КНП області як вагомої запоруки розширення переліку й покращання якості медичних послуг, а з тим – поліпшення здоров'я населення регіону.

РОЗДІЛ 3

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1 Розробка Програми підтримки розвитку матеріально-технічної бази комунальних закладів охорони здоров'я Полтавської області на 2022–2024 роки

Комплексне вирішення проблеми розвитку КНП на регіональному рівні передбачає належного нормативно-методологічного забезпечення, одним з елементів якого є цільова регіональна програма, яка має типову структуру.

I. Загальна частина

Стан здоров'я населення – це найважливіший чинник соціально-економічного розвитку суспільства. Здоров'я людини є непересічною цінністю, має важливе значення у житті кожного, становить ключовий аспект національної безпеки, визначає можливості досягнення індивідуального і суспільного добробуту та благополуччя, перспективи стійкого розвитку будь-якої країни в цілому й кожної територіальної одиниці окремо. Визначаючи здоров'я одним з невід'ємних прав людини, усі країни світового співтовариства докладають зусиль для його збереження та зміцнення.

Головною метою діяльності в сфері охорони здоров'я населення є наближення висококваліфікованих та якісних медичних послуг до всіх верств населення, профілактика та забезпечення раннього виявлення захворювань, підвищення рівня ефективності використання ресурсів, формування мотивації до здорового способу життя населення та покращання демографічної ситуації.

Програма підтримки розвитку матеріально-технічної бази комунальних закладів охорони здоров'я Полтавської області на 2022–2024 роки (далі – Програма) ґрунтується на чинній нормативно-правовій базі, що упорядковує

розвиток вітчизняної сфери охорони здоров'я (Господарський кодекс України, Бюджетного кодексу України, Закони України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я», Методичних рекомендацій з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства тощо), й є логічним продовженням Обласної програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я Полтавської області на 2021 рік.

Ініціатор, розробник і відповідальний виконавець Програми: Департамент охорони здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації.

Програма орієнтована на забезпечення надання якісної медичної допомоги на первинному та вторинному рівні всім верствам населення за рахунок розвитку існуючих медичних послуг.

КНП є підпорядкованими, підзвітними та підконтрольними Засновнику (Власнику) та Уповноваженому органу публічного управління; здійснюють некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення соціальних й інших результатів у сфері охорони здоров'я, без мети одержання прибутку, а також приймають участь у виконанні державних і місцевих програм у цій сфері.

Актуальність Програми продиктована необхідністю поліпшення якості надання та доступності медичної допомоги населенню Полтавської області, розвиток матеріально-технічної бази КНП, створення необхідних умов для перебування пацієнтів і роботи медичного персоналу, оновлення лікувально-діагностичної апаратури, підвищення престижу праці медичних працівників, покращення їх соціального та економічного становища. У Програмі визначено цілі розвитку КНП, визначено основні завдання, вирішення яких сприятимуть наданню первинного та вторинного рівня медичної допомоги населенню Полтавської області.

У Програмі викладені правові, організаційні, лікувально-профілактичні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я Полтавської області, метою

яких є забезпечення високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, упередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності. У роботу КНП впроваджуються сучасні медичні технології за рахунок їхнього оснащення сучасним медичним обладнанням, що сприяє мінімізації факторів ризику захворювань і створення сприятливого для здоров'я середовища. У КНП використовуються галузеві й міжнародні стандарти щодо діагностики, лікування, профілактики захворювань і реабілітації хворих.

II. Опис проблеми сфери охорони здоров'я на розв'язання яких спрямована Програма

Існуючі проблеми охорони здоров'я є непростими для вирішення, мають багатоаспектний комплексний характер, що обумовлює необхідність оновлення підходів до охорони здоров'я, розробки й реалізації нових стратегій та програм.

Медична реформа, покращання якості надання медичних послуг населенню Полтавської області вимагає суттєвого покращання, й можливе лише при впровадженні нових інноваційних методів діагностики та лікування, закупівлі сучасного медичного обладнання та матеріальній мотивації праці медичних працівників, а також раціонального використання наявних кадрових і фінансових ресурсів, а також консолідації бюджетів різних рівнів для оплати послуг, які будуть надаватися КНП Полтавської області.

Протягом останніх років вирішено ряд завдань, спрямованих на забезпечення прав населення на якісну та доступну медичну допомогу як на первинному, так і на вторинному рівні, створення належних умов для перебування пацієнтів в КНП і роботи медичного персоналу. Вдалось частково покращити матеріально-технічне, організаційне, кадрове та медикаментозне забезпечення КНП.

III. Мета Програми

Метою Програми є збалансований розвиток матеріально-технічної бази КНП, як запорука розширення переліку й покращання якості та доступності медичних послуг, спрямованих на профілактику захворювань, покращання

діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів, а з тим – розбудова вітчизняної сфери охорони здоров'я й підтримання належного здоров'я населення.

IV. Шляхи і способи розв'язання проблем

1. Надання фінансової підтримки КНП на безповоротній основі на покриття (відшкодування) їхніх поточних витрат, які виникають в процесі їх господарської діяльності, і у разі якщо такі витрати не покриваються власними доходами:

1.1. Співфінансування оплати медичних послуг, що надаються в рамках програми державних гарантій медичного обслуговування населення.

1.2. Покриття вартості комунальних послуг та енергоносіїв.

1.3. Оновлення матеріально-технічної бази.

1.4. Забезпечення стійкості та спроможності функціонування КНП при наданні медичних послуг пацієнтам з інфекційними, неінфекційними хворобами і при виникненні іншого характеру непередбачуваних обставин.

2. Забезпечення умов безпечного материнства на I та II рівні надання медичної допомоги.

3. Проведення відповідних заходів щодо реалізації сталої відповіді на поширення COVID-19; епідемію туберкульозу, в т.ч. хіміорезистентного, ВІЛ-інфекції/ СНІДу та вірусного гепатиту.

4. Проведення ефективної боротьби з онкологічними захворюваннями.

5. Проведення заходів, спрямованих на запобігання й лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань серед населення області.

6. Проведення ефективних заходів щодо покращання медичної та соціальної реабілітація хворих, умов їх перебування в соціумі.

7. Активізування профілактичного напрямку дій щодо боротьби з серцево-судинними, онкологічними захворюваннями, захворюваннями населення на цукровий діабет і соціально значущими захворюваннями.

8. Вирішення кадрового питання та підвищення якості кадрового забезпечення та рівня професійної підготовки фахівців з питань профілактики й раннього виявлення хвороб, діагностики та лікування;

9. Поетапне оновленням матеріально-технічної бази;
10. Пріоритетності надання медичної допомоги дітям, матерям і особам похилого віку.
11. Підвищення ефективності санітарно-освітньої роботи та пропаганди здорового способу життя з широким використанням сучасних технологій та ЗМІ.
12. Забезпечення керованості процесу реформування й діяльності медичної допомоги в Полтавській області.
13. Сприяння формуванню позитивного ставлення населення, медичної громадськості, владних структур різних рівнів до змін у сфері охорони здоров'я.
14. Виконання заходів місцевих програм щодо надання населенню медичних послуг.
15. Забезпечення населення ефективними, безпечними і якісними лікарськими засобами та виробами медичного призначення.
16. Оплата за спожиті енергоносії КНП.
17. Зміцнення матеріально-технічної бази КНП, оснащення необхідним медичним обладнанням.
18. Забезпечення надійності та безпеки експлуатації будівель КНП.

V. Обсяг і джерела фінансування Програми

Фінансування завдань і заходів Програми планується здійснювати за рахунок коштів і у межах видатків (фінансових можливостей) місцевого бюджету Полтавської обласної ради. Також можуть бути використані інші джерела, не заборонені чинним законодавством (власні надходження КНП; цільові, централізовані кошти МОЗ; майно, що надходить безоплатно або у вигляді безповоротної фінансової допомоги чи добровільних благодійних внесків, пожертвувань юридичних і фізичних осіб; кошти, отримані за договорами з НСЗУ, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення; оплата від страхових компаній за надані медичні послуги; оплата від роботодавців за

медичні послуги, надані працівникам; грошові надходження від благодійних організацій; грошові надходження від надання платних послуг, відповідно до чинного законодавства України).

Щорічні орієнтовні обсяги фінансування € 252,5 млн (табл. 3.1), у т.ч.: ПМСД – € 15,0 млн, спеціалізовані медичні послуги – € 160,0 млн, амбулаторно-поліклінічна допомога – € 50,0 млн, стоматологічна допомога – € 12,5 млн, інші заходи – € 15,0 млн.

Таблиця 3.1 – Заходи та очікувані результати Програми

Заходи	Млн, €	Результати
Безоплатний та пільговий відпуск лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань	15,0	Підвищення доступності лікарських засобів для населення
Придбання дороговартісного обладнання і предметів довгострокового користування	45,0	Оновлення матеріально-технічної бази КНП
Проведення капітальних ремонтів, будівництва, реконструкції та реставрації інших об'єктів	55,0	
Проведення поточних ремонтів	30,0	
Закупівля лікарських засобів і перев'язувальних матеріалів; виробів медичного призначення; технічних засобів; дезінфікуючих засобів тощо	20,0	Покращання доступності та якості медичних послуг

Кошти, отримані за результатами діяльності, використовуються КНП на виконання запланованих заходів Програми. Фінансова підтримка є безповоротною. Прогнозовані суми фінансової підтримки наведені в додатку до Програми. Виконання Програми у повному обсязі можливе лише за умови стабільного фінансування її складових.

VI. Очікувані результати виконання Програми

1. Оновлення матеріально-технічної бази КНП (скорочення частки обладнання з високим рівнем фізичного зношення й морального старіння).
2. Поліпшення умов праці його співробітників.
3. Підвищення якості діагностики, лікування та реабілітації медичних послуг, розширення їх переліку.

4. Оптимізація витрат і цін на медичні послуги.

5. Збільшення прибутків КНП як запоруки подальшого оновлення їхньої матеріально-технічної бази.

6. Зростання конкурентоспроможності КНП.

VII. Організація та контроль за виконанням програми

Організацію виконання цього рішення покласти на Полтавську обласну державну адміністрацію, контроль за його виконанням – на постійну комісію Полтавської обласної ради з питань соціальної політики, охорони здоров'я.

Складання та подання фінансової і бюджетної звітності про використання бюджетних коштів здійснюється в установленому законодавством порядку.

VIII. Прикінцеві положення

Програма визначає мету, завдання й шляхи розвитку первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги населенню Полтавської області на 2022–2024 роки, враховуючи стратегічні завдання та прогнозовані обсяги фінансового забезпечення. Програма має відкритий характер і може коригуватись в установленому чинним законодавством порядку. Програма розрахована на 3 роки, має завдання, які направлені на виконання заходів Програми адаптованих до рівня потреб та можливостей Полтавської області.

Для якісної підготовки матеріалів щодо формування показників Програми на наступний рік, КНП подають уповноваженому органу до 01 жовтня план відповідних заходів з економічно обґрунтованими розрахунками.

Таким чином, реалізація пропонованої Програми дозволить забезпечити збалансований розвиток матеріально-технічної бази КНП, як запорука розширення переліку й покращання якості та доступності медичних послуг, спрямованих на профілактику захворювань, покращання діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів, а з тим – розбудова вітчизняної сфери охорони здоров'я й підтримання належного здоров'я населення.

3.2 Удосконалення підходів до використання механізмів публічного управління матеріально-технічним забезпеченням сфери охорони здоров'я

Необхідність подальшого вдосконалення публічного управління матеріально-технічним забезпеченням виявляється ще й у тому, що на усіх господарських циклах у ланцюгу створення доданої вартості можна досягнути зменшення вартості готового продукту, знижуючи собівартість одиниці продукції, що збільшить його конкурентоспроможність. З іншого боку, не зменшуючи вартості готового продукту можна збільшити прибуток. При цьому, і загальна величина доданої вартості може збільшуватися, коли застосовуються ресурсоощадні технології [66]. Належне забезпечення матеріально-технічними ресурсами також дасть можливість диверсифікувати виробництво та наростити випуск необхідної продукції [18].

Інструментарій запровадження інноваційної політики у сфері охорони здоров'я як окремий програмний оптимізаційний захід, який передбачає:

- оптимізацію та реструктуризацію мережі, структури та основних напрямів діяльності науково-дослідних установ;
- посилення ролі Академії медичних наук України у провадженні пріоритетних фундаментальних і прикладних досліджень;
- забезпечення розв'язання науково-практичних проблем охорони здоров'я шляхом формування відповідних державних, галузевих, міжгалузевих, регіональних програм;
- запровадження багатоканальності фінансування медичної науки за рахунок бюджетних і позабюджетних коштів;
- планування наукових досліджень на конкурентних засадах і спрямування їх на отримання конкретних результатів;
- забезпечення підтримки визнаних вітчизняних наукових шкіл, підвищення вимог до підготовки наукових кадрів;
- активізація роботи, спрямованої на забезпечення розвитку міжнародного науково-технічного співробітництва [27].

Впровадження громадсько-державної моделі охорони здоров'я в Україні зумовлює доцільність створення Координаційної ради при МОЗ з державно-приватного партнерства. Її основним напрямом має бути реалізація стратегічно важливих проектів у сфері збереження громадського здоров'я, серед яких: реалізація інфраструктурних та аутсорсингових проектів щодо забезпечення якості та тривалості життя. Особливу результативність для збереження громадського здоров'я становить реалізація аутсорсингових проектів у діяльності медичних закладів, які сприятимуть підвищенню якості медичних послуг завдяки вузькій спеціалізації компанії-аутсорсера, реалізації пріоритетних напрямів у сфері охорони здоров'я. Певну функціональну доцільність також становить реалізація проектів у сфері громадсько-державного партнерства, спрямованих на забезпечення лікарськими препаратами. Виходячи із цього в Україні доцільно прийняти низку програмних документів – Стратегію розвитку охорони здоров'я на довгостроковий період 2017–2030 р. та Стратегію забезпечення лікарськими препаратами населення України до 2025 року. Громадсько-державне партнерство у сфері забезпечення лікарськими препаратами забезпечує укладення угоди між державою та виробником ліків стосовно лікування пацієнтів певним препаратом протягом чітко фіксованого періоду часу чи фіксованої кількості прийому ліків [69].

Ефективна держава, базуючи свою політику на принципах доступності й ефективності, та реалізуючи практику громадсько-державного партнерства, має забезпечувати укладення довгострокових угод з іноземними компаніями на умовах трансферу технологій задля зниження показників імпортозалежності вітчизняної фармацевтичної індустрії. Створення такого інституційного середовища слугуватиме підвищенню демографічних показників збереження громадського здоров'я та подовженню тривалості життя. Адже активний діалог держави з громадянами, некомерційними організаціями та бізнесом є своєрідною страховою умовою від ймовірних «операційних ризиків», слугуючи підвищенню якості медичних послуг і впровадженню модерних новацій у сфері збереження громадського здоров'я й забезпечує системну модернізацію всієї

системи охорони здоров'я. Виходячи із цього стратегічну доцільність в Україні становить запровадження відповідних інституційних проєктів, серед яких: відкриття центру (клініки) репродуктивних технологій, Центру високих технологій сфери громадського здоров'я (забезпечення тривалості життя), будівництво багатопрофільних лікарень. З огляду на це, сучасна демографічна модель збереження громадського здоров'я в Україні має базуватись на пріоритеті створення інституційно-ресурсної системи охорони здоров'я, здатної забезпечити високі показники збереження та забезпечення громадського здоров'я нації [27].

Реалізація такої моделі має здійснюватися за наступними напрямками, включаючи:

- суттєве реформування системи управління громадським здоров'ям і розширення сфери індустрії охорони здоров'я щодо надання якісної та своєчасної медичної допомоги населенню;

- зміну державних пріоритетів у сфері охорони здоров'я нації, які досягаються через систему збереження громадського здоров'я, надання якісної медичної допомоги населенню;

- політичну волю вищого керівництва держави щодо реалізації довгострокової політики збереження громадського здоров'я нації як першочергової умови забезпечення національної безпеки держави;

- консолідацію суспільства щодо забезпечення пріоритетності вирішення проблем збереження громадського здоров'я та перетворення її на основний зміст національної ідеї, відповідно до якої має реалізуватись державна політика країни;

- запровадження новітніх стандартизованих медичних технологій, які б забезпечили формування та реалізацію сучасної та ефективної системи охорони здоров'я та надання медичних послуг населенню, базуючись на індикативному врахуванні комплексу соціально-економічних факторів;

- імплементацію сучасних етичних і технологічних норм забезпечення якості громадського здоров'я, які мають стати інституційною умовою

мобільного розвитку сучасної системи охорони здоров'я, формуючи у громадян «менталітет здорового способу життя» [27].

Основні завдання розвитку ресурсного потенціалу вітчизняної сфери охорони здоров'я регіону повинні спиратися на аналіз стану здоров'я населення, що проживає на території, виділення специфіки захворюваності й визначення на цій основі пріоритетів розвитку охорони здоров'я області. Комплексний аналіз і оцінка ресурсного потенціалу регіону стали базою для формування основних положень концепції публічного управління ресурсним потенціалом сфери охорони здоров'я на регіональному рівні:

- оптимізація структури й фінансування програми державних гарантій безоплатної медичної допомоги населенню;
- моніторинг руху основних фондів, розробка, реалізація програми модернізації основних фондів;
- формування щорічних планів-завдань на закупівлю медичного обладнання й медикаментів, ремонт і реконструкцію будівель;
- розробка вимог до оснащення КНП різного рівня;
- маркетингові дослідження ринку медичного обладнання;
- розробка й реалізація програми з енергозбереження;
- створення обласної служби з технічного обслуговування;
- ремонт і метрологічний контроль за медичною технікою;
- моніторинг технічного стану медичного обладнання, формування планів його заміни;
- організація контролю за капітальними ремонтами будівель КНП [2];
- будівництво високоспеціалізованих центрів та університетських клінік і реорганізацію системи надання екстреної медичної допомоги [68];
- реструктуризація сфері 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) [63];

– утвердження нового порядку надання спеціалізованої медичної допомоги шляхом концентрації спеціалізованої медичної допомоги як умови підвищення її якості. Такий підхід передбачає запровадження багаторівневої системи надання медичної допомоги, яка забезпечує збалансованість функціональної відповідальності лікарів загальної практики та спеціальної. Переважно це передбачає розширення функцій лікарів загальної практики з метою створення новітньої системи адресного надання медичних послуг. Результативність даного підходу також передбачає налагодження інтегрованої взаємодії з соціальними службами щодо надання відповідних медичних послуг. Тобто йдеться про зосередження «професійних та економічних ресурсів» на вирішенні складних медичних ситуацій, що має сприяти оптимізації інструментів надання медичних послуг і підвищенню показників їх клінічних результатів. Завдяки цьому лікар, уособлюючи персональну відповідальність за здоров'я хворого, організовуючи його лікування, забезпечує комплексність і спадкоємність лікування і є запорукою високої результативності лікувально-діагностичної діяльності [61]. Втілення даного підходу, який повинен забезпечити подолання інертності у сфері охорони здоров'я у медичного персоналу та суспільства загалом, має сформувати новітнє уявлення про доцільність запровадження нових клінічних механізмів і стандартів надання медичної допомоги;

– удосконалення законодавства у сфері боротьби з виробництвом і розповсюдженням фальсифікованих і неякісних лікарських засобів і виробів медичного призначення [27];

– створення механізму планування й оптимального використання ресурсів процесу надання медичних послуг, що враховує показники потоків пацієнтів в закладах охорони здоров'я населення

– 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 [24];

– забезпечення прозорості державних закупівель у сфері охорони здоров'я (медикаментів, медичного обладнання, інфраструктури тощо);

– інтенсивний розвиток медичної та фармацевтичної промисловості, в т.ч. медичного приладобудування, виробництва лікарських засобів і виробів медичного призначення, здешевлення їх вартості;

– збільшення державного фінансування вітчизняної сфери охорони здоров'я, зокрема, для вирішення проблеми критичного рівня фізичного зношення та морального старіння медичної техніки та обладнання, що наявне на балансі підприємств цієї сфери [5];

– формування національних програм (проектів) з лікування соціально небезпечних захворювань (онкологічні, серцево-судинні, діабетологічні, фтизіатричні захворювання, наркоманія, алкоголізм), що передбачали б розробку єдиних національних підходів до діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів [78].

Необхідність уточнення концепції розвитку eHealth та розвитку телемедицини для побудови ефективної моделі охорони здоров'я шляхом цифрової трансформації за активної підтримки держави. Основними напрямками розвитку цифрових технологій в сфері охорони здоров'я є: засоби контролю фізіологічних параметрів людини; персоніфікований підхід до діагностики; технології блокчейн для розвитку превентивної медицини. Також важливо, щоб нова модель функціонувала паралельно з традиційною, аби мінімізувати ризики впровадження нових медичних технологій і продуктів. Телемедицина активно використовується в кардіології, УЗІ, маммології та хірургії. Система надає можливість консультиватись з лікарем в режимі онлайн по відео- та аудіозв'язку, що допомагає зекономити не лише час, але й гроші (так дешевше). При цьому не варто нехтувати й певними ризиками впровадження цифрових технологій, як-от: спільні бази даних, що доступні для більшості людей, можуть створювати умови для втручання в особисте життя. Влада має переконати

пацієнтів в тому, що їхні дані надійно захищено. Тому необхідно навчати лікарів цифровим навичкам, у т.ч. вмінню адаптуватись до нестабільності інфраструктури. Також необхідно прийняти та законодавчо закріпити програму, в якій чітко формалізовано заходи, терміни та виконавці.

Механізм планування та оптимального використання ресурсів у рамках надання медичних послуг пацієнтам в медичних установах усіх типів сфери охорони здоров'я України розроблений на базі дискретно-подієвого моделювання. В основі обслуговування населення в медичних установах лежить рух по заданій траєкторії потоків пацієнтів у рамках надання їм медичної допомоги [52].

При побудові механізму планування та оптимального використання ресурсів в рамках надання медичних послуг пацієнтам в медичних установах усіх типів сфери охорони здоров'я України ми припускаємо, що процеси надання медичних послуг реалізуються ефективно при достатній забезпеченості ресурсами з урахуванням норм завантаження медичного персоналу та параметрів часу обслуговування пацієнтів. Розроблений механізм планування та оптимального використання ресурсів в рамках надання медичних послуг пацієнтам в медичних установах усіх типів сфери охорони здоров'я України наведено далі. Даний механізм враховує всі потоки пацієнтів в медичних установах усіх типів. Із застосуванням розробленого механізму здійснюється розрахунок необхідних кадрових і матеріальних ресурсів в сфері вітчизняної охорони здоров'я для надання медичних послуг пацієнтам. Розрахунок даних показників також регламентується і нормативними актами, що визначають кількість необхідного медичного персоналу, час обслуговування пацієнта лікарем з урахуванням його спеціалізації та ін. [24].

Одним із заходів щодо виходу з кризової ситуації в системі охорони здоров'я України має стати розроблення «Концепції довгострокового розвитку охорони здоров'я до 2030 року», яка передусім має сприяти вирішенню комплексу проблем вітчизняної системи охорони здоров'я в умовах кризи й повинна сприяти вирішенню низки функціональних завдань у сфері

забезпечення якості медичних послуг. Серед них: розширення обсягів високотехнологічної медичної допомоги [27]. Для прикладу: у «нових» країнах ЄС чисельність операцій з відновлення прохідності судин серця (реваскуляризація) у 5 разів вища, ніж в Україні, гемодіалізу – в 4 рази, операцій ендопротезування колінного і тазостегнового суглоба – в 6,5 рази [62]. Це свідчить про стратегічну доцільність розширення обсягів високотехнологічної медичної допомоги в Україні не менш ніж утричі [27]. При цьому варто відзначити, що світова система охорони здоров'я протягом останніх двох-трьох десятиліть пережила глибокий технологічний прорив, який суттєво підвищив клінічні результати медичної діяльності [62]. Однак ці процеси зазнали певною мірою одностороннього спрямування, оскільки й надалі зберігається висока зношеність основних фондів, що в середньому становить 58,5 %, у т.ч. медичного обладнання – 64,0 % [70]. У стратегічному контексті це ставить питання про соціально аргументовану доцільність оптимізації системи охорони здоров'я, виходячи із стимулювання і створення умов для високотехнологічної медичної допомоги в Україні.

Переважає більшість постмодерних держав спирається у своїй політиці у сфері охорони здоров'я на врахування динаміки потреб населення та технологічних викликів, з якими стикається сучасний світ, і запроваджують заходи, які утверджують пріоритетність здоров'я в системі публічної політики держави. Виходячи з цього у більшості західноєвропейських держав постійно зростає частка державного фінансування у ВВП, що в середньому складає 6–8 % ВВП, а політичні лідери цих держав відразу після приходу до влади намагаються задекларувати чітку позицію щодо просування власної стратегії розвитку системи охорони здоров'я Система охорони здоров'я має бути зорієнтована на вирішення проблем пацієнтів на початкових стадіях шляхом, «профілактики та раннього діагностування захворювань». Цього можливо досягти лише за умови впровадження високих технологій у сферу медицини, оскільки це є стратегічною гарантією збереження життя громадян в умовах зростання кризових ситуацій функціонального й інституційного характеру.

Більшість світових медичних центрів у своїй структурі мають діагностичні центри, які всі без винятку володіють високими медичними технологіями й здатні здійснювати ранню діагностику захворювань [27].

Базуючись на аналізі проблем з питань забезпечення КНП високовартісним обладнанням і забезпечення його ефективного використання нами були розроблені концептуальні підходи до розробки моделі забезпечення КНП. Головна задача розробки концептуальних підходів полягає в усуненні встановлених проблем. Концептуальні підходи є комплексними, носять міжсекторальний характер і розділяються за рівнями управління [25].

Концептуально виділені наступні напрями вирішення наявних проблем.

I. Удосконалення законодавчого рішення забезпечення КНП високовартісним обладнанням: розробка та затвердження Табелів оснащення для лікарень нового типу, які створюються в процесі формування госпітальних округів; розробку та затвердження Табелів оснащення для КНП третинної ланки відповідно до даних з доведеною ефективністю та видами медичної допомоги, які у них мають надаватися; розробку та затвердження національних стандартів і технічних регламентів щодо обладнання та виробів медичного призначення; розробку та затвердження індикаторів ефективності використання дороговартісного обладнання у сфері охорони здоров'я.

II. Оптимізація процесу підготовки до придбання високовартісного обладнання: розробка плану використання обладнання з визначенням рівня рентабельності; визначення можливості застосування механізмів публічно-приватного партнерства в процесі придбання та використання високовартісного обладнання; підготовка необхідних приміщень і медичного персоналу; оптимізація процесу планування необхідності придбання обладнання з визначенням черговості придбання залежно від рівня його впливу на результати медичної допомоги.

III. Оптимізація процесу організації використання високовартісного обладнання: своєчасний монтаж і технічне обслуговування обладнання, забезпечення контролю за ефективністю та безпекою використання обладнання

в т.ч. планування ресурсів для забезпечення розхідними матеріалами й забезпечення його технічного обслуговування. До процесу вказаного контролю має залучатися наглядова рада КНП.

Принципово важливим оптимізацію процесу забезпечення КНП високовартісним обладнанням та ефективності його використання проводити в межах чинного законодавства України та медичної реформи.

Стратегічним напрямом моделі є забезпечення КНП високовартісним обладнанням, як основа до застосування сучасних клінічних технологій, які базуються на даних з доведеною ефективністю.

Запропонована модель забезпечення КНП високовартісним обладнанням та ефективності його використання включає суб'єкт, об'єкт управління та блок наукового регулювання.

Суб'єктом управління в моделі є обласна/міська Рада (засновник і власник закладу), яка забезпечує виконання на рівні регіону чинного законодавства України та щорічно затверджує план закупівлі високовартісного обладнання з обсягом і джерелами його фінансування і контролює виконання свого рішення. Передбачається застосування механізму публічно-приватного партнерства при закупівлі та експлуатації ВВО.

Об'єктом управління в моделі виступає обласна/міська державна адміністрація і безпосередньо орган управління охорони здоров'я, який на основі заявок КНП щорічно формує план закупівлі ВВО, контролює виконання рішень Ради, порядку закупівлі та використання обладнання.

Блок наукового регулювання діяльності моделі включає законодавчу базу України, включаючи стандарти та технічні регламенти медичних виробів, Клінічні огляди та протоколи, процедури закупівлі, дані наукової літератури щодо впливу забезпеченості КНП високовартісним обладнанням на якість та ефективність лікувального процесу. Сюди включаються законодавчі та нормативно-правові акти, які визначають структурну перебудову галузі та запровадження сучасних механізмів фінансування КНП.

Центральним елементом моделі виступають КНП, які мають забезпечуватися високовартісним обладнанням, й розробляють перспективний план придбання високовартісного обладнання та щорічно формують до органу управління заявку на його закупівлю, на підготовчому етапі готують медичний персонал і приміщення необхідні для експлуатації високовартісного обладнання, розробляють перспективний план використання обладнання на задоволення потреб пацієнтів. Після прийняття рішення про закупівлю обладнання та вирішення питання фінансування в законодавчо визначеному порядку проводить процедуру закупівлі. Далі важливим розділом моделі є етап забезпечення ефективного використання обладнання. Даний етап включає встановлення й запуск обладнання, затвердження умов використання, забезпечення технічного обслуговування та при необхідності розхідними матеріалами, контроль ефективності та безпеки його використання. Необхідно відмітити, що відповідно до чинного законодавства України КНП несе повну відповідальність за експлуатацію високовартісного обладнання.

Умови для формування замовлення на високовартісне обладнання:

- наявність приміщень для встановлення обладнання (висновок відповідних служб);
- фінансова та технічна можливість його монтування;
- можливість (організаційна, фінансова) технічного обслуговування обладнання в майбутньому;
- наявність медичного персоналу та можливість їх навчання для роботи на обладнанні з його максимальним використанням у часі;
- розрахункова потреба і наявність фінансових ресурсів для забезпечення роботи обладнання розхідними матеріалами та його технічного обслуговування.

За наявності вказаних умов формується заявка в потребі високовартісного обладнання, яка передається до територіального органу управління охороною здоров'я. Відповідно до чинного законодавства автономізовані КНП мають право самостійно вирішувати питання придбання та використання високовартісного обладнання на принципах публічно-приватного партнерства.

Крім того автономізовані КНП мають право на використання високовартісного обладнання в інтересах пацієнтів на договірних умовах, яке належить іншим закладам охорони здоров'я різних форм власності [25].

Зрештою слід зазначити, вітчизняні КНП мають істотний потенціал свого розвитку, але для його реалізації необхідне належне матеріально-технічне забезпечення.

ВИСНОВКИ

1. З'ясування сутності матеріально-технічного забезпечення – сукупності принципів, форм, методів і заходів, спрямованих на виробництво й постачання технічних засобів, запасних частин, засобів догляду, паливно-мастильних матеріалів, енергоносіїв, техніко-технологічне обслуговування та надання виробничих послуг, що реалізується шляхом взаємодії підприємств-виробників матеріально-технічних ресурсів, сервісних підрозділів, торгово-посередницьких організацій й державних органів, що регулюють відносини у цій сфері – дозволяє забезпечити підприємства сфери охорони здоров'я необхідними матеріально-технічними засобами, як вагомої запоруки розширення переліку й покращання якості медичних послуг, а з тим – поліпшення здоров'я населення.

2. Дослідження діючих механізмів публічного управління – системи, призначеної для практичного здійснення публічного управління та досягнення поставлених цілей, яка має визначену структуру, методи, важелі, інструменти впливу на об'єкт управління з відповідним правовим, нормативним та інформаційним забезпеченням – дозволило з'ясувати, що уповноважені органи влади використовують економічні, організаційні, фінансові, ресурсно-кадрові механізми публічного управління задля покращання матеріально-технічного забезпечення вітчизняних підприємств сфери охорони здоров'я. Залежно від ситуації, змінюється перелік і пріоритетність застосування означених механізмів управління.

3. За результатами оцінки результатів публічного управління матеріально-технічним забезпеченням сфери охорони здоров'я на регіональному рівні виявлено таке: нагальною проблемою для усіх КНП є заміна й оновлення існуючого морально застарілого та фізично зношеного обладнання з 100 % вичерпаним експлуатаційним ресурсом; потреба у високовартісному обладнанні у кожному КНП становить на суму порядку € 9–

13 млн; по КНП вторинної ланки 89,8 % обладнання (на загальну суму € 187,9 млн) знаходилося у задовільному стані, 2,5 % (€ 5,3 млн) потребувало поточного ремонту, 2,6 % обладнання (€ 3,6 млн) потребувало капітального ремонту, 4,8 % обладнання (€ 8,5 млн) ремонту не підлягало; при цьому 8,1 % обладнання (€ 15,2 млн) не використовувалося; закуплено за кошти місцевих бюджетів 4305 од. дороговартісного обладнання на загальну суму € 1313,1 млн із яких 651 (15,1 %) на суму 491,0 млн (37,4 %) не введено в експлуатацію; численні факти, коли таке обладнання (зокрема, МРТ, КТ) придбане, але не використовується (частіше за все, через відсутність необхідних приміщень, кваліфікованих кадрів тощо), тим самим не лише відображаючи нераціональне використання бюджетних коштів й унеможливаючи формування додаткових доходів для КНП й покращання якості надання медичних послуг, а й, фактично, створюючи сприятливі умови для зайняття цих привабливих сегментів ринку представниками приватного бізнесу; найскладнішою проблемою в організації доїзду бригад ШМД до пацієнтів є наявність на дорогах заторів, які заважають проїзду санітарного автотранспорту; найгірший експлуатаційний стан медичного обладнання спостерігається у Києві, Кіровоградській, Сумській, Житомирській, Запорізькій областях; найвищий рівень обладнання, що знаходиться у задовільному експлуатаційному стані, спостерігається у Чернівецькій, Херсонській, Полтавській, Львівській, Донецькій, Тернопільській областях.

4. Розроблено Програму підтримки розвитку матеріально-технічної бази комунальних закладів охорони здоров'я Полтавської області на 2022–2024 роки, яка має типову структуру. I. Загальна частина; II. Опис проблеми сфери охорони здоров'я на розв'язання яких спрямована Програма; III. Мета Програми; IV. Шляхи і способи розв'язання проблем; VI. Очікувані результати виконання Програми; VII. Організація та контроль за виконанням програми; VIII. Прикінцеві положення. Метою Програми є збалансований розвиток матеріально-технічної бази КНП, як запорука розширення переліку й покращання якості та доступності медичних послуг, спрямованих на

профілактику захворювань, покращання діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів, а з тим – розбудова вітчизняної сфери охорони здоров'я й підтримання належного здоров'я населення. Щорічні орієнтовні обсяги фінансування € 252,5 млн (табл. 3.1), у т.ч.: ПМСД – € 15,0 млн, спеціалізовані медичні послуги – € 160,0 млн, амбулаторно-поліклінічна допомога – € 50,0 млн, стоматологічна допомога – € 12,5 млн, інші заходи – € 15,0 млн.

5. Запропоновано наступні концептуальні підходи до вдосконалення підходів до використання механізмів публічного управління матеріально-технічним забезпеченням сфери охорони здоров'я на регіональному рівні: моніторинг руху основних фондів, розробка, реалізація програми модернізації основних фондів; формування щорічних планів-завдань на закупівлю медичного обладнання й медикаментів, ремонт і реконструкцію будівель; розробка вимог до оснащення КНП різного рівня; розробка й реалізація програми з енергозбереження; ремонт і метрологічний контроль за медичною технікою; моніторинг технічного стану медичного обладнання, формування планів його заміни; будівництво високоспеціалізованих центрів та університетських клінік і реорганізацію системи надання екстреної медичної допомоги; реалізація аутсорсингових проєктів у діяльності медичних закладів, які сприятимуть підвищенню якості медичних послуг завдяки вузькій спеціалізації компанії-аутсорсера; забезпечення прозорості державних закупівель у сфері охорони здоров'я тощо.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Авраменко Н.В. Виникнення механізмів державного регулювання системи охорони здоров'я в Україні. *Економіка та держава*. 2011. № 1. С. 96–99.
2. Авраменко Н.В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: автореф. дис. ... ддержупр.: 25.00.02. Запоріжжя, 2011. 40 с.
3. Авраменко Т.П. Державне управління системою охорони здоров'я в умовах системних змін в Україні: сучасний стан, проблеми та перспективи розвитку. *Держава та регіони. (Серія: Державне управління)*. 2014. № 2. С. 89–95.
4. 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).
5. Аналіз демографічної ситуації в Україні. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідеміологічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України*. Київ, 2016. 452 с.
6. Беспалова О.І., Іванов С.В. Матеріально-технічне забезпечення реалізації державної митної політики в Україні: адміністративно-правовий аспект. *Наукові записки. (Серія: Право)*. 2019. Вип. 7. С. 43–48.
7. Бuzдуган Я.М. Правові та організаційні основи фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні: дис. ... к.ю.н.: 12.00.07. Київ, 2009. 228 с.
8. Вашев О.Є., Мазурок О.В. Розвиток муніципальної медицини як складова реформування системи охорони здоров'я. *Теорія та практика державного управління*. 2015. Вип. 1. С. 101–106.
9. Вовк С.М. Взаємовідношення держави з малим та середнім бізнесом в охороні здоров'я країни. *Економіка та держава*. 2015. № 3. С. 48–51.
10. Галайчук Б.В. Ефективність формування та реалізації державної політики України в галузі охорони здоров'я. *Науковий вісник Академії муніципального управління. (Серія: Управління)*. 2012. Вип. 2. С. 185–193.
11. Глобальный атлас по устройствам медицинского назначения. Техническая серия ВОЗ по медицинскому оборудованию. World Health

Organization. Geneva. URL: apps.who.int/iris/bitstream/... (дата звернення: 01.10.2021)

12. Горбулін В.П., Качинський А.Б. Стратегічні ризики – нова парадигма стратегії національної безпеки України. *Стратегічна панорама*. 2005. № 1. URL: <http://www.niisp.gov.ua/vydanna/panorama/> (дата звернення: 01.10.2021)

13. Гранди Ф., Ренке У.А. Исследование практики здравоохранения и формализованные методы управления. Женева: ВОЗ, 2011. 230 с.

14. Григорович В.Р. Державне управління процесами підготовки та прийняття управлінських рішень у системі охорони здоров'я України: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2011. 23 с.

15. Дейниховська К.А. Політичні стратегії як засіб удосконалення управління охороною здоров'я: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.01. Київ, 2011. 18 с.

16. Дем'яншин В.Г., Сіташ Т.Д. Модель системи фінансування охорони здоров'я: концептуальні засади й альтернативи. *Фінанси України*. 2011. № 6. С. 45–53.

17. Дешко Л.М. Державне регулювання господарської діяльності у сфері охорони здоров'я: автореф. дис. ... к.ю.н.: 12.00.04. Донецьк, 2010. 25 с.

18. Добіжа Н.В. Матеріально-технічне забезпечення інноваційно-орієнтованого аграрного сектору України. *Вісник ХНАУ ім. В.В. Докучаєва. (Серія: Економічні науки)*. 2018. № 3. С. 181–190.

19. Єгупова Л.О. Аналітичне забезпечення формування та виконання кошторису закладу охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2019. № 11. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/efek_2019_11_85

20. Збитнева С.В. Деякі показники ресурсного забезпечення та діяльності офтальмологічної служби України. *Україна. Здоров'я нації*. 2010. № 3. С. 103–106.

21. Зозуля А.І. Медико-соціальне обґрунтування нової системи спеціалізованої допомоги хворим з судинною патологією головного мозку: автореф. дис. ... д.мед.н.: 14.00.33. Київ, 2014. 40 с.

22. Ільницький М.С. Адміністративно-правове регулювання фінансового забезпечення та матеріально-технічного постачання органів внутрішніх справ України: дис. ... к.ю.н.: 12.00.07. Київ, 2009. 242 с.

23. Інформація щодо сучасного стану стандартизації медичної допомоги з Реєстру медико-технологічних документів. URL: <http://www.dec.gov.ua/mtd/index.html> (дата звернення: 08.02.2020 р.)

24. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2020. 214 с.

25. Картавцев Р.Л. Медико-соціальне обґрунтування моделі забезпечення закладів охорони здоров'я високовартісним обладнанням: дис. ... к.мед.н.: 14.02.03. Ужгород, 2019. 263 с.

26. Кельзен Г. Чисте правознавство / пер. з нім. О. Макровольського. Київ: Юніверс, 2004. 496 с.

27. Кланца А.І. Охорона здоров'я як структурна складова національної безпеки держави: дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2019. 571 с.

28. Конопльов В.В. Організаційно-правовий механізм підготовки та прийняття управлінських рішень в адміністративній діяльності органів внутрішніх справ: дис. ... д.ю.н. 12.00.07. Харків, 2006. 413 с.

29. Кравченко В.В. Медико-соціальне обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі консультативно-діагностичного центру на принципах державно-приватного партнерства. Київ, 2018.

30. Кризина Н.П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації: автореф. дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2008. 36 с.

31. Курс на оздоровление населения. Европейская стратегия профилактики и борьбы с инфекционными заболеваниями. Копенгаген: ВОЗ, 2006. 65 с.

32. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Київ: Четверта хвиля, 2009. 353 с.

33. 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.

34. Лобас М.В. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої функціонально-організаційної моделі медичної допомоги сільському населенню України: автореф. дис. ... к.мед.н. Харків, 2019. 24 с.

35. Манжула А.А. Фінансове та матеріально-технічне забезпечення діяльності науково-дослідних установ в Україні: поняття та сутність. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. (Серія: Право)*. 2015. Вип. 35. Ч. I. Т. 2. С. 41–43.

36. 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.

37. Мельниченко О.А., Кутязян Ж.М. Фактори впливу на вартість лікування клінічних випадків в стаціонарах КНП. *Пріоритетні напрями досліджень в науковій та освітній діяльності: проблеми та перспективи: матеріали всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 12–13 жовтня 2021 р. Рівне: КЗВО «Рівненська медична академія», 2021. С. 231–233.*

38. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Спільний звіт / під заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. Київ: Вид-во Раєвського, 2005. 168 с.

39. Оцінка ефективності стаціонарного сектору на основі аналізу витрат в поєднанні з клінічною інформацією. Полтава, 2021. 21 с.

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

41. Попченко Т.П. Державна політика щодо реформування системи охорони здоров'я як шлях до збереження та зміцнення здоров'я населення. *Держава та регіони. (Серія: Державне управління)*. 2011. № 1. С. 252–255.

42. Приборы и оборудование медицинского назначения. URL: <http://xn--h1ahbi.com.ua/info/87-who-world-health-organization-vsemirnaya-organizaciya-zdravoohraneniya-voz.html> (дата звернення: 01.10.2021)

43. Про затвердження Типового положення про управління охорони здоров'я обласної, Севастопольської міської державної адміністрації та Головне

управління охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації. Постанова Кабінету Міністрів України від 20.12.2000 р. № 1845. URL: www.rada.gov.ua. (дата звернення: 01.10.2021).

44. Рабинович П.М., Хавронюк М.І. Права людини і громадянина: навчальний посібник. Київ: Атіка, 2004. 464 с.

45. Реформа больниц в новой Европе: пер. с англ. Минск, 2015. 320 с.

46. Рожкова І.В. Розвиток механізмів державного управління охороною громадського здоров'я на регіональному рівні: автореф. дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Запоріжжя, 2009. 40 с.

47. Рудий В.М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні. Київ: Сфера, 2005. 272 с.

48. Світовий О.М. Управління матеріально-технічним забезпеченням зернопродуктового підкомплексу та формування доданої вартості. *Економіка і суспільство*. 2016. № 2. С. 171–174.

49. Сучасне медичне обладнання. URL: <http://www.medivit.net.ua/obladnania> (дата звернення: 01.10.2021)

50. Устройства медицинского назначения. URL: https://www.who.int/medical_devices/ru/ (дата звернення: 01.10.2021)

51. Федосюк Р.М. Медико-соціальне обґрунтування системи периопераційної безпеки пацієнтів в анестезіології та інтенсивній терапії: автореф. дис. ... д.мед.н. Харків, 2018. 38 с.

52. Фойгт Н. Роль планування в системі державного управління охороною здоров'я. URL: www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/Dums/2011_3/11fnauoz.pdf. (дата звернення: 01.10.2021).

53. 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.

54. Шевчук В.А. Окремі аспекти організації фінансового та матеріально-технічного забезпечення органів державної податкової служби України. *Часопис Київського університету права*. 2012. № 3. С. 172–176.

55. Шкробанець І.Д. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи медичної допомоги дітям із захворюваннями нервової системи на регіональному рівні: автореф. дис. ... д.мед.н.: 14.00.33. Київ, 2012. 35 с.

56. Штогрин О.П. Теоретичні основи державного управління у сфері репродуктивного здоров'я населення в контексті прав людини: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Львів, 2017. 195 с.

57. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік. Київ: УІГЗ, 2009. 360 с.

58. Эрисман Ф.Ф. Введение к общедоступному руководству к предупреждению болезней и сохранению здоровья. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2003/0129/analit01.php>. (дата звернення: 01.10.2021)

59. Юридична енциклопедія: в 6 т. Київ: Юридична думка, 2001. 792 с.

60. Яркіна Н.М. Економіка підприємства: навчальний посібник. Київ: Ліра-К, 2015. 498 с.

61. Demirgüç-Kunt A., Klapper L.F., Singer D., Van Oudheusden P. The Global Findex Database 2014: Measuring Financial Inclusion around the World. Policy Research Working Paper 7255. World Bank, Washington, DC. 2014. URL: <http://documents.worldbank.org/curated/en/187761468179367706/pdf/WPS7255.pdf>. (дата звернення: 01.10.2021).

62. Eurostat Statistics database. 2017. URL: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/> (дата звернення: 01.10.2021).

63. 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/iheid/files/sites/globalhealth/ghp-new/Events%202013/wp_backgroundpaper1_health_RandD_v3.pdf. (дата звернення: 01.10.2021).

64. Gilson L. ed. Health policy and systems research: a methodological reader. Geneva, World Health Organization, 2016. URL: http://www.who.int/alliancehpsr/resources/alliancehpsr_abridgedversionreaderonline.pdf?ua=1. (дата звернення: 01.10.2021)

65. Global Atlas of medical devices. WHO medical devices technical series. URL: apps.who.int/iris/bitstream/10665/255181/1/9789241512312-eng... (дата звернення: 01.10.2021)
66. Iapichino G., Morabito A., Mistraretti G., Ferla L., Radrizzani D., Miranda D.R. Determinants of post-intensive care mortality in high-level treated critically ill patients. *Intensive Care Med.* 2003. № 29. P. 1751–1756.
67. Keegan M.T., Brown D.R., Thieke M.P., Afessa B. Changes in intensive care unit performance measures associated with opening a dedicated thoracic surgical progressive care unit. *J Cardiothorac Vasc Anesth.* 2008. № 22. P. 347–353.
68. Marmot M.G. Status syndrome: a challenge to medicine. *JAMA* 2006. P. 1304–1311.
69. McKee M., Edwards N., Atun R. Public-private partnership for hospitals. *Bulletin of the World Health Organization.* 2016. Vol. 84. P. 890–96.
70. Mladovsky P., Srivastava D., Cylus J., Karanikolos M., Evetovits T., Thomson S., McKee M. Health Policy Responses to the Financial Crisis in Europe, Policy Summary 5. Copenhagen: WHO. 2017.
71. Moore G.F. Variations in schools' commitment to health and implementation of health improvement activities: a cross-sectional study of secondary schools in Wales. *BMC public health.* 2016. № 1. C. 138–149.
72. Moreno R., Miranda D.R., Matos R., Fevereiro T. Mortality after discharge from intensive care: the impact of organ system failure and nursing workload use at discharge. *Intensive Care Med.* 2001. № 27. P. 999–1004.
73. Pollin R. Greening the Global Economy. Cambridge, MA: MIT Press. 2015. URL: <https://mitpress.mit.edu/books/greening-global-economy> (дата звернення: 01.10.2021).
74. Schnell F. Attitudes toward aging: a comparative analysis of young adults from the United States and Germany. *International journal of aging & human development.* 2003. № 3. C. 203–215.

75. Smith L., Orts C.M., O'Neil I., Batchelor A.M., Gascoigne A.D., Baudouin S.V. TISS and mortality after discharge from intensive care. *Intensive Care Med.* 1999. № 25. P. 1061–1065.

76. Solberg B.C.J., Dirksen C.D., Nieman F.H.M., van Merode G., Poeze M, Ramsay G. Changes in hospital costs after introducing an intermediate care unit: a comparative observational study. *Crit Care.* 2008. № 12. P. 68.

77. Sow S.O. et al. Immunogenicity and safety of a meningococcal A conjugate vaccine in Africans. *The New England Journal of Medicine.* 2016. № 364. P. 2293–2304.

78. The Royal Society. Science as an open enterprise: open data for open science. London, The Royal Society, 2012. URL: <https://royalsociety.org/~media/policy/projects/sape/2012-06-20-saoe.pdf>. (дата звернення: 01.10.2021).

79. Vincent J.L., Burchardi H. Do we need intermediate care units? *Intensive Care Med.* 1999. № 25. P. 1345–1394.

80. Weissman C. Analyzing the impact of long-term patients on ICU bed utilization. *Intensive Care Med.* 2000. № 26. P. 1319–1344.

81. WHO Global Model Regulatory Framework for Medical Devices including in vitro diagnostic medical devices. *WHO Medical device technical series.* URL: apps.who.int/iris/bitstream/10665/255177/1/9789241512350-eng... (дата звернення: 01.10.2021)