

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти

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

_____ В.А. Огнев

**ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ КНП
В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ**

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»
освітня програма: «Управління в сфері охорони здоров'я»
спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

Виконав:

слухач групи ПУА-21

А.М. Ковальов

Керівник,

д.держ.упр., проф.

О.А. Мельниченко

Рецензент

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ	
РОЗВИТКОМ КНП В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ	5
1.1 Розвиток КНП в сільській місцевості як об’єкт публічного управління	5
1.2 Механізми публічного управління розвитком КНП в сільській місцевості	12
РОЗДІЛ 2 ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ КНП В СІЛЬСЬКІЙ	
МІСЦЕВОСТІ	21
2.1 Особливості розвитку КНП в сільській місцевості (на прикладі КНП «Валківська центральна районна лікарня»)	21
2.2 Можливості та проблеми розвитку КНП в сільській місцевості	30
РОЗДІЛ 3 КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ	
ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ КНП В СІЛЬСЬКІЙ	
МІСЦЕВОСТІ	39
3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо розвитку КНП в сільській місцевості	39
3.2 Розробка та реалізація Стратегії подальшого розвитку КНП в сільській місцевості (на прикладі Валківської міської територіальної громада в Харківській області)	48
ВИСНОВКИ	58
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	61

ВСТУП

Актуальність проблеми. Суспільство, держава, роботодавці та окремі особи зацікавлені у достатньо гарному здоров'ї населення. Більше за те, держава гарантує реалізацію конституційного права населення на охорону здоров'я, а уповноважені органи публічного управління спрямовують зусилля та доступні ресурси на формування сприятливих умов для розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я. Але попри певні здобутки у цій царині (здебільшого, як результату медичної реформи), має місце значна ексклюзія у доступі населення до якісних медичних послуг, що обумовлено регіональними диспропорціями розвитку, збіднінням значної частини домогосподарств і місцем їхнього проживання. Так, саме сільське населення має обмежений доступ до первинної медичної допомоги, і лише фрагментарний до спеціалізованих і, тим більше, вузькоспеціалізованих медичних послуг. За таких умов зберігається роль ФАПів і ФОПів, але зростає значення комунальних некомерційних підприємств (далі – КНП). Відтак, питання вдосконалення механізмів публічного управління розвитком КНП в сільській місцевості набуває особливої актуальності, що спонукало автора до проведення відповідного дослідження.

В сучасних умовах над цією проблемою плідно працюють Газарян С. [10], Данько В. [16; 17], Долот В. [19; 20], Кланца А. [26], Кризина Н. [27], Лехан В. [29; 30], Медяник Г. [35], Мельниченко О. [36; 37; 75], Муратов Г. [36], Радиш Я. [43], Рожкова І. [44], Худоба О. [54] та інші вчені.

Мета та завдання дослідження: на основі дослідження діючих в Україні механізмів публічного управління розвитком КНП в сільській місцевості обґрунтувати основні напрями їх вдосконалення.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі завдання:

– з'ясувати сутність і значення розвитку КНП в сільській місцевості як об'єкту публічного управління;

- дослідити діючі механізми публічного управління розвитком КНП в сільській місцевості;
- оцінити результативність публічного управління розвитком КНП в сільській місцевості (на прикладі «Валківська центральна районна лікарня»);
- виокремити для подальшої адаптації до умов України передовий світовий досвід щодо розвитку КНП в сільській місцевості;
- запропонувати для подальшої реалізації Стратегію подальшого розвитку КНП в сільській місцевості (на прикладі Валківської міської територіальної громада в Харківській області).

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

Предметом дослідження є публічне управління розвитком КНП в сільській місцевості.

Методи дослідження. абстрактно-логічний – для теоретичних узагальнень і формування висновків; аналізу та синтезу – для оцінки параметрів розвитку КНП в сільській місцевості; статистичних порівнянь – для дослідження результативності публічного управління розвитком КНП в сільській місцевості; SWOT-аналіз та PEST-аналіз – для вироблення та реалізації управлінських рішень, що забезпечать подальший розвиток КНП в сільській місцевості.

Практичне значення результатів дослідження полягає в поглибленні існуючих уявлень про застосування механізмів публічного управління розвитком КНП в сільській місцевості.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ КНП В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

1.1 Розвиток КНП в сільській місцевості як об'єкт публічного управління

Підтримка й відновлення здоров'я громадян визначені Конституцією України загальнодержавним пріоритетом. Для реалізації населенням цього конституційного права уповноважені органи публічного управління забезпечують функціонування та розвиток вітчизняної **сфери охорони здоров'я** – сукупність необхідних заходів різного характеру, спрямованих на зміцнення фізичного, соціального та психічного здоров'я кожного громадянина, підтримання його довголіття і активності життя, надання йому медичних послуг/допомоги у випадку погіршення здоров'я [13].

У більшості сфер життєдіяльності (охорона здоров'я не є виключенням) державний і суспільний інтерес функціонально взаємообумовлені між собою, посилюючи територіальну цілісність держави, стримуючи її послаблення та деградацію [65]. Релевантну реакцію на загрози сучасного світу здатна дати лише держава, яка спроможна адекватно реагувати на виклики сьогодення, сповідуючи принципи національної безпеки та свободи людини. Критеріальною основою для реалізації національних інтересів є захист умов життєдіяльності нації, що визначає могутність геополітичного потенціалу держави у світі [26].

Стан здоров'я можна вважати політичним вибором: стан здоров'я населення дуже різниться між країнами; багато вагомих чинників, що безпосередньо впливають на здоров'я населення, залежать безпосередньо від політичних рішень; здоров'я населення становить один з ключових показників, за яким оцінюється можливість людини реалізувати власні права, а саме – право на охорону здоров'я [15].

Формування системи охорони здоров'я кожної країни залежить передовсім від її національних пріоритетів і політичної волі керівництва [54]. Проте не всі держави належним чином ставляться до виконання своїх соціальних функцій у сфері охорони здоров'я, перетворюючись на політично-нігілістичну «конструкцію», для якої потреби й інтереси населення недооцінені. Під впливом глобалізації, державні структури та соціальні інститути, проходять через руйнівний процес своїх ціннісних систем, через що підриваються традиційні пріоритети держави, що знецінює їх національну політику [67], а також призводить до структурних змін у розумінні його життєвих інтересів, які мають забезпечуватись не лише національними урядами, а у їхній співпраці з іншими (у т.ч. міждержавними) інституціями. Але не можна допустити, щоб глобальні інтереси домінували над національними, які, до того ж, можуть характеризуватися ознаками «розпаду», а з тим – певного унеможливлення забезпечення прав і свобод населення на охорону його здоров'я [26].

Більше за те, реальну відповідальність щодо захисту й реалізації прав свого населення на забезпечення належних умов збереження здоров'я несуть саме національні уряди [54], а тому можуть і мають, зберігаючи свої доволі міцні позиції, переформатувати традиційну систему національних інтересів [72], що, зрештою, знаходить своє втілення у медичних реформах.

Україна не є виключенням, яка зосередилась на такому:

- докорінна зміна системи фінансування вітчизняної охорони здоров'я;
- забезпечення ефективнішого та справедливого розподілу публічних ресурсів у сфері охорони здоров'я;
- зменшення розміру неформальних платежів за надану медичну допомогу;
- оптимізації мережі закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) відповідно з реальними потребами населення у медичних послугах/допомозі;
- підвищенню рівня оплати праці лікарів і медичних працівників;
- підвищенню рівня прозорості та підзвітності використання бюджетних коштів, спрямованих на розвиток сфери охорони здоров'я;

- покращання якості та доступності медичних послуг/допомоги;
- посилення конкуренції постачальників усіх форм власності на ринку медичних послуг, а також товарів/послуг медичного призначення;
- реалізація принципу вільного вибору для всіх учасників сфери охорони здоров'я (для пацієнта – лікаря, ЗОЗ, замовника медичних і супутніх послуг);
- створення умов для інтеграції приватного сектору до сфери охорони здоров'я [42].

Забезпечення доступу населення до якісних медичних послуг/допомоги в умовах інтеграції України до світової спільноти та проведення медичної реформи здебільшого залежить від можливих і необхідних обсягів бюджетного фінансування, розвиненості ринку платних медичних послуг, підготовленості лікарів і медичного персоналу, впровадження сучасних технологій діагностики, лікування та реабілітації, створення адекватної системи менеджменту ЗОЗ [41] – юридичних осіб будь-якої організаційно-правової форми та форми власності чи її відокремлених підрозділів, основним завданням яких є забезпечення населення доступом до медичних послуг/допомоги на основі ліцензії на здійснення медичної практики та професійної діяльності лікарів і медичних працівників [39] – як запоруки їхньої внутрішньої стійкості та спроможності подальшого розвитку. Цих цілей дозволять досягти відповідні інституційні передумови, які повинні сформувати держава. Сприятливими інституційними чинниками впливу на сферу охорони здоров'я та роботу ЗОЗ є досконалість конкурентного середовища на ринку медичних послуг, низький рівень корупції в цій сфері, високі кваліфікація кадрів і рівень безпеки пацієнтів тощо [58].

Значна частина ЗОЗ в Україні має комунальну форму власності (далі – КЗОЗ), які унаслідок першого етапу реалізації медичної реформи набули статус **КНП** – юридичної особи, яка використовує принципи автономності та комерціалізації, самостійно встановлює чисельність працівників і штатний розпис, обирає власну організаційну структуру [12], укладає угоди з НСЗУ та іншими суб'єктами господарювання, а також затверджує переліки платних медичних і супутніх послуг й встановлює ціни на них. Варто відзначити, що

зміна статусу (КЗОЗ на КНП) спричинило зміну домінуючої функції їхньої діяльності. Так, зокрема, КЗОЗ виконували делеговану державою соціальну функцію (допомога населенню у збереженні й відновленні його здоров'я), оскільки економічну функцію (формування ресурсного забезпечення власної діяльності) виконували держава і органи місцевого самоврядування (передусім, завдяки бюджетному фінансуванню); натомість КНП – отримали можливість (фактично, змушені) самостійно формувати власні доходи (перш за все, внаслідок різкого скорочення обсягів бюджетного фінансування) і, водночас, вільно розпоряджатися саме власними фінансовими ресурсами, тим самим забезпечуючи традиційне виконання соціальної функції. Тобто має місце зміна пріоритетної функції, що вимагає від керівництва та співробітників КНП нових знань, умінь і навичок, зокрема, щодо здатності швидко пристосовуватися до нових умов господарювання та їхній готовності успішно функціонувати у мінливому конкурентному середовищі. Запорукою успіху у процесі пристосування КНП до викликів сьогодення неминуче пов'язане з комплексним вирішенням актуальних завдань, а саме:

- впровадження зважених методів і засобів управління розвитком КНП;
- забезпечення ефективнішого використання ресурсного потенціалу КНП;
- забезпечення справедливого розподілу бюджетних ресурсів між КНП відповідно до їх можливостей;
- приведення реального переліку медичних послуг/допомоги у відповідність потребам населення;
- формування та використання баз даних з релевантною інформацією, використання якої сприяє підвищенню ефективності/результативності публічного управління розвитком КНП [51];
- підвищення рівня якості медичного обслуговування та приведення його до європейських і міжнародних стандартів;
- підвищення продуктивності та доступності надання медичної допомоги;
- удосконалення організаційно-управлінської структури та розвиток кадрового потенціалу;

– розширення асортименту медичних і супутніх послуг [33].

Статус КНП значною мірою відповідає соціальному запиту суспільства на отримання якісних медичних послуг на місцях і лише у крайньому випадку звертаються до державних ЗОЗ, які надають високоспеціалізовані та спеціалізовані медичні послуги. Функціонування КНП і тісна співпраця з керівниками ОТГ надає більші можливості в питаннях залучення кваліфікованих медичних кадрів, забезпечення їх житлом, відповідною зарплатою, надає більше можливостей для подальшого зростання [38].

Наразі у КНП наявні такі джерела залучення коштів:

– власні надходження КНП, які (попри господарську самостійність) поки є обмеженими й не є основною статтею для формування власного бюджету;

– грошові й матеріальні внески засновника. Тому участь коштів ОТГ, які спрямовуються на утримання КНП рішенням відповідного органу місцевого самоврядування є обов'язковою;

– доходи від надання платних медичних і супутніх послуг;

– доходи від продажу цінних паперів;

– капітальні вкладення, необхідні для створення необхідних умов функціонування КНП;

– кошти від благодійних внесків і майно, що надходить безоплатно;

– кошти, отримані за договорами з Національної служби здоров'я України (далі – НСЗУ);

– майно передане Засновником в користування КНП комплекс споруд, що призначений для лікування хворих;

– надходження коштів на виконання програм соціально-економічного розвитку регіону, програм розвитку сфери охорони здоров'я;

– цільові, централізовані кошти Міністерства охорони здоров'я України (далі – МОЗ).

У більш вигідному становищі (щодо формування доходів) знаходяться КНП у великих містах – обласних центрах [38].

Принагідно відзначимо, що отримані доходи КНП спрямовують для забезпечення не лише свого функціонування («покриття» поточних витрат), а й подальшого **розвитку** – збалансованого покращання кількісних і якісних параметрів його діяльності – має істотну суспільну значущість, а тому цей процес передбачає застосування стейхолдерами доступних ресурсів, що спрямовані не лише на розбудову матеріально-технічної бази та кадрового потенціалу КНП, розширення ринку доступних і якісних медичних послуг, а й на притягнення до відповідальності перед суспільством за результати такої діяльності [58].

Однією з важливих характеристик КНП є його приналежність до певної ланки сфери охорони здоров'я (первинна, вторинна, третинна) та території (міська чи сільська місцевість). При цьому слід зазначити, що КНП у сільській місцевості надають переважно первинну медико-санітарну (далі – ПМСД) й лише частково – вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу.

Головним завданням надавача ПМСД є забезпечення населення комплексними й інтегрованими послугами з усебічної, безперервної та пацієнт-орієнтованої ПМСД, спрямованої на задоволення потреб населення у відновленні й збереженні здоров'я, профілактику розвитку захворювань, зменшення потреби в ушпиталенні та покращанні якості життя населення [40].

Параметри розміщення КНП ПМСД:

- історична традиційність територіального розташування місця надання ПМСД;
- усталене транспортне забезпечення, необхідність оптимізації витрат на його утримання і на транспортування пацієнтів до лікаря;
- наявність кадрового забезпечення надання ПМСД.

Загалом доступність КНП ПМСД визначається такими параметрами:

- достатньою кількістю лікарів і медсестер (фельдшерів);
- годинами роботи;
- відсутністю фінансових бар'єрів для населення у процесі відвідування;
- можливостями відвідування медперсоналом пацієнтів удома;

– територіальному розташуванні відповідно до щільності проживання населення [3].

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

Якщо КНП у сільській місцевості раніше були «прив'язані» до адміністративних районів; натомість унаслідок адміністративно-територіальної та медичної реформ – КНП «пов'язують» з відповідними об'єднаними територіальними громадами (далі – ОТГ). У разі формування спроможних мереж надання ПМСД на території ОТГ, що створені в межах кількох суміжних районів, спроможна мережа формується в межах району, куди входить найбільша частина території ОТГ. Щоб гарантувати надання якісної ПМСД, медична реформа медицини повинна реалізовуватися з дотриманням принципу децентралізації. Лише у такий спосіб медичну послугу/допомогу можна наблизити до мешканців села. У процесі децентралізації почала формуватися нова модель сільського розвитку з інноваційною системою управління й сучасними економічними відносинами [54] у сфері охорони здоров'я в сільській місцевості.

Підбиваючи проміжний підсумок, слід зазначити, що зважаючи на неприпустимість збереження наявних значних масштабів ексклюзії доступу сільського населення до якісних медичних послуг/допомоги, неможливість учасників цього ринку самостійно подолати наявні протиріччя (конфліктні ситуації), а також соціальну значущість гарного здоров'я сільського населення, розвиток КНП в сільській місцевості є об'єктом публічного управління – діяльністю уповноважених органів публічної влади з управління всіма складовими сфери охорони здоров'я задля задоволення потреб населення у збереженні та зміцненні сільського здоров'я шляхом реалізації державної політики у цій сфері [43]; відкритий (у межах власних і делегованих повноважень) вплив на взаємодію у ланцюгу «органи публічного управління –

медичні заклади та їхній персонал – пацієнти та їхні родичі – постачальники необхідних ресурсів» задля узгодження їхніх інтересів і максимізації вигод [75]; вплив уповноважених органів публічного управління на функціонування КНП задля забезпечення їхнього збалансованого розвитку як передумови підвищення доступності якісних медичних послуг, а з тим – на покращання здоров'я сільського населення.

1.2 Механізми публічного управління розвитком КНП в сільській місцевості

Для забезпечення розвитку КНП в сільській місцевості уповноважені органи публічного управління застосовують відповідні **механізми публічного управління** – сукупності форм і методів формування, розподілу й використання доступних ресурсів для забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я [35], перелік і спосіб використання яких визначається наявними цілями (проблемами) й доступними ресурсами, необхідними для їх досягнення (вирішення).

Серед елементів механізму публічного управління розвитком КНП в сільській місцевості (як і сфери охорони здоров'я загалом) прийнято виділяти суб'єкт і об'єкт управління, методи та засоби реалізації такого механізму, функції та принципи, мета та цілі управління, а також його результати [25].

До функцій публічного управління розвитком КНП в сільській місцевості, окрім «класичних» (економічні, соціальні...), також належать специфічні функції (вирішення проблем, забезпечення розвитку, якості медичних послуг, економічної безпеки, конкурентоспроможності [17], безпечної обстановки в КНП, безпеки клінічної практики [74]), що конкретизують вплив на його діяльність. Проте головною функцією є створення правової основи для комплексного впливу на розвиток цієї сфери (КНП, зокрема). При цьому необхідно зважати, що існуюча надмірність функцій держави у забезпеченні

безкоштовної медичної допомоги дозволяє налагоджувати стійку систему забезпечення права людини на здоров'я [25].

Принципи публічного управління розвитком КНП в сільській місцевості:

- взаємоповага пацієнтів і медичних працівників;
- доступ населення до гарантованого державою пакету медичної допомоги;
- співпраця різних секторів національної економіки;
- оптимальне (справедливе) співвідношення «ціна-якість»;
- ефективне використання обмежених доступних ресурсів [17];
- ефективності використання бюджетних коштів і власних ресурсів КНП;
- ефективності підтримки розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості.

Метою публічного управління розвитком КНП в сільській місцевості є створення найкращих умов для діяльності лікарів і медперсоналу КНП як запорука підвищення доступності якісних медичних послуг/допомоги для сільського населення та, зрештою, покращання його здоров'я.

Цілями публічного управління розвитком КНП в сільській місцевості є

- забезпечення стійких темпів розвитку КНП як передумови покращання стану трудових ресурсів ОТГ і подальшої її розбудови;
- підтримка наукового потенціалу цієї сфери;
- створення умов для задоволення потреби сільського населення в якісних медичних послугах/допомозі;
- регулювання структурних змін в сфері охорони здоров'я, викликаних рівнем захворюваності населення, економічною, демографічною та політичною ситуацією в країні;
- залучення інвестицій у розвиток медичного обслуговування у сільській місцевості, сприяння розширенню публічно-приватного партнерства та здійсненню благодійної діяльності у цій сфері;
- забезпечення сільського населення дієвими, якісними й необхідними лікарськими засобами і виробами медичного призначення;

- надання медичних послуг/допомоги, лікарських засобів і виробів медичного призначення, передбачених програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, за рахунок коштів держбюджету;
- реалізація національних, регіональних і місцевих програм з медичного обслуговування населення у сільській місцевості щодо діагностики, лікування, реабілітації та профілактики захворювань;
- розвиток необхідної телекомунікаційної інфраструктури;
- розвиток транспортної інфраструктури, створення умов для застосування авіаційних, водних, автомобільних спеціальних і спеціалізованих санітарних транспортних засобів;
- сприяння дієвій просвітницькій роботі серед сільського населення щодо активної соціальної орієнтації на здоровий спосіб життя;
- забезпечення участі органів місцевого самоврядування, громадських об'єднань, наукових установ у реалізації державної політики у цій сфері;
- координації діяльності стейкхолдерів (органів публічного управління...) щодо підвищення доступності медичних послуг у сільській місцевості;
- розроблення та виконання цільових програм, стратегій, спрямованих на підвищення доступності якісних медичних послуг для сільського населення;
- розроблення та здійснення заходів по забезпеченню матеріально-технічної бази й інших умов, необхідних для підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості;
- створення економічних, організаційних і правових механізмів стимулювання діяльності, спрямованої на підвищення доступності сільського населення до якісних медичних послуг/допомоги.

Адміністративні механізми публічного управління розвитком КНП в сільській місцевості – засновані на силі державної влади й включають себе заходи зобов'язань, дозволу та заборони, а також обмежують свободу економічного вибору продуцента послуг охорони здоров'я [54]. При цьому застосовуються такі адміністративні засоби публічного управління:

- атестація лікарів і медпрацівників;

- видача дозволів на використання нових технологій;
- видача ліцензій на здійснення медичної практики;
- застосування санкцій;
- здійснення контролю за діяльністю муніципальної та приватної системи охорони здоров'я;
- підготовка й планування необхідної кількості кадрів;
- проведення акредитації лікарняних установ;
- проведення системи статистичної звітності;
- регулювання цін на медичні та супутні послуги;
- розробка та контроль виконання державних програм, які передбачають надання громадянам України комплексу безкоштовних медичних послуг;
- сертифікація медичних послуг;
- стандартизація медичних послуг/допомоги [27].

Зокрема, акредитація КНП здійснюється з дотримання таких вимог:

- обов'язковість для КНП;
- оцінювання не лише загальних (притаманних для усіх КНП), а й спеціальних (відповідають «профілю» КНП);
- перевірка відповідності наявним стандартам наданих для перевірки документів;
- періодичність (перший раз – після двох років діяльності, далі – один раз на три роки);
- проведення акредитаційною комісією оцінки діяльності КНП;
- результатом акредитація є присвоєння КНП відповідної категорії, що не передбачає надання рекомендацій, спрямованих на його розвиток [25].

Економічні механізми публічного управління розвитком КНП в сільській місцевості є системою цілеспрямованої взаємодій між уповноваженими органами публічного управління та об'єктами управління (КНП) [47], що безпосередньо не впливають на об'єкт впливу [54] шляхом реалізації функцій управління на основі застосування комплексу підходів, методів, засобів та економічних інструментів дослідження й трансформації взаємопов'язаних

процесів забезпечення ефективного функціонування КНП з урахуванням впливу зовнішнього і внутрішнього середовища [47]. При цьому застосовуються такі економічні засоби публічного управління:

- амортизаційна політика;
- забезпечення фінансування розвитку цієї сфери;
- інноваційна політики;
- податкова політика та податкові пільги;
- покупка нового устаткування;
- проведення централізованих торгів на поставку медичного обладнання й матеріалів;
- регулювання фінансових потоків діяльності бюджетної сфери;
- фінансування цільових програм охорони здоров'я [20].

Інституціональний механізм публічного управління розвитком КНП в сільській місцевості являє собою сукупність уповноважених органів публічної влади, які у межах своєї компетенції здійснюють свою діяльність у цій сфері як на національному, так і на регіональному та місцевому рівнях.

На національному рівні основними інституціями, які забезпечують публічного управління розвитком КНП, є Верховна Рада України, Президент України, Кабінет Міністрів України, а також МОЗ (забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я для підвищення доступності медичного обслуговування у сільській місцевості; здійснює моніторинг стану здоров'я сільського населення; забезпечує підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості; затверджує нормативи навантаження медичних працівників у сільській місцевості...), НСЗУ (забезпечує формування і реалізацію державної регіональної політики для підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості; здійснює моніторинг соціально-економічних й інших показників розвитку сільських територій, розробляє й здійснює заходи, спрямовані на комплексний розвиток таких територій;

розробляє й здійснює заходи, спрямовані на розвиток медичної інфраструктури у сільській місцевості...) та інші органи виконавчої влади.

На регіональному рівні публічне управління розвитком КНП здійснюють Департаменти/Управління охорони здоров'я обласних державних (військових) адміністрацій спрямовують свою діяльність на таке: визначення шляхів підвищення рівня доступу сільського населення до медичних послуг/допомоги у межах адміністративно-територіальних одиниць; сприяння КНП у створенні механізму раціонального використання фінансових, кадрових і матеріально-технічних ресурсів; сприяння реалізації заходів із забезпечення доступу закладів охорони здоров'я у сільській місцевості до мережі Інтернет...

Повноваження місцевих органів публічного управління у сфері охорони здоров'я щодо розвитку КНП:

- співфінансування (утримання) суб'єктами співробітництва КНП – інфраструктурних об'єктів;
- утворення суб'єктами співробітництва спільних КНП – спільних інфраструктурних об'єктів;
- утворення суб'єктами співробітництва спільного органу управління для спільного виконання визначених законом повноважень [16];
- встановлення порядку та здійснення контролю за використанням прибутків КНП відповідних ОТГ;
- встановлення тарифів на платні медичні і супутні послуги;
- забезпечення доступу населення до безоплатних медичних послуг/допомоги на відповідній території ОТГ;
- заслуховування звітів про роботу КНП відповідних ОТГ;
- прийняття рішень про створення, ліквідацію, реорганізацію та перепрофілювання підприємств, установ та організацій КНП;
- управління КНП, які належать територіальним громадам або передані їм, організація їх ресурсного забезпечення;
- управління майном КНП у межах, визначених органом місцевого самоврядування;

- формування замовлень та укладання договорів на підготовку лікарів і медичного працівників для КНП, організація роботи щодо підвищення їхньої кваліфікації [22];

- фінансування проєктів публічно-приватного партнерства у цій сфері, з урахуванням пріоритетів розвитку ОТГ [16; 22];

- впровадження додаткових стимулів задля залучення на роботу в сільській місцевості високо кваліфікованих медичних працівників шляхом запровадження мотиваційних пакетів;

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

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

Уповноваженим інституціям у цій сфері притаманні такі характеристики:

- здійснення управлінської, виконавчо-розпорядчої діяльності з керівництва КНП відповідно до встановленого для нього профілю та функцій;

- захист прав органу публічного управління охороною здоров'я може бути предметом розгляду судових органів;

- має свою компетенцію (завдання, цілі, функції, права та обов'язки, форми й методи діяльності), закріплену правовими актами;

- організаційними гарантами виступають Президент України, органи, що вирішують питання утворення цих органів, органи прокуратури;

- організація або політична установа, частина державного апарату, створювана державою; має структуру, територіальний масштаб діяльності;

- права гарантуються конституцією та іншими нормативними актами, а також статутами КНП.

Організаційні механізми публічного управління розвитком КНП в сільській місцевості – це прямий/опосередкований вплив на структуру, функції,

зовнішню та внутрішню взаємодію постачальників і споживачів не лише медичних і супутніх послуг, а й товарів медичного призначення і послуг для КНП. Означене стимулює (а у разі некоректного застосування, стримує) розвиток конкуренції та децентралізацію публічного управління, а також визначають пріоритети для цільового фінансування та запровадження нових організаційних форм господарювання у цій сфері [14]. При цьому застосовуються такі організаційні засоби публічного управління:

- інтеграційні зв'язки між КНП і профільними науковими та науково-виробничими установами;
- трансферт інновацій у лікувально-діагностичний процес [11].

В умовах обмежених фінансових можливостей держави, її роль нині здебільшого зводиться до використання **правових механізмів публічного управління розвитком КНП в сільській місцевості** [46]. При цьому застосовуються такі правові засоби публічного управління:

- створення як нормативно-правової бази, так і правових механізмів реалізації юридичних норм, що регулюють діяльність цієї сфери;
- визначення прав та обов'язків кожного лікаря і медичного працівника щодо охорони здоров'я населення, а також кожної особи (пацієнта) щодо формування, збереження й зміцнення свого власного здоров'я [28].

Соціально-психологічні механізми публічного управління розвитком КНП в сільській місцевості дозволяють зменшувати навантаження на бюджет і надають стимулюючу дію на населення для підтримки, зміцнення і збереження свого здоров'я та відповідальності за нього. При цьому застосовуються такі соціально-психологічні засоби публічного управління:

- залучення працівників до управління КНП;
- корпоративна культура [11];
- надання соціальних гарантій [11; 19];
- забезпечення соціального страхування;
- залучення населення до участі в управлінні цією сферою;
- реалізація державних соціальних програм;

- надання інформації про оцінки ефективності/результативності публічного управління розвитком КНП;
- проведення роз'яснювальної роботи щодо особливостей державної політики щодо розвитку сфери охорони здоров'я;
- розвиток телемедицини і методів морального переконання;
- розміщення в широкому доступі інформації про діяльність КНП і стан здоров'я населення;
- створення взаємних зобов'язань між виробниками і споживачами медичних послуг/допомоги;
- створення можливостей для соціальної адаптації і реабілітації [16];
- вікове обмеження на продаж алкоголю та цигарок;
- заборона на куріння й вживання алкоголю в громадських місцях;
- інформаційні медичні сайти;
- соціальна реклама [25].

Підбиваючи проміжний підсумок, слід зазначити, що наразі в Україні сформовано систему механізмів (методів, засобів) **публічного управління розвитком КНП в сільській місцевості**, належне використання яких є передумовою підвищення результативності розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я як запоруки покращання соціально-економічних параметрів стану КНП і здоров'я сільського населення.

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ КНП В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

2.1 Особливості розвитку КНП в сільській місцевості (на прикладі КНП «Валківська центральна клінічна лікарня»)

У 2021 р. населення Харківської області складало понад 2,6 млн осіб, що на 0,6 млн менше, ніж було у 1991 р., що наочно свідчить про негативний приріст цього показника. Але унаслідок повномасштабної військової агресії РФ внутрішньо та зовнішньо переміщеними особами стали щонайменше 1 млн мешканців регіону. Нині у 56 територіальних громадах 7 районів Харківської області надають медичну допомогу населенню 197 КНП усіх рівнів. Станом на 11.10.2022 р. мережа КНП Харківської області збережена майже повною мірою й налічує 196 КНП, що розташовані на підконтрольній території (як не прикро, деякі з них повністю або частково зруйновані, відсутні зв'язок та інтернет, проводиться розмінування територій). За оперативними даними під час проведення активних бойових дій на території області було пошкоджено або зруйновано 231 об'єкт охорони здоров'я (заклади або окремі структурні підрозділи закладів різних форм власності та рівнів підпорядкування).

У 2021 р. роботу сфери охорони здоров'я регіону забезпечують майже 9,0 тис. лікарів і понад 15,0 тис. молодшого медичного персоналу. Показник укомплектованості штатних посад цими фахівцями у КНП становить 77,3 та 82,2 %, відповідно. Натомість у 2022 р. в області працювало 5,0 тис. лікарів, 8,0 тис. молодших спеціалістів з медичною освітою, 4,2 тис. молодшого медичного персоналу та 5,0 тис. іншого персоналу. Тобто має місце «відтік» кваліфікованих фахівців, спроможних надавати медичні послуги/допомогу, що певною мірою кореспондується з масштабами вимушеної міграції населення.

Хоча Харківщина традиційно вважається індустріальним регіоном, але у складі її економіки значну частку займає аграрний сектор, а значна частина її

території є сільською. Слід відзначити, що адміністративно-територіальна реформа спричинила укрупнення районів (рис. 2.1), а з тим – цілком реалістичною виглядає ситуація, коли населені пункти, яких буде позбавлено статусу «районного центру», втратять частину фінансових потоків, а тому стануть менш привабливими для життя, тим самим спонукаючи найбільш активну частину сільського населення «шукати кращої долі» в інших містах, а відтак – пришвидшуючи стагнацію даної території [37]. Адміністративно-територіальна реформа стала приводом для передачі ОТГ 22 КНП об'єктів спільної власності (окрім КНП вторинного рівня), з яких уже передано 21, у т.ч. у Богодухівському районі – 4 лікарні; Ізюмському – 3; Красноградському – 4; Куп'янському – 3; Лозівському – 1; Харківському – 3; Чугуївському – 4.



Рис. 2.1 – Адміністративно-територіальний поділ Харківської області

До того ж, у межах чинної медичної реформи, усю територію країни (у т.ч. і Харківської області) було розподілено на госпітальні округи й виділено

опорні КНП (рис. 2.2), до переліку яких не потрапила частина колишніх «центральної районних лікарень». Відтак, адміністративно-територіальна реформа може обумовити деградацію сільської медицини районного рівня [37].

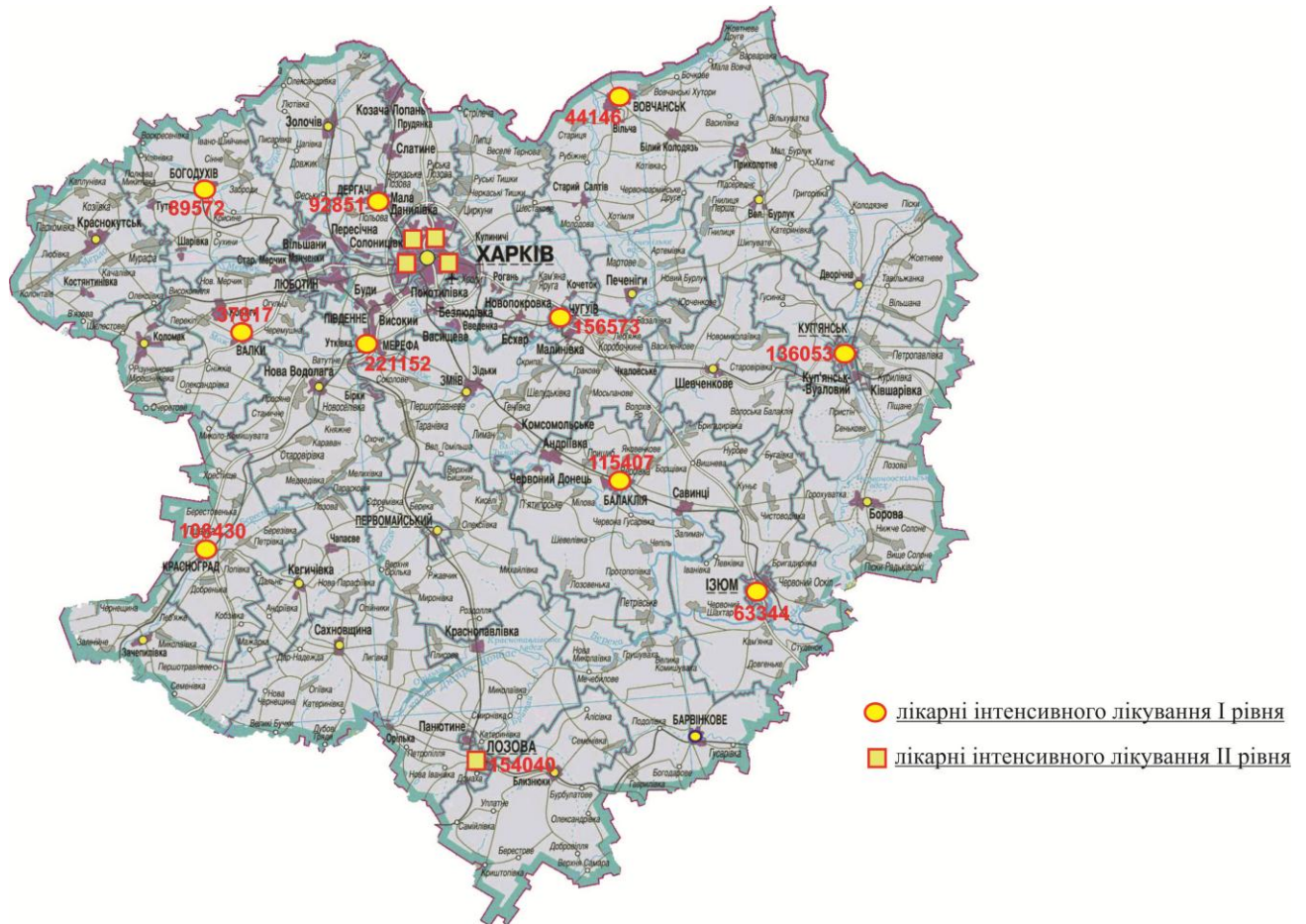


Рис. 2.2 – Розташування опорних КНП Харківської області

Проте існують певні виключення, яким є, зокрема, КНП «Валківська центральна клінічна лікарня» (далі – КНП «Валківська ЦРЛ»), яка є багатопрофільною лікарнею інтенсивного лікування I рівня, у зону обслуговування якої входять передусім Валківська міська територіальна громада (далі – ТГ) та Коломацька селищна ТГ Харківської області з загальною кількістю населення 37817 осіб, завдяки чому забезпечуються лікувально-профілактичні заходи, спрямовані на зниження рівня поширеності хвороб і захворюваності серед сільського населення (табл. 2.1). Так, лише за 2021 р.

проліковано 3661 пацієнтів (у т.ч. з гострим інфарктом міокарда – 13, з інсультами – 78), проведено 726 оперативних втручань, прийнято 164 пологів.

Таблиця 2.1 – Рівень поширеності хвороб і захворюваності серед сільських мешканців Богодухівського району Харківської області

Територіальна громада	Зареєстровано захворювань серед сільських мешканців		Поширеність на 100 тис. сільських мешканців	
	2020 р.	2021 р.	2020 р.	2021 р.
Богодухівська міська ТГ	25071	20224	127906,74	104684,51
Валківська міська ТГ	18091	14610	103106,12	84455,75
Золочівська селищна ТГ	23590	23913	140617,55	145695,49
Коломацька селищна ТГ	4606	3505	115207,60	89596,11
Краснокутська селищна ТГ	29133	28386	157229,21	155140,19
ВСЬОГО	100491	90638	131446,70	120465,18

Упродовж 2019–2022 рр. було скорочення на 42,0 штатні посади і 56,0 зайняті посади, здебільшого за рахунок середнього та молодшого медичного персоналу (табл. 2.2). На тлі скорочення 6 посад лікарів, у 2021 р. було прийнято на роботу лікаря отоларинголога; 65 лікарів успішно пройшли чергову атестацію, а 41 – отримали відповідну категорію. У 2022 р. при загальній забезпеченості персоналом у 95 %, КНП «Валківська ЦРЛ» бракує 8,1 % лікарів (зокрема, лікаря-анестезіолога та рентген лаборанта) і 8,5 % молодшого медперсоналу, але це не є перепорою для надання якісних медичних послуг. 23,8 % персоналу є пенсійного віку.

Загалом персонал вирізняється порівняно гарним здоров'ям, про що опосередковано свідчить низька частка виплат (0,5 % фонду оплати праці) за перші 5 днів непрацездатності. Для забезпеченості належної умотивованості персоналу до продуктивної праці майже удвічі збільшено фонд оплати праці. При цьому на особливу увагу заслуговують не лише істотні доплати за лікування хворих на COVID-19, а й, що не менш важливо, зростання у 6,7 разів заохочувальних виплат (табл. 2.3). При цьому середньомісячна заробітна плата у 2022 р. склала € 8223,5, у т.ч. керівництва КНП – € 35472,9, лікарі – € 20024,2, середній медперсонал – € 11509,3, молодший медперсонал – € 5899,8,

спеціалісти немедичного профілю – € 9273,4, господарський обслуговуючий персонал – € 7165,5.

Таблиця 2.2 – Кадрове забезпечення КНП «Валківська ЦРЛ»

	2019 р.		2020 р.		2021 р.		2022 р.	
	штати	зайняті посади	штати	зайняті посади	штати	зайняті посади	штати	зайняті посади
ВСЬОГО	444,0	438,0	402,0	399,5	402,0	391,0	402,0	382,0
У т.ч.: лікарі	91,5	88,5	85,5	85,0	85,5	83,0	86,0	79,0
середній персонал	164,0	163,0	145,0	145,0	145,0	142,0	145,0	141,0
молодший персонал	101,5	99,5	94,0	93,0	94,0	93,0	95,5	90,0
інший персонал	87,0	87,0	77,5	76,5	77,5	73,0	75,5	72,0

Таблиця 2.3 – Фонд заробітної плати КНП «Валківська ЦРЛ», € тис.

	2019 р.	2020 р.	2021 р.	2022 р.*
ВСЬОГО	26334,4	41049,4	47562,8	37696,6
У т.ч. заохочувальні виплати	903,8	871,6	1047,8	4561,6
доплати за COVID-19	--	10952,4	12430,2	679,0

* - 9 місяців

КНП «Валківська ЦРЛ» забезпечена цифровим рентген-апаратом, УЗД-апаратами, ендоскопічною апаратурою, ЕКГ-апаратами та комп'ютерним томографом. Тут розгорнуто 150 ліжок цілодобового перебування, наявне сучасне відділення невідкладної (екстреної) медичної допомоги та відділення анестезіології та інтенсивної терапії з 6 ліжками. Викликає занепокоєння той факт, що первинна вартість наявних основних фондів складає € 43786,1 тис., а сума їхнього зносу – € -18378,2 тис.

У структурі видатків КНП «Валківська ЦРЛ» у 2021 р. найбільшу частку (63,7 %) займають витрати на утримання персоналу (заробітна плата та нарахування на неї), що значною мірою обумовлено незначною капіталомісткістю їх діяльності. 10,7 % усіх видатків спрямовано на придбання медикаментів і перев'язувальних матеріалів (табл. 2.4). Для вдосконалення

матеріально-технічної бази з бюджету ТГ передбачені капітальні видатки у розмірі ₴ 3389,7 тис., у т.ч. на ₴ 1275,6 тис. на придбання медичного обладнання, і ₴ 75,0 тис. – на придбання комп'ютерної техніки.

Таблиця 2.4 – Видатки КНП «Валківська ЦРЛ» у 2021 р., ₴ тис.

	Кошти з НЗСУ під програму медичних гарантій	Затверджено місцевими радами	Касові видатки
Загальний фонд – всього	59143,943	18068,942	17496,884
Заробітна плата	38018,469	5350,212	5350,212
Нарахування на оплату праці	11240,471	185,202	185,202
Предмети, матеріали, обладнання та інвентар	522,030	590,104	590,104
Медикаменти та перев'язувальні матеріали	7929,357	1094,442	1094,442
Продукти харчування	497,481	--	--
Оплата послуг (крім комунальних)	355,016	81,976	81,976
Видатки на відрядження	--	--	--
Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	213,763	10478,642	9906,584
Окремі заходи по реалізації державних (регіональних) програм, не віднесені до заходів розвитку	--	--	--
Виплата пенсій і допомоги	259,142	--	--
Інші виплати населенню	--	288,364	288,364
Інші поточні видатки	108,214	--	--
Спеціальний фонд – всього	--	--	--
Капітальні видатки	1740,000	1370,625	279,100

Видатки КНП «Валківська ЦРЛ» за 9 місяців 2022 р. склали ₴ 72875,1 тис., з них:

1. Оплата праці – ₴ 37696,5 тис., нарахування на оплату праці – ₴ 8074,5 тис., що сукупності становить 62,8 % від сукупних видатків.

2. Матеріальні витрати склали ₴ 24256,6 тис. (33,3 %), з них:

– засоби індивідуального захисту – ₴ 321,8 тис.;

– медикаменти та перев'язувальні матеріали ₴ 10792,8 тис. (14,8 %), у т.ч.: лікарські засоби (крім кисню) – ₴ 9269,8 тис., кисень, що використовується для у медичних цілях (не власного виробництва) – ₴ 743,5 тис., кров та її

компоненти – € 329,4 тис., вироби медичного призначення та допоміжні засоби слуху, зору, руху, засоби протезування для кардіології, ендопротезів, інші протези тощо – € 153,1 тис., імунобіологічні препарати – € 217,9 тис., дезинфекційні засоби – € 79,1 тис.;

– продукти харчування – € 434,3 тис.;

– предмети, матеріали та інвентар – € 2,0 тис.;

– будівельні матеріали – € 706,4 тис.;

– паливно-мастильні матеріали – € 256,0 тис.;

– оплата комунальних послуг й інших енергоносіїв (тепло, електроенергія, вода, інше) – € 8095,7 тис.;

– господарські матеріали – € 139,7 тис.;

– ремонт – € 3277,8 тис., у т.ч. ремонт медичного обладнання – € 15,0 тис., ремонт приміщень – € 3112,5 тис., ремонт авто – € 129,8 тис.;

– інші матеріальні витрати – € 230,1 тис.;

3. Інші операційні витрати – € 2586,7 тис.:

– підготовка, перепідготовка кадрів і підвищення їхньої кваліфікації – € 13,6 тис.;

– послуги (крім комунальних) – € 1856,1 тис.

4. ТО/сервісне обслуговування/повідка НМА – € 238,4 тис.

5. Амортизація – € 3334,2 тис.:

– амортизація основних засобів – € 2872,8 тис.;

– амортизація інших необоротних матеріальних активів – € 461,4 тис.

Для забезпечення вищенаведених витрат необхідні відповідні доходи, які за 9 місяців 2022 р. у КНП «Валківська ЦРЛ» склали € 71628,1 тис., з них:

1. Дохід від реалізації послуг, всього – € 53798,6 тис. (75,1 %), у т.ч.:

– дохід від надання медичних і немедичних послуг за кошти фізичних і юридичних осіб й страхових виплат – € 1285,5 тис. (1,8 %);

– дохід за програмою медичних гарантій – € 52513,1 тис. (73,3 %).

2. Інший операційний дохід, всього – € 16496,0 тис. (23,0 %), у т.ч.:

– інший операційний дохід від надання майна в оренду – € 126,2 тис.;

– інший операційний дохід від компенсацій за комунальні платежі від орендаря – € 776,5 тис.

3. Неопераційний дохід, всього – € 1333,6 тис. (1,9 %).

Основним джерелом надходжень (73,3 %) для КНП «Валківська ЦРЛ» доходи за програмою медичних гарантій, а тому зростає значущість його співпраці з НСЗУ. Водночас, незначні (1,8 %) доходи від надання платних медичних і супутніх послуг є допоки недостатньо використаним джерелом збільшення доходів, що допоки унеможлиблюється через масштабну бідність і зволікання (у т.ч. через означену причину) з розвитком страхової медицини.

За підсумками 9 місяців 2022 р. результатом діяльності КНП «Валківська ЦРЛ» стало: збиток у € 1247,0 тис.; рівень рентабельності -1,7 %.

КНП «Валківська ЦРЛ» належить до Переліку закладів охорони здоров'я для госпіталізації пацієнтів з гострою респіраторною хворобою COVID-19, а також ним підписало з НСЗУ договір на такі пакети надання медичної допомоги:

- медична допомога дорослих і дітям в амбулаторних умовах (профілактика, спостереження, діагностика, лікування та медична реабілітація).
- стоматологічна допомога дорослих і дітей;
- ведення вагітності в амбулаторних умовах;
- мамографія;
- медична допомога при гострому мозковому інсульті;
- медична допомога при пологах;
- хірургічні операції дорослим і дітям в стаціонарних умовах;
- стаціонарна допомога пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID – спричиненою коронавірусом SARS-COV-2;
- стаціонарна допомога дорослим і дітям без проведення хірургічних операцій.

Відповідно до затвердженої програми фінансової підтримки та розвитку КНП «Валківська ЦРЛ» на 2022 рік передбачено виділення € 67 млн, у т.ч. € 46 млн від Валківської міської ради, й € 21 млн від Харківської обласної ради.

Основними статтями витрат є:

- капітальний ремонт амбулаторій – € 15,0 млн;
- реконструкція реабілітаційного відділення – € 8,0 млн;
- медикаментозне забезпечення пільгових категорій – € 7,2 млн;
- закупівля та встановлення кисневого резервуару – € 7,2 млн;
- встановлення протипожежної сигналізації в приміщеннях КНП – € 7,2 млн;
- реконструкція інженерних мереж (електропроводка, водогін, каналізація, вентиляція) – € 5,0 млн;
- ремонт покрівлі та системи опалення інфекційного корпусу – € 5,0 млн;
- реконструкція системи кисне постачання – € 4,0 млн;
- придбання медичного обладнання – € 4,0 млн;
- забезпечення вчасного та безперебійного медичного обслуговування населення та стимулювання праці медичних працівників – € 3,5 млн;
- проведення теплової ізоляції будівлі – € 3,5 млн;
- медикаментозне забезпечення надання невідкладної ургентної медичної допомоги, в т.ч. закупівля кисню медичного – € 3,4 млн;
- поточний ремонт амбулаторій – € 3,0 млн;
- коригування проектної документації кисне забезпечення лікарня – € 1,0 млн;
- ремонт медичного обладнання – € 0,3 млн;
- інші поточні витрати (перевірки обладнання, оплата послуг охорони, технічного обслуговування ліфтів тощо) – € 0,7 млн;

Зрештою слід зазначити, що попри наявний його дефіцит кадрового та матеріально-технічного забезпечення, КНП «Валківська ЦРЛ» все ж доволі успішно виконує покладені на нього функції щодо доступу сільського населення до якісних медичних послуг/допомоги як запоруки покращання його здоров'я, а з тим – зміцнення трудових ресурсів, спроможних забезпечити подальший розвиток соціально економічного потенціалу відповідної ОТГ.

2.2 Можливості та проблеми розвитку КНП в сільській місцевості

Розробці концептуальних засад подальшого розвитку КНП в сільській місцевості має передувати ретельне вивчення умов (нагальних проблем і наявних/потенційних можливостей) для вироблення та реалізації управлінських рішень, що забезпечать такі зміни. Для цього слід скористатися такими методами дослідження як SWOT-аналіз (табл. 2.5) та PEST-аналіз (табл. 2.6).

Таблиця 2.5 – SWOT-аналіз КНП в сільській місцевості

Сильні сторони	Слабкі сторони
<p>Використання КНП веб-сайту і «сторінок» у соціальних мережах для просування власних медичних послуг</p> <p>Достатня укомплектованість лікарями та медичним персоналом</p> <p>Достатня якість медичних послуг</p> <p>Індивідуальний підхід до пацієнта</p> <p>Капітально відремонтовані приміщення</p> <p>Комп'ютеризація та запровадження телемедицини КНП в сільській місцевості</p> <p>Надання платних медичних і супутніх послуг</p> <p>Укладання договорів з НСЗУ про надання гарантованої медичної допомоги</p> <p>Раціональність штатного розпису КНП</p>	<p>Брак фінансових ресурсів для стимулювання персоналу КНП</p> <p>Дефіцит лікарів високої кваліфікації</p> <p>Дорожня та тривалий термін окупності витрат сучасного обладнання</p> <p>Недостатність сучасного лікувально-діагностичного обладнання та апаратури</p> <p>Низька інвестиційна привабливість КНП</p> <p>Низька умотивованість персоналу КНП до власного професійного розвитку та продуктивнішої праці</p> <p>Пошкодження та/або руйнування значної кількості приміщень КНП унаслідок бойових дій та обстрілів</p>
Можливості	Загрози
<p>Зміна організаційно-правової форми на товариство з обмеженою відповідальністю</p> <p>Надання державами-партнерами гуманітарної та економічної допомоги</p> <p>Надання спонсорської та благодійної допомоги</p> <p>Підтримка місцевими органами публічної влади, представниками бізнесу та територіальними громадами</p> <p>Реалізація програм публічно-приватного партнерства</p> <p>Розширення контингенту пацієнтів за рахунок мешканців інших регіонів/країн</p>	<p>Байдуже (пасивне) ставлення населення до власного здоров'я</p> <p>Збідніння широких мас і скорочення частки заможного населення</p> <p>Масштабна внутрішня та зовнішня міграції лікарів і медперсоналу, та пацієнтів</p> <p>Недостатнє фінансування державних, регіональних і місцевих цільових програм</p> <p>Підвищення конкуренції на ринку медичних послуг</p> <p>Повномасштабна військова агресія РФ</p> <p>Поганий стан автомобільних доріг</p> <p>Погіршення епідеміологічної ситуації унаслідок пандемії COVID-19</p> <p>Старіння нації</p>

Таблиця 2.6 – PEST-аналіз КНП в сільській місцевості

Політичні фактори	Економічні фактори
<p>Підтримка місцевими органами публічної влади, представниками бізнесу та територіальними громадами</p> <p>Повномасштабна військова агресія РФ</p>	<p>Брак фінансових ресурсів для стимулювання персоналу КНП</p> <p>Дорожнеча та тривалий термін окупності витрат сучасного обладнання</p> <p>Достатня укомплектованість лікарями та медичним персоналом</p> <p>Зміна організаційно-правової форми на товариство з обмеженою відповідальністю</p> <p>Капітально відремонтовані приміщення</p> <p>Надання державами-партнерами гуманітарної та економічної допомоги</p> <p>Надання платних медичних і супутніх послуг</p> <p>Надання спонсорської та благодійної допомоги</p> <p>Недостатнє фінансування державних, регіональних і місцевих цільових програм</p> <p>Низька інвестиційна привабливість КНП</p> <p>Підвищення конкуренції на ринку медичних послуг</p> <p>Раціональність штатного розпису КНП</p> <p>Реалізація програм публічно-приватного партнерства</p> <p>Укладання договорів з НСЗУ про надання гарантованої медичної допомоги</p>
Соціальні фактори	Технологічні фактори
<p>Байдуже (пасивне) ставлення населення до власного здоров'я</p> <p>Дефіцит лікарів високої кваліфікації</p> <p>Достатня якість медичних послуг</p> <p>Збідніння широких мас і скорочення частки заможного населення</p> <p>Індивідуальний підхід до пацієнта</p> <p>Масштабна внутрішня та зовнішня міграції населення (у т.ч. як лікарів і медперсоналу, так і пацієнтів)</p> <p>Низька умотивованість персоналу КНП до власного професійного розвитку та продуктивнішої праці</p> <p>Погіршення епідеміологічної ситуації унаслідок пандемії COVID-19</p> <p>Розширення контингенту пацієнтів за рахунок мешканців інших регіонів/країн</p> <p>Старіння нації</p>	<p>Використання КНП веб-сайту і «сторінок» у соціальних мережах для просування власних медичних послуг</p> <p>Комп'ютеризація та запровадження телемедицини КНП в сільській місцевості</p> <p>Недостатність сучасного лікувально-діагностичного обладнання та апаратури</p> <p>Поганий стан автомобільних доріг</p> <p>Пошкодження та/або руйнування значної кількості приміщень КНП унаслідок бойових дій та обстрілів</p>

Проведений SWOT-аналіз (табл. 2.5) дозволяє стверджувати, що КНП в сільській місцевості України нині мають ряд «сильних» своїх сторін, зважене використання яких створює для них конкурентні переваги; натомість «слабкі» – створюють додаткові проблеми у цій царині. Звісно, що попри свою загальну подібність (приміщення будувались здебільшого за типовими проектами, бюджетне фінансування відбувалась на загальних засадах тощо), КНП в сільській місцевості все ж є неподібними між собою за ресурсним потенціалом та ефективністю його використання. Водночас, практично усі вони потребують істотної модернізації обладнання та інструментарію, а також ремонту (у т.ч. капітального) приміщень і обладнання. Вирішення цих проблем ускладнюється небажанням/неможливістю власників (органів місцевого самоврядування), дефіцитом власних коштів (поточних доходів), низькою інвестиційною привабливістю КНП (зважаючи як на їх статус некомерційного, так і на їхню територіальну приналежність до сільської місцевості). Загрози військового, епідеміологічного, економічного та соціального характеру (табл. 2.5; 2.6) ще більшою мірою ускладнюють умови функціонування КНП в сільській місцевості. Медична реформа створює як додаткові можливості для їхнього розвитку, так і породжує додаткові складнощі на «цьому шляху».

Відзначимо, що результати SWOT-аналізу (табл. 2.5) та PEST-аналізу (табл. 2.6) є подібними за змістом, але відмінними за приналежністю до певної групи факторів впливу, що робить «паралельне» використання означених методик запорукою більш дієвого аналізу стану КНП в сільській місцевості як передумови розробки дієвої моделі їх розвитку.

Незадоволення функціонуванням вітчизняної сфери охорони здоров'я є фактично перманентним процесом, і спостерігається не лише серед населення, а й політиків і керівників. Медичну реформу у всьому світі вважають однією з найскладніших, оскільки успішність її реалізації передбачає сталу обґрунтовану політичну позицію уряду і залежить від багатьох соціально-економічних чинників та узгодженості дій на різних рівнях управління. Більше за те, такі заходи обмежують можливості придбання сучасного обладнання для КНП і

впровадження інноваційних технологій у медичну практику, знижують повагу до медичних працівників та якість фахової підготовки лікарів, середнього медичного персоналу й збільшують їхню внутрішню і зовнішню міграцію [54]. При цьому простежується доволі чітка закономірність: стан КНП значною мірою залежить не лише від керівництва та колективу КНП, а й від зваженого та послідовного публічного управління сферою охорони здоров'я, яке мінімізує ризики (фактично, негативні наслідки) медичної реформи [38].

Для належного реагування на наявні виклики (у т.ч. пов'язані з медичною реформою) необхідні відповідні зміни керівництва КНП в сільській місцевості. Проте донині його директори, на відміну від колег з інших галузей/сфер національної економіки, недостатньою мірою розуміють необхідність (а тому не докладають належних зусиль і не виділяють достатніх ресурсів) процесу формування та розвитку кадрів КНП, що полягає в професійному плануванні якісного та кількісного складу персоналу, підборі, відборі, розстановці, адаптації, оцінюванні та навчанні персоналу КНП [5]. Подібна невтішна ситуація обумовлена впливом низки факторів, які прямо чи опосередковано пов'язані з особистими та професійними характеристиками тих, хто безпосередньо приймає управлінські рішення, а саме:

- брак навичок вирішувати наявні проблеми;
- брак навичок домагатися результату від роботи підлеглих;
- наявність розмитих особистісних цінностей і брак творчого підходу в управлінні;
- не вміння впливати на людей;
- не вміння навчати підлеглих, що має негативний вплив на «адаптацію» до медичної реформи та запускає стартовий механізм для формування інших обмежень;
- недостатнє розуміння особливостей управлінської праці;
- низька вмотивованість до саморозвитку;
- низька здатність формувати колектив;
- розмитість особистісних цінностей [30].

Проведені узагальнення публікацій за даною проблематикою дозволили виокремити наступні фактори, що ускладнюють розвиток вітчизняної сфери охорони здоров'я:

- відсутність цивілізованої конкуренції на ринку медичних послуг;
- дефіцит гарантованих пакетів медичних послуг, доступний кожному громадянину;
- невідповідність «ціна – якість» медичних і супутніх послуг;
- недостатній рівень кваліфікації лікарів і медичного персоналу обумовлює нестабільність якості медичних послуг;
- недосконалість міжсекторальної взаємодії (слабка співпраця різних секторів економіки, служб, організацій в інтересах населення) [58];
- інвестиційна непривабливість КНП через відсутність гарантій збереження коштів, не кажучи вже про можливість отримання прибутків [32];
- непорядкованість нормативно-правової бази та ієрархії розподілу функцій і повноважень суб'єктів публічного контролю;
- низький рівень персональної відповідальності суб'єктів та об'єктів публічного контролю [57];
- неврахування факторів, що створюють загрози здоров'ю населення [68];
- наявний спротив окремих керівників і персоналу необхідним змінам;
- недостатній рівень фаховості та відсутність відповідної освіти управлінського керівників КНП в сільській місцевості;
- недостатню державну підтримку трансформаційних процесів у вітчизняній медицині;
- обмеженість фінансових та організаційних ресурсів [45];
- відсутність галузевого законодавства й відомчих галузевих нормативно-правових актів на місцях, прийняття локальних актів і розпоряджень, що найчастіше розширюють й спотворюють галузеве законодавство, значно ускладнює управління цією сферою національної економіки;
- відсутність координації з боку місцевої влади діяльності співпраці ПМСД і спеціалізованих лікарень;

- недостатній розвиток співпраці та обміну досвідом з провідними іноземними лікарнями відповідного профілю;
- недостатня увага з боку органів влади розвитку транспортної інфраструктури, зв'язку Інтернету;
- удосконалення діяльності управління охорони здоров'я обласної державної (військової) адміністрації на регіональному рівні [38];
- відсутність ефективного об'єднання (фрагментарність) фінансових ресурсів системи охорони здоров'я;
- неефективний захист населення від ризиків, пов'язаних з витратами на отримання медичної допомоги [59];
- відсутність механізмів зацікавленості виконавців у результаті та якості праці;
- незбалансованість ресурсів і обсягів допомоги; екстенсивний шлях розвитку сфери охорони здоров'я [24];
- відсутність внутрішньо узгодженої системи оздоровлення населення [56; 68];
- тотальний брак висококваліфікованих лікарів і медперсоналу [56; 68; 76];
- відсутність єдиної глобальної координації у сфері охорони здоров'я;
- поширення особливо небезпечних й інших епідеміологічних захворювань (ВІЛ/СНІД, «пташиний грип»...);
- поширення важких хронічних неепідеміологічних захворювань (серцево-судинних, онкологічних, спадкових) [26];
- низький рівень доступності до якісних медичних послуг/допомоги [1; 76];
- недосконалість і декларативність системи забезпечення ліками (навіть попри розвиток механізму реімбурсації) [1];
- дисбаланс кадрового і матеріально-технічного забезпечення й ліжкового фонду різних рівнів трирівневої системи надання медичної допомоги для окремих нозологій;

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

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

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

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

- низька умотивованість населення до ведення здорового способу життя;

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

- недостатність умов для здорового способу життя;

- високий рівень декларативності публічно-управлінських рішень;

- відсутність належної культури ведення здорового способу життя;

- диспропорції щодо територіального розміщення КНП;

- заполітизованість питання реформування охорони здоров'я;

- застаріла матеріально-технічна база КНП;

- збільшення кількості нещасних випадків, самогубств, вбивств, отруєнь;

- недостатнє бюджетне фінансування вітчизняної сфери охорони здоров'я;

- нестабільна соціально-економічна, політична та епідеміологічна ситуація;

- нечіткість, суперечливість і розпорошеність правової бази щодо розвитку сфери охорони здоров'я;

- низький рівень організації роботи з профілактики захворювань;

- слабкість громадських інститутів контролю за системою охорони здоров'я;
- правові колізії [56];
- брак правил конкуренції за надання медичних послуг у рамках реалізації Програми державних гарантій безоплатного надання громадянам медичної допомоги;
- відсутність довіри пацієнтів до лікарів;
- відсутність прозорого та зрозумілого населенню зв'язку між обсягом і якістю медичної допомоги, наданої за програмою обов'язкового медичного страхування, та обсягом фінансування медичної установи, що надала послугу;
- консервація застарілих і викликають нарікання населення процедур (регламентів) організації обслуговування пацієнтів в лікувальних установах;
- неповна відповідність системи підготовки кадрів потребам сучасної трирівневої системи надання медичної допомоги як за чисельністю, так і за якістю підготовки фахівців, що приводить до недостатнього професійного рівня лікарів і керівників медичних установ й сприяє збереженню проблеми абсолютного і структурного дефіциту кадрів;
- орієнтація на лікування захворювань, а не на їх запобігання, низька мотивація населення до здорового способу життя, висока поширеність поведінкових факторів ризику захворювань;
- складність і витратність забезпечення необхідною медичною допомогою частини населення краю через систему розселення та складну транспортну доступність окремих населених пунктів;
- нерозвиненість механізмів публічно-приватного партнерства в охороні здоров'я;
- низька ефективність використання медичного обладнання, в т.ч. у результаті нестачі підготовлених кадрів;
- структурні проблеми системи організації медичної допомоги: надмірне навантаження на стаціонарну допомогу при відносно слабкому розвитку первинної, реабілітаційної, медико-соціальної допомоги й недостатня

координація діяльності медичних установ і лікарів на різних етапах надання медичної допомоги;

- адміністративні бар'єри для участі приватного сектора охорони здоров'я у виконанні державного замовлення та демографічна криза;

- неефективна система медичного страхування [21].

Водночас, не можна оминати увагою ті проблеми, що ускладнюють розвиток КНП в сільській місцевості, а саме:

- географічна віддаленість від спеціалізованих і високоспеціалізованих закладів охорони здоров'я;

- невідповідність матеріально-технічної бази сучасним вимогам надання медичної допомоги;

- недостатнє транспортне забезпечення;

- незадовільний стан покриття доріг місцевого значення;

- низька мотивація медичного персоналу й небажання працювати у сільській місцевості [33].

Зрештою слід зазначити, медична реформа хоча й створила для КНП в сільській місцевості нові можливості, але фактичні результати залишаються далекими від бажаних, що обумовлено наявністю допоки не вирішених проблем (породжені як внутрішніми, так і зовнішніми чинниками) соціального, економічного, політичного та епідеміологічного походження. Без вирішення означених проблем неможливо розраховувати на збереження функціональності наявної сфери охорони здоров'я (у т.ч. «сільської медицини»), а з тим – на підтримання на прийнятному рівні здоров'я населення (у т.ч. сільського).

РОЗДІЛ 3

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ КНП В СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо розвитку КНП в сільській місцевості

Ураховуючи тенденції на світовому ринку медичних послуг, зростає актуальність дослідження та виокремлення передового світового досвіду щодо сприяння розвитку сімейної медицини, а у подальшому – його зваженої адаптації до реалій України.

Запропоновано запозичити для України досвід акредитації Чехії зі заснуванням в Україні Єдиного комітету з акредитації із включенням до його складу не тільки представників державних органів управління сферою охорони здоров'я, але й представників медичної громадськості – членів незалежних лікарняних асоціацій. Іншим напрямом удосконалення системи вітчизняної акредитації є децентралізація прийняття рішень за досвідом Португалії, де акредитаційні комісії створені на рівні адміністративно-територіальних одиниць [6]. Тому доцільним є внесення змін до чинного законодавства України в частині залишення за медичними закладами акредитації без попереднього ліцензування закладів. Ліцензування слід запровадити тільки для професійної діяльності медичних працівників (лікарів) [55].

Основні характеристики акредитації медичних закладів за стандартами ISQua – організації, що об'єднує незалежні організації з різних країн, які оцінюють та акредитують клінічні аспекти діяльності закладів охорони здоров'я та медпрацівників. Також ISQua є також самостійною незалежною системою акредитації, яку воно здійснює на підставі власних розроблених стандартів [73]. QHA Trent є приватною незалежною компанією, яка об'єднує визнаних у Великобританії клініцистів та інших експертів, що працюють у

різних секторах сфери охорони здоров'я. QHA Trent повністю незалежна від Національної служби охорони здоров'я. Стандарти QHA Trent розподілені за трьома основними групами: загальні, специфічні (клінічні напрями), додаткові. Процедура акредитації може тривати декілька місяців і проходити до 20 послідовних стадій. Система міжнародних стандартів якості медичної допомоги (ISQua, QHA Trent...) передбачає, передусім, зосередження уваги на потребах і безпеці пацієнта, а саме: на спроможність закладу сфери охорони здоров'я забезпечувати найвищий з можливих рівень якості медичних послуг/допомоги, а також знаходити та утримувати найбільш кваліфікований персонал, функціонувати у складних і непередбачуваних умовах, попереджувати ризики та миттєво на них реагувати [78].

Головні напрями удосконалення системи [акредитації медичних закладів](#) полягають у передачі від державних органів до неурядових професійних організацій повноважень по проведенню акредитації за стандартами, що відповідають міжнародним схемам акредитації, і які спрямовані, передусім, на вивчення процесів надання медичних послуг/допомоги в закладі охорони здоров'я з визначенням рівня забезпечення потреб і безпеки пацієнтів [7].

Нині в зарубіжних системах охорони здоров'я з'явилася нова парадигма ціннісно-орієнтованої системи охорони здоров'я, яка фокусується на якості наданих медичних послуг за певного рівня витрат, а також забезпечення сталого розвитку й підвищення ефективності у сфері охорони здоров'я [81].

Формування [цілісного механізму публічного управління сферою охорони здоров'я на місцевому рівні](#) можливе через поєднання трьох основних інструментів: децентралізації управління охороною здоров'я на рівні місцевих органів влади, законодавчого закріплення самостійності в діяльності закладів і широкого залучення громадських організацій до розв'язання проблем охорони здоров'я через їх активну взаємодію з органами місцевого самоврядування [23].

Введення у Великобританії (фонди первинної допомоги), Фінляндії (муніципальні ради охорони здоров'я та соціальних питань) та Швеції (районні ради охорони здоров'я) [фінансових стимулів](#) для медичних закладів і пацієнтів,

спрямованих на підвищення економічної ефективності діяльності закладів охорони здоров'я за рахунок передачі у розпорядження лікарняного сектора первинного рівня усіх чи частини бюджетних коштів задля вирішення не тільки клінічних, а й бюджетних питань. Введена, зокрема, у Великобританії практика оформлення «замовлень» на надання послуг сприяла передачі бюджету лікарям загальної практики, що має за мету зміщення акцентів зі стаціонарної допомоги пацієнту на первинну, а також поліпшення координації між рівнями [49].

Варто зважати, що прогресуюча **комерціалізація ринку медичних послуг** діаметрально впливає на КНП в сільській місцевості (особливо, в умовах економічної кризи) й вимагає розроблення та запровадження інноваційних заходів щодо забезпечення стабільності їхнього функціонування [8].

Проблема територіальної несправедливості в доступі до якісних медичних послуг/допомоги вирішується провідними країнами світу протягом майже півстолітнього періоду, проте досягти позитивних результатів і «вирівняти» рівні медичного обслуговування міського й сільського населення вдалося лише окремим з них. ВООЗ підкреслює, що кожній з країн необхідно провести оцінку характеру та масштабів відмінностей в доступності медичних послуг/допомоги для різних соціальних груп населення, як з точки зору географічної складової, так й з урахуванням економічних і соціальних аспектів функціонування сфери охорони здоров'я. Найбільш перспективною стратегією її розвитку, що стоїть поза конкуренцією з іншими підходами, як і раніше, залишається зміцнення ПМСД. Зрештою варто погодитись, що зарубіжний досвід організації системи охорони здоров'я демонструє, що майже усі держави намагаються вирішити проблему рівного доступу сільського населення до медичних послуг [60].

Цікавим є досвід США, що забезпечується діяльністю уповноважених інституцій, як-от Управління медичних ресурсів і послуг, чия діяльність має за мету: фінансування розвитку сільської медицини; забезпечення лідерства та фінансової підтримки постачальникам медичних послуг у віддалених сільських громадах, які не є застрахованими [61]; фінансування проєктів з підвищення ефективності роботи сільських лікарень (особливо малих, тобто тих, де менше

ніж 200 ліжок); підтримка загальнонаціональних мереж клінік і мобільних медичних фургонів, що надають медичні послуги незастрахованим особам [69]. До того ж, в США держава й приватні страхові компанії активно підтримують усілякі ініціативи, спрямовані на поширення моделі надання медичних послуг за принципом «медичний будинок, орієнтований на пацієнта». При цьому для сімейного лікаря пацієнт є центральною фігурою, яка може отримувати доступну, безперервну та сфокусовану виключно на його потреби. Означене також зміцнює інститут ПМСД за рахунок як більшої уваги до профілактики та ефективності лікування, так і усунення невиправданих витрат і підвищення ролі самих пацієнтів [18].

Канадська модель охорони здоров'я сільського населення базується на засадах міжсекторального партнерства МОЗ з провінціями, територіями та муніципалітетами. Для покращання медичного обслуговування сільського населення при МОЗ Консультативна рада міністрів з питань сільського здоров'я, чия діяльність спрямовано на вирішення наступних завдань:

- використання інформаційних і комунікаційних технологій задля обміну інформацією та використання найкращих лікарських практик;
- впровадження системи міжсекторальної та міжгалузевої співпраці задля покращання здоров'я сільського населення;
- державна підтримка аборигенів у співпраці з провінційними та територіальними урядами;
- зміцнення потенціалу місцевих громад, які здатні самостійно визначити проблеми у сфері охорони здоров'я, встановити пріоритети, розробити стратегії та вжити відповідних заходів;
- створення мережі «Сільських інноваційних центрів здоров'я»;
- поглиблення досліджень проблем зі здоров'ям сільського населення, особливо санітарних досліджень, завдяки яким можна контролювати відповідну політику в сфері охорони здоров'я
- забезпечення сільських, віддалених і північних регіонів високо кваліфікованими спеціалістами, які є орієнтованими на територіальну громаду;

– державне забезпечення належних умов праці постачальникам медичних послуг у сільській місцевості [66].

Попри реалізацію комплексу вдалих управлінських рішень щодо розвитку сільської медицини, залишається актуальною проблема браку медичних кваліфікованих кадрів у сільській місцевості. Серед причин цього явища є важкі умови праці, з щільними графіками та правило «безперервності догляду» за старіючим сільським населенням [77]. Кадровий голод у сільській місцевості уряди багатьох високорозвинених країн намагаються компенсувати через розвиток телемедицини як способу подолання транспортних бар'єрів для пацієнтів і постачальників медичних послуг у сільських і географічно ізольованих районах [80]. Серед селян існують здебільшого обмежені можливості для транспортування порівняно з жителями міст, оскільки почасти у сільських населених пунктах на загал відсутні заклади охорони здоров'я та доступний громадський транспорт. Тому основним способом надання медичної допомоги є телефонний зв'язок та інтернет. Лікарі можуть обговорити з пацієнтами варіанти лікування, переглянути попередню діагностичну інформацію та здійснити консультування [62].

Нині із найбільш успішних моделей публічного управління в сфері сільської медицини Австралії, яка поєднує у собі приватний і державний сектори [34]. Програма сталого розвитку сільських територій та покращання здоров'я сільського населення «Національні рамки ефективності», для успішної реалізації якої в регіональних органах влади Австралії створені департаменти з питань сільського здоров'я [71]. Збільшення фінансування сільської медицини сприяє «сільський індекс», який враховує всі проблеми віддалених регіонів, додається під час формування бюджетів на сферу охорону здоров'я до статей на сільську медицину [70]. На усій території Австралії діють діє майже 130 «Мереж локальних лікарень», які об'єднують маленькі місцеві лікарні [64].

У США набув широкого поширення процес **горизонтальної інтеграції**. Від початку на основі об'єднання регіональних і національних католицьких систем на національному рівні з'явилися мультилікарняні мережі. Потім отримали

розвиток порівняно невеликі місцеві лікарняні мережі, які формувалися переважно за рахунок приєднання районних лікарень до некомерційних систем шляхом передачі у володіння, в оренду чи фінансування «материнською» холдинговою компанією. Водночас, лікарсько-лікарняними організаціями формуються вертикально інтегровані мережі, управління якими передбачало використання механізмів регулювання через систему стандартів надання медичної допомоги та укладання контрактів. Вертикально та горизонтально інтегровані мережі об'єднуються на регіональному рівні – Американська асоціація лікарень (далі – ААЛ). При цьому лише окремі спеціалізовані лікарні (зокрема, дитячі) отримали пацієнтів від декількох мереж відразу, залишаючись формально за рамками інтегрованих систем. Водночас, ААЛ опікується не тільки формуванням регіональних медичних мереж, а й опікується належного їх фінансування та регулювання функціонування [74]. Експерти розглядають досвід функціонування інтегрованих мереж в США та медичних трастів Великобританії як спробу самоорганізації в сфері охорони здоров'я. Проте цей підхід вимагає виваженого ставлення, оскільки означені мережі є доволі великими, а тому й складними в управлінні (особливо зважаючи на підвищені витрати на унеможливлення саморуйнування та забезпечення стабільності.

За пропозицією ААЛ, в США партнерами медичним мереж стають страховики, які привносять цінні навички, особливо в управління ризиками, у забезпечення повторного страхування, аналіз й використання даних про витрати та результати. Працюючи разом, страховик і постачальник створюють систему паралельних стимулів, яка підігріває зацікавленість в наданні якісної медичної допомоги. Для України проблема інтеграції установ зі страховими організаціями не є актуальною через обмеженість розвитку страхового бізнесу та фактичної відсутності конкуренції на ринку медичних послуг [79].

Виділяють такі пріоритетні напрями розвитку сфери охорони здоров'я, що є актуальними й для України, з урахуванням передового світового досвіду:

– розвиток індивідуальних навичок і вмінь, необхідних для підтримки здоров'я та самореалізації людини;

- переорієнтація самої сфери охорони здоров'я на пріоритетне забезпечення запобігання захворюванням і ПМСД, а не тільки на відновлення індивідуального здоров'я;

- посилення діяльності на рівні територіальних громад, щоб населення окремих адміністративних територій мало можливість визначати пріоритети, а органи місцевого самоврядування – розробляти та схвалювати адекватні управлінські рішення стосовно проблем здоров'я окремої громади;

- створення сприятливих умов навколишнього середовища (техногенних, соціальних, економічних, культурних і духовних), й організації і безпеки праці (здорові робочі місця, чисте повітря, вода, продукти харчування тощо) [44];

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

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

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

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

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

- удосконалення інструментів позавідомчого контролю та зовнішнього професійного аудиту, а також запровадження внутрішнього професійного аудиту [15];
- вдосконалення мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я;
- впровадження обов'язкового медичного страхування;
- перехід на оптимізаційні моделі управління охороною здоров'я на основі формування єдиного медичного простору регіону;
- покращання територіальної доступності медичної допомоги;
- розвиток добровільного медичного страхування;
- розширення господарської діяльності закладів охорони здоров'я як основи підвищення якості медичних послуг і розширення їх переліку [31];
- розробка й прийняття законодавчих актів щодо особливостей діяльності підприємств охорони здоров'я та технології надання медичних послуг [29];
- реформування медичної системи освіти, що у такий спосіб сприятиме підвищенню професійного рівня надання медичної допомоги;
- запровадження державно-управлінських інструментів з попередження кризи сфери охорони здоров'я як умови підвищення показників захищеності національних інтересів і забезпечення національної безпеки держави;
- здійснення комплексного модернізаційного реформування системи охорони здоров'я, враховуючи кращі вітчизняні традиції та провідну практику її функціонування у сучасному світі [26];
- досягнення економічності за допомогою визначення фінансово обґрунтованих витрат в сфері охорони здоров'я;
- забезпечення здорових умов оточення за допомогою організації безпечних умов праці, безпеки питної води та продуктів харчування;
- 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;

- проведення комплексного аналізу впливу прийнятих управлінських рішень на забезпеченість галузі ресурсами [25];

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

- введення гарантованого обсягу та забезпечення високого рівня медичної допомоги [56];

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

- перехід від прямого фінансування КНП до фінансування медичної допомоги на основі відповідних нормативів витрат [48].

Акценти в публічному управлінні розвитком підприємств сфери охорони здоров'я (у т.ч. в сільській місцевості) були переміщені на професіоналізацію кадрів, зокрема керівних. Сучасні умови функціонування цієї сфери вимагають у керівників таких підприємств наявності системи компетенцій, а саме:

- особистісних і міжособистісних компетенцій – організації командної роботи, етизації управління, врегулювання міжособистісних конфліктів, використання мотиваційного механізму впливу на працівників та ін.

- підприємницьких (ділових) – управління змінами, управління інноваціями, управління фінансовими ресурсами, проектного управління, ситуаційного управління, клієнторієнтованого управління;

- менеджерських (фахових) – стратегічного планування, організації роботи закладу і його персоналу, визначення зон відповідальності та забезпечення інформаційно-комунікативної взаємодії закладу зі споживачами послуг, власними працівниками;

- галузевих – управління закладом охорони здоров'я і якістю медичних послуг, інституціонального аналізу та ін.;

У цьому контексті (з практичних міркувань) цікавою є професіоналограма керівників КНП [93].

Отож, наразі у розвинених країнах світу накопичено значний позитивний досвід розвитку сфери охорони здоров'я (у т.ч. щодо розвитку КНП в сільській місцевості), але його необхідно, передусім, адаптувати до умов сучасної України. Для забезпечення рівного доступу до медичних послуг сільського і міського населення, необхідно використати досвід країн, які провели медичну реформу та запровадили новітні форми медичного обслуговування: телемедицину, медичні пересувні фургони для діагностики, стимулювання молодих спеціалістів до роботи у сільській місцевості, перерозподіл бюджетних коштів на охорону здоров'я у сферу сільської медицини за рахунок розширення мережі сільських лікарів і скорочення кількості вузькоспеціалізованих лікарів.

3.2 Розробка та реалізація Стратегії подальшого розвитку КНП в сільській місцевості (на прикладі Валківської міської територіальної громада в Харківській області)

Задля подальшого розвитку КНП в сільській місцевості необхідно розробити відповідну Стратегію – загальний план заходів, що передбачає використання результатів SWOT-аналізу (табл. 2.5) та узагальнення напрацювання провідних вітчизняних науковців у цій сфері [4; 9; 10; 16; 36; 45; 52; 53; 63 та ін.].

Стратегія подальшого розвитку КНП в сільській місцевості (на прикладі Валківської міської територіальної громада в Харківській області) (далі – Стратегія) має за мету створення сприятливих умов для збереження наявних позитивних тенденцій щодо кількісних і якісних параметрів КНП в сільській місцевості як запоруки підвищення доступності територіальної громади до якісних медичних послуг/допомоги.

Для реалізації означеної мети необхідно виконати такі завдання:

- розбудувати матеріально-технічну базу КНП як запоруку збереження належних умов для його функціонування;
- забезпечити розвиток кадрового забезпечення КНП як запоруки покращання розширення переліку та покращання якості доступних медичних і супутніх послуг;
- активізувати діяльність по профілактиці захворювань як запоруки зменшення звернень пацієнтів з більш складними захворюваннями (у т.ч. попередження їх перетворення хронічні), що покращує медичну та соціальну результативність діяльності КНП, а також скорочує витрати на лікування;
- забезпечити доступ до якісних медичних і супутніх послуг як запоруки покращання здоров'я населення ОТГ та підвищення економічної ефективності функціонування КНП;
- підвищити рівень медико-соціальної безпеки пацієнтів і співробітників КНП як запоруки захисту їхніх інтересів від негативного впливу внутрішніх і зовнішніх факторів.

Стратегія реалізується шляхом профілактики інфекційних і хронічних неінфекційних захворювань та мінімізації негативного впливу факторів ризику розвитку хвороб на основі міжсекторального підходу, створення сприятливого для здоров'я середовища, формування відповідального ставлення громадян до свого здоров'я та мотивації населення до здорового способу життя, а також оптимізації організації, інформатизації і фінансування медичної галузі зі створенням дієвої системи охорони громадського здоров'я, спроможної забезпечити задоволення потреб населення на охорону його здоров'я.

Стратегія має базуватися на наступних принципах:

- використання медичних інформаційних систем;
- забезпечення доступу пацієнтів до якісних медичних (стоматологічних) і супутніх послуг;
- забезпечення якості та безпеки діяльності, що включає практику застосування найкращої доказової медицини;
- заохочення й просування здорового способу життя;

- застосування сучасних технологій публічного управління та менеджменту організацій (підприємства);
- координація медичної допомоги;
- оптимізація використання доступних ресурсів;
- орієнтація на пацієнта;
- поєднання лідерства та командної діяльності [46].

Стратегія має бути реалізована у три етапи, кожний з яких передбачає досягнення відповідних цілей, а саме:

- перший (2023 р.) – використання сучасних механізмів публічного управління розвитком КНП в сільській місцевості, подолання опору таким змінам, отримання порівняно швидких позитивних результатів у окремих сегментах;
- другий (2024 р.) – закріплення позитивних результатів, робота «над помилками»;
- третій (2025 р. і надалі) – збереження позитивної динаміки та пошук способів подальшого вдосконалення публічного управління розвитком КНП в сільській місцевості.

Запорукою досягнення вищенаведених цілей Стратегії є реалізація комплексу заходів за наступними напрямками:

1 Розбудова матеріально-технічної бази КНП в сільській місцевості:

- будівництво й введення в експлуатацію нових приміщень і корпусів КНП;
- диверсифікація джерел фінансування (платні медичні та супутні послуги, розвиток медичного страхування);
- досягнення економічного (максимізація прибутку, вихід на нові ринки), соціального (бути затребуваним, отримувати задоволення від праці), ресурсного (реалізувати трудовий і творчий потенціал співробітників) ефекту від діяльності КНП;
- забезпечення КНП достатньою кількістю комп'ютерного обладнання (комп'ютерів, планшетів, смартфонів, принтерів, тощо) на які встановлено

програмне забезпечення Windows 10 Pro для стійкого доступу до системи ЦБД ЕСОЗ, роботі в медичній інформаційній системі, контрахтуванні з НСЗУ;

- встановлення протипожежної сигналізації в приміщеннях КНП;
- забезпечення КНП необхідним медичним обладнанням (стаціонарний та портативний ультразвуковий доплерівський апарат, тредміл-тест, тілт-тест, апарати добового моніторингу артеріального тиску, лабораторний біохімічний аналізатор, портативний рентгенівський апарат, система енцефаловідеомоніторингу, апарати штучної вентиляції легенів);
- забезпечення КНП необхідними лікарськими препаратами й медичними виробами, інструментами та інвентарем;
- закупка медичної апаратури, комп'ютерної техніки та сумки-укладки для телемедичних консультацій;
- здача в оренду тимчасово вільних і мало використовуваних приміщень (зокрема, для створення центру МРТ, КТ-діагностики);
- здійснити фінансове планування діяльності КНП в умовах нової моделі фінансування;
- модернізація наявного технічного оснащення;
- оптимізація структури й фінансування програми державних гарантій безоплатної медичної допомоги населенню в сільській місцевості;
- організація харчування пацієнтів КНП;
- оснащення відділення екстреної медичної допомоги необхідним переліком обладнанням, відповідно до таблицю оснащення та забезпеченням цілодобового чергування лікарів по наданню невідкладної допомоги;
- переведення на аутсорсинг окремих видів інструментальних, лабораторних й інших досліджень, а також харчування пацієнтів стаціонару;
- підвищення фінансової та організаційної незалежності КНП;
- проведення аналізу доцільності утримання автопарку КНП;
- придбання сучасного лікувально-діагностичного та лабораторного обладнання;
- просування бренду КНП;

- проведення косметичних/капітальних ремонтів структурних підрозділів КНП;
- проведення реконструкції та капітального ремонту для створення повноцінного відділення екстреної медичної допомоги;
- реалізація програм енергозбереження (у т.ч. завершення термоізоляції будівлі лікарняного та лабораторного корпусів КНП);
- реалізація проєктів публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я;
- реконструкція інженерних мереж (електропроводка, водогін, каналізація, вентиляція);
- реконструкція системи постачання кисню, закупівля та встановлення кисневого резервуару;
- ремонт покрівлі та системи опалення інфекційного корпусу;
- ремонт системи теплопостачання, заміна люмінесцентного освітлення, холодильного обладнання, ліфтів;
- розвиток маркетингу медичних і супутніх послуг;
- створення єдиного образу спільного майбутнього КНП в сільській місцевості;
- створення локальної комп'ютерної мережі для стійкого електронного зв'язку між усіма структурними підрозділами КНП в сільській місцевості і центральним, регіональним офісом НСЗУ, ЦБД ЕСОЗ;
- узгодження економічних і соціальних цілей КНП;
- урахування особливостей формування складових (ринкову, історичну, психологічну) сфери охорони здоров'я загалом і території, на якій функціонує КНП в сільській місцевості.

2 Розвиток кадрового забезпечення КНП в сільській місцевості:

- впровадження активних методів підготовки й добору потрібних співробітників (договори з навчальними закладами; організація освоєння нової техніки та сучасних технологій);
- залучення персоналу до прийняття управлінських рішень;

- акредитація КНП та ліцензування медичної практики на підставі об'єктивних критеріїв;
- забезпечення готовності керівників КНП і представників органів публічного управління у сфері охорони здоров'я щодо реалізації медичної реформи та протидії опору змінам;
- заохочення молодих спеціалістів до роботи в сільській місцевості (у т.ч. за рахунок надання відомчого житла);
- інкорпорування коучингу в зміст підготовки керівників КНП задля розвитку їхньої управлінської компетентності;
- коригування системи стимулювання персону з урахування результатів їхньої діяльності;
- навчання лікарів і медперсоналу навичкам роботи з програмним забезпеченням і в умовах поширення телемедицини;
- надання допомоги новоприйнятим співробітникам КНП швидше адаптуватися до нового середовища (усвідомити його ідеали, а також необхідність чіткого дотримання правил і норм поведінки; прийняти корпоративні цінності як свої);
- об'єднання всього колективу навколо досягнення мети та завдань КНП, що узгоджені з особистими цілями;
- оптимізація структури (передусім, адміністративно-господарського) персоналу КНП;
- організація співпраці з ВНЗ медичного профілю задля цільової підготовки лікарів для КНП в сільській місцевості;
- підвищення кваліфікації та перепідготовка лікарів і медперсоналу;
- підвищення рівня зацікавленості лікарів і медперсоналу у результатах своєї праці, дбайливому ставленні до обладнання, предметів і засобів праці, а також дружньому та уважному ставленні до пацієнтів;
- планомірна робота з діючими керівниками КНП і з кадровим резервом;
- планування траєкторії кар'єрного розвитку персоналу КНП;
- ротація кадрів КНП,

- сприяння професійному розвитку та самоосвіті співробітників КНП;
- створення позитивного психологічного клімату в КНП.

3 Активізація діяльності по профілактиці захворювань серед населення, що мешкає в сільській місцевості:

- вирішення проблем гігієни та безпеки праці, профілактики виробничого травматизму та професійних захворювань;
- забезпечення доступу сільського населенню різних вікових категорій до фізкультурно-спортивних об'єктів та оздоровчих закладів;
- заохочувати спонсорів і меценатів брати активну участь у проведенні (зокрема, фінансуванні) фізкультурно-оздоровчих заходів;
- налагодження співпраці КНП з непрофільними організаціями різної форми власності для можливості використання їх матеріально-технічної бази в організації систематичної рухової активності населення задля їхнього оздоровлення;
- підвищення фізкультурної грамотності сільського населення шляхом проведення тематичних вікторин і різноманітних інтелектуальних ігор під час проведення спортивно-масових заходів;
- підготовка матеріалів для проведення лекцій/бесід з населенням щодо здорового способу життя, користь від занять масовим спортом;
- покращання стану здоров'я та досягнення ремісії у хворих на Аддісонову хворобу, цукровий та нецукровий діабет шляхом замісної медикаментозної терапії та препаратів інсуліну, біологічний моніторинг патології щитовидної залози, забезпечення дітей, хворих на цукровий діабет розхідними матеріалами та виробами медичного призначення, лабораторного обстеження, забезпеченням їх санаторно-курортним лікуванням;
- проведення агітації у школах району щодо залучення більшої кількості й роз'яснення хворим на гіпертонічну хворобу та цукровий діабет норм і правил правильного харчування та складання меню;
- посилення епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами, виконання пріоритетних цільових програм, забезпечення закупівлі

імунологічних препаратів для проведення профілактичних щеплень, забезпечення лікарськими препаратами хворих на первинний імунодефіцит;

- посилення просвітництва з питань формування здорового способу життя серед сільського населення;

- проведення моніторингу уподобань сільського населення задля швидкого впровадження популярних видів рухової активності;

- профілактика вживання алкоголю і наркотиків підлітками та молоддю;

- профілактика вживання алкоголю і тютюнових виробів дітьми та підлітками;

- профілактика захворювань, спричинених вживанням електронних сигарет;

- розробка та реалізація заходів, пов'язані з вакцинацією населення від гострої респіраторної хвороби COVID-19.

4 Покращання доступу до якісних медичних і супутніх послуг населення, що мешкає в сільській місцевості:

- активне залучення пацієнтів до організації зворотного зв'язку;

- виконання умов і вимог у межах пакетів медичних послуг/допомоги;

- впровадження системи запису до лікаря у телефонному режимі та у мережі Internet;

- встановлення в КНП банкомату та терміналу;

- дотримання принципів доказової медицини;

- забезпечення важко хворих, що страждають на онкологічні захворювання, симптоматичним лікуванням;

- забезпечення виробами медичного призначення пацієнтів, які потребують стороннього догляду або мають наслідки перенесених тяжких хвороб та операцій;

- забезпечення КНП сталим WI-FI;

- забезпечення хворих, які проживають на території ОТГ, які страждають на рідкісні орфанні хвороби лікарськими препаратами та виробами медичного призначення;

- запровадження у практичну діяльність нових медичних технологій;
- застосування новітніх технологій діагностики захворювань;
- організація в КНП буфету;
- посилення контролю якості надання медичних і супутніх послуг;
- створення електронної бази пацієнтів КНП;
- створення палат підвищеної комфортності;
- укладання з орендодавцями угоди про соціальну квоту (щорічне безкоштовне обстеження пацієнтів КНП);

5 Підвищення рівня медико-соціальної безпеки пацієнтів і співробітників КНП в сільській місцевості:

- встановлення в КНП засобів відеоспостереження;
- встановлення для усіх стейхолдерів єдиних «правил гри»;
- детінізація фінансових потоків у межах КНП;
- забезпечення гарантії соціального захисту лікарів і медперсоналу КНП;
- забезпечення професійного та ретельного аналізу медичних помилок;
- забезпечення своєчасності та правильності діагностики, а також безпечного застосування нових технологій, обладнання, ліків;
- залучення професійних охоронних агенцій
- підвищення лояльності та активності лікарів і медперсоналу КНП;
- посилення виконавчої дисципліни та вмотивованості лікарів/пацієнтів до надання повідомлень про факти недотримання медичних протоколів тощо;
- створення безпечних умов для перебування пацієнтів в КНП і для отримання ними медичних і супутніх послуг;
- створення безпечних умов для роботи та відпочинку лікарів і медперсоналу КНП;
- створення на місцевому рівні уповноважених інституції, що будуть опікуватись медико-соціальною безпекою пацієнтів і співробітників КНП.

Очікувані результати реалізації Стратегії:

- зниження передчасної смертності осіб працездатного віку на 8 %;
- зниження смертності немовлят на 5 %;

- охоплення базовою вакцинацією дитячого населення до рівня 90–95 %;
- зменшення рівня смертності від вживання алкоголю на 20 %;
- скорочення частоти абортів серед підлітків 15–17 років на 20 %;
- зниження на 10 % рівня первинного виходу на інвалідність населення працездатного віку шляхом запобігання ускладненням неінфекційних захворювань серед населення;
- зниження смертності від хронічних захворювань на 5–10 %;
- збільшення середньої очікуваної тривалості життя на 1,5 роки;
- максимальне охоплення паліативною допомогою населення.

Зрештою слід зазначити, реалізація пропонованої Стратегії подальшого розвитку КНП в сільській місцевості спроможна створити сприятливі умов для збереження наявних позитивних тенденцій щодо кількісних і якісних параметрів діяльності КНП Валківської міської територіальної громада в Харківській області як запоруки підвищення її доступності до якісних медичних послуг/допомоги.

ВИСНОВКИ

1. З'ясування сутності розвитку КНП в сільській місцевості – збалансованого покращання кількісних і якісних (економічних, медичних і соціальних) параметрів його діяльності, які наслідком використання КНП принципів автономності та комерціалізації, самостійного встановлення чисельності працівників і штатного розпису, укладання угод з НСЗУ та іншими суб'єктами господарювання, а також затвердження переліку платних медичних і супутніх послуг й встановлення цін на них. Ураховуючи значущість такої діяльності (передусім, забезпечення доступу населення до якісних медичних послуг/допомоги) та неможливість вирішувати частину суперечностей, що час від часу виникають між учасниками цього ринку, тому зростає актуальність публічного управління розвитку КНП в сільській місцевості – вплив уповноважених органів публічного управління на функціонування КНП задля забезпечення їхнього збалансованого розвитку як передумови підвищення доступності якісних медичних послуг, а з тим – на покращання здоров'я сільського населення.

2. Дослідження діючих механізми публічного управління розвитком КНП в сільській місцевості – сукупності форм і методів формування, розподілу й використання доступних ресурсів для забезпечення означеного розвитку – дозволяє стверджувати, перелік і спосіб використання яких визначається наявними цілями (проблемами) й доступними ресурсами, необхідними для їх досягнення (вирішення). Залежно від конкретної ситуації, уповноважені органи державного управління та органи місцевого самоврядування практично одночасно використовують адміністративні, економічні, організаційні, правові та соціально-психологічні механізми публічного управління. Кожному з цих механізмів притаманний відповідний перелік засобів публічного управління.

3. Завдяки оцінюванню результатів публічного управління розвитком КНП в сільській місцевості (на прикладі «Валківська центральна районна лікарня») виявлено таке: КНП є опорною, багатопрофільною лікарнею інтенсивного лікування I рівня, у межах якої упродовж 2021 р. проліковано 3661 пацієнтів (у т.ч. з гострим інфарктом міокарда – 13, з інсультами – 78), проведено 726 оперативних втручань, прийнято 164 пологів; загальна забезпеченість персоналом у 95 % (23,8 % з них пенсійного віку) та не саме досконале матеріально-технічне забезпечення не є перепорою для надання якісних медичних послуг/допомоги; затвердженою програмою фінансової підтримки та розвитку КНП на 2022 рік передбачено виділення € 67 млн, у т.ч. € 46 млн від Валківської міської ради, й € 21 млн від Харківської обласної ради (зокрема, капітальний ремонт амбулаторій – € 15,0 млн; реконструкція реабілітаційного відділення – € 8,0 млн; медикаментозне забезпечення пільгових категорій – € 7,2 млн); загрози військового, епідеміологічного, економічного та соціального характеру ще більшою мірою ускладнюють умови функціонування КНП в сільській місцевості; медична реформа створює як додаткові можливості для їхнього розвитку, так і породжує додаткові складнощі на «цьому шляху».

4. Виокремлено для подальшої адаптації до умов України передовий світовий досвід щодо розвитку КНП в сільській місцевості: вдосконалення порядку ліцензування медичної практики та акредитації закладів охорони здоров'я (Португалія, Чехія); надання фінансових стимулів для пацієнтів і закладів охорони здоров'я (Великобританія, Фінляндія, Швеція); створення мережі «Сільських інноваційних центрів здоров'я»; зміцнення потенціалу місцевих громад, які здатні самостійно визначити проблеми у сфері охорони здоров'я, встановити пріоритети, розробити стратегії та вжити відповідних заходів; посилення міжсекторального партнерства МОЗ з провінціями, територіями та муніципалітетами (Канада); підтримка загальнонаціональних мереж клінік і мобільних медичних фургонів, що надають медичні послуги незастрахованим особам; забезпечення лідерства та фінансової підтримки

постачальникам медичних послуг у віддалених сільських громадах, які не є застрахованими; фінансування проєктів з підвищення ефективності роботи сільських малих лікарень; розбудова горизонтально інтегрованих мультилікарняних мереж (США); реалізація Програми сталого розвитку сільських територій та покращання здоров'я сільського населення, що поєднує приватний і державний сегмент сфери охорони здоров'я (Австралія).

5. Запропоновано для подальшої реалізації Стратегію подальшого розвитку КНП в сільській місцевості (на прикладі Валківської міської територіальної громада в Харківській області), яка реалізовується у три етапи та має за мету створення сприятливих умов для збереження наявних позитивних тенденцій щодо кількісних і якісних параметрів КНП в сільській місцевості як запоруки підвищення доступності територіальної громади до якісних медичних послуг/допомоги. Для реалізації означеної мети необхідно виконати такі завдання: розбудувати матеріально-технічну базу КНП як запоруку збереження належних умов для його функціонування; забезпечити розвиток кадрового забезпечення КНП як запоруки покращання розширення переліку та покращання якості доступних медичних і супутніх послуг; активізувати діяльність по профілактиці захворювань як запоруки зменшення звернень пацієнтів з більш складними захворюваннями (у т.ч. попередження їх перетворення хронічні), що покращує медичну та соціальну результативність діяльності КНП, а також скорочує витрати на лікування; забезпечити доступ до якісних медичних і супутніх послуг як запоруки покращання здоров'я населення ОТГ та підвищення економічної ефективності функціонування КНП; підвищити рівень медико-соціальної безпеки пацієнтів і співробітників КНП як запоруки захисту їхніх інтересів від негативного впливу внутрішніх і зовнішніх факторів.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Авраменко Т. Державне управління охороною здоров'я в умовах медико-демографічних змін (архетипова складова). *Публічне управління: теорія та практика*. 2013. Спец. вип. С. 183–192.
2. Авчухова А.М., Кочемировська О.О. Щодо проблем розвитку соціальної інфраструктури сільських населених пунктів: аналітична записка. URL: <http://www.niss.gov.ua/articles/1132>. (дата звернення: 01.10.2022).
3. Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. та ін. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні: операційне керівництво. Київ, 2018. 368 с.
4. Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення. Резолюція міжнар. наук.-практ. конф. 6–7 червня 2017 р. Дніпро, 2017.
5. Борщ В.І. Сучасна парадигма системи управління персоналом закладу охорони здоров'я. *Проблеми системного підходу в економіці*. 2019. Вип. 1. С. 73–79.
6. Бутенко С. Порівняльний аналіз зарубіжних моделей акредитації лікувально-профілактичних закладів. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2012. Вип. 2. URL: <http://visnyk.academy.gov.ua/wp#content/uploads/2013/11/2012#2#13.pdf> (дата звернення: 01.12.2022)
7. Віленський А.Б. Сучасний стан та перспективи розвитку державного регулювання акредитації закладів охорони здоров'я в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 6. С. 61–65.
8. ВОЗ. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2017 г. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. URL: <http://www.who.int/> (дата звернення: 01.12.2020)
9. Воронкова В.Г. Глобальне управління: навчально-методичний посібник. Київ: Знання, 2020. 420 с.

10. Газарян С.В., Носик О.А. Організаційно-функціональна структура служби управління персоналом державного органу відповідно до принципу меритократії. *Державне будівництво*. 2017. № 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu_2017_1_14 (дата звернення: 01.10.2022)

11. Головаш О.В. Концептуальні положення розвитку закладів охорони здоров'я АТ «Українська залізниця». *Вісник економіки транспорту і промисловості*. 2019. № 67. С. 248–254.

12. Господарський кодекс України 17 червня 2018 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show>. (дата звернення: 01.12.2022)

13. Гранди Ф., Ренке У.А. Исследование практики здравоохранения и 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. Грицко Р. Сімейний лікар – центральний суб'єкт реалізації механізмів державного регулювання первинної медичної допомоги. *Актуальні проблеми державного управління*. 2012. Вип. 2. С. 132–135.

16. Данько В.В. Удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я на інноваційних засадах. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського. (Серія: Економіка і управління)*. 2019. Т. 30. № 2. С. 102–110.

17. Данько В.В. Управління закладами охорони здоров'я в сучасних умовах: теоретичний аспект. *Вісник ХНАУ. (Серія: Економічні науки)*. 2017. № 4. С. 225–233.

18. Державна служба статистики України. Офіційний сайт. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua>. (дата звернення: 01.10.2022).

19. Долот В.Д. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2013. № 2.

20. Долот В.Д., Лещенко В.В. Поняття менеджменту й маркетингу в системі охорони здоров'я. *Держава та регіони. (Серія: Державне управління)*. 2014. № 1. С. 8–13.

21. Дронова Я.И. Методика расчета экономических показателей работы государственных лечебно-профилактических учреждений. *Менеджер здравоохранения*. 2012. № 5. С. 24–31.

22. Дубок І.П. Сутність та особливості державно-приватного партнерства. *Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентові України*. 2014. Вип. 2. С. 139–149.

23. Дудка В.В. Розвиток державного управління охороною здоров'я України на місцевому рівні: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2013. 20 с.

24. Заколюдажна М.В. Програмно-цільовий підхід у державному управлінні системою охорони здоров'я. *Держава та регіони. (Серія: Державне управління)*. 2011. № 1. С. 234–240.

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

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

27. Кризина Н.П. Аналіз державної політики в галузі охорони здоров'я в працях українських учених. URL: <http://academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/08-KRIZINA.pdf> (дата звернення: 01.10.2022)

28. Лемішко Б.Б., Мартинюк І.І. Мотиваційний менеджмент в сімейній медицині. *Ефективність державного управління: зб. наук. пр.* Львів: Вид-во ЛРІДУ НАДУ, 2010. Вип. 21. С. 231–236.

29. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Волчек В.В. Проблеми та перспективи перебудови стаціонарної медичної допомоги вторинного рівня. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2008. Т. 2. № 2. С. 44–52.

30. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Канюка Г.С., Романова О.В. Управлінські обмеження як індикатор здатності і готовності керівників закладів охорони здоров'я до реформи системи охорони здоров'я. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2015. № 1. С. 81–86.

31.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.

32.Литвинова О.Н., Панчишин Н.Я., Юрїїв К.Є., Зінчук А.М. Аналітичні дослідження інноваційного підходу до управління комунального некомерційного закладу охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2018. № 3. С. 29–35.

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

34.Мартинов П. Австралійська медична модель: доступна, якісна та ефективна. URL: <http://cost.ua/news/352-med-australia>. (дата звернення: 01.10.2022).

35.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.

36.Мельниченко О.А., Муратов Г.Р. Пропозиції щодо поліпшення економічних показників діяльності КНП ХОР «ОДКЛ». *Актуальні проблеми та перспективи розвитку обліку, аналізу та контролю в соціально-орієнтованій системі управління підприємством*: матеріали IV всеукр. наук.-практ. конф., 31 березня 2021 р. Полтава: Вид-во ПДАУ, 2021. Ч. 2. С. 130–132.

37.Мельниченко О.А., Старусева В.В., Макарова В.І. Ймовірний вплив адміністративно-територіальної та земельної реформ на розвиток сільської медицини. *Сучасні виклики у розвитку невиробничої сфери: погляд молодих науковців*: матеріали міжнар. наук.-практ. конф., 25–26 березня 2021 р. Харків: Вид-во ХТЕІ КНТЕУ, 2021. С. 90–91.

38.Обуховська Л.І. Імплементация інституту державної власності в систему місцевого самоврядування та діяльність закладів охорони здоров'я: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Запоріжжя, 2020. 214 с.

39.Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 01.12.2022)

40. Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання первинної медичної допомоги населенню. Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 283. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 01.10.2022)

41. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні». Постанова Верховної Ради України від 21 квітня 2016 р. № 1338-VIII. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1338-19>. (дата звернення: 01.12.2022)

42. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 01.10.2022)

43. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденції розвитку: автореф. дис. ... д.держ.упр.: 25.00.01. Київ, 2003. 38 с.

44. 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.

45. Сабецька Т.І., Стефанишин Л.С. Технологія стратегічного управління діяльністю закладів сфери охорони здоров'я. *Бізнес-навігатор*. 2020. Вип. 1. С. 56–62.

46. Свінціцький А.С., Висоцька О.І. Актуальні питання щодо впровадження медичних інноваційних технологій у закладах охорони здоров'я. *Практикуючий лікар*. 2015. № 1. С. 7–13.

47. Смирнов С.О., Бикова В.Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. *Управління розвитком*. 2016. № 3. С. 78–83.

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

49. Солоненко Н.Д. Економіка охорони здоров'я: навчальний посібник. Київ: НАДУ, 2015. 416 с.

50. Сучасна система підготовки керівників в сфері охорони здоров'я України: методичні рекомендації. Київ, 2019. 46 с.

51. Трифонова Н.Ю. Адаптация медицинских учреждений к работе в условиях рынка. *Здравоохранение*. 2008. № 9. С. 35–39.
52. Турка Р., Жданова О., Чеховська Л., Шевців У. Діяльність організацій системи спорту для всіх щодо ефективного проведення спортивно-масових заходів. *Спортивний вісник Придніпров'я*. 2021. № 2.
53. Фокіна-Мезенцева К. Корпоративна культура в умовах глобалізації. URL: <http://eir.pstu.edu/bitstream/handle/...> (дата звернення: 01.10.2022)
54. 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
55. Худошина О. Порядок здійснення контролю якості надання медичної допомоги у закладах охорони здоров'я. *Управління закладом охорони здоров'я*. 2015. № 1. С. 9–14.
56. Шевцов В.Г. Державне управління розвитком медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2011. 20 с.
57. Шевченко Н.В. Механізм оцінки ефективності державного фінансового контролю в Україні: автореф. дис. ... к.е.н.: 08.00.08. Суми, 2011. 21 с.
58. Шкільняк М.М., Кривокульська Н.М. Розвиток концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 2. С. 22–30.
59. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік. Київ: УІГЗ, 2009. 360 с.
60. Юристовська Н. Зарубіжний досвід державного забезпечення рівноправності у доступі до медичних послуг сільського населення у процесі реформування системи охорони здоров'я. *Ефективність державного управління*. 2017. Вип. 3. Ч. 1. С. 192–199.
61. About HRSA. URL: <https://www.hrsa.gov/about/index.html>. (дата звернення: 01.10.2022).

62. Affordable Care Act provisions affecting the rural elderly. National Advisory Committee Rural Health and Human Services. URL: <http://www.hrsa.gov/advisorycommittees/rural/publications/elderly.pdf>. (дата звернення: 01.10.2022).

63. Barrows D., McDonald H.I., Susapol A.B., Dalton-Jez O., Harvey-Rioux S. Public-private partnership in Canadian health care: a case study of the Brampton Civic Hospital. *OECD Journal on Budgeting*. 2012. № 12/1. P. 1–4.

64. Bourke L. et al. Charting the future course of rural health and remote health in Australia: Why we need theory. *J Rural Health*. 2010. № 18. P. 54–62.

65. Dingwerth K., Pattberg Ph. Global Government as a Perspective of World Politics. *Global Government*. 2016. № 2. P. 389.

66. Government of Canada delivers on promise to provide economic development tools for rural communities. Government of Canada. Ottawa: News release. URL: www.agr.gc.ca/cb/news/2002/n20626be.html. (дата звернення: 01.10.2022).

67. Harris R., Marks W. Compact Ultrasound for Improving Maternal and Prenatal Care in Low-Resource Settings: Review of Potential Benefits, Implementation Challenges and Public Health Issues. *Journal of Ultrasound Medicine*. 2016. № 28. P. 1067–1076.

68. Hiwovar H.A., Chapman W.W. Identifying data sharing in biomedical literature. *AMIA Annu Symp Proc*. 2017. P. 596–600.

69. HRSA: Strategic Plan FY 2016–2018. URL: <https://www.hrsa.gov/about/strategicplan/index.html>. (дата звернення: 01.10.2022).

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

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

72. Impact of the global economic crisis on selected SADC countries. URL: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/...](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/) (дата звернення: 01.10.2022).

- 73.ISQua. URL: <https://isqua.org/who...> (дата звернення: 01.12.2022)
- 74.Motschman T., Bales C., Timmerman L. A Hospital–Based Healthcare Quality Management System Model: Improving Healthcare Monograph Series. *Healthcare Technical Committee*. 2016. Vol. 1. № 1. P. 2–22.
- 75.Melnychenko O., Nesterenko R., Kosilova O., Kravchenko Zh. Discussion of the essence of the concept of «Public administration of healthcare development». *Priority Areas of Science Research: The 10 st International scientific and practical conference, October 26–27, 2020. Washington. 2020. P. 28–32.*
- 76.Outcome Document for the High-level Meeting on Health Systems in Times of Global Economic Crisis: An Update of the Situation in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- 77.Probleme de la dđsertification mđdicale: Politioe culturelle et associative / Yannick guillo legislatives. URL: <http://archive.is/6VG7V#selection-61.0-65.31>. (дата звернення: 01.10.2022).
- 78.QHA Trent Accreditation. URL: <https://www.qha#trent.co.uk> (дата звернення: 01.12.2022)
- 79.Rosamond R., Battin M., Silvers A. Medicine and social justice: essays on the distribution of health care. New York: Oxford University Press, 2012.
- 80.Telehealth use in Rural Healthcare. Rural Assistance Center. URL: <http://www.raconline.org/topics/telehealth>. (дата звернення: 01.10.2022).
- 81.The Boston Consulting Group: Health Care Payers & Providers. Managing Health Care Costs and Quality. URL: <http://on.bcg.com/1dvxtwA>. (дата звернення: 01.12.2022)