

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 ПОДАЛЬШИМ РОЗВИТКОМ  
СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

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

В.В. Лозовська

Керівник,

д.держ.упр., проф.

О.А. Мельниченко

Рецензент

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	3
<b>РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ</b>	
<b>ПОДАЛЬШИМ РОЗВИТКОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....</b>	<b>5</b>
1.1 Подальший розвиток сфери охорони здоров'я як об'єкт публічного управління .....	5
1.2 Механізми публічного управління подальшим розвитком сфери охорони здоров'я .....	12
<b>РОЗДІЛ 2 ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ПОДАЛЬШОГО РОЗВИТКУ СФЕРИ</b>	
<b>ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ .....</b>	<b>19</b>
2.1 Сфера охорони здоров'я в Харківській області як об'єкт медичної реформи .....	19
2.2 Особливості публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я Харківської області в умовах надзвичайної ситуації та воєнного стану .....	29
<b>РОЗДІЛ 3 КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ</b>	
<b>ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ПОДАЛЬШИМ РОЗВИТКОМ СФЕРИ</b>	
<b>ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....</b>	<b>42</b>
3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо подальшого розвитку сфери охорони здоров'я .....	42
3.2 Реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками для подальшого розвитку сфери охорони здоров'я .....	48
<b>ВИСНОВКИ .....</b>	<b>58</b>
<b>ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ .....</b>	<b>61</b>

## ВСТУП

*Актуальність проблеми.* Уповноважені органи публічного управління спрямовують свою діяльність на виконання конституційних гарантій щодо охорони здоров'я населення. Проте фактичний її стан (негативна динаміка захворюваності, значна частка з яких має хронічну форму; порівняно низька середня тривалість життя та істотна смертність серед осіб середнього віку...) викликає занепокоєння у суспільстві та є наслідком низької результативності механізмів публічного управління у цій сфері. Звісно уповноважені інституції докладають чимало зусиль й спрямовують доступні ресурси задля виправлення наявної ситуації (передусім, мова йде про проведення медичної реформи), але для збереження досягнутих позитивних тенденцій необхідно забезпечити подальший розвиток сфери охорони за рахунок вдосконалення механізмів публічного управління здоров'я. Означене й обумовлює актуальність даного дослідження.

В сучасних умовах над цією проблемою плідно працюють Авраменко Н. [1], Карлаш В. [7], Кланца А. [9], Кравченко Ж. [11; 62], Кризина Н. [12], Медяник Г. [15], Мельниченко О. [17–20; 62], Муратов Г. [19], Мезенцева Н. [21], Рожкова І. [32], Удовиченко Н. [20], Худоба О. [39], Шевцов В. [41], Шипко А. [42], Штогрин О. [44] та інші вчені.

*Мета та завдання дослідження:* на основі дослідження діючих в Україні механізмів публічного управління подальшим розвитком сфери охорони здоров'я обґрунтувати основні напрями їх вдосконалення.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі завдання:

- з'ясувати сутність і значення подальшого розвитку сфери охорони здоров'я як об'єкту публічного управління;
- дослідити діючі механізми публічного управління подальшим розвитком сфери охорони здоров'я;

- оцінити розвиток сфери охорони здоров'я в Харківській області як результат публічного управління;

- виокремити для подальшої адаптації до умов України передовий світовий досвід щодо подальшого розвитку сфери охорони здоров'я;

- запропонувати для подальшої реалізації комплекс заходів за пріоритетними напрямками для подальшого розвитку сфери охорони здоров'я.

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

*Предметом дослідження* є публічне управління подальшим розвитком сфери охорони здоров'я.

*Методи дослідження.* абстрактно-логічний – для теоретичних узагальнень і формування висновків; аналізу та синтезу – для оцінки параметрів розвитку сфери охорони здоров'я; статистичних порівнянь – для дослідження результативності публічного управління подальшим розвитком сфери охорони здоров'я.

*Практичне значення результатів дослідження* полягає в поглибленні існуючих уявлень про застосування механізмів публічного управління подальшим розвитком сфери охорони здоров'я.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ПОДАЛЬШИМ РОЗВИТКОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### 1.1 Подальший розвиток сфери охорони здоров'я як об'єкт публічного управління

Здоров'я є комплексним феноменом, який визначається менталітетом нації та чіткою артикуляцією її життєвих пріоритетів [23]; об'єктивною умовою людської буттєвості, що знаходить прояв у забезпеченні населення можливістю для задоволення об'єктивних потреб і соціалізації [61]; запорукою збереження самобутності держави у світовому співтоваристві, забезпечення національної безпеки, політичного суверенітету, сталого демократичного розвитку [40]; стилем життя людини та генетичною програмою передзadanості, середовищем перебування та якістю медичної допомоги; своєрідний індикатор ставлення держави до людини та її можливостей реалізації через діяльність її інституцій; предметом національного інтересу, який має виступати універсальним принципом облаштування суспільної реальності у межах певного державного утворення [9]; найважливішим елементом національного багатства, необхідною умовою розвитку продуктивних сил суспільства і сучасного розвитку нації [43].

Здоров'я та добре самопочуття є найважливішими умовами для всебічного розвитку кожної людини [44]. Натомість, відсутність здоров'я породжує масштабні форми соціальної ексклюзії [61], а також руйнування соціального середовища а відтак і деформації внутрішнього світу людини і до неспроможності протидіяти соціальному середовищу [44].

Як і в багатьох країнах світу, здоров'я українців формується тими самими потужними силами: демографічне старіння, швидка урбанізація та глобалізація нездорового способу життя. Під тиском цих сил хронічні неінфекційні

захворювання стали провідною причиною захворюваності, інвалідності та смертності. І система не могла ефективно вирішувати ці нові виклики [7].

На практиці, як не прикро це констатувати, більшість людей цінність здоров'я в шкалі цінностей ставлять після грошей, кар'єри, житла, тимчасових задоволень, що підтверджує той факт, що здоров'я приноситься в «жертву» іншим національним інтересам [23]. Також слід урахувати, що бідність і різоча соціальна нерівність вкрай негативно впливають на стан здоров'я населення та можливість його доступу до якісних медичних послуг [17].

При цьому слід зважати на те що, з одного боку, людина є сама «ковалем» власного здоров'я, оскільки 90 % факторів, які визначають індивідуальне здоров'я (генетика, екологія та спосіб життя) прямо чи опосередковано залежать саме від конкретної людини [60]; а з іншого – від дієвості сфери **охорони здоров'я** – відкритої динамічної системи, що розвивається [12], складової національної економіки, яка визначає потенціал генофонду нації та ресурсність її безпеки та є одним із стратегічних напрямів забезпечення життєдіяльності суспільства, вимагає чіткої концептуальної та методологічної ідентифікації її структурних понять [9]; сфера діяльності, що виконує стратегічну координуючу роль, гарантуючи доступність і безплатність медичної допомоги, її високу якість [50]; необхідна умова високого трудового потенціалу нації, показник рівня культури, найбільш яскравий критерій ефективності/результативності публічного управління [68]. Водночас, додаткових пояснень потребує твердження: «охорона здоров'я – своєрідна інституційна система протистояння деструктивним факторам реалізації життєвої потенції людини у межах певної об'єктивної реальності» [57], оскільки, з одного боку, вказує на соціальні та психічні аспекти здоров'я, а з іншого – відображає освітні, професійні та інші аспекти життєдіяльності.

Держава, зберігаючи свою солідарність у ставленні до людини, має висловити турботу про неї, презентуючи у такий спосіб абсолютистський протекціонізм через забезпечення здоров'я нації [21]. Здоров'я нації як стратегічний пріоритет публічної політики держави слугує вирішенню

складного блоку питань у сфері забезпечення національної безпеки, включаючи розроблення та запровадження програм середньострокової та довгострокової перспективи охорони здоров'я, які визначають стратегію діяльності ефективної «сервісної» держави. Це передбачає запровадження відповідних національних програм (проєктів) лікування соціально значущих захворювань (наркоманія, алкоголізм, онкологія, серцево-судинні, діабетологічні тощо) [9], а також спрямовані на збереження самобутності держави у світовому співтоваристві, забезпечення національної безпеки, політичного суверенітету, сталого демократичного розвитку [40].

Варто відзначити, що скільки існували держави, стільки вони дбали про здоров'я свого населення. Це стосувалося, передусім, Стародавньої Греції та Римської імперії. Щодо території сучасної України, то доречно згадати про правову регламентацію лікарської діяльності на кожному з періодів часу:

- Київська Русь (IX–XIII ст.);
- гетьманська українська держава (XIII –XVII ст.);
- Російська та Австро-Угорській імперії, Польща (XVII–X ст.);
- СРСР (1922–1991 рр.).

За часи своєї незалежності, Україна пройшла «тернистих шлях» еволюції публічного управління у сфері охорони здоров'я:

- 1991–1998 рр. – формування національної нормативно-правової бази з регулювання медичної діяльності;
- 1999–2002 рр. – активний розвиток приватної медичної діяльності;
- 2003–2007 рр. – системна криза в цій сфері;
- 2008–2017 рр. – стагнація;
- 2017 р і дотепер – проведення медичної реформи [21].

Історична динаміка світу може призводити до зміни внутрішніх і зовнішніх умов розвитку держави, а обумовлює зміну ієрархії національних інтересів. Обґрунтовуючи здоров'я нації як стратегічний пріоритет національних інтересів держави, доцільно виходити із того, що саме здоров'я населення є методологічним формуляром, який визначає довгострокові

інтереси держави [9]. Показники здоров'я населення завжди корелюються із показниками національної безпеки держави, а це свідчить про те, що структурною умовою їх збалансованості є чітко артикульований національний інтерес, який базується на реалізації людино-центричних засад публічної політики. Якщо здоров'я населення є пріоритетом в системі національних інтересів держави, то це слугує і зміцненню системи національної безпеки держави, розширенню її геополітичного потенціалу у світі [9]. Здоров'я населення залежить від того, як держава будує свою політику у відповідності до врахування об'єктивних викликів, з якими стикається сучасний світ [65].

Розвиток сучасного суспільства значно впливає на підходи до формування державної політики охорони здоров'я і на сучасному етапі визначається певними особливостями. З одного боку, постійне психологічно-емоційне перенавантаження на населення різних вікових категорій, стресові впливи на людину впродовж усього життя, з іншого – простежується низький рівень усвідомлення населення важливості ведення здорового способу життя та відповідальності за стан свого здоров'я. Це загалом спричиняє поширення серцево-судинних та інших захворювань, які найбільше проявляються з віком, набувають хронічного перебігу і стають причиною інвалідності [39].

Не дивно, що для кожної країни, наявність функціонально потужної системи охорони здоров'я є важливим показником національного престижу, стабілізуючим фактором довіри до органів публічного управління [68]. Міра спроможності держави захищати інтереси населення визначається рівнем ефективності публічного управління у відповідній галузі/сфері (у т.ч. в охороні здоров'я). Саме тому критеріальною основою для реалізації національних інтересів держави є захист безпекових показників життєдіяльності нації, що визначає могутність геополітичного потенціалу держави у світі [9].

Держава має гарантувати кожній особі (незалежно від статі, віку, расової приналежності, національності, мови, захворювань, походження, суспільного статусу й рівня добробуту, місця проживання тощо [32]) дотримання та реалізацію його прав щодо якісного та безпечного життя [4], що включає



застосування сучасних технологій [50]. Проте на практиці має місце певна фрагментарність участі держави у процесах функціонування та розвитку сфери охорони здоров'я [39].

Більшість експертів сповідують ідейний та моральний нігілізм і «вакуум» [13], а населення продовжує займатися самолікуванням – самостійною постановкою діагнозу, призначенням лікування та його проведення. Водночас, ВООЗ пропагується тактика «відповідального самолікування», що включає у себе дотримання здорового способу життя, тобто запобігання хворобі та самопомогу у разі невеликих проблем зі здоров'ям. Та найголовнішим є те, що людина має розуміти: коли наближається межа її компетентності, й та відвідування спеціаліста є необхідним [18]. При цьому не зовсім прийнятним є висновок, що означена ситуація зробила недоцільною участь держави у вирішенні актуальних проблем забезпечення здоров'я населення, розширивши самоорганізаційний потенціал людини і рівень її персональної відповідальності за власне здоров'я [13].

Кожна країна формує системи охорони здоров'я передовсім залежно від її національних пріоритетів і політичної волі керівництва. Ба більше, з плином часу змінюються стратегічні підходи до збереження здоров'я населення та надання медичних послуг, і все більше відчувається вплив глобальних ініціатив на розвиток сфери охорони здоров'я. Кожна держава намагається виходить передусім із власних інтересів і можливостей, саме тому країни з низьким рівнем доходів (у т.ч. Україна) змушені посилити національні та регіональні заходи щодо подолання інфекційних і неінфекційних захворювань завдяки використанню не лише власних ресурсів, а й залученню міжнародної технічної допомоги та адаптуючи національні підходи до міжнародних вимог [39].

Також слід погодитися, що охорона здоров'я є зобов'язанням (преференцією) не лише держави та кожної окремої людини, а й суспільства загалом. Деконструкція національних інтересів в умовах глобалізації призводить до структурних змін у розумінні життєвих інтересів людини, які мають забезпечуватись не завдяки практиці публічного управління окремої

держави, а завдяки новим суб'єктам світової політики, які мають прийти на зміну «держав-націй» [9].

Більше за те, унаслідок глобалізації підриваються традиційні пріоритети держави, що знецінює їх національну політику [51], але, водночас, саме національні уряди несуть відповідальність стосовно захисту й реалізації прав свого населення на забезпечення належних умов збереження здоров'я. При цьому поява глобальних викликів (світова фінансова криза, пандемія COVID-19 тощо) змушує уряди делегувати своїх представників (спрямовують доступні ресурси) до глобальних/регіональних структур, що дозволяє використати принцип синергії для протистояння цим викликам. Означене дозволяє урядам не лише реалізувати власну геополітичну стратегію розвитку, а й забезпечувати кращу охорону здоров'я населення [39].

Серед важливих завдань для соціально-орієнтованої держави виділяється досягнення балансу між інтересами своїх громадян отримувати якісну медичну допомогу високого рівня та її постачальниками у вигляді медичних установ і працівників охорони здоров'я. Все це визначає необхідність для держави задовольняти очікування та інтереси громадян при реалізації їх права на отримання медичної допомоги, разом з задоволенням потреб постачальників. Держава також має спонукати медичні установи та медичних працівників надавати якісні послуги при найменших витратах. Саме досягнення такого балансу стає основним при створенні ефективних організаційних і фінансових умов діяльності закладів охорони здоров'я. При цьому держава не може втручатися в організаційну або професійну діяльність закладів охорони здоров'я, за винятком тих випадків, котрі визначені законодавчо [7]. Також уповноважені органи публічного управління законодавчо обмежені у праві (можливості) втручатися в організаційну або професійну діяльність підприємств сфери охорони здоров'я [7], хоча, у межах своєї компетенції, опікуються формуванням і реалізацією державної політики у цій сфері.

Оскільки суспільство та держава завжди доволі критично ставляться до рівня розвитку сфери охорони здоров'я, тому уряди спрямовують свою

політику на розробку програм перебудови (почасти, [подальшого розвитку](#)) охорони здоров'я, які враховують усі фактори, що впливають на громадське здоров'я як структурну умову національної безпеки держави. При цьому є непоодинокі факти, коли держава демонструє організаційну й інституційну інертність стосовно сфери охорони здоров'я [9], що обумовлено наявністю ряду проблем (передусім, брак необхідного ресурсного потенціалу), які негативно впливають на сферу охорони здоров'я й детерміновано позначаються на показниках національної безпеки держави [9]. Для вирішення наявних проблем означена сфера має бути спроможною формувати функціональні системи, які спроможні забезпечити задоволення нагальних потреб хворих [19].

У контексті даного дослідження дотичним є тлумачення: «[державне регулювання у сфері охорони здоров'я](#) є сукупністю організаційно-правових норм і механізмів органів державної влади і місцевого самоврядування, які спрямовуються на координацію діяльності, що сприяє забезпеченню заходів політичного, економічного, правового, медичного, соціального, культурного, санітарно-гігієнічного характеру, основне призначення котрих полягає в збереженні та зміцненні фізичного, соціального й психічного здоров'я населення, підтримці довголітнього активного життя, та наданні медичної допомоги у разі втрати здоров'я» [7]. Проте найбільш наближеним є інше тлумачення, згідно з яким «[публічне управління розвитком сфери охорони здоров'я](#) – 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» [62]. При цьому подальший розвиток передбачає, передусім, збереження наявних позитивних тенденцій у досліджуваній царині.

Зрештою слід зазначити, зважаючи на суспільну значущість цього процесу, подальший розвиток сфери охорони здоров'я є об'єктом публічного управління, який реалізується з використанням відповідних механізмів впливу.

## 1.2 Механізми публічного управління подальшим розвитком сфери охорони здоров'я

Для виконання своїх функцій органи публічного управління використовує відповідні механізми управління – штучно створену систему, яка відповідно до базових принципів і функцій управління, за допомогою доступних методів і засобів здійснює регуляторний вплив на суспільство, завдяки чому забезпечує ефективне функціонування системи державного регулювання для досягнення визначеної мети та розв'язання протиріч, що виникають між учасниками цього процесу [17].

Залежно від того, які саме проблеми і як розв'язуються зі застосуванням конкретного механізму публічного управління, який може бути складним (комплексним) і включати в себе кілька самостійних механізмів [25].

Структура публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я включає: соціальну (індивіди та їх об'єднання, інтереси яких перетинаються у процесі формування певної стратегії), економічну (методи та способи здійснення ресурсного забезпечення сфери охорони здоров'я), структурно-управлінську (організація сфери охорони здоров'я та методи і способи управління нею), нормативну (принципи організації сфери охорони здоров'я), комунікативну (процедури обміну інформацією між акторами сфери охорони здоров'я) складові у їх взаємозалежності та взаємодії, що дозволяє забезпечити конструктивний діалог між суб'єктами та об'єктами цього процесу, оцінити якість медичних послуг споживачами, розширити можливості задоволення потреб усіх зацікавлених сторін у реформуванні цієї сфери національної економіки [6].

Серед елементів механізму публічного управління подальшим розвитком сфери охорони здоров'я прийнято виділяти суб'єкт і об'єкт управління, методи та засоби реалізації механізму, мету, цілі та принципи управління, а також його результати [7].

Суб'єктами публічного управління подальшим розвитком сфери охорони здоров'я (у т.ч. стосовно проведення медичної реформи) покладається на відповідних суб'єктів (уповноважені інституції):

– Верховна Рада України – розробляє державну політику щодо розвитку сфери охорони здоров'я; визначає мету, головні завдання, напрями, принципи та пріоритети публічного управління подальшим розвитком сфери охорони; встановлювати нормативи й обсяги бюджетного фінансування; створювати систему відповідних кредитно-фінансових, митних та інших регуляторів; затверджувати перелік комплексних і цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я [8];

– Президента України – є гарантом прав населення щодо їхнього медичного забезпечення; несення особистої відповідальності за реалізацію державної політики в сфері охорони здоров'я; забезпечення виконання законодавства за допомогою системи органів публічного управління; укладати міжнародні договори, зокрема ті, які відносяться до питань міжнародного співробітництва в сфері охорони здоров'я, що відповідають певним нормам Конституції; здійснювати урегулювання окремих питань організації охорони здоров'я громадян; організовувати публічне управління за допомогою затвердження програм з охорони здоров'я населення [11];

– Кабінет Міністрів України – розробляє та реалізує державну політику щодо розвитку сфери охорони здоров'я; забезпечує розвиток КНП; займається укладанням міжурядових угод і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я;

– Міністерство охорони здоров'я України (далі – МОЗ) забезпечує: гарантований рівень кваліфікованих медичної медичних послуг/допомоги населенню підприємствами охорони здоров'я усіх форм власності; проведення сертифікації медичних послуг/допомоги; розробку й координацію заходів щодо забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення; розробку прогнозів і показників розвитку НСЗУ, пов'язаних зі змінами форм власності; надання державними установами (далі – ДУ) та комунальними некомерційними

підприємствами сфери охорони здоров'я (далі – КНП) загальнодоступної, переважно безоплатної, висококваліфікованої медичної допомоги населенню; організацію підготовки медичних працівників, удосконалення їхніх знань і практичних навичок; здійснення заходів, спрямованих на розвиток профілактичного напрямку; охорону материнства та дитинства; розвиток пріоритетних напрямів наукових досліджень у сфері охорони здоров'я і забезпечення їх ефективності; координацію розвитку мережі ДУ та КНП [31];

– Національна служба здоров'я України (далі – НСЗУ) – реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій щодо медичного обслуговування населення, виконанні функцій замовника медичних послуг/допомоги і лікарських засобів за державною програмою медичних гарантій; оплачує надавачам медичних послуг/допомоги (ДУ та КНП), які провадять господарську діяльність з медичної практики і які уклали договір про медичне обслуговування населення за державною програмою медичних гарантій [39];

– Департаменти/Управління охорони здоров'я обласних державних (військових) адміністрацій (далі – ОДА/ОВА) – реалізовує державну політику в сфері охорони здоров'я на регіональному рівні; здійснює загальне керівництво закладами охорони здоров'я, які належать до сфери її управління, їх матеріально-фінансове забезпечення; об'єднує у спільних інтересах територіальних громад на договірній основі бюджетні кошти з коштами КНП; фінансує ДУ і КНП [29];

– Управління/Відділи охорони здоров'я районних державних (військових) адміністрацій (далі – РДА/РВА) реалізовує державну політику в сфері охорони здоров'я на місцевому (районному) рівні;

– Управління/Відділи охорони здоров'я міських рад: на базовому рівні – забезпечення надання послуг швидкої медичної допомоги, первинної охорони здоров'я, з профілактики хвороб; на районному рівні – гарантування у надання медичних послуг вторинного рівня; на обласному рівні – надання

високоспеціалізованої медичної допомоги [39]; управління закладами охорони здоров'я, що належать територіальним громадам або передані їм [28].

**Об'єктами публічного управління** подальшим розвитком сфери охорони здоров'я є:

- надавачі медичних послуг/допомоги (ДУ та КНП);
- споживачі медичних послуг/допомоги (пацієнти).

**Метою публічного управління** подальшим розвитком сфери охорони є створення кращих умов для функціонування надавачів медичних послуг/допомоги (ДУ та КНП) як запоруки покращання здоров'я населення.

**Цілями публічного управління** подальшим розвитком сфери охорони є:

- розвиток матеріально-технічної бази та кадрового потенціалу надавачів медичних послуг/допомоги (ДУ та КНП);
- покращання якості та підвищення (територіальної і цінової) доступності медичних послуг/допомоги;
- покращання здоров'я населення;
- створення умов для стимулювання процесу інвестування у сферу охорони здоров'я;
- формування економіко-правових умов мінімізації негативного екологічного впливу на стан здоров'я населення;
- створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги та інформатизації цієї сфери;
- невідкладне здійснення комплексу заходів щодо підвищення рівня забезпечення населення медичними послугами/допомогою та лікарськими засобами;
- забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я різних форм власності та різних відомств в єдиному медичному просторі держави;
- розробка загальнодержавних цільових програм у сфері охорони здоров'я.

**Специфічними принципами публічного управління** подальшим розвитком сфери охорони є: поліпшення здоров'я всього населення, відповідність запитам

і потребам людей, забезпечення справедливості в розподілі фінансових ресурсів, доступність усіх до наявних ресурсів [14]; значне поліпшення здоров'я й підвищення рівня добробуту населення, забезпечення наявності універсальних, соціально справедливих, стійких і високоякісних систем охорони здоров'я, орієнтованих виключно на людину [52].

**Методи публічного управління** подальшим розвитком сфери охорони – сукупність способів управління, які використовуються для досягнення заздалегідь визначеної мети. Залежно від способу виділяють такі методи (у їх складі – засоби (інструменти) управління):

#### 1 Адміністративні:

- стандартизації, ліцензування, сертифікації медичних послуг;
- акредитації медичних і фармацевтичних закладів [31];
- встановлення фіксованих державних цін на медичні послуги першорядного значення;
- державне регулювання цін на медичні послуги другорядного значення, продукцію (товари) медичного призначення, роботи медичного характеру;
- ліцензування права здійснення медичної практики;
- приписи;
- регламенти медичних втручань;
- стандартизація медичної допомоги (клінічні протоколи і стандарти).

#### 2 Економічні:

- державні субсидії;
- дотації з державного та місцевих бюджетів;
- субсидування платежів за надані медичні послуги;
- централізоване бюджетне фінансування провідних лікувальних і навчальних медичних центрів країни [20];
- створення умов і стимулів для профілактики професійних захворювань і травматизму на виробництві (відновлення системи диспансеризації, медико-санітарних частин на підприємствах тощо).



Фінансування відбувається на основі аналізу результатів діяльності ДУ та КНП і через контроль за цільовим та ефективним/результативним використання коштів за державною програмою медичних гарантій. Такий контроль здійснюється через заходи з перевірки дотримання надавачами медичних послуг/допомоги вимог, установлених порядком використання коштів програми медичних гарантій і договорами про медичне обслуговування населення. НЗСУ також відшкодовує вартість лікарських засобів згідно з договорами про реімбурсацію за програмою державних медичних гарантій [39].

### 3 Організаційні:

- проведення чіткого розмежування первинної, вторинної та третинної ланок медичної допомоги;
- розширення мережі закладів ПМСД;
- реформування вторинної ланки медичної допомоги з метою покращання якості її діяльності й підвищення ефективності використання наявних ресурсів, усунення невиправданого дублювання медичних послуг шляхом диференціації лікарень, виходячи з інтенсивності медичної допомоги, що надається;
- на третинному рівні – створення університетських клінік з метою ефективного використання потенціалу та ресурсів як обласних лікарень, так і медичних інститутів й університетів;
- відновлення системи профілактичної медицини;
- створення гнучкої та ефективної системи публічного управління сферою охорони здоров'я, яка б поєднувала і координувала діяльність усіх складових управління (на центральному, регіональному та місцевому рівнях);
- забезпечення механізмів соціального захисту медичних працівників;
- оптимізація міжгалузевої взаємодії у напрямі збереження здоров'я населення, активна співпраця з інститутами громадянського суспільства;
- розширення повноважень і можливостей КНП унаслідок зміни їх господарсько-правового статусу;
- державне замовлення підготовки різних категорій кадрів для сфери охорони здоров'я;

- організація підготовки керівників (передусім, директорів КНП) для сфери охорони здоров'я;
- створення раціональної системи державних гарантій щодо забезпечення населення медикаментозними препаратами.

4 Правові – забезпечення законодавчого підґрунтя подальшого розвитку сфери охорони здоров'я шляхом прийняття ряду законодавчих актів за такими напрямками:

- діяльність органів публічного управління;
- забезпечення безпечних умов життєдіяльності;
- надання медичної допомоги населенню;
- оздоровчо-профілактична діяльність;
- правовий статус медичних і фармацевтичних працівників;
- правовий статус пацієнтів;
- фінансування охорони здоров'я [10].

5 Соціально-психологічні:

- виховання;
- інформування та освіта населення;
- переконання;
- пропаганда здорового способу життя;
- просвітництво;
- психологічні настанови;
- роз'яснення;
- соціальні норми;
- суспільний тиск;
- формування корпоративної культури у сфері охорони здоров'я [20].

Зрештою слід відзначити, на практиці вищенаведені механізми (методи та засоби) публічного управління подальшим розвитком сфери охорони здоров'я здебільшого використовуються одночасно, маючи ту чи іншу пріоритетність залежно від конкретної ситуації (наявних проблем і доступних ресурсів, необхідних для їх вирішення).

## РОЗДІЛ 2

### ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ПОДАЛЬШОГО РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

#### **2.1 Сфера охорони здоров'я в Харківській області як об'єкт медичної реформи**

Наявна ситуація у сфері охорони здоров'я України є відображенням не лише спадків минулого, а й певних дій органів публічного управління, спрямованих на вирішення наявних проблем і використання можливостей. Означене здебільшого пов'язується з проведенням медичної реформи.

Так, зокрема, у серпні 2014 р. МОЗ ініціювало розробку Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я з метою активізації та прискорення цього процесу (подальшого розвитку) шляхом розробки стратегічних підходів до покращення якості та доступу до медичних послуг/допомоги, а також забезпечення пом'якшення фінансової ситуації для населення [7].

Завдяки реалізації означеної Стратегії мають бути спочатку створені умови, а потім і досягнені такі цілі:

- викорінення неформальних платежів;
- перехід на модель медичного страхування;
- трансформування застарілої централізовану сфери охорони здоров'я (зокрема, відбулася зміна або обов'язки щодо володіння медичними закладами на рівні місцевих органів влади, в обмеженому масштабі приватний сектор отримав дозволи брати участь у системі охорони здоров'я, але поза схемою державного фінансування, заснованою на безпосередніх виплатах пацієнтам, які є неформальними);
- надання пацієнтам фактичного (а не теоретичного) права вибирати лікаря та КНП [42].

У 2016 р. уряд затвердив Концепцію реформування фінансування охорони здоров'я, процедуру реалізації якої «підсилили» законодавчі та нормативно-правові акти, прийняті у 2017 р., оскільки «відкрили» процес переформування сфери охорони здоров'я України, який має напрям на забезпечення нового підходу до фінансування закладів охорони здоров'я та окремих медичних працівників [7] (передусім, додаткові виплати за досягнуті успіхи в професійній діяльності [39]). Впровадження нової системи на первинному рівні було проведено у 2018 р. [7], згідно з якою окремі категорії лікарів отримали можливість укладати декларації з пацієнтами: сімейні лікарі – 1800 осіб, терапевти – 2000 осіб, педіатри – 900 осіб. При цьому МОЗ дає змогу лікарям (за їхньої ініціативи) додатково «набирати» декларантів (відповідно, 9000, 1000 та 450 осіб), передовсім у сільській місцевості [22].

Важливим елементом медичної реформи є державна програма медичних гарантій, яка передбачає повну оплату з коштів держбюджету усім без винятку особам, котрі потребують медичних послуг/допомоги й лікарських засобів, пов'язаних з наданням:

- ПМСД;
- вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- екстреної медичної допомоги;
- паліативної медичної допомоги;
- медичної реабілітації; медичної допомоги дітям до 16 років;
- медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

Якщо пацієнти потребують додаткових медичних послуг, то вони їх можуть отримати на платній основі [27]. При цьому категорично заборонено надавати як платні ті медичні послуги, що передбачені «пакетами» у межах державної програми медичних гарантій. При цьому для «легалізації» цього процесу кожне КНП мало затвердити Положення про надання платних послуг, які мають бути: медичні послуги, що відповідають функціональним повноваженням; дотичні медичні послуги; супутні послуги [19].

Традиційно існують диспропорції між окремими регіонами за рівнем їхнього розвитку (столиця, індустріальні, аграрні, депресивні), що обумовлено відмінностями за переліком і розвиненістю певних галузей/сфер національної економіки, співвідношення міського та сільського населення, а також професіоналізму посадовців органів публічного управління, що, зрештою, обумовлює наявні відмінності у параметрах стану сфери охорони здоров'я конкретного регіону.

Харківська область наразі, згідно з даними Державної служби статистики України, є регіоном, який має показники (табл. 2.1; 2.2; 2.3), що є близькими до середніх по країні, чим і обумовлюється вибір цього регіону як об'єкта дослідження стану сфери охорони здоров'я.

**Таблиця 2.1** – Демографічні показники та показники розвитку сфери охорони здоров'я

Показники	2019 р.		2020 р.		2021 р.	
	Харківська область	Україна	Харківська область	Україна	Харківська область	Україна
Населення області, тис. осіб	2660,0	41983,6	2642,8	41732,8	2618,2	41418,7
Народжуваність на 1 тис. населення	6,8	8,1	6,3	7,3	5,9	6,6
Смертність на 1 тис. населення	15,3	14,7	16,7	14,8	21,0	17,2
Природний рух	-8,5	-6,6	-10,4	-7,5	-15,1	-10,6
Смертність немовлят на 1000 дітей народжених живими	7,02	7,10	7,62	6,67	7,96	7,22
Материнська смертність на 100 тис. дітей народжених живими	16,5	17,0	5,98	23,98	12,97	49,51

У Харківській області упродовж 2019–2021 рр. має місце: зменшення на 1,6 % чисельності населення корелює з динамікою показників природного приросту населення; скорочення на 15,3 % народжуваності обумовлена здебільшого збіднінням населення, що також (на тлі «старіння нації») зростання 37,3 % рівня смертності; сплеск материнської смертності на 100 тис. дітей

народжених живими обумовлена пандемією COVID-19 (табл. 2.1); на 10,8 % скоротилась чисельність лікарів, що ще більшою мірою (на 9,1 %) погіршило забезпеченість ними населення, а також майже на 3 пункти погіршилась укомплектованість лікарями; критично висока частка персоналу пенсійного віку (на тлі вищеназваних негативних тенденцій) (табл. 2.2); на 12,2 % скоротилась чисельність середнього медичного персоналу, а з тим – на 14,8 % – забезпеченість ними; порівняно значна частка таких осіб ускладнює виконання ними власних функціональних обов'язків (табл. 2.3). Усе вищевикладене ускладнює доступ населення регіону до якісних медичних послуг.

**Таблиця 2.2 – Укомплектованість та забезпеченість лікарями КНП**

Показники	2019 р.		2020 р.		2021 р.	
	Харківська область	Україна	Харківська область	Україна	Харківська область	Україна
Фізичні особи	11681	154265	11027	147361	10540	143887
Забезпеченість фізичними особами на 10 тис. населення	43,91	36,74	41,72	35,31	40,26	34,74
Укомплектованість лікарями, %	84,14	82,07	83,36	81,01	81,18	80,00
Коефіцієнт сумісництва	1,06	1,06	1,05	1,05	1,05	1,05
% осіб пенсійного віку	21,92	24,72	21,08	23,56	21,39	23,67

**Таблиця 2.3 – Укомплектованість та забезпеченість середнім медичним персоналом КНП**

Показники	2019 р.		2020 р.		2021 р.	
	Харківська область	Україна	Харківська область	Україна	Харківська область	Україна
Фізичні особи	17562	296054	16264	273526	15655	261255
Забезпеченість фізичними особами на 10 тис. населення	66,02	70,52	61,54	65,54	57,50	63,08
Укомплектованість лікарями, %	84,07	89,22	83,42	88,49	82,21	88,19
Коефіцієнт сумісництва	1,12	1,00	1,10	1,01	1,07	1,00
% осіб пенсійного віку	14,62	12,50	13,00	10,97	12,79	10,71

Публічне управління розвитком охороною здоров'я на теренах Харківської області здійснюють наступні уповноважені інституції:

- Департамент охорони здоров'я Харківської ОДА;
- Департамент охорони здоров'я Харківської міської ради;
- Відділ охорони здоров'я Чугуївської міської ради.

На теренах Харківської області функціонує мережа закладів охорони здоров'я різного підпорядкування:

– МОЗ України – 7 (340 ліжок), у т.ч. ХНМУ, ХМАПО, Національний фармацевтичний університет;

– у сфері управління Департаменту охорони здоров'я Харківської ОДА, Харківської обласної ради та Харківської міської ради перебувало 197 закладів охорони здоров'я: у т.ч. 70 лікарень, 16 диспансерів, 71 самостійних амбулаторно-поліклінічних закладів, 11 стоматологічних поліклінік, Обласний центр служби крові, Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, 4 будинки дитини, Бюро судмедекспертизи, 10 санаторіїв, Медична бібліотека, 6 медичних коледжів, Центри здоров'я, 2 центри медичної статистики, Обласний центр медико-соціальної експертизи, База спецмедпостачання. Також, функціонують структурні підрозділи 38 центрів ПМСД, 2-х амбулаторій ПМСД, медичного центру «Здоров'я+» Солоницівської селищної ради та Близнюківської ЦРЛ, 270 амбулаторії загальної практики сімейної медицини, 445 ФАПів та ФП;

– НДІ Національної академії медичних наук України – 9 (1665 ліжок): національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої (210 ліжок); інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева (265 ліжок); інститут дерматології та венерології (110 ліжок); інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва (220 ліжок); інститут охорони здоров'я дітей та підлітків (220 ліжок); інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Сітенко (240 ліжок); інститут неврології, психіатрії та наркології (260 ліжок); інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського (140 ліжок); інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечнікова;

- інститут проблем кріобіології і кріомедицини НДІ НАН України;
- відомчі заклади – 16.

Роботу сфери охорони здоров'я регіону забезпечували 8,7 тис лікарів та 15,5 тис. молодших спеціалістів з медичною освітою.

У Харківській області упродовж 2019–2021 рр. має місце: скорочення, на 28,8 та 56,2 %, відповідно, кількості пацієнтів, пролікованих у цілодобових і денних стаціонарах; на 13,8 % зросла кількість виїзних бригад, що свідчить про нехтування населенням звернень до КНП; покращання відносних показників поширеності захворювань (загалом – на 13,7 %) свідчить про очевидні здобутки регіональної системи охорони здоров'я (табл. 2.4).

Таблиця 2.4 – Результати діяльності КНП Харківської області

Показники	2019 р.	2020 р.	2021 р.
Всього проліковано хворих в стаціонарах цілодобового перебування	524757	384988	407148
Рівень госпіталізації на 100 жителів	20,1	14,6	15,6
Забезпеченість населення ліжками в денних стаціонарах на 10 тис. населення	17,0	14,0	13,0
Проліковано хворих в денних стаціонарах на 10 тис. населення	716,0	476,1	458,4
Число осіб, яким надана медична допомога	536346	504653	490497
Показник на 1 тис. населення	201,64	190,95	187,40
Кількість виїзних бригад	137,07	141,78	156,00
Забезпеченість виїзними бригадами на 10 тис. населення	0,52	0,54	0,59
Рівень поширеності захворювань на 100 тис. населення	179325,3	160222,5	157712,9
У т.ч.: хвороби ендокринної системи	673,28	542,22	516,12
хвороби нервової системи	1794,01	1499,83	1538,16
хвороби системи кровообігу	4164,46	3696,50	3131,93
хвороби органів дихання	25938,15	23927,96	26093,02
хвороби органів травлення	2621,62	1881,43	1837,56
травми, отруєння	2990,38	2549,92	2656,22



За офіційними даними НСЗУ, на кінець 2021 р. по Харківській області уклали договір 202 установи, у т.ч. 169 КНП, 10 приватних юридичних осіб та 23 ФОПи. За час реалізації національної кампанії «Лікар для кожної сім'ї» підписано понад 2,2 млн декларацій, охоплено 84,0 % населення. Харківська область входить до п'ятірки кращих областей за кількістю підписаних декларацій серед інших регіонів України.

Запорукою успіху у виконанні КНП своїх безпосередніх функцій щодо охорони здоров'я населення є належне фінансування такої діяльності. Так, зокрема, [консолідований бюджет охорони здоров'я Харківської області на 2021 рік](#) склав ₴ 9090,9 млн, у т.ч. за Програмою державних медичних гарантій (за кошти НСЗУ) – ₴ 7524,3 млн, у т.ч.:

- заклади ПМСД територіальних громад області та міст обласного значення – ₴ 1586,3 млн (17,5 %), у т.ч. кошти НСЗУ – ₴ 1400,6 млн;

- спеціалізовані заклади вторинного рівня медичної допомоги територіальних громад області та міст обласного значення – ₴ 4256,0 млн (46,8 %), у т.ч. кошти НСЗУ – ₴ 3660,9 млн;

- високоспеціалізовані заклади охорони здоров'я та лікарні обласного підпорядкування, а також служба екстреної медичної допомоги (обласний бюджет) – ₴ 3248,6 млн (35,7 %), у т.ч. кошти НСЗУ – 2462,8 млн.

Загальний обсяг фінансування, що передбачений у показниках обласного бюджету на 2021 рік для реалізації завдань і заходів комплексної обласної програми «[Здоров'я Слобожанщини](#)» на 2021–2022 рр., склав ₴ 592,3 млн. За рахунок зазначених обсягів фінансування впродовж 2021 р. були вжиті такі заходи:

- надання медичної допомоги хворим в КНП обласного підпорядкування – ₴ 419655,9 тис.;

- оснащення медичним й іншим (у т.ч. спеціалізованим автотранспортом) обладнанням КНП – ₴ 630,0 тис.;

- розвиток системи надання медичної допомоги хворим нефрологічного профілю в частині забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного

призначення КНП ХОР «Обласний медичний клінічний центр урології і нефрології ім. В.І. Шаповала» для надання медичної допомоги хворим на хронічну хворобу нирок за життєвими показаннями – € 32000,0 тис. (придбання лікарських засобів для лікування хворих на хронічну ниркову недостатність методом перитонеального діалізу, а також хворих, які перенесли трансплантацію органів – імуносупресивними препаратами);

– забезпечення КНП, необхідними засобами протипожежної безпеки (у т.ч. блискавкозахист, пожежна сигналізація і т.ін.) – € 1425,2 тис. (встановлення пожежної сигналізації у Слобожанській міській лікарні Чугуївського району);

– забезпечення хворих на інсулінозалежний тип цукрового діабету, у т.ч. дітей та хворих на нецукровий діабет, препаратами інсуліну та десмопресину за рахунок цільових видатків медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам і видатків місцевих бюджетів шляхом використання механізму відшкодування вартості препаратів інсуліну й десмопресину під час забезпечення хворих на цукровий та нецукровий діабет жителів відповідних адміністративно-територіальних одиниць через аптечні підприємства всіх форм власності – € 84794,8 тис.;

– упровадження нових сучасних технологій діагностики, лікування та реабілітації, спрямованих, зокрема, на медичну реабілітацію та відновлення працездатності пацієнтів, учасникам бойових дій, які брали участь в АТО, воїнів-інтернаціоналістів, інвалідів і ветеранів війни – € 19305,8 тис. (створення реабілітаційного центру на базі Госпіталю ветеранів війни);

– забезпечення лікарськими засобами хворих, які страждають на онкологічну патологію, для проведення хіміотерапії за рахунок коштів державного, місцевих бюджетів, в межах їх реальних можливостей, а також інших джерел, не заборонених законодавством, у т.ч. гуманітарної допомоги – € 5644,7 тис. (лікарські засоби для лікування онкологічної патології передміхурової залози, та забезпечення хворих на фенілкетонурию продуктами харчування для спеціального дієтичного споживання).

За даними галузевої фінансової звітності за 9 місяців 2021 р. сфера охорони здоров'я з бюджетів усіх рівнів профінансовано понад ₴ 6,4 млрд, що на 60,0 % більше порівняно з аналогічним періодом 2020 р. При цьому, питома вага видатків на заробітну плату серед загальної суми профінансованих видатків складає 79,0 %.

Середньомісячна заробітна плата медичних працівників за січень-вересень 2021 р. становить ₴ 11053,5, що більше на 44,5 % за аналогічний період 2020 р. Середня заробітна плата лікарів становить ₴ 14605,3; молодших спеціалістів з медичною освітою – ₴ 11076,4; молодшого персоналу – ₴ 8245,2.

Питання щодо покращання матеріально-технічного стану закладів перебуває на постійному контролі місцевих органів влади. За 2021 р. на капітальний ремонт і реконструкцію 28 об'єктів охорони здоров'я з бюджетів усіх рівнів профінансовано ₴ 27,6 млн. Відкрито власні центри ПМСД селищні територіальні громади у 3 районах області: Донецька в Ізюмському, Малоданилівська у Харківському та Новопокровська у Чугуївському районі. Рішенням Солоницівської селищної територіальної громади Харківського району створено та юридично оформлюється КНП «Медичний центр «Здоров'я+», де будуть надаватись медичні послуги як первинного, так і вторинного рівнів допомоги.

Завершено будівництво 15 сільських амбулаторій з житлом для медичних працівників вартістю ₴ 48,4 млн та 14 приймальних відділень опорних лікарень у рамках програми Президента України «Велике будівництво» – ₴ 158,7 млн. Також, за рахунок різних джерел фінансування КНП регіону придбано 2540 од. медичного обладнання (₴ 405,0 млн) і 91 од. автотранспорту (₴ 168,63 млн), у т.ч. 85 сучасних авто для служби екстреної медичної допомоги. На особистому контролі голови обласної державної адміністрації перебуває питання щодо завершення в Харківській області будівництва 30 сільських амбулаторій з житлом для медичних працівників, що розпочато ще у 2018 р. та у подальшому було призупинено. Нині вже функціонує 12 новозбудованих амбулаторій, по 4 амбулаторіям здійснюються заходи щодо отримання дозвільних документів для

введення об'єктів в експлуатацію. Завершено будівельні роботи з реконструкції приймальних відділень у 13-ти з 14 опорних закладів охорони здоров'я, відкрито 10 приймальних відділень.

Харківська область стала одною із перших областей України, де втілено в дію Закон України «Про екстрену медичну допомогу» зі створенням системи екстреної (невідкладної) медичної допомоги та реалізацією принципу регіональної екстериторіальності щодо надання профільних послуг. Базовим є КНП ХОР «Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» до структури якого в усіх адміністративно-територіальних одиницях Харківської області входить 24 відділення, 167 пунктів постійного і тимчасового базування бригад та єдина Центральна оперативна диспетчерська. Роботу служби забезпечують 204 бригади екстреної медичної допомоги і 237 од. санітарного автотранспорту з системами GPS-позиціонування. Усі звернення населення за екстреною медичною допомогою на телефони «103» та «112» надходять до єдиної Центральної оперативної диспетчерської у м. Харків, яка підключена до інформаційно-аналітичної системи МОЗ «Централь 103», що забезпечує виконання нормативів доїзду бригад до пацієнтів у міській та сільській місцевостях відповідно до рекомендованих. За 2021 р., за ініціативи місцевих органів влади, сприяння МОЗ, власних коштів оновлено автопарк системи екстреної медичної допомоги 84 сучасними повнопривідними автомобілями. Тим самим підвищуючи доступність якісних медичних послуг/допомоги для населення за рахунок належного реагування на наявні виклики цієї сфері.

Отож, медична реформа є вимушеним і необхідним засобом публічного управління, спрямованим на забезпечення подальшого розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я. Охарактеризувати ці процеси коректніше на прикладі конкретного (типового) регіону, яким можна вважати Харківську область. Загалом, попри збідніння пацієнтів і погіршення кадрового забезпечення цієї сфери, покращання її матеріально-технічного забезпечення обумовило зниження рівня поширеності захворювань населення.

## **2.2 Особливості публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я Харківської області в умовах надзвичайної ситуації та воєнного стану**

Наявність «традиційних» (економічних, соціальних, екологічних...) проблем, що ускладнюють функціонування та стримують подальший розвиток вітчизняної сфери охорони здоров'я, доповнюється негативним впливом надзвичайних ситуацій (пандемія COVID-19) та запровадження воєнного стану (повномасштабна військова агресія РФ), що знижує результативність публічного управління у цій сфері.

Глобальні виклики, що постали за останні два роки перед світової спільнотою у зв'язку з поширенням гострої респіраторної хвороби COVID-19, потребують розроблення та впровадження абсолютно нових підходів в системі організації надання медичної допомоги з метою максимального збереження життя та здоров'я пацієнтів. Розпорядженням голови ОДА утворено Робочу групу для напрацювання пропозицій щодо вирішення актуальних питань протидії поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-19 та проведення кампанії з вакцинації на території Харківської області зі складу представників місцевих органів влади, органів місцевого самоврядування, галузевої профспілки, громадських організацій, науковців провідних медичних установ, керівників закладів охорони здоров'я. З початку року проведено 9 засідань, надано відповідні доручення голови робочої групи та забезпечено щотижневий моніторинг виконання поставлених завдань.

В умовах пандемії коронавірусної хвороби COVID-19 щоденний контроль з боку місцевих органів публічної влади та вжиті заходи забезпечили стабілізацію протиепідемічної ситуації та повернення Харківської області до «зеленої зони». В області до початку червня 2021 р. було визначено 24 заклади охорони здоров'я «першої хвилі» (у т.ч. 13 – спеціалізовані (рис. 2.1)) для надання медичної допомоги хворим на гостру респіраторну хворобу COVID-19 із ліжковим фондом майже 5,0 тис. ліжок, які на 100 % забезпечені подачею

кисню за рахунок централізованого постачання, кисневих концентраторів (898 – в лікарнях, 983 – в амбулаторіях) та 57 ШВЛ.

Маршрути пацієнтів до спеціалізованих закладів охорони здоров'я Харківської області для надання медичної допомоги у випадку захворювання на коронавірусну хворобу COVID-19



Рис. 2.1 – Мережа КНП Харківської області, що спеціалізуються на боротьбі з COVID-19

Ураховуючи певну стабілізацію епідемічного процесу по регіонах розпорядженням керівника робіт з ліквідації наслідків медико-біологічної надзвичайної ситуації природного характеру державного рівня, пов'язаної із поширенням COVID-19, з липня 2021 р. для Харківської області визначено перелік з 13 базових КНП госпіталізації пацієнтів з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2 із ліжковим фондом понад 3,0 тис. ліжок, які на 100 % забезпечені подачею кисню. Інші заклади охорони здоров'я, що були включені до системи організації профільної медичної допомоги, віднесено до закладів другої та третьої хвилі залучення у

разі поширення захворюваності на COVID-19 в регіоні. Запас лікарських засобів і медичних виробів, зокрема засобів індивідуального захисту, які передбачені протоколом надання медичної допомоги особам, хворих на гостру респіраторну хворобу COVID-19, є достатнім і постійно оновлюється.

Для координації організаційних дій щодо протидії поширенню гострої респіраторної вірусної хвороби COVID-19 та проведення кампанії з вакцинації на території Харківської області розпорядженням голови ОДА утворено міжсекторальну робочу групи для напрацювання пропозицій з вирішення актуальних питань по всіх адміністративно-територіальних одиницях області. Проводяться щотижневі брифінги за участю профільного заступника голови обласної державної адміністрації, керівництва галузевого Департаменту, фахівців медичних закладів щодо роз'яснення ситуації з протидії поширенню коронавірусної хвороби на території Харківської області.

Отримано за рахунок коштів держбюджету 165910 експрес-тестів для визначення антигена коронавірусу. Проведено 104,9 тис. тестувань, з них 20,7 тис. – позитивні. Пацієнти з позитивними результатами направляються в подальшому на ПЦР дослідження для підтвердження діагнозу. За сприяння місцевих органів влади триває робота з відкриття пунктів масової вакцинації населення у кожному районі області, вже відкрито 18 таких пунктів. Усього на Харківщині працює 160 пунктів вакцинації та 51 мобільна бригада, де проведено понад 262 тис. щеплень, отримали дворазову вакцинацію більше 95,0 тис. осіб. Харківська область одна з перших запровадила заходи з соціального захисту медичних працівників, які перехворіли на коронавірусну хворобу, у частині їх фінансової підтримки за кошти обласного бюджету.

За рахунок зазначених обсягів фінансування впродовж 2021 р. були вжиті такі заходи:

– виплата одноразової грошової допомоги (€ 10 тис.) медичним та іншим працівникам закладів охорони здоров'я, які захворіли на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2 – € 3810,0 тис. На кінець 2021 р. отримали одноразову грошову допомогу 5005 осіб. До речі,

Харківська область одна з перших запровадила заходи з соціального захисту таких осіб, у частині їх фінансової підтримки за кошти місцевих бюджетів;

- забезпечення механізму запобігання виникненню та поширенню, локалізацію та ліквідацію спалахів епідемій та пандемій гострої респіраторної хвороби COVID-19 – € 25040,0 тис. (проведення капітального ремонту реанімаційного відділення Обласної клінічної інфекційної лікарні, забезпечення ліжкового лікарень, що надають медичну допомогу хворим на COVID-19, киснем (кисневі ємності, киснева мережа тощо));

- збільшення кількості кисневих точок;

- перевірка готовності ліжкового фонду й кисневих точок доступу до прийому пацієнтів;

- перевірка робочого стану (готовності) апаратів ШВЛ, кисневих концентраторів для використання в екстрених випадках;

- забезпечення готовності бригад медичних працівників для надання медичної допомоги;

- підготовка запасу лікарських засобів і засобів індивідуального захисту;

- проведення робочих нарад керівництва з медичним персоналом щодо необхідності вакцинації проти коронавірусної хвороби.

З метою удосконалення матеріально-технічного стану закладів охорони здоров'я Харківщини для забезпечення надання медичної допомоги хворим, пораненим і постраждалим в умовах воєнної агресії РФ за рахунок коштів обласного бюджету придбано сучасне медичне обладнання для Обласної клінічної лікарні, Чугуївської, Золочівської центральних районних лікарень та інших закладів на суму € 33,9 млн. Продовжується робота щодо протидії поширенню коронавірусної хвороби COVID-19 на території області. Для вакцинації мешканців функціонує 99 пунктів щеплення, в т.ч. 38 у м. Харків. До області доставлено і розподілено між закладами майже 25,0 тис. доз вакцин.

З початку [повномасштабної агресії РФ проти України](#) сфера охорони здоров'я Харківської області, як і інші гуманітарні складові соціально-економічного розвитку, функціонує в умовах масштабних військових загроз і



безпрецедентних викликів. Щоденні хаотичні обстріли регіону з боку країни-агресора, довготривале перебування майже 30 % території з населенням під окупацією, руйнування та пошкодження медичної інфраструктури кардинально вплинуло на якість та доступність надання медичної допомоги населенню територіальних громад.

Протягом майже 8 місяців повномасштабної військової агресії РФ на окупованих територіях перебувало 23 заклади сфери охорони здоров'я, зокрема, 4 заклади обласного підпорядкування та 3 структурних підрозділи КНП ХОР «Обласний протитуберкульозний диспансер № 1»; 8 лікарень та територіально-медичних об'єднань у районах; 11 закладів амбулаторної допомоги та пункт здоров'я с. Макарове КНП «Центр ПМСД Золочівської селищної ради». На початок жовтня 2022 р. завдяки успішним діям ЗСУ всі 196 КНП розташовано на підконтрольній території (деякі з них повністю або частково зруйновані, відсутні зв'язок та інтернет, проводиться розмінування територій). Із 58 закладів обласного підпорядкування тимчасово переміщено в інші райони області, регіони України та держави – 7 закладів. Під час проведення активних бойових дій на території області було пошкоджено/зруйновано 253 об'єкти сфери охорони здоров'я (заклади або окремі структурні підрозділи закладів різних форм власності та рівнів підпорядкування).

Роботу ДУ та КНП сфери охорони здоров'я, станом на 15.11.2022 р., забезпечує майже 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 можна стверджувати, що за час військового стану Харківщину покинуло 42,5 % лікарів і 48,4 % молодших спеціалістів з медичною освітою, що певною мірою кореспондується з чисельністю внутрішньо (далі – ВПО) та зовнішньо переміщених осіб, які виїхали з регіону. Таким чином створено умови, коли «за пацієнтами переміщуються лікарі», які працевлаштовуються у місцеві лікарні, тим самим компенсуючи надлишок попиту на медичні послуги/допомогу. При цьому не слід забувати, що частина лікарів і медперсоналу вступили до лав ЗСУ, Національної гвардії, територіальної оборони...

За рішенням керівників закладів проводилась робота з певного перепрофілювання ліжкового фонду відповідно до реальних потреб в обсягах і видах медичної допомоги. Наразі для надання стаціонарної медичної допомоги функціонує майже 6,0 тис. ліжок у закладах обласного підпорядкування, 2,5 тис ліжок у закладах районів (міст) області та 6,8 тис. – у м. Харків. Переважають ліжка терапевтичного, хірургічного та неврологічного профілю.

Актуальні питання відновлення медичної інфраструктури, кадрового забезпечення закладів, координації надання медичної допомоги населенню деокупованих територій, у т.ч. зі залученням міжнародних організацій, які надають гуманітарну допомогу Україні, відпрацювання спільного алгоритму дій по організації медичних послуг було обговорено на нараді Харківської ОВА за участю міністра охорони здоров'я. Фахівцями Департаменту охорони здоров'я ОВА (далі – Департамент ОЗ ОВА) разом із фахівцями МОЗ після звільнення тимчасово окупованих територій проведено «медичне рекогносцування» на предмет потреби громад у медичних послугах, кадрових, матеріальних й інших ресурсах з урахуванням роботи закладів в умовах осінньо-зимового періоду 2022–2023 рр. За пропозицією Департаменту ОЗ ОВА для вирішення кадрових проблемних питань до роботи у закладах планується залучати лікарів-волонтерів або лікарів, які працюватимуть «вахтовим» методом; є можливість залучати іноземних спеціалістів, зокрема організації «Лікарі без кордонів». Вирішується питання щодо відновленні житла для медичних працівників, які будуть забезпечувати роботу закладів на деокупованих територіях. З приводу цього Харківська ОВА веде переговори з міжнародними організаціями стосовно розміщення на території лікарні (м. Ізюм) модульних будинків для лікарів і медперсоналу. Опрацьовано питання маршрутизації пацієнтів до спроможних закладів охорони здоров'я. Департаментом ОЗ ОВА направлено до КНП роз'яснення щодо визначених маршрутів пацієнтів за нозологічними групами.

Продовжується робота по забезпеченню КНП лікарськими засобами та виробами медичного призначення, у т.ч. в якості гуманітарної допомоги.

Особлива увага приділяється закладам охорони здоров'я на деокупованих територіях. Для цілісної картини щодо потреби закладів у медичних препаратах, обладнанні, автотранспорті, оргтехніці та інших приладах створено Google Диск «Потреба деокупованих закладів охорони здоров'я», де у режимі реального часу проводиться постійне оновлення відповідних даних (табл. 2.5), що дозволяє своєчасно вирішувати нагальні питання. Проблемою не лише сьогодні, а й перспектив найближчого часу є значна частка (відповідно, 9,4 та 6,6 %) приміщень, які постраждали чи було повністю зруйновано (у Балаклії «втрачено» майже половину приміщень, що обумовлено інтенсивністю бойових дій). При цьому відновленню підлягають покрівлі (Балаклія, Ізюм), двері (Старий Салтів), вікна (Балаклія, Ізюм, Старий Салтів).

**Таблиця 2.5 – Оперативна інформація щодо стану руйнувань/пошкоджень закладів охорони здоров'я на деокупованих територіях Харківської області**

Найменування закладу	Кількість будівель	З них:		У т.ч.:		
		зруйновано	постраждало	покрівля, м <sup>2</sup>	вікна, од./м <sup>2</sup>	двері, од
КНП «Балаклійський центр ПМСД» Балаклійської міської ради	40	9	10	300	20/600	4
КНП «Великобурлуцький центр ПМСД» Великобурлуцької селищної ради	19	--	--	--	--	--
КП «Центр ПМСД Вовчанської міської ради»	32	--	1	--	2/6,5	--
КНП «Старосалтівський центр ПМСД»	9	1	1	10	52/165	34
КНП «Центр ПМСД міста Ізюм» Ізюмської міської ради	36	2	3	80	10/33	1
КНП Куп'янський центр ПМСД Куп'янської міської ради	42	--	--	--	--	--
КНП «Центр ПМСД Печенізької селищної ради»	9		3	10	5/16,2	--
КНП «Шевченківський центр ПМСД» Шевченківської селищної ради	25	2	2	--	5/16,7	--
<b>ВСЬОГО</b>	<b>212</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>400</b>	<b>94/838</b>	<b>46</b>

Першочергові завдання та етапи щодо організації надання медичної допомоги на звільнених територіях Харківської області:

- проведення аналізу щодо стану основних конструктивів будівель і споруд закладів охорони здоров'я, визначення ступеню їх руйнування, можливості та термінів відновлення;

- здійснення моніторингу та оцінки наявного кадрового, матеріально-технічного, комунікаційного та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я на деокупованих територіях, а також потреб населення в конкретних профілях та обсягах медичної допомоги;

- на підставі проведеного аналізу та оцінки, визначення закладів охорони здоров'я (місць надання медичної допомоги) на звільнених від російських окупантів територіях, з урахуванням їх розташування, наближення до кордонів з агресором, а також до наявних та можливих бойових дій;

- відновлення визначених закладів охорони здоров'я (місць надання медичної допомоги), із концентрацією в них кадрових, матеріально-технічних й інших наявних ресурсів, із одночасним корегуванням маршрутів пацієнтів і залученням Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф для реалізації цього завдання;

- здійснення розрахунків щодо потреби закладів охорони здоров'я (місць надання медичної допомоги) в додаткових кадрових, матеріально-технічних та інших ресурсах, з урахуванням потреб для їх роботи в можливих автономних умовах і в ході осінньо-зимового періоду 2022/2023 рр.

Заклади охорони здоров'я на деокупованих територіях Харківської області потребують 13 санітарних і 13 легкових авто, 23 генераторів альтернативного електроживлення, а також пальне для них.

З огляду на стрімкий наступ Збройних Сил України та деокупацію територіальних громад Харківської області, нині основними проблемними питаннями в регіоні є:

- визначення технічного стану закладів охорони здоров'я, їх пошкодження та у разі необхідності відновлення або часткового відновлення для забезпечення надання медичної допомоги населенню на цих територіях в необхідних обсягах;

– своєчасність забезпечення населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення, які необхідні за життєвими показами (інсулін, цукрознижувальні та знеболюючі препарати, перев'язувальні матеріали та ін.);

– підготовка закладів охорони здоров'я, які знаходяться на деокупованих територіях, до роботи в осінньо-зимовий період 2022/23 років, з урахуванням територіальних та інших особливостей в умовах бойових дій (у т.ч.: розбудова альтернативних джерел енерго-, тепло-, водопостачання із застосуванням генераторів, котельних та облаштуванням свердловин і встановлення фільтраційного обладнання для фільтрації води);

– кадрове забезпечення: крім наявного дефіциту медичних кадрів в закладах охорони здоров'я, існує «штучний» дефіцит в керівному складі, що обумовлений виїздом окремих керівників закладів з території та неможливістю проведення ними об'єктивної оцінки стану справ і ситуації на місці розташування закладу чи його підрозділу, що своєю чергою ускладнює отримання достовірної інформації та прийняття обґрунтованих управлінських рішень;

– фінансове забезпечення: навіть за умов вирішення першочергових завдань з концентрацією наявних ресурсів у визначених місцях надання медичної допомоги, корегуванням маршрутів пацієнтів та оптимізацією витрат, необхідних для організації забезпечення стабільного надання медичної допомоги населенню, вирішити поставлені завдання на обласному рівні не можливо.

Подальший розвиток вітчизняної сфери охорони здоров'я (у т.ч. на рівні регіонів) супроводжується формуванням спроможної мережі госпітального округу Харківської області і кластеризацією цієї сфери національної економіки.

Розпорядженням уряду затверджено 15 опорних закладів охорони здоров'я Харківської області (рис. 2.2), які «прив'язані» до адміністративно-територіального розподілу:

1 Багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування II рівня: КНП Харківської обласної ради «Обласна клінічна лікарня»; КНП «Міська клінічна

лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. О.І. Мещанінова» Харківської міської ради; КНП «Міська клінічна багатoproфільна лікарня № 17» Харківської міської ради; КНП «Міська клінічна багатoproфільна лікарня № 25» Харківської міської ради; КНП «Лозівське територіальне медичне об'єднання» Лозівської міської ради Харківської області.

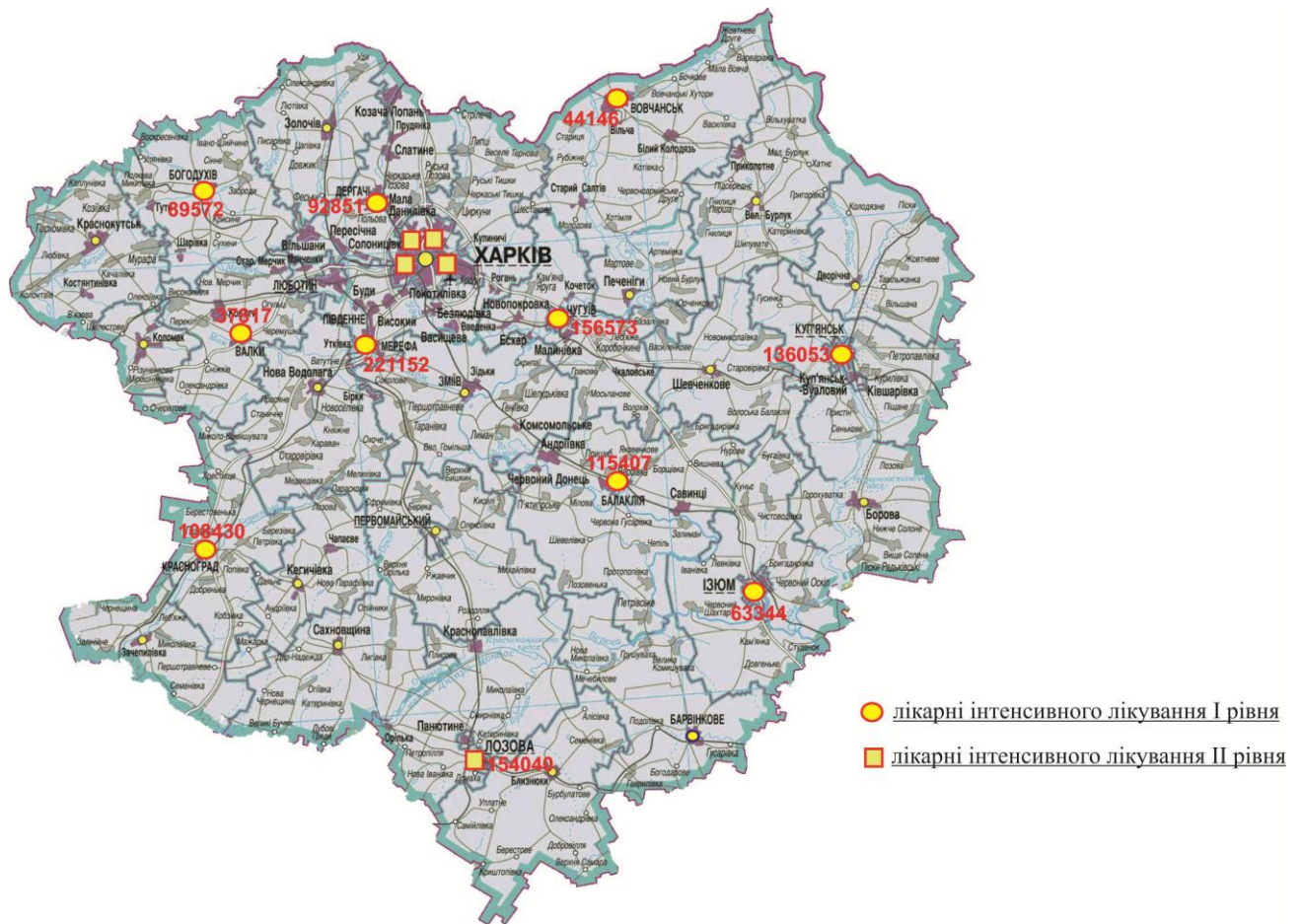


Рис. 2.2 – Розташування опорних закладів охорони здоров'я Харківської області

2 Багатoproфільні лікарні інтенсивного лікування I рівня: КНП Богодухівська центральна районна лікарня Богодухівської міської ради; КНП «Валківська центральна районна лікарня»; КНП «Дергачівська центральна лікарня» Дергачівської міської ради Харківської області; КНП Балаклійської міської ради Харківської області «Балаклійська клінічна багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування»; КНП «Вовчанська центральна районна

лікарня» Вовчанської міської ради; КНП Ізюмської міської ради «Центральна міська лікарня Піщанської Богоматері»; КНП «Красноградська центральна районна лікарня»; КНП «Куп'янське територіальне медичне об'єднання» Куп'янської міської ради Харківської області; КНП Мереш'янської міської ради «Мереш'янська центральна районна лікарня»; КНП «Чугуївська центральна лікарня ім. М.І. Кононенка» Чугуївської міської ради Харківської області.

Ризики, що можуть виникнути у ході формування спроможної мережі госпітального округу Харківської області:

- недосконалість нормативно-правового забезпечення щодо вимог з кластеризації лікарень;

- НСЗУ у вимогах програми медичних гарантій на 2023 рік не визначила окремим пакетом уніфіковані послуги для кластеризованих закладів при укладенні договорів, що унеможливило впровадження єдиного обсягу та видів медичної допомоги по регіонах України (в одному регіоні надкластерна лікарня може заключити договір на 20 пакетів, в іншому на 15, чим впливає на обсяг медичної допомоги для закріпленого населення);

- одночасне проведення кластеризації лікарень та глобальної оптимізації мережі області може привести до відтоку закріплених площ закладів у розряд соціальних (наприклад, для розміщення внутрішньо переміщених осіб), що вплине на можливості місцевих органів влади у розгортанні необхідного ліжкового фонду у разі тривалих агресивних дій з боку РФ та масового надходження поранених і постраждалих.

Департаментом ОЗ ОДА на початку 2021 р. були підготовлені пропозиції щодо оптимізації закладів охорони здоров'я, що належать до спільної власності територіальних громад сіл, селищ міст Харківської області. Пропозиції, що пропонуються, полягають в об'єднанні закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу одного профілю, шляхом створення територіально-медичних об'єднань, що має забезпечити скорочення видатків, що не пов'язані з безпосереднім наданням медичної допомоги. Загальний розрахунковий обсяг економії (квітень-грудень 2020 р.) від впровадження запропонованих заходів

мали становити € 29,0 млн (скорочення видатків на оплату праці тільки адміністративно-господарського персоналу).

Важливою складовою подальшого розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я є перехід від трирівневої (первинна, спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога) до кластерної моделі функціонування цієї сфери, що передбачає її поділ на такі кластери:

1 Госпітальний (заклади ПМСД, сімейні лікарі).

2 Загальний (6–11 сервісів) – опорні багатопрофільні лікарняні заклади, що надають медичну допомогу населенню однієї або декількох територіальних громад і забезпечує базові напрями стаціонарної медичної допомоги, стабілізацію пацієнта та маршрутизацію до кластер них і надкластерних закладів охорони здоров'я:

– терапія (I, II), сестринський догляд;

– акушерство (I), гінекологія, неврологія, загальна хірургія, травматологія та ортопедія (I), педіатрія, інфекційні захворювання, паліативна допомога.

3 Кластерний (13+ сервісів) – опорні багатопрофільні лікарняні заклади, спроможні забезпечити в межах госпітального кластеру потребу населення в медичній допомозі при найбільш поширених хворобах і станах за напрямами стаціонарної медичної допомоги:

– терапія ІТ (II), ІТ для новонароджених, сестринський догляд;

– акушерство (II), гінекологія, неврологія, травматологія та ортопедія, загальна хірургія (II), педіатрія, інфекційні захворювання, паліативна допомога;

– кардіологія, отоларингологія, офтальмологія, дитяча хірургія, неонатологія, реабілітація, психіатрія.

4 Надкластерний (21+ сервіс) – опорні багатопрофільні лікарняні заклади, у яких наявні ресурси та технології, орієнтовані на надання медичної допомоги у найбільш складних та/або рідкісних випадках захворювань населенню всього госпітального округу за напрямами стаціонарної медичної допомоги:

– терапія+: терапія, нефрологія, ревматологія, алергологія, імунологія ІТ (II, III), ІТ для новонароджених;



– акушерство (III), гінекологія, неврологія, загальна хірургія, травматологія та ортопедія (II, III), педіатрія, інфекційні захворювання, паліативна допомога;

– кардіологія, отоларингологія, офтальмологія, дитяча хірургія, неонатологія, реабілітація, психіатрія;

– нейрохірургія, кардіохірургія, тора кальна хірургія, судинна хірургія, комбустіологія, щелепно-лицьова хірургія, гематологія, пульмонологія, ендокринологія, гастроентерологія, дерматологія, онкологія, ТБ.

Зрештою слід зазначити, що уповноважені органи публічного управління спрямовують доступні сили та засоби на забезпечення охорони здоров'я населення Харківської області, передусім за рахунок розвитку госпітального округу та кластеризації цієї сфери. Додаткові виклики пов'язані з погіршенням епідеміологічної ситуації (пандемія COVID-19) та запровадження воєнного стану (повномасштабна військова агресія РФ), що знижує результативність публічного управління у цій сфері.

### РОЗДІЛ 3

## КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ПОДАЛЬШИМ РОЗВИТКОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### 3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо подальшого розвитку сфери охорони здоров'я

В основі практично будь-яких перетворень (медична реформа не є виключенням) лежать намагання підвищити рівень добробуту шляхом відновлення свободи особистості, росту життєвого рівня й створення надійної системи соціального захисту для тих, хто не може справитися без додаткової допомоги. У випадку, коли мова йде про здоров'я і охорону здоров'я, це, як і всюди, включає у себе стимулювання відповідальності особи, розвиток конкуренції на ринку медичних послуг з метою підвищення його економічної ефективності, й соціальної та медичної результативності, й децентралізацію управління, покликану забезпечити б оперативну реакцію на виклики сьогодення з урахуванням місцевої специфіки. Більше за те, у контексті даного дослідження цікавими убачаються передові практики різних країн щодо спроб поєднання (фактично, узгодження) дії механізмів публічного управління та ринкових механізмів в сучасних моделях розвитку охорони здоров'я [36].

У більшості європейських держав система охорони здоров'я, базуючись на принципах соціал-демократії і сприяючи гармонії та рівності громадян [64] у доступі до медичних послуг/допомоги. Проте кожна країна прагне подальшого покращання ситуації що спричиняє медичні реформи, які реалізуються за такими принципами солідарності, загальнодоступності надання медичної допомоги, фінансування охорони здоров'я [41].

Подальший розвиток сфери охорони здоров'я (як в Україні, так і в інших країнах світу) здійснюється загалом у межах відповідної соціальної політики,

яка реалізується через одну з поширених моделей її фінансування – бюджетна (державна), платна (приватна), страхова (змішана). Кожна з цих моделей має як позитивні, так і негативні прояви, а тому у світі продовжується пошук оптимальної моделі, що актуалізує розробку й проведення медичної реформи з урахуванням національної специфіки [26]. Загалом мова йде про пошук оптимальної моделі фінансування національних систем охорони здоров'я.

Успішна політика у сфері охорони здоров'я передусім має слугувати соціальної стабільності та внутрішньополітичній консолідації суспільства. Підтвердженням цього є політика у цій сфері розвинених країн, яка базується на справедливому розподілі ресурсів [9].

Варто нагадати, що з кінця ХХ ст. більшість розвинених країн світу щорічно збільшують державні витрати на саме фінансування розвитку сфери охорони здоров'я, що тим самим ресурсно забезпечує покращання якості та доступності надання медичних послуг [47]. Більше за те, додаткове виділення з держбюджету \$ 1000 у розрахунку на одну особу забезпечує тотожне зростання доходів населення та збільшує на пів року середню тривалість його життя [59]. Саме тому ВООЗ рекомендує виділяти на ці цілі щонайменше 5 % ВВП у тих країнах, які розвиваються, і 6–8 % від ВВП – для розвинених країн [53]. Доцільність такого фінансування обумовлена наступними факторами:

- високий рівень інфляції [47; 36], що блокує проведення високовартісних наукових досліджень у сфері медицини і застосування високих інноваційних технологій;
- зростання нозологічних форм, що характеризується підвищенням показників хронічних захворювань;
- зростання об'єму медичних послуг і застосування високовитратних засобів збереження та розвитку сфери охорони здоров'я;
- розширення прав пацієнтів, підвищення уваги громадян щодо збереження власного здоров'я [47];
- збільшення бюрократичного апарату в системі охорони здоров'я та використання коштів не за призначенням [9];

- старіння населення та реструктуризація його патологій [66];
- часті зміни в керівництві закладів охорони здоров'я [36];
- нездатність органів людського організму нормально функціонувати (дефекти та порушення);
- нездатність ходити, говорити, володіти периферичним зором (інвалідність чи обмеження життєдіяльності) [16];
- посилення державного регулювання у сфері охорони здоров'я;
- орієнтація не забезпечення мінімальних стандартів добробуту бідних, а на підвищення якості життя для всього населення [30].

Зважаючи на євроінтеграційні прагнення України, слід зважати на положення європейської політики у сфері охорони здоров'я, яка має такі пріоритетні напрями:

- здоров'я матері й дитини;
- здоров'я мігрантів;
- здоров'я осіб похилого віку;
- здорові діти – здорові підлітки;
- здорові дорослі;
- здоров'я ромів.

Реалізація комплексу заходів у межах реалізації означеної політики орієнтована на досягнення наступних цілей:

- пріоритетність ринкових відносин суб'єктів системи охорони здоров'я;
- уніфікація стандартів надання медичних послуг на міжнародному рівні;
- вирішення проблем щодо регулювання витрат на медичні послуги [3];
- створення можливості реалізації власного потенціалу здоров'я та досягнення добробуту населення;
- скорочення нерівності по відношенню до здоров'я у межах країни та між державами регіону;
- забезпечення відповідальності й дій кожного сегмента цієї сфери в інтересах здоров'я населення;
- прогнозування змін і підтримка інновацій;

– інвестування в ефективні заходи, що здатні вирішувати проблеми громадського здоров'я у регіоні [44].

Натомість відзначається, що у XXI ст. більшість країн уряди віддають перевагу скороченню фінансування сфери охорони здоров'я як частку ВВП, аргументуючи це тим, що зростання витрат не гарантує бажаних результатів у цій сфері. Тим більше, істотне (у декілька разів, зокрема, до 12 % від ВВП) зростання таких витрат є не лише проблематичним у фізичному виразі, а й щодо оптимальності таких капіталовкладень (чимало сегментів національної економіки, які дозволяють швидше й більше отримувати доходів); при цьому також може виникати ситуація, коли додаткове фінансування цієї сфери не призводить до отримання додаткового медичного ефекту [69], що, знов таки, знецінює значущість таких рішень.

Однією із кризових детермінант функціонування охорони здоров'я, є розширення прямої участі населення у фінансуванні цієї сфери, а також приватизація медичних закладів і розвиток приватної сфери охорони здоров'я [70]. Водночас, означені процеси потребують зваженого підходу, оскільки наявний у світі досвід наочно показує, що тотальне збільшення приватного сегменту (у т.ч. завдяки приватизації) без збереження хоча б мінімальної частки бюджетного (державного) фінансування, спроможна забезпечити лише обмежений позитивний результат. Це дозволить подолати диспропорцію між стаціонарною та первинною медичною допомогою.

Успішна політика у сфері охорони здоров'я передусім має слугувати соціальній стабільності та внутрішньополітичній консолідації суспільства. Підтвердженням цього є політика у сфері охорони здоров'я розвинених держав, яка базується на справедливому розподілі ресурсів. Це свідчить про те, що основним пріоритетом держави має виступати надання населенню необхідного переліку медичних послуг, який корелюється з їх об'єктивними потребами [9].

У більшості європейських держав система охорони здоров'я базується на таких принципах: соціал-демократії і сприяючи гармонії та рівності громадян;

всезагальної, практично безкоштовної доступної медичної допомоги всім громадянам на рівних умовах за єдиними стандартами [64].

У контексті деконструкції вітчизняної системи охорони здоров'я та переорієнтації її на новітні цивілізаційні пріоритети щодо реалізації системних структурних реформ у сфері охорони здоров'я стратегічним завданням виступає забезпечення розвитку публічно-приватного партнерства. Реалізація даного завдання передбачає запровадження інвестиційних проєктів у цій сфері шляхом залучення приватного капіталу й інших джерел фінансування [37]. На окрему увагу заслуговує модель, відповідно до якої заклади охорони здоров'я продаються приватним компаніям за невелику вартість в обмін на інвестиції та зобов'язання обслуговувати пацієнтів у межах державного замовлення [45]. На реалізацію таких проєктів у сфері охорони здоров'я Великобританії за рік залучається у середньому від \$ 8–10 млрд, призначені на будівництво та управління закладами цієї сфери [67].

Для України важливо вивчати досвід забезпечення медичної допомоги на місцевому рівні. Перед вітчизняною системою охорони здоров'я нині постала проблема надмірної децентралізації і фрагментації фінансових потоків [55].

Аналізуючи досвід Норвегії в питанні організації сфери охорони здоров'я на муніципальному рівні, отримуємо нове бачення ролі органів місцевого самоврядування у цій сфері. Муніципалітет має діяти не тільки як державна служба, але і як інституція з обслуговування своєї територіальної громади. Споживач (пацієнт) при цьому відіграє ключову роль. Відділ охорони здоров'я муніципалітету повинен інформувати населення через місцеві ЗМІ й надавати базову інформацію щодо ролі сімейної медицини, про медичні послуги, права пацієнтів тощо. Споживачі медичних послуг повинні знати, куди скаржитися у кожному конкретному випадку [38].

Запровадження гарантованого пакету медичних послуг/допомоги та введення нових механізмів їх оплати ставить питання більш цільового визначення потреб населення, яка буде визначатись у медичних процедурах і хірургічних втручаннях. Для групування пролікованих випадків уже близько

30 років у різних країнах використовується система класифікації госпітальних випадків у діагностично-споріднені групи (далі – ДСГ). Її запровадження сприяє підвищенню таких показників:

- ефективності використання його наявного ресурсного потенціалу;
- прозорості надання лікарняних послуг (через класифікацію пацієнта, результат лікування тощо);
- умотивованості персоналу закладів охорони здоров'я [46].

Варто відзначити, що органи публічного управління (у т.ч. від імені держави) виконують ряд завдань, а саме:

- формування національної стратегії розвитку сфери охорони здоров'я;
- жорстке регулювання загальних витрат на розвиток сфери охорони здоров'я;
- визначення стандартів якості медичних послуг/допомоги та жорсткий контроль за їх дотриманням;
- контроль та оцінка результатів діяльності у сфері охорони здоров'я [65];
- пріоритетність ринкових відносин суб'єктів системи охорони здоров'я;
- вирішення проблем щодо регулювання витрат на медичні послуги [2];
- забезпечення управління якістю медичних послуг/допомоги;
- забезпечення міжвідомчої взаємодії стейкхолдерів ринку медичних послуг [56];
- підвищення ефективності національних систем охорони здоров'я у поєднанні з механізмами стимулювання суспільних витрат на розвиток цієї сфери – концепція «доброго управління» [64];
- поєднання більшої прозорості й ефективного використання ресурсів повинне сприяти більш якісному наданню послуг [46];
- розвиток системи акредитації, ліцензування, сертифікації та стандартизації у сфері охорони здоров'я [54];
- розробка й впровадження системи стимулювання персоналу закладів охорони здоров'я залежно від обсягу виконаної роботи, якості та результатів надання медичної допомоги [55];

- розробку й впровадження системи моніторингу якості медичних послуг, спрямованої на збір інформації з наступним аналізом і прийняттям управлінських рішень щодо вдосконалення довгострокового планування [58];
- розроблення єдиної методики внутрішньої та зовнішньої експертизи якості медичних послуг, показників якості медичної допомоги і методів оцінки цих показників [48];
- намагання підвищити рівень добробуту шляхом відновлення свободи особистості, росту життєвого рівня й створення надійної системи соціального захисту для тих, хто не може справитися без додаткової допомоги;
- підтримка ширших цілей, пов'язаних з політичними, економічними й інституційними реформами, забезпечили б вирішення конкретних завдань [36];
- контроль і збільшення обсягів фінансування медицини та ефективне використання фінансових, кадрових і матеріально-технічних ресурсів;
- врахування економічних і регіональних потреб окремих провінцій, трансформують і запроваджують у практику основні принципи планування;
- сприяння переходу закладів охорони здоров'я на нові стандарти управлінського та бухгалтерського обліку [24].

Отож, у розвинених країнах світу накопичено чималий позитивний досвід сприяння розвитку охорони здоров'я загалом і проведення медичної реформи зокрема. Проте, через відмінності політичного та соціально-економічного характеру, необачним є «сліпе» копіювання чужого досвіду, тоді як більш правомірно вести мову про його зважену адаптацію до українських реалій.

### **3.2 Реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками для подальшого розвитку сфери охорони здоров'я**

Реалізації комплексу заходів задля подальшого розвитку сфери охорони здоров'я має передувати виокремлення факторів, що можуть впливати на результати публічного управління у цій сфері:



– економічні – залежність динаміки показників у ланцюзі «стадія економічного розвитку – обсяги бюджетного фінансування сфери охорони здоров'я – рівень оплати персоналу закладів цієї сфери»; намагання персоналу «компенсувати» власну низьку оплату праці за рахунок отримання додаткових передусім, тіньових) доходів;

– культурні – ставлення до охорони здоров'я як до суспільного, колективного блага, ринкових послуг має значення для змін, які відбуваються;

– соціальні – якщо медична реформа сприймається як нав'язана зовні, то вона не викликає довіри, тому в її реалізації виникають труднощі; міжустановчі змагання і неоднозначний підхід до реформ у суспільстві та в окремих групах суспільства не приводить до суттєвого покращання функціонування системи;

– політичні – визначення пріоритетів, розподіл ресурсів у суспільстві (у т.ч. всередині системи охорони здоров'я) [35].

Основною умовою подолання наявних економічних, соціальних, культурних і політичних бар'єрів медичної реформи є вихід на якісно інший рівень координації політики органів публічної влади по горизонталі (перш за все органів охорони здоров'я, соціального захисту і фінансів, фондів обов'язкового медичного страхування) і по вертикалі та забезпечення її комплексності й послідовності. Необхідно створити систему комплексного (у т.ч. стратегічного) планування розвитку національної охорони здоров'я [15].

У контексті вдосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я особливу увагу варто акцентувати на запровадженні комплексних програм у сфері охорони здоров'я на рівні міст та областей, спрямованих на оптимізацію синергії щодо зміцнення здоров'я населення як стратегічної умови посилення національної безпеки. Стратегічною метою розроблення та реалізації таких програм є запровадження інноваційних процесів і пріоритетних напрямів розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я; забезпечення системного та поетапного розвитку інституцій цієї сфери охорони здоров'я, покращання якості медичних послуг/допомоги, що базуватиметься, передусім, на запровадженні високотехнологічних заходів. Це безпосередньо має слугувати

зміцненню матеріально-технічного стану закладів цієї сфери з урахуванням альтернативних джерел фінансування, запровадженню новітніх діагностичних і лікувальних технологій на рівні європейських стандартів, що сприятиме покращанню рівня надання медичних послуг/допомоги населенню. Основним оптимізаційним пріоритетом має стати створенням балансу між задоволенням вимог населення щодо надання якісних і доступних медичних послуг/допомоги та можливостями самої сфери охорони здоров'я забезпечити їх за рахунок бюджетних видатків [33] і власних доходів закладів цієї сфери.

Оскільки сфера охорони здоров'я передбачає програми економічного та соціального типу, то важливо враховувати необхідність трансформації системи органів влади за допомогою переходу від безпосереднього галузевого та функціонального управління до розробки й реалізації державної політики в окремих сферах. Своєю чергою, це викликає для уряду зобов'язання нести політичну відповідальність за реалізацію такої політики, підвищуючи тим самим роль міністрів [7].

Проведення медичної реформи обов'язково має систематизувати заходи у межах державних цільових програм у сфері охорони здоров'я. Більшість з них, тією чи іншою мірою, спрямовані на пропаганду здорового способу життя й створення для сприятливих умов. При цьому мають уникати декларативності означених програм і, водночас, забезпечення належне їх фінансування. Поєднання і концентрація зусиль у межах однієї державної програми дозволить сконцентрувати ресурси цієї сфери й забезпечити їхнє ефективне/результативне використання за рахунок пріоритетності розвитку міжсекторальної співпраці (представники законодавчої та виконавчої влади, місцевого самоврядування, приватного бізнесу, науки, громадських організацій, пересічні громадяни. Усі дії у рамках таких програми мають широко висвітлюватися у ЗМІ, які також повинні стати активними учасниками процесу, що надасть можливість «достукатися» до кожної людини та переконати її у необхідності зміни ставлення до свого здоров'я та способу життя.

Запорукою подальшого розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я є реалізація комплексу заходів:

- збільшення додаткових виплат лікарям за досягнуті результати їхньої діяльності, а також що враховує обсяг, складність, якість і своєчасність наданої медичної послуги;

- моніторинг технічного стану медичного обладнання, формування планів його заміни;

- наближення консолідованих витрат на функціонування та розвиток сфери охорони здоров'я до рівня, рекомендованого ВООЗ;

- розробка вимог до оснащення КНП різного рівня;

- розширення пакетів державних гарантій безоплатної медичної допомоги населенню та підвищення фінансування означеної програми;

- створення єдиного інформаційного простору ресурсного потенціалу охорони здоров'я;

- централізація основних фондів медичних установ на рівні державної власності [1];

- використання кращих вітчизняних і закордонних практик проведення медичної реформи з використанням досягнень НТП;

- застосування сучасних засобів публічного управління, спрямованих на попередження кризи сфери охорони здоров'я як умови підвищення показників захищеності національних інтересів і забезпечення національної безпеки;

- перетворення прав і законних інтересів населення у сфері охорони здоров'я на стратегічний пріоритет й умову гарантування національної безпеки;

- реформування системи медичної освіти та інституціоналізація освітніх стандартів шляхом включення до них нових медичних професій, що у такий спосіб сприятиме підвищенню професійного рівня надання медичних послуг/допомоги;

- посилення інституціональної та інституційної регламентації сфери охорони здоров'я відповідно до технологічних умов суспільного розвитку та реальних потреб населення [9];

- підвищення ефективності/результативності публічного управління в сфері охорони здоров'я на основі інформаційно-технологічної підтримки вирішення завдань її розвитку;
- підвищення інформованості населення з питань ведення здорового способу [7];
- зміна характеру відносин між суб'єктами господарювання сфери охорони здоров'я: від переважно адміністративних, до переважно економічних;
- розширення переліку джерел фінансування закладів сфери охорони здоров'я шляхом залучення особистих коштів громадян (добровільне медичне страхування, пряма оплата медичних послуг) [34];
- запровадження дієвого державного контролю за розвитком сфери охорони здоров'я;
- передача на комунальний рівень відомчих закладів охорони здоров'я;
- регулювання цін на медичні та супутні послуги;
- перехід від вертикального (нормативно-адміністративного) вектора співвідносності закладів охорони здоров'я до горизонтального типу взаємодії суб'єктів ринку медичних послуг на рівноправних економічних відносинах;
- реорганізація стаціонарного сектора на принципах функціональної диференціації ліжкового фонду;
- розробка методики визначення вартості медичних послуг;
- розробка й впровадження стандартів медичних послуг/допомоги (у розрізі окремих захворювань);
- розробка та прийняття законів про механізми публічне управління сферою охорони здоров'я на базовому, регіональному та державному рівнях і про обов'язкове медичне страхування;
- створення нових (територіальних) управлінських структур, чия діяльність буде спрямовано на розвиток ринку медичних послуг;
- запровадження системи інформаційного забезпечення управління ціноутворенням медичних послуг [41];
- визначення найбільш ефективних надавачів медичних послуг

- запроваджувати договірні відносини між розпорядником коштів і постачальниками медичних послуг;
- вивчення потреб територіальної громади щодо покращання стану здоров'я населення [32];
- створення загальнонаціонального фонду обов'язкового медичного страхування й законодавче запровадження нового цільового внеску на відповідний вид соціального страхування [5];
- децентралізація управління розвитком сфери охорони здоров'я, як найефективніший спосіб покращання якості доступних медичних послуг та оптимального розподілу ресурсів з урахуванням регіональних особливостей;
- забезпечення всебічної державної відповідальності та зобов'язань перед населенням за доступність для них медичних послуг/допомоги;
- запровадження донозологічного моніторингу рівнів здоров'я населення та створення необхідної інфраструктури (центри діагностики, професійного здоров'я, відновлювальної медицини);
- запровадження цивілізованих форм збереження і захисту здоров'я населення;
- захист інтересів пацієнтів;
- захист соціальних і професійних інтересів медичних працівників;
- подолання бюрократизації та диспропорційного розвитку окремих сегментів цієї сфери національної економіки;
- покращання якості медичних і супутніх послуг (діагностика, лікування, реабілітація);
- розширення переліку платних медичних і супутніх послуг, й збільшення розміру доходів від їх надання;
- тактичне залучення медичної громадськості до процесів розвитку охорони здоров'я, що включає активну роль професійних і громадських організацій медичного профілю;
- усунення командно-адміністративних методів управління сферою охорони здоров'я;

– популяризація здорового способу життя [49].

Раціональне об'єднання зусиль місцевих органів влади, медичної спільноти та галузевої профспілки залишається вагомим передумовою побудови сучасної системи охорони здоров'я на рівні європейських стандартів.

Мета розвитку сфери охорони здоров'я: організація надання гарантованого державою рівня медичної допомоги у межах госпітального округу Харківської області відповідно до реальних потреб територіального населення в її обсягах і видах.

Завдання з розвитку сфери охорони здоров'я на 2023 рік:

– реалізація державної політики у частині формування спроможної мережі спеціалізованих закладів охорони здоров'я у межах госпітального округу Харківської області відповідно до нормативно-законодавчих актів центральних і місцевих органів влади, у т.ч. вимог Програми державних гарантій медичного обслуговування населення на 2023 рік;

– визначення клінічних маршрутів пацієнтів з урахуванням кластерного розподілу лікарень у межах госпітального округу, інших рівнів і профілів медичної допомоги;

– відновлення медичної інфраструктури, кадрового та матеріально-технічного забезпечення закладів, що постраждали внаслідок збройної агресії РФ, у межах територіальних громад Харківської області;

– впровадження інформаційних технологій та телемедичних послуг;

– додержання клінічних протоколів і медичних стандартів надання медичної допомоги;

– забезпечення населення необхідними лікарськими засобами та виробами медичного призначення (в першу чергу, які необхідні за життєвими показами) у межах державних програм і централізованих заходів, а також гуманітарної допомоги, що надходить до області;

– проведення заходів з питань протидії поширенню коронавірусної хвороби й інших соціально небезпечних захворювань з метою зниження показників захворюваності та смертності серед мешканців області;

– проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи серед населення регіону з актуальних питань діяльності сфери охорони здоров'я та протидії соціально небезпечним хворобам.

Для забезпечення подальшого розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я необхідно конкретизувати функції уповноважених органів публічного управління у цій сфері.

#### 1 Сторони соціального діалогу:

– вживати заходів щодо недопущення випадків заборгованості з виплати заробітної плати медичним працівникам;

– вирішувати питання щодо оптимізації мережі КНП за результатами спільного обговорення власниками та керівниками КНП, представниками профспілки сфери охорони здоров'я;

– забезпечити ефективну взаємодію місцевих органів публічної влади, як власників КНП, представників галузевої профспілки та керівників КНП у питаннях формування та функціонування єдиного медичного простору на території Харківської області з метою розбудови пацієнтоорієнтовної системи охорони здоров'я з надання якісних, доступних, своєчасних та безперервних медичних послуг;

– сприяти КНП у питаннях досягнення фінансової, кадрової та ресурсної їх спроможності відповідно до потреб територіального населення в обсягах і видах медичної допомоги;

– сприяти у межах компетенції КНП у питаннях укладання договорів з НСЗУ за програмою медичних гарантій на 2023 р.;

– у межах компетенції брати участь в опрацюванні та внесенні пропозицій до проєктів нормативно-законодавчих актів, що регламентують діяльність національної системи охорони здоров'я, а також розробленні та впровадженні місцевих галузевих програм.

#### 2 Департамент охорони здоров'я Харківської ОВА забезпечити:

– контроль за підвищенням відповідальності керівників КНП усіх рівнів медичної допомоги щодо впровадження ефективного менеджменту,

формуванням реальних фінансових планів діяльності підприємств, своєчасного вирішення кадрових питань, а також питань соціального захисту та безперервного професійного розвитку працівників цієї сфери;

- спільно із керівниками КНП за підтримки їх власників реалізацію державної політики з протидії поширенню на території Харківської області гострої респіраторної хвороби COVID-19, проведення кампанії з вакцинації та широкомасштабної інформаційно-роз'яснювальної роботи серед територіального населення;

- формування спроможної мережі надавачів медичних послуг у межах єдиного госпітального округу Харківської області;

Для реалізації вищенаведених функцій уповноважені органи публічного управління на регіональному рівні мають виконати наступні завдання:

- визначення клінічних маршрутів пацієнтів з урахуванням кластерного розподілу лікарень у межах госпітального округу, інших рівнів і профілів медичної допомоги;

- відновлення медичної інфраструктури, кадрового та матеріально-технічного забезпечення закладів, що постраждали внаслідок збройної агресії РФ, у межах територіальних громад Харківської області;

- додержання клінічних протоколів і медичних стандартів надання медичної допомоги;

- проведення заходів з питань протидії поширенню коронавірусної хвороби й інших соціально небезпечних захворювань з метою зниження показників захворюваності та смертності серед мешканців області;

- забезпечення населення необхідними лікарськими засобами та виробами медичного призначення (в першу чергу, які необхідні за життєвими показами) у межах державних програм і централізованих заходів, а також гуманітарної допомоги, що надходить до області;

- проведення організаційно-комунікаційної роботи з представниками депутатського корпусу, у т.ч. народними депутатами від Харківської області, органами місцевого самоврядування для прийняття конструктивного рішення



власниками підприємств охорони здоров'я різних рівнів підпорядкування щодо формування спроможної мережі госпітального округу Харківської області та визначення лікарень як надкластерні, кластерні та загальні;

- оптимізація КНП здоров'я обласного підпорядкування з метою скорочення накладних витрат, що не пов'язані з надання медичної допомоги (витрати на енергоносії, інші комунальні платежі, адміністративно-господарський персонал, утримання зайвих площ та ін.);

- продовження впровадження інформаційних технологій та телемедичних послуг;

- реалізація державної політики у частині формування спроможної мережі спеціалізованих закладів охорони здоров'я, їх кластеризація у межах госпітального округу Харківської області відповідно до нормативно-законодавчих актів центральних і місцевих органів влади, у т.ч. вимог Програми медичних гарантій на 2023 рік за відсутністю профільного пакету.

Зрештою слід зазначити, що запорукою забезпечення подальшого розвитку сфери охорони здоров'я є реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками: належне реагування органів публічного управління на виклики, пов'язані з пандемією COVID-19 та повномасштабною військовою агресією РФ; розвитку госпітального округу та кластеризації сфери охорони здоров'я.

## ВИСНОВКИ

1. З'ясування значення подальшого розвитку сфери охорони здоров'я – зміни кількісних та якісних параметрів розвитку сфери національної економіки, яка визначає потенціал генофонду нації (фізичне, психічне та соціальне здоров'я населення) та ресурсність національної безпеки – обумовлює її суспільну значущість, а з тим обумовлює необхідність публічного управління цього процесу – цілеспрямованого впливу 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.

2. Дослідження діючих механізмів публічного управління подальшим розвитком сфери охорони здоров'я – штучно створену систему, яка відповідно до базових принципів і функцій управління, за допомогою доступних методів і засобів здійснює регуляторний вплив на суспільство задля подальшого розвитку життєдіяльності закладів сфери охорони здоров'я як запоруки підвищення доступності населення до якісних медичних послуг. Залежно від конкретних завдань і доступних ресурсів для їх виконання (обумовленої політичними, економічними та соціальними чинниками), уповноважені органи публічної управління використовують одночасно адміністративні, економічні, правові, соціально-мотиваційні методи впливу.

3. За результатами оцінки результатів публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я в Харківській області виявлено таке: область наразі має показники, що є близькими до середніх по країні, чим і обумовлюється її вибір як об'єкта дослідження стану сфери охорони здоров'я; скорочення чисельності лікарів і медичного персоналу ще більшою мірою погіршило забезпеченість ними населення, а також укомплектованість ними закладів сфери охорони здоров'я; критично висока частка персоналу пенсійного віку; на теренах області функціонує мережа із 230 закладів охорони здоров'я різного підпорядкування,

де працює 8,7 тис лікарів та 15,5 тис. молодших спеціалістів з медичною освітою; скорочення кількості пацієнтів, пролікованих у цілодобових і денних стаціонарах; зростання кількості виїзних бригад, що свідчить про нехтування населенням звернень до КНП; покращання відносних показників поширеності захворювань свідчить про очевидні здобутки регіональної системи охорони здоров'я; підписано понад 2,2 млн декларацій, охоплено 84,0 % населення; консолідований бюджет охорони здоров'я Харківської області на 2021 рік склав € 9090,9 млн, у т.ч. за Програмою державних медичних гарантій (за кошти НСЗУ) – € 7524,3 млн; для реалізації завдань комплексної обласної програми «Здоров'я Слобожанщини» на 2021–2022 рр. профінансовано € 592,3 млн; визначено 24 заклади охорони здоров'я «першої хвилі» (у т.ч. 13 – спеціалізовані) для надання медичної допомоги хворим на гостру респіраторну хворобу COVID-19 із ліжковим фондом майже 5,0 тис. ліжок, які на 100 % забезпечені подачею кисню; під час проведення активних бойових дій на території області було пошкоджено/зруйновано 253 об'єкти сфери охорони здоров'я (в т.ч. 212 – у КНП); затверджено 15 опорних закладів охорони здоров'я, які формують спроможну мережу госпітального округу Харківської області; перехід від трирівневої (первинна, спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога) до кластерної моделі функціонування цієї сфери, що передбачає її поділ на госпітальний, загальний, кластерний та надкластерний сегменти.

4. Виокремлено для подальшої адаптації до умов України такий передовий світовий досвід щодо подальшого розвитку сфери охорони здоров'я: спроби узгодження дії механізмів публічного управління та ринкових механізмів в сучасних моделях розвитку охорони здоров'я; збільшення фінансування цього процесу до 6–8 % від ВВП; виважене збільшення приватного сектора за умови збереження державної моделі фінансування та забезпечення розвитку публічно-приватного партнерства у цій сфері; збереження доступу населення до безкоштовної доступної медичної допомоги; підвищення ролі органів місцевого самоврядування.

5. Запропоновано для подальшої реалізації комплекс заходів за пріоритетними напрямками для подальшого розвитку сфери охорони здоров'я в Україні: вихід на якісно інший рівень координації політики органів публічної влади по горизонталі й по вертикалі та забезпечення її комплексності й послідовності; уникати декларативності цільових програм і забезпечення належного їх фінансування; наближення консолідованих витрат на функціонування та розвиток сфери охорони здоров'я до рівня, рекомендованого ВООЗ; розширення пакетів державних гарантій безоплатної медичної допомоги населенню та підвищення фінансування означеної програми; застосування сучасних засобів публічного управління, спрямованих на попередження кризи сфери охорони здоров'я як умови підвищення показників захищеності національних інтересів і забезпечення національної безпеки; посилення інституціональної та інституційної регламентації сфери охорони здоров'я відповідно до технологічних умов суспільного розвитку та реальних потреб населення тощо.

## ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Авраменко Н.В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: автореф. дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Запоріжжя, 2011. 40 с.
2. Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні: операційне керівництво. URL: [http://moz.gov.ua/uploads/0/4992-phc\\_operational\\_manual\\_apr\\_2018\\_fin\\_web1.pdf](http://moz.gov.ua/uploads/0/4992-phc_operational_manual_apr_2018_fin_web1.pdf). (дата звернення: 01.10.2022)
3. Виноградов О.В. Механізми державного управління багатоканальним фінансуванням системи охорони здоров'я України: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2009. 18 с.
4. Гранди Ф., Ренке У.А. Исследование практики здравоохранения и формализованные методы управления. Женева: ВОЗ, 2011. 230 с.
5. 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.
6. Дешко Л.М. Державне регулювання господарської діяльності у сфері охорони здоров'я: автореф. дис. ... к.ю.н.: 12.00.04. Донецьк, 2010. 25 с.
7. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2020. 214 с.
8. Карпишин Н.І. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в реалізації державних функцій на ринку медичних послуг: автореф. дис.... к.е.н.: 08.04.01. Тернопіль, 2006. 20 с.
9. Кланца А.І. Охорона здоров'я як структурна складова національної безпеки держави: дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2019. 571 с.
10. Князевич В.М. Наукове обґрунтування оптимізації системи інтенсивної медичної допомоги населенню України: автореф. дис. ... д.мед.н. Київ, 2009. 39 с.

11.Кравченко Ж.Д. Державне регулювання системи первинної медико-санітарної допомоги при вищих навчальних закладах (на прикладі м. Харкова). *Актуальні проблеми державного управління*. 2011. № 2. С. 195–202.

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

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

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

15.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.

16.Международная статистика причин инвалидности. *Ежегодник мировой санитарной статистики*. 2016. С. 31–43.

17.Мельниченко О.А. Управління структурними зрушеннями: підручник. Харків: Оберіг, 2013. 300 с.

18.Мельниченко О.А., Безугла Л.В. Неконтрольований прийом лікарських засобів як загроза здоров'ю населення. *Надбання сучасної епідеміології та біостатистики як запорука покращання громадського здоров'я в Україні*: матеріали наук.-практ. конф., 18 квітня 2019 р. Харків: ХНМУ, 2019. С. 43–45.

19.Мельниченко О.А., Муратов Г.Р., Проненко І.Ю. Розширення переліку платних послуг як спосіб управління доходами комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я. *Актуальні проблеми розвитку управлінських систем: досвід, тенденції, перспективи*: матеріали наук.-практ. конф., 26 березня 2020 р. URL: <http://www.kbuapa.kharkov.ua/e-book/conf/2020-1/doc/2/2-1.pdf>. (дата звернення: 25.10.2022)

20.Мельниченко О.А., Удовиченко Н.М. Методи та засоби публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я. *Вісник Національного*

університету цивільного захисту України. (Серія: Державне управління). 2018. № 1. С. 154–162.

21. Мезенцева Н.Б. Державне регулювання суспільних відносин в галузі охорони здоров'я України: історичні та правові аспекти: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.01. Київ, 2010. 23 с.

22. Міністерство охорони здоров'я України. Офіційний сайт. URL: <http://moz.gov.ua/article/> (дата звернення: 01.10.2022)

23. Москаленко В.Ф. Оптимальна модель системи охорони здоров'я: концептуальні засади та принципи побудови. *Україна. Здоров'я нації*. 2008. № 3–4. С. 43–59.

24. Нагребецкий А. Реформирование системы здравоохранения Германии – от хорошего к лучшему. *Здоров'я України*. 2007. № 5. С. 16–17.

25. Про затвердження Державної програми Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2006 р. № 1849. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1849-2006-%D0%BF> (дата звернення: 01.09.2022)

26. Про затвердження переліку опорних закладів охорони здоров'я у госпітальних округах на період до 2023 року. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 15 січня 2020 р. № 23-р. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 01.09.2022)

27. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах. Постанова Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 01.10.2022)

28. Про місцеве самоврядування в Україні. Закон України від 21 травня 1997 р. № 280/97-ВР. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 01.09.2022)

29. Про місцеві державні адміністрації. Закон України від 9 квітня 1999 р. № 586-XIV. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 01.09.2022)

30.Программа развития ООН. Доклад о человеческом развитии 2016: Человеческое развитие для всех и каждого (резюме). URL: <http://www.refworld.org.ru/docid/58d28bf84.html>. (дата звернення: 01.09.2022)

31.Проект Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України. URL: [http://as-ukr.org/wp-content/uploads/2016/07/Ohorona\\_zdorov\\_ua\\_CONSEPT\\_16.07.16.pdf](http://as-ukr.org/wp-content/uploads/2016/07/Ohorona_zdorov_ua_CONSEPT_16.07.16.pdf). (дата звернення: 01.10.2022)

32.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.

33.Ситенко Е.Р., Смирнова Т.Н. Формирование новой государственной политики здравоохранения в Украине. URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/visnyk-gigieny/article/viewFile/3364/3092> (дата звернення: 01.10.2022)

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

35.Солоненко Н., Солоненко І. Міжнародні тенденції державної політики та управління реформуванням у галузі охорони здоров'я. *Вісник Української академії державного управління при Президентові України*. 2001. № 1. С. 187–194.

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

37.Тульчинский Т.Х., Варавикова Е.А. Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку. Иерусалим: Amutah for Education and Health, 1999. 1049 с.

38.Фірсова О.Д. Система охорони здоров'я Норвегії, особливості її організації на муніципальному рівні: досвід для України. *Економіка та держава*. 2011. № 1. С. 100–104.

39.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.



- 40.Цілі Розвитку Тисячоліття Україна: 2000–2015. Національна доповідь.  
URL: [http://www.idss.org.ua/monografii/2015\\_MDGs\\_Ukraine\\_Report\\_ua.pdf](http://www.idss.org.ua/monografii/2015_MDGs_Ukraine_Report_ua.pdf).  
(дата звернення: 01.10.2022)
- 41.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.
- 42.Шевчук П.І. Соціальна політика. Львів: Світ, 2003. 400 с.
- 43.Шипко А.Ф. Модернізація функцій органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я населення: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Дніпропетровськ, 2010. 24 с.
- 44.Штогрин О.П. Теоретичні основи державного управління у сфері репродуктивного здоров'я населення в контексті прав людини: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Львів, 2017. 195 с.
- 45.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.
- 46.Busse R., Geissler A., Ouentin W., Wiley M. Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. *World Health Organization*. 2011.
- 47.Costa C.H. et al. Vaccines for the leishmaniases: proposals for a research agenda. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 2015: URL: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0000943> (дата звернення: 01.09.2022)
- 48.Fourth High Level Forum on Aid Effectiveness. *Busan, Global Partnership for Effective Development Cooperation*. 2011. URL: [www.aideffectiveness.org/busanhlf4/](http://www.aideffectiveness.org/busanhlf4/) (дата звернення: 01.09.2022)
- 49.Ghaffar A et al. The 3D Combined Approach Matrix: an improved tool for setting priorities in research for health. Global Forum for Health. URL: [http://graduateinstitute.ch/files/live/sites/iheid/files/sites/globalhealth/ghp-new/Events%202013/wp\\_backgroundpaper1\\_health\\_RandD\\_v3.pdf](http://graduateinstitute.ch/files/live/sites/iheid/files/sites/globalhealth/ghp-new/Events%202013/wp_backgroundpaper1_health_RandD_v3.pdf). (дата звернення: 01.10.2022)

50. Gilson L, ed. Health policy and systems research: a methodological reader. Geneva, World Health Organization, 2016. URL: [http://www.who.int/alliancehpsr/resources/alliancehpsr\\_abridgedversionreaderonline.pdf](http://www.who.int/alliancehpsr/resources/alliancehpsr_abridgedversionreaderonline.pdf). (дата звернення: 01.10.2022)

51. 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.

52. Health 2020 targets, indicators and monitoring framework. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2013 (EUR/RC63/8).

53. Health People 2000. National Health Promotion and Disease Prevention Objectives (U.S. Department of Health and Human Services).

54. Hoffman S.J. et al. A review of conceptual barriers and opportunities facing health systems research to inform a strategy from the World Health Organization. Geneva, World Health Organization, 2012.

55. How to build science capacity. *Nature*. 2012. № 490. P. 331–334.

56. Ijsselmuiden C., Ghannem H., Bouzouaia N. Development of health research system: analysis and defining priorities in Tunisia. *La Tunisie Medicale*. 2009. № 87. P. 1–2.

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

58. Lansang M.A., Dennis R. Building capacity in health research in the developing world. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004. № 82. P. 764–770.

59. McDowell M.A. et al. Leishmaniasis: Middle East and North Africa research and development priorities. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 2011. URL: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0001219> (дата звернення: 01.09.2022)

60. Mladovsky P., Srivastava D., Cylus J. et al. Health Policy Responses to the Financial Crisis in Europe, Policy Summary 5. Copenhagen: WHO. 2012.

61. Moore G.F. Variations in schools' commitment to health and implementation of health improvement activities: a cross-sectional study of secondary schools in Wales. *BMC public health*. 2016. № 1. С. 138–149.

62. 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.*

63. Noser A., Zeigler-Hill V. Investing in the ideal: does objectified body consciousness mediate the association between appearance contingent self-worth and appearance self-esteem in women? *Body image*. 2014. № 2. P. 119–125.

64. OHCHR What are human rights? Geneva, United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. URL: <http://www.ohchr.org/en/issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx> (дата звернення: 01.10.2022)

65. Pollin R. *Greening the Global Economy*. Cambridge, MA: MIT Press. 2015. URL: <https://mitpress.mit.edu/books/greening-global-economy> (дата звернення: 01.10.2022)

66. Research priorities for zoonoses and marginalized infections. Geneva, World Health Organization, 2015. 459 p.

67. Roerich J., Lewis M.A., George G. Are public-private partnerships a healthy option? A systemic literature review. *Social Science and Medicine*. 2015. Vol. 13. P. 110–19.

68. Shadish W.R., Cook T.D., Campbell D.T. *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin, 2016. 656 p.

69. The mal ERA Consultative Group on Health Systems and Operational Research. A research agenda for malaria eradication: health systems and operational research. *PLoS Medicine*, 2011. URL: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000397> (дата звернення: 01.09.2022)

70. Vantoros S., Hessel P., Leone T., Avendan M. Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? *European Journal of Public Health*. 2016. № 23. P. 727–731.