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. Огнєв

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

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 Л.О. Резниченко

Керівник,
д.держ.упр., проф. О.А. Мельниченко

Рецензент
_____ _____

ХАРКІВ – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП 3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ 5
1.1 Якість первинної медико-санітарної допомоги населенню як об’єкт публічного управління 5
1.2 Механізми публічного управління якістю первинної медико-санітарної допомоги населенню 13
РОЗДІЛ 2 ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ 21
2.1 Методики оцінювання та результати публічного управління якістю первинної медико-санітарної допомоги населенню України 21
2.2 Особливості розвитку первинної медико-санітарної допомоги населенню Харківської області 31
РОЗДІЛ 3 КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ 40
3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо покращання первинної медико-санітарної допомоги населенню 40
3.2 Реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямами для подальшого покращання якості первинної медико-санітарної допомоги населенню 48
ВИСНОВКИ 58
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ 61

ВСТУП

Актуальність теми. У разі погіршення самочуття, а це має місце час від часу у практично у всіх, населення подеколи займається самолікуванням, але здебільшого, все ж, звертаються за медичною допомогою до лікарів первинної ланки. У контексті медичної реформи, саме ця складова вітчизняної сфери охорони здоров'я зазнала найбільших змін: надання населенню можливості укладати декларацію з обраним сімейним лікарем (терапевтом, педіатром); Національна служба здоров'я України (далі – НСЗУ) фінансує передусім комунальні некомерційні підприємства сфери охорони здоров'я (далі – КНП) і фізичних осіб – підприємців (далі – ФОП), які надають населенню первинну медико-санітарну допомогу (далі – ПМСД) тощо. При цьому уповноважені органи публічного управління спрямовуються свою діяльність не лише на забезпечення доступу населення до ПМСД, а й на покращання її якості. Попри помітні успіхи у цій царині, існує значний потенціал удосконалення взаємодії у ланцюгу «НСЗУ – сімейні лікарі/терапевти/педіатри КНП/ФОП – пацієнти», що спроможне покращити якість доступної ПМСД як запоруки покращання якості здоров'я населення. Означене й обумовлює актуальність даного дослідження.

У сучасних умовах над цією проблематикою плідно працюють Вашев О. [9; 10], Кланца А. [24], Котляревський Ю. [27; 28], Кравченко Ж. [29; 95; 96], Лехан В. [32; 33], Матюха Л. [35], Мельниченко О. [37; 95; 96], Муратов Г. [37; 95], Прасол В. [46], Удовиченко Н. [95], Хобзей М. [61], Шевцов В. [66], Яремчук О. [72] та інші вчені.

Мета та завдання дослідження: на основі дослідження діючих в Україні механізмів публічного управління якістю ПМСД населенню обґрунтувати основні напрями їх вдосконалення.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі завдання:

– з'ясувати сутність і значення якості ПМСД населенню як об'єкт публічного управління;

– дослідити діючі механізми публічного управління якістю ПМСД населенню;

– оцінити результативність публічного управління якістю ПМСД населенню;

– виокремити для подальшої адаптації до умов України передовий світовий досвід щодо покращання якості ПМСД;

– запропонувати комплекс заходів за пріоритетними напрямами для подальшого покращання якості ПМСД населенню.

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

Предметом дослідження є публічне управління якістю первинної медико-санітарної допомоги населенню.

Методи дослідження. аналізу та синтезу – для оцінки параметрів якості ПМСД населенню; абстрактно-логічний – для теоретичних узагальнень і формування висновків; статистичних порівнянь – для дослідження результативності публічного управління якістю ПМСД населенню.

Практичне значення результатів дослідження полягає в поглибленні існуючих уявлень про застосування механізмів публічного управління якістю ПМСД населенню.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

1.1 Якість первинної медико-санітарної допомоги населенню як об’єкт публічного управління

Здоров’я є найважливішим елементом національного багатства, необхідною умовою розвитку продуктивних сил суспільства та сучасного розвитку нації. Чинники, що визначають здоров’я, мають різноплановий, міжгалузевий характер [67]. Здоров’я безпосередньо визначається рівнем включення людини у соціум, а також здатністю до самореалізації. Як об’єктивна умова людської буттєвості здоров’я забезпечує людині можливість для задоволення об’єктивних потреб, а також влиття її у структури соціуму, радикально не деформуючи його [24]. Інакше відсутність здоров’я призводить до руйнування соціального середовища, а відтак – до деформації внутрішнього світу людини й до неспроможності протидіяти соціальному середовищу [93]. Функціонально та психологічно спроможна, здорова, людина здатна забезпечити сталий розвиток держави [8].

Більшість експертів ліберального спрямування в артикуляції проблеми здоров’я нації в перехідний період сповідують ідейний та моральний нігілізм, ідейний вакуум, який спричинив аморальну практику, панування прагматичних і меркантильних інтересів [31]. Здоров’я нації як предмет національного інтересу має виступати універсальним принципом облаштування суспільної реальності. Це свідчить також і про те, що певна історична динаміка світу може призводити до зміни внутрішніх і зовнішніх умов розвитку держави, а обумовлює зміну ієрархії національних інтересів. Проте в ієрархії національних інтересів здоров’я відіграє стратегічну роль лише за умови [24], якщо гарантує державі виживання як окремому геополітичному суб’єкту, а також можливість

належно реагувати на економічні, технологічні, екологічні, демографічні та інформаційні виклики глобального світу.

На окрему увагу заслуговує думка окремих науковців, котрі наголошують на такому: зв'язок між медичним обслуговуванням і тривалістю життя є досить слабким; соціально-економічні та поведінкові фактори ризику (зокрема, паління, зловживання алкоголем, психоемоційні стреси, недостатня фізична активність, нераціональне харчування тощо), істотною мірою обумовлюють тривалість життя окремої людини та стану її здоров'я [55]. Тобто стан здоров'я окремого індивіда, передусім, залежить від способу його життя, що, за певних обставин, може витлумачуватися як недоцільність участі держави у вирішенні актуальних проблем забезпечення здоров'я нації, розширивши самоорганізаційний потенціал людини і рівень її персональної відповідальності за власне здоров'я [24].

Попри це, кожний член суспільства повинен мати право на певний гарантований рівень охорони здоров'я [55] – сукупність нормативно-правових, соціально-економічних, організаційних і медичних заходів, які здійснюються закладами й установами різних форм власності, об'єднаних у систему, і спрямовані на досягнення основної мети – збереження здоров'я населення та постійне покращання якості надання медичної допомоги/послуг та їх доступності [17]. Від того, наскільки охорона здоров'я впливає на формування та збереження здорового способу життя, залежить «об'єктивована суспільна свідомість нації» [24]. У змісті такої соціально-правової категорії як «охорона здоров'я» необхідно виділити прояв публічного інтересу як прагнення до створення системи безпечних умов існування для членів суспільства, та приватного інтересу, що полягає у прагненні до реалізації відповідного права конкретно визначеної фізичної особи. Кожен із наведених інтересів віднаходить задоволення посередництвом системи важелів і противаг, що безпосередньо відтворені у механізмі правового регулювання, вагоме місце у якому належить договірним конструкціям [34].

Особливу увагу варто звернути на збалансованість компонентів і важелів сфери охорони здоров'я, аби держава відігравала всезагальну, інтегративну та комплексно-функціональну роль. Йдеться про узгодження завдань політичних, економічних, управлінських і соціально-психологічних компонентів, які мають забезпечувати стабільність охорони здоров'я громадян в умовах кризи, відображаючи загальні вимоги соціальних систем у сфері забезпечення якості людського життя [64].

Завданням охорони здоров'я є гарантування конституційного права людини на здоров'я, як основи економічного та соціального розвитку країни, політичної стабільності держави й найважливішого критерію якості життя населення [89]; створення ефективної системи захисту та збереження здоров'я людини, яке передусім має стосуватись реалізації чітко визначених життєвих стратегій, позбавлених відповідних соціальних ризиків [85]; надання населенню доступної та якісної ПМСД, а також поліпшення стану здоров'я суспільства й окремої людини в ньому [73].

Основою будь-якої моделі побудови національної сфери охорони здоров'я є система ПМСД, яка забезпечує формування, збереження, зміцнення та відновлення здоров'я населення через реалізацію комплексу профілактичних, лікувально-реабілітаційних й інших заходів [20], тим самим визначає рівень задоволеності населення отриманою ПМСД [72].

ПМСД, як багаторівневий феномен [5], притаманні такі особливості: з одного боку прагнення людей до здоров'я забезпечує постійний попит на них, з іншого – породжує негативний попит (щеплення, хірургічні процедури, стоматологічні маніпуляції… [21]; допомога населення що його медичного забезпечення; визначений рівень якості її надання у реальному виконанні, у урахуванням торгової марки (назва/статус конкретного медичного закладу), комфорт та естетика при її наданні, сервіс чи додаткові послуги (зокрема, послуги з діагностики усього організму, аналізи, лікуються додаткові захворювання, медикаментозне забезпечення, консультація дієтолога, профілактичні заходи та інше); тариф (здебільшого, занижений) відшкодування

від НСЗУ; задоволення потреб пацієнтів (і не лише задля лікування, а й для спілкування з лікарем) [4].

Простежується певна послідовність міри відповідності ПМСД потребам цього ринку:

– вартість медичного обслуговування – «ціна»/доступність ПМСД;

– властивості ПМСД;

– інтер'єр приміщення;

– репутація, імідж КНП/ДУ/ФОП, лікаря;

– швидкість надання ПМСД;

– якість обслуговування та безпосереднього надання ПМСД [21].

Наразі важливо не лише кількість наданих ПМСД, а і їх якість, яка, своєю чергою, пов'язана з вирішенням проблем розвитку сфери охорони здоров'я.

Принагідно відзначимо, що якість ПМСД – здебільшого суб'єктивне ставлення стейкхолдерів (пацієнтів, лікарів/медперсоналу, керівників КНП/ДУ, уповноважених органів публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я населення) щодо кількісних і якісних параметрів надання ПМСД.

Нині якість ПМСД є однією з запорук економічної безпеки підприємств сфери охорони здоров'я, оскільки порівняно низька його якість призводить до втрат (первинних і вторинних) іміджевих і фінансових ресурсів, необхідних для подальшого розвитку [37], а також є одним з найбільш важливих чинників для забезпечення успішної «співпраці» надавачів і отримувачів ПМСД. На відміну від ДУ та КНП, ПЗОЗ застосовують ефективніший менеджмент і конкурують один з одним, що призводить до впровадження інновацій та постійного підвищення внутрішньої ефективності [22].

Якість ПМСД базується на таких основних принципах:

– безпека (надання допомоги без наявного ризику для хворих);

– безперервність;

– доступність медичних послуг (характеризує відповідність надання медичних послуг очікуванням й можливостям їх отримання);

– зручність;

– економічна ефективність, результативність, економічність (раціональне використання ресурсів – передбачає прийнятне співвідношення витрат і результату);

– міжособистісні взаємини;

– мотивація медичних працівників;

– науково-технічний рівень лікування;

– орієнтація на пацієнта;

– професійна компетенція фахівців;

– профілактична спрямованість допомоги [27];

– раціональність;

– своєчасність надання медичної допомоги [28];

Кількісні та якісні параметри ПМСД значною мірою формуються під впливом ринкових механізмів (попит, пропозиція, конкуренція), а власне взаємодія надавачів і споживачів відбувається власне на ринку ПМСД – сукупності соціально-економічних відносин у сфері охорони здоров'я [19].

Гуманізм, добросовісність, якість надання ПМСД має бути обов'язковими критеріями при будь-яких взаємовідносинах. Отже, необхідне чітке розмежування сфер в самій охороні здоров'я, де на досягнення найкращих медичних показників повинні бути направлені економічні методи, і сфер, де цього необхідно добиватися адміністративними, суспільними й іншими заходами [55]. Забезпечення населення якісною ПМСД достатнього обсягу залежить від кваліфікації та професіоналізму медпрацівників, адекватності матеріально-технічної бази та фінансового забезпечення КНП [18].

ПМСД населенню надається такими установами, як:

– амбулаторії групової практики – прийом пацієнтів щонайменше двома лікарями ПМСД, чисельність населення територіальної громади не менше 3000 осіб; постійне розташування;

– амбулаторії моно-практики – обслуговується 1500 осіб; регулярне місце надання ПМСД; надає один лікар, а отже, можуть виникати труднощі з доступністю ПМСД у разі хвороби власне лікаря, його відпустки, навчання;

– пункти здоров’я – може утворюватися на дільницях, де чисельність населення є меншою 1500 осіб; можуть надавати молодші спеціалісти з медичною освітою і/або лікар (на нерегулярній основі), від професійної компетентності яких залежать доступні медичні послуги, а весь спектр надання ПМСД може бути доступний лише у присутності лікаря ПМСД [72];

– медичні центри, до штату яких входять педіатр, терапевт, гінеколог і медичні сестри;

– міські поліклініки, у штаті яких є відповідні фахівці;

– диспансери;

– спеціалізовані поліклініки;

– відомчі поліклініки;

– сільські медичні пункти, у штаті яких перебувають фельдшер (у деяких випадках – акушер) [1].

Критерії спроможності мереж надання ПМСД:

– спроможність задовольняти запити населення на ПМСД на основі соціально-демографічного складу, поточних і прогнозних показників природного та міграційного руху, показників захворюваності тощо;

– кожний надавач ПМСД має бути спроможний прийняти кожного декларанта щонайменше чотири рази на рік; загальне навантаження на сімейного лікаря має становити 24 пацієнта на день; спрямування «немедичних» візитів пацієнтів до середнього медперсонал;

– повинна бути наявна систематична взаємодія (послідовний контакт) окремих надавачів ПМСД для забезпечення доступності цієї допомоги для населення [47];

– транспортна доступність, тобто забезпеченість населення транспортом для доїзду до місця отримання ПМСД;

– фінансова стійкість КНП/ФОП ПМСД, що забезпечується завдяки використання декількох джерел фінансування: державного бюджету (шляхом медичної субвенції на регіональний рівень); місцевого бюджету; спонсорських і меценатських коштів; грантів від різних організацій;

– повинна бути забезпечена доступність ПМСД [72].

Конституція України гарантує надання безоплатної ПМСД [26]. Щоб гарантувати надання якісної ПМСД, медична реформа повинна реалізовуватися в контексті реформи децентралізації. Лише у такий спосіб ПМСД можна наблизити до усіх верств населення. У процесі реформи децентралізації почала формуватися нова модель сільського розвитку з модерною системою публічного управління й сучасними економічними відносинами [62].

Наразі, особливо в контексті проведення медичної реформи, на перший план виходить якість ПМСД: дії медперсоналу по задоволенню насущних потреб пацієнтів у відновленні й підтримці здоров'я [26]; послуга лікувально-профілактичного характеру, яка здійснюється одним або бригадою медпрацівників у процесі лікування хворого [50].

Оскільки ринок ПМСД тісно пов'язаний з обсягом безкоштовної медичної допомоги й тіньовими медичними послугами в суспільному секторі. Разом вони передбачають залежність попиту на ПМСД та пропозиції, яка є результатом діяльності їх надавачів. Власне на регіональному рівні пропозиція ПМСД формується кількістю лікарів та їх професійно-кваліфікаційним рівнем, вартістю медичного обладнання, податками, нормативно-законодавчою базою. Конкуренція є необхідним елементом ринкових відносин. Збільшення кількості конкурентів на регіональному ринку ПМСД сприятиме прагненню до підвищення конкурентоздатності шляхом удосконалення форм обслуговування пацієнтів, використання сучасної медичної діагностичної апаратури [23].

Порівняно з поліклінікою, амбулаторія сімейної медицини (далі – АСЛ) потребує удвічі менше штатного персоналу при дешевшій у півтора рази вартості одного відвідування та вдвічі нижчій її на прийомі, зниженні у півтора рази направлень на консультацію, в 1,7 рази – рівня госпіталізації [1].

Для успішної конкуренції в умовах трансформації ринку ПМСД необхідно, щоб у центрі філософії був пацієнт [21].

Своєчасне та якісне надання ПМСД безпосередньо пов'язане з ризиками, які залежать від правильності вибраної методики лікування, тривалості його

проведення і від міри дотримання пацієнтами рекомендацій, які їм визначив лікар [11].

Зрозуміле прагнення вже існуючих учасників на ринку ПМСД усіма можливими засобами мінімізувати можливість появи на нових учасників, обмежити попит, підняти ціни й максимізувати прибутки. На ринку досконалої конкуренції, якщо ДУ/КНП/ФОП відкриває кращий спосіб надання ПМСД, то приваблює до себе пацієнтів покращання його якості [57]. Ці обставини свідчать про гостроту проблем на ринку й ставлять на порядок денний зобов'язання перед структурами публічного управління щодо регулювання й дерегулювання правил ведення бізнесу на цьому ринку. Тому нині ринок ПМСД можна класифікувати як «ринок продавця» [65].

Для публічного управління у сфері охорони здоров'я, питання, власне, здоров'я – значно більше, ніж просто біологічне чи медичне питання. Воно включає, як біологічне поняття статі, так і соціальну конструкцію гендерної проблематики, що актуалізується на всіх етапах і рівнях управління.

Зважаючи на проблематикою дослідження – публічне управління розвитком ПМСД – на особливу увагу заслуговують дотичні поняття, як-от:

– державне управління у сфері охорони здоров'я – сукупність організаційно-правових норм і механізмів органів державної влади і місцевого самоврядування, які спрямовуються на координацію діяльності, що сприяє забезпеченню заходів політичного, економічного, правового, культурного, санітарно-гігієнічного, медичного, соціального характеру, основне призначення котрих полягає в збереженні та зміцненні фізичного й психічного здоров'я населення, підтримці довголітнього активного життя, та наданні медичної допомоги в разі втрати здоров'я [23]; цілеспрямовані дії щодо посилення впливу держави на зміцнення здоров'я громадян, що реалізуються завдяки організуючим, регулюючим, контролюючим заходам і здійснюються органами публічної влади задля надання населенню якісної ПМСД [66];

– публічне управління розвитком охорони здоров’я населення – взаємодія в цій сфері державно-управлінської, бізнесової та громадської складових з метою досягнення цілей державної політики охорони здоров’я [17].

Підбиваючи проміжний підсумок, зазначимо, що якість ПМСД значною мірою впливає на стан здоров’я (а з тим – на якість життя) населення, тим самим обумовлюючи суспільну значущість цього феномену. Оскільки фактичні її параметри формуються під впливом не лише ринкових механізмів (попит, пропозиція, конкуренція), а й механізмів публічного управління. Саме тому якість ПМСД є об’єктом публічного управління.

1.2 Механізми публічного управління якістю первинної медико-санітарної допомоги населенню

Належне публічне управління, аналіз і вивчення відносин, пов’язаних з наданням ПМСД, сприятимуть підвищенню їх якості, реалізації основних прав громадян, ефективності сфери охорони здоров’я, зміцненню та збереженню здоров’я населення, і, як наслідок, справлятимуть позитивний вплив на успішне вирішення багатьох соціально-економічних проблем [38].

Існуючі моделі публічного управління надання ПМСД по-різному інтегрують суб’єктів та об’єктів цього процесу (лікарів, пацієнтів, менеджерів, науковців тощо), але мета їх використання – єдина й полягає в реалізації публічної політики на засадах дієвого контролю якості медичних послуг і їх доступності, доцільного реформування сфери охорони здоров’я, залучення благодійних фондів та інвесторів [27].

Структура публічного управління розвитком сфери охорони здоров’я (т.ч. якістю ПМСД) включає такі складові у їх взаємозалежності й взаємодії, що дозволяє забезпечити конструктивний діалог між суб’єктами та об’єктами цього процесу, оцінити якість ПМСД споживачами, розширити можливості задоволення потреб усіх зацікавлених сторін у контексті медичної реформи:

– економічну (методи і способи здійснення ресурсного забезпечення сфери охорони здоров’я);

– комунікативну (процедури обміну інформацією між акторами цієї сфери);

– нормативну (принципи організації цієї сфери);

– соціальну (індивіди та їх об’єднання, інтереси яких перетинаються у процесі формування певної стратегії);

– структурно-управлінську (організація цієї сфери та методи й способи управління нею) [15].

Механізм публічного управління у сфер охорони здоров’я – система стратегічних і тактичних цілей державної соціально-економічної політики, методів, засад, принципів, інструментів, функціональних підсистем (цільової, забезпечувальної, оцінювальної), за допомогою яких здійснюється корегування взаємодії суб’єктів інституційної структури охорони здоров’я населення для досягнення соціально значущих результатів діяльності її суб’єктів [46].

Серед елементів механізму публічного управління розвитком сфери охорони здоров’я (т.ч. якістю ПМСД) прийнято виділяти суб’єкт і об’єкт управління, методи, інструменти та засоби реалізації механізму, цілі та принципи управління, а також його результати [23].

Принципи публічного управління розвитком сфери охорони здоров’я:

– покращання здоров’я населення [33; 49; 84];

– забезпечення справедливості в розподілі та доступності фінансових ресурсів;

– відповідність запитам і потребам людей [33; 49];

– запровадження ефективних і дієвих інструментів розширення переліку якісних медичних послуг для населення;

– формування розгалуженої мережі підприємств охорони здоров’я та забезпечення її кваліфікованими медичними кадрами [24];

– забезпечення наявності універсальних, соціально справедливих, стійких і високоякісних систем охорони здоров’я, орієнтованих виключно на людину;

– підвищення рівня добробуту населення [84];

– превентивного спрямування лікувально-оздоровчих і реабілітаційних програм, а також дотримання клінічних протоколів диспансеризації окремих категорій населення;

– досягнення найвищого рівня здоров'я та якості життя популяції;

– доступності медичної допомоги незалежно від територіальної, відомчої, віково-статевої і расової приналежності пацієнта;

– здійснення стратегічного управління сферою охорони здоров'я на основі пріоритетних цільових комплексних програм [53].

Суб'єктами публічного управління якістю ПМСД є відповідні інституції, які здійснюють прямий/ опосередкований вплив на об'єктів управління:

1. Президент України є гарантом права населення України на охорону його здоров'я, забезпечуючи виконання законодавства у цій сфері через систему уповноважених органів виконавчої влади, впроваджуючи також державну політику охорони здоров'я та здійснюючи інші повноваження, які передбачені Конституцією України [29].

2. НСЗУ реалізує публічну політику щодо державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, виконанні функцій замовника медичних послуг і лікарських засобів за програмою медичних гарантій. Замовниками ПМСД є НСЗУ, яка їх оплачує тим КНП/ФОП, що уклали договір про медичне обслуговування населення за державною програмою медичних гарантій, а також відшкодовує вартість лікарських засобів, що передбачені договорами про реімбурсацію за програмою медичних гарантій. Фінансування відбувається на основі аналізу результатів діяльності КНП/ФОП і через контроль (перевірку) за цільовим та ефективним використання коштів за державною програмою медичних гарантій [62].

3. Уповноважені органи місцевого самоврядування відіграють провідну роль у процесі публічного управління розвитком цієї сфери на місцевому рівні, а саме у покращанні стану здоров'я територіальної громади, задоволенні потреб мешканців ОТГ у доступі [9] до ПМСД та здійснення профілактичних заходів

[9; 61] відповідної якості [9]. Керівництво КНП здійснюється через виконавчі органи ради – управління (відділи) охорони здоров'я [61].

4. Робочі групи:

– із розробки уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги для удосконалення ПМСД на засадах доказової медицини;

– з удосконалення нормативно-правових актів з питань акредитації закладу охорони здоров'я, що надає ПМСД;

– міжвідомчу експертну робочу групу щодо супроводу проєкту Національного плану заходів з імплементації та реалізації засад європейської політики «Здоров'я-2020» щодо неінфекційних захворювань [25].

Об'єктами публічного управління якістю ПМСД є:

– сфера охорони здоров'я загалом;

– надавачі ПМСД (КНП/ФОП, їхній персонал);

– постачальники товарів медичного призначення;

– пацієнти (споживачі ПМСД) та їхні родичі.

Модель комплексного механізму публічного управління якістю ПМСД ґрунтується на взаємодії основних конкретних механізмів (адміністративного, економічного, інституційного, організаційного, політичного, правового й інших механізмів) публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я [46].

Адміністративні механізми публічного управління якістю ПМСД – передбачають застосування засобів примусу, серед яких такі:

– встановлення фіксованих державних цін на ПМСД [36];

– визначення пріоритетів ПМСД і обґрунтування переліку та обсягу гарантованого рівня безоплатної ПМСД громадянам у ДУ та КНП;

– запровадження системи ліцензійних інтегрованих іспитів у медичних ВНЗ, задля уніфікації контролю за якістю підготовки фахівців (зокрема, надавачів ПМСД) для сфери охорони здоров'я;

– проведення медичної реформи для ліквідації диспропорцій у розвитку різних видів медичних послуг, раціоналізації амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги;

– розвиток ПМСД на засадах СМ;

– розроблення державних комплексних і цільових програм охорони здоров’я населення;

– створення системи забезпечення і контролю якості надання ПМСД на основі розроблених показників якості;

– удосконалення порядку акредитації підприємств сфери охорони здоров’я та атестації медпрацівників;

– удосконалення системи інформаційного забезпечення сфери охорони здоров’я [36].

З 01 січня 2020 р. в Україні набув чинності державний стандарт (ДСТУ EN 15224:2019) системи управління якістю у сфері охорони здоров’я» [52]. Отже, керівники КНП найближчим часом отримають специфічний для сфери охорони здоров’я стандарт для побудови й підтримки функціонування системи управління якістю в КНП/ФОП [79]. У стандарті для сфери охорони здоров’я повністю витримані структура й зміст універсального стандарту за 10-ма розділами, але до тексту внесені доповнення та примітки зі специфічними вимогами до цієї сфери. Це дозволить керівникам КНП, ФОП, аудиторам, органам, що здійснюють інші контрольні функції, медпрацівникам, пацієнтам однозначно інтерпретувати поняття та розмовляти на спільній зрозумілій мові стосовно якості ПМСД. Наприклад, у стандарті представлені такі її характеристики:

– безпека пацієнта;

– безперервність ПМСД;

– відповідний, правильний догляд;

– ефективність/результативність;

– залучення пацієнта;

– неупередженість;

– орієнтованість на пацієнта;

– придатність або доступність до пацієнта ПМСД;

– своєчасність [30].

Економічні механізми публічного управління якістю ПМСД передбачають стимулювання передусім надавачів ПМСД належним чином виконувати покладені на них функції. Так, зокрема, концепція медичної реформи (щодо фінансування сфери охорони здоров'я) передбачає можливість надавати бонусні доплати за досягнення певних, установлених договором про надання ПМСД, результатів, зокрема за показники й індикатори, які належать до сфери громадського здоров'я (на перспективу та за умови передбачення видатків у держбюджеті). Отже, систему надання ПМСД буде залучено до виконання програм громадського здоров'я, що умовно можна розподілити на питання, які стосуються інфекційних хвороб і проблеми щодо неінфекційних захворювань [62].

Організаційні механізми публічного управління якістю ПМСД передбачають узгодження інтересів усіх стейкхолдерів цього процесу завдяки застосування наступних засобів впливу:

– виконання зобов'язань, взятих за міжнародними договорами України;

– залучення громадськості до забезпечення безпеки у сфері охорони здоров'я;

– зміна господарсько-правового статусу КНП;

– координація діяльності місцевих органів публічного управління у сфері охорони здоров'я;

– моніторинг (ціноутворення на платні медичні послуги; міждержавні, загальнодержавні та регіональні програми покращання здоров'я населення; міжнародного співробітництва; стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення КНП/ФОП);

– надання місцевим органам влади з питань охорони здоров'я інформації про захворювання персоналу;

– наукове забезпечення функціонування системи екстреної медичної допомоги; облік кількості хворих за видами хвороб;

– місцеві програми розвитку сфери охорони здоров'я;

– підготовка лікарів і медпрацівників;

– план заходів щодо підготовки КНП до роботи в осінньо-зимовий період;

– поширення інформації про сучасні способи ПМСД;

– процедура публічних закупівель у Департаменті охорони здоров’я;

– реформування вторинної ланки медичної допомоги;

– роз’яснення населенню положень законодавства про медичну реформу;

– розмежування первинної, вторинної та третинної ланок медичної допомоги;

– розподіл і працевлаштування випускників ВНЗ, що належать до сфери управління МОЗ, у медичні заклади в межах державного замовлення;

– розширення мережі підприємств ПМСД;

– укладання угод і договорів; робота з електронними петиціями;

– централізована закупівля медичного обладнання та виробів медичного призначення [36];

Правові механізми публічного управління якістю ПМСД ґрунтується на такому:

– нормативно-правовому регулюванні у сфері охорони здоров’я;

– правовому регулюванні діяльності медичних закладів державного та недержавного секторів із частковим описом поля їхньої взаємодії [46].

До правових засобів вплив належать забезпечення законодавчого та нормативно-правового підґрунтя реформування сфери охорони здоров’я, як запоруки подальшого покращання якості ПМСД.

Соціально-психологічні механізми публічного управління якістю ПМСД передбачають застосування наступних засобів впливу (здебільше, пов’язані зі спонуканням фізичних та/чи юридичних осіб до певної моделі поведінки):

– впровадження пріоритетів здорового способу життя [45];

– виступи у ЗМІ;

– виховання;

– договірні процеси;

– інформування населення про стан його здоров’я, а також про можливі фактори ризику його погіршення;

– переконання;

– письмові зауваження, пропозиції та рекомендації;

– пропаганда серед широкого загалу принципів здорового способу життя;

– просвітництво;

– психологічні настанови;

– роз’яснення;

– соціальні норми;

– суспільний тиск;

– формування культури у сфері охорони здоров’я [36].

Отож, наразі в Україні сформовано систему механізмів публічного управління якістю ПМСД. Проте їх наявність є лише передумовою для розвитку цієї сфери, хоча більш значимим, все ж, є належне використання таких механізмів.

РОЗДІЛ 2
ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

2.1 Методики оцінювання та результати публічного управління якістю первинної медико-санітарної допомоги населенню Укріни

Оцінюванню якості ПМСД має передувати збір необхідної інформації, що підлягає аналізу з боку керівництва для прийняття правильних управлінських рішень, а саме:

– моніторинг показників діяльності КНП ПМСД/ФОП [24; 35; 97];

– соціологічні дослідження (анкетування) [61];

– думки експертів [53; 77].

Експертами ВООЗ класифіковано такі основні критерії якості ПМСД:

– безпека [53];

– ефективність;

– законність;

– оптимальність;

– прийнятність;

– результативність;

– справедливість [77].

Експертиза здійснюється такими суб’єктами:

– надавачі ПМСД – забезпечують внутрішній контроль її якості та результативності ПМСД (ураховується для диференціації оплати праці медперсоналу);

– споживачі ПМСД (споживацький (позавідомчий) контроль за якістю);

– уповноважені органи публічного управління, громадські організації та інші суб’єкти, незалежні від споживачів і надавачів ПМСД (зовнішній контроль якості) [98].

Технологічно доцільно проводити моніторинг стану сфери охорони здоров’я загалом, а також запровадження пілотних проєктів, спрямованих на мінімізацію впливу факторів ризиків медичної реформи [24].

Для оцінки якості ПМСД, зокрема, використовується моніторинг наступних показників:

– кількість перенесених за рік захворювань (індивідуальні параметри);

– рівень захворюваності (кількісні параметри);

– структура захворюваності (якісні параметри) [91];

– рівень інвалідності;

– показник фізичного розвитку;

– рівень освіти населення (враховує професійну приналежність, достаток матеріальний, загальну й гігієнічну культуру, здатність сприймати рекомендації щодо отримання необхідної ПМСД…) [74];

– індекс розвитку людського потенціалу як гностичний показник здоров’я населення [81];

– гендерні показники здоров’я населення вказують на відмінність між жінками та чоловіками (у т.ч. щодо тривалості їхнього життя);

– індикатор відповідності розвитку сфери охорони здоров’я потребам та очікуванням населення щодо гарантування якості ПМСД;

– індикатор своєчасності ПМСД – можливість надання доступної ПМСД у конкретних умовах, які зумовлюють її доцільність;

– індикатор спадкоємності форм і прийомів стандартизованих ПМСД [6];

– доступність ПМСД – фактична можливість населення отримувати необхідну ПМСД незалежно від соціального статусу, місця і умов проживання, географічних, економічних, соціальних, культурних, організаційних і мовних бар’єрів [88];

– індикатор ефективності/результативності сфери охорони здоров’я – відповідність фактичного надання ПМСД оптимальному для конкретних умов результату [68];

– відкритості сфери охорони здоров’я визначеним критеріям;

– забезпечення населення можливістю реалізувати свої права на отримання якісних ПМСД [100];

– індикатор якості оцінки правильності дій медперсоналу – дотримання стандартів надання ПМСД, включаючи багаторівневу експертизу та аудит її результативності [98].

Методика ідентифікації індикаторів дозволяє здійснити огляд статики та динаміки здоров'я населення залежно від об'єктивних умов і суб'єктивних факторів впливу на функціонування ФОП і КНП ПМСД. При цьому з'ясовується міра реагування сфери охорони здоров'я на наявні виклики, а також результати діяльності інституціональних структур, зобов'язаних гарантувати позитивний мультиплесний ефект для у напрямі відповідності їх діяльності об'єктивним потребам функціонування даної сфери. Індикатори здоров'я населення мають слугувати вихідною базою для вимірювання характеристик сфери охорони здоров'я, ідентифікації його статичних і динамічних величин, які дозволяють оцінити пороговість і стан її розвитку [624].

Одним із важливих критеріїв оцінки структури є наближеність ФОП і КНП ПМСД до пацієнтів. Для оцінки наближеності (відстані від закладу/підрозділу ПМСД до пацієнтів) на рівні лікаря/закладу пропоновані оціночні коефіцієнти за значенням показника відстані (табл. 2.1) [2].

Для узагальнення показників, отриманих для визначеної кількості ФОП і КНП ПМСД, для їхнього подальшого аналізу та прийняття зважених публічно-управлінських рішень слід використовувати оціночні коефіцієнти на рівні певної території (район/область) – як частка ФОП і КНП ПМСД, що розташовані на відстані ≤ 2 км від пацієнтів: 3 – ≥ 90 %; 2 – 80–89 %; 1 – 50–79 % закладів; 0 – ≤ 50 %.

Одним із основних критеріїв оцінки якості ПМСД є проведення сімейним лікарем профілактичної роботи серед населення, залучення членів ОТГ до співпраці, а з тим – до виконання плану профілактичних щеплень та консультування окремих верств населення ймовірними джерелами ризику

їхньому здоров'ю. На рівні лікаря/закладу доцільні такі оціночні індикатори: проведено профілактичних щеплень порівняно з планом: 3 – > 95 %; 2 – 50–95 %; 1 – 20–49 %; 0 – ≤ 20%. Означене дозволяє скоригувати управління поліпшенням профілактичної роботи серед населення. Оціночні коефіцієнти на рівні району, області, країни полягали у визначенні частки закладів ПМСД, які провели ≥ 95% профілактичних щеплень від запланованих: 3 – ≥ 95%; 2 – 50–95 %; 1 – 20–49 %; 0 – ≤ 20 %.

Таблиця 2.1 – Індикатори ефективності організації та надання ПМСД [35]

Напрям оцінки	На рівні закладу ПМСД (окремої лікарської практики чи підрозділу/закладу ПМСД)				На рівні регіону (район в місті, район, область, країна)			
	індикатори	оцінка індикатора	ваговий коефіцієнт	методика вимірювання	індикатори	оцінка індикатора	ваговий коефіцієнт	методика вимірювання
Доступність ПМСД	Радіус обслуговування (км)	3 – ≤ 2 км 2 – 2–5 км; 1 – 5–7 км; 0 – ≥ 7 км	0,85	відстань від КНП ПСМД до найбільш віддаленого помешкання пацієнтів (км)	Частка закладів ПМСД з радіусом обслуговування ≤ 2 км	3 – ≥ 95 %; 2 – 76–94 %; 1 – 51–75 %; 0 – ≤ 50%	0,85	100 х (кількість підзвітних КНП ПМСД з радіусом обслуговування ≤ 2 км) / (загальна кількість підзвітних КНП ПМСД)
	Частка СЛ, серед усіх лікарів КНП ПМСД	3 – ≥ 85 %; 2 – 50–84 %; 1 – 11–49 %; 0 – ≤ 10 %	0,75	100 х (кількість лікарів ЗПСМ, які працюють у КНП ПМСД) / (загальна кількість лікарів, які працюють у КНП ПМСД)	частка закладів ПМСД, в яких ≤ 85 % лікарів є СЛ	3 – ≥ 95 %; 2 – 50–94 %; 1 – 11–49 %; 0 – ≤ 10 %	0,75	100 х (кількість підзвітних КНП ПМСД, в яких ≥ 85 % лікарів є СЛ) / (загальна кількість підзвітних КНП ПМСД)

Важливим критерієм є частка пацієнтів, які закінчили лікування порівняно до загальної її чисельності, які звернулися за ПМСД. Оціночні коефіцієнти за індикатором на рівні лікаря/закладу такі: 3 – ≥ 80 % пацієнтів почали і закінчили лікування в умовах закладу ПМСД; 2 – 60–79 %; 1 – 40–

59 %; 0 – лише 20–39 % осіб вирішили свої медичні проблеми. За підсумками аналізу ризиків визначено основні механізми управління системою ПМСД ($М_1$ – $М_5$), які складалися з постійного моніторингу, регуляторних заходів, пов'язаних між собою на різних рівнях управління (місцевому, регіональному та державному) й спрямовані на мінімізацію всіх груп ризиків.

$М_1$ – політичні заходи;

$М_2$ – нормативно-правове забезпечення;

$М_3$ – економічні механізми регулювання;

$М_4$ – організаційні заходи та кадрова політика;

$М_5$ – інноваційна політика [35].

Таким чином, використання загально визнаних методик оцінювання, а з тим – результатів соціологічних досліджень, експертних висновків і доступних індикаторів (показників), що відображають досліджувані величини (зокрема, якість ПМСД) у динаміці й дозволяють виявити не лише «зріз» поточної ситуації, а її динаміку. Означене, зрештою, має використовуватися не лише керівництвом КНП ПМСД/ФОП, а й уповноваженими органами публічного управління задля збереження позитивних тенденцій, а також – вирішення наявних проблем зі забезпеченням належної якості доступних ПМСД.

Вітчизняній сфері охорони здоров'я притаманні багаторічний дефіцит бюджетного забезпечення та відсутність переконливих прогнозів щодо його суттєвого збільшення в майбутньому. Відомо, що якість надання медичних послуг залежить не тільки від розвитку медичних технологій, забезпечення та кваліфікації медичних працівників, а й від економічної спроможності сфери охорони здоров'я. Її ресурсне забезпечення є нестабільними, що не сприяє якості та доступності медичних послуг, а вагома частина витрат, необхідних на лікування, покладається на пацієнтів [16].

Рішення про формування госпітальних округів прийнято урядом для функціонального об'єднання КНП, розміщених на відповідній території. КНП, охоплені таким округом, залишатимуться у власності й підпорядкуванні місцевих органів влади, котрі є учасниками госпітального округу, які, своєю

чергою, створюються з метою організації мережі КНП у спосіб, який дасть змогу забезпечити гарантований своєчасний доступ населенню до послуг належної якості вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Формування госпітального округу повинно сприяти активізації співробітництва між міськими/районними радами та радами ОТГ у сфері охорони здоров'я, зокрема в питаннях управління відповідною мережею КНП, що надають вторинну медичну допомогу. Госпітальні округи формують через поєднання безпечності та якості медичної допомоги на засадах доказової медицини, своєчасності доступу до медичної допомоги та економічної ефективності, тобто забезпечення максимально можливої якості медичної допомоги за умови раціонального й ощадливого використання бюджетних коштів. У цьому аспекті виникає проблема доступності до КНП [62]. Кінцева ціль уряду полягає у зниженні впродовж двох-п'яти років смертності осіб, які живуть у сільській місцевості, за трьома найпоширенішими нозологіями: бронхіальна астма, серцево-судинні захворювання, цукровий діабет [87]. Зауважимо, що зміна підходів до організації сільської медицини спричинена стислими часовими рамками (2018–2019 рр.). Але вона має на меті забезпечити всіх жителів України, незалежно від місця їхнього проживання, гарантованим пакетом медичних послуг, тобто зробити так, щоби кожна людина, яка звернулася за медичними послугами, отримала їх якісно. Мешканці області загалом активно підписують декларації з лікарем [62].

На відміну від раніше існуючої моделі амбулаторно-поліклінічної допомоги, дільничний лікар виконує функції з надання ПМСД населенню за дільнично-територіальним принципом, в основу роботи нової моделі покладались системні заходи, а саме:

– впровадження посад лікарів загальної практики (далі – ЛЗП) – сімейної медицини (далі – СМ);

– ефективне використання персоналу ФОП і КНП ПМСД завдяки розширенню їх мобільності;

– перерозподіл обсягу медичної допомоги між ЛЗП і лікарями-фахівцями;

– надання ПМСД за принципом територіальної приналежності;

– залучення лікарів КНП для надання спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги;

– зростання обсягу амбулаторної допомоги завдяки впровадження нових форм позастаціонарної ПМСД;

– поєднане використання лікувально-діагностичної бази КНП ПМСД [61].

Реформування ПМСД – цілком виправданий крок на початку медичної реформи, оскільки:

– дозволяє охопити найбільшу кількість пацієнтів з порівняно нескладними патологіями;

– завдяки цьому отримано позитивний соціальний ефект при незначних витратах;

– її елементом є надання населенню можливості підписати декларацію з лікарем ПМСД і зберігають право розірвати декларацію та укласти її з іншим лікарем у будь-який час;

– завдяки цьому у сімейних лікарів, терапевтів і педіатрів (зокрема тих, хто має 1,5–2,0 тис. декларантів) у середньому утричі зросла офіційна оплата праці (до речі, її певну частину становить премія, що дозволить керівництву КНП стимулювати лікарів);

– натомість залишилась мізерною зарплата лікарів «вузької спеціалізації», які працюють в КНП ПМСД, й, більше того, чимало таких посад можуть бути «скороченими»;

– прогресивною є поява приватної практики сімейним лікарем-ФОП, яка згодом може поширитись на вторинну та третинну ланку охорони здоров’я [95].

Основним надавачом медичних послуг є КНП, які надають переважну більшість ПМСД та більшу частину обсягів спеціалізованих медичних послуг [60]. Нині мережа закладів охорони здоров’я налічує 1,7 тис. лікарняних закладів і 10,4 тис. лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів, тоді як у 2014 р. ці показники становили, відповідно 1,7 та 10,4 тис. [14]. На поліклінічну

допомогу в Україні витрачається 20 % коштів консолідованого бюджету сфери охорони здоров'я (у т.ч. на ПМСД – 5 %), а на стаціонарну – 80 % [59].

Нині понад 28 млн осіб (на власний розсуд, а не за територіальною ознакою) обрали свого сімейного лікаря [39], тому решта населення матиме істотні обмеження щодо отримання безоплатної ПМСД [95].

Запровадження інституту СМ, як елементу оптимізації системи ПМСД, дозволило вперше в Україні створити потужну мережу закладів СМ (з 3 од. в 1993 р. до 125 од. в 2007 р., тобто збільшити в 41,6 рази) з різними формами її надання (індивідуальної і групової сімейної практики), укомплектованих підготовленими лікарями (відповідно з 78 до 515 осіб, тобто в 6,6 рази), сприяло розширенню видів, обсягу та доступності ПМСД до населення, зростанню питомої ваги його безпосередніх звернень до сімейних лікарів з 3,6 % (1993 р.) до 59,6 % (2007 р.), кількості щорічних їх відвідувань з 1,9 до 3,3 рази на одного жителя, обсягу амбулаторної допомоги з 74,2 % (1997 р.) до 91,3 % (2007 р.), скороченню в 2,5 рази звернень населення до лікарів-фахівців, а госпіталізації – в 1,6 рази, зростанню частоти виявлення передпатологічних станів, використання позастаціонарних форм лікування, скороченню середнього ліжко-дня з 17,3 до 13,7, збільшенню обігу ліжка з 18,8 до 24,2 разів, зменшенню тривалості перебування хворих до операції з 4,4 до 1,9 доби за рахунок обстеження на амбулаторному етапі.

Про економічну доцільність ПМСД на засадах СМ свідчить встановлене співвідношення витрачених на одного пацієнта коштів на консультативну та стаціонарну ПМСД, виявлене при аналізі діяльності наведеного закладу. Якщо в поліклініці воно становило 32 проти 68 %, то в амбулаторії СМ – 74,3 проти 25,7 %, тобто більше як у 2,8 рази.

Впровадження СМ передбачало якісне покращання найбільш вагомих ключових властивостей підвищення ефективності ПМСД, що відрізняє її від інших рівнів надання медичних послуг, зокрема, доступності при первинному зверненні, довготривалості спостереження, комплексності та координації. Вивчення структури надання амбулаторної ПМСД населенню засвідчило таке:

32 % припадало на допомогу хворим дорослим, 20 % – хворим дітям, 32 % – на профілактичне обстеження дітей і 16 % – обстеження дорослих. При цьому 60–70 % викликів були «активними» і 30–40 % – «пасивними». Результатом стало раннє взяття на облік вагітних (92 %), використання контрацептивних засобів майже половиною (45 %) жінок фертильного віку, практична відсутність застарілих випадків туберкульозу легень та онкологічних захворювань [61].

Потреби в амбулаторній терапевтичній і спеціалізованій консультативній допомозі не задовольняються в середньому на 47,0 %; у реабілітаційному поліклінічному лікуванні – на 81,0 %; в організації стаціонарів удома – на 71,1 %; у швидкій медичній допомозі – на 32,5 %; у стаціонарному інтенсивному лікуванні – на 26,2 %; у соціально-побутовому обслуговуванні – на 20,5 %. Більш того, кожна четверта людина старечого віку і старше, самостійно не виходить за межі свого помешкання, кожна п’ята не може самостійно здійснити елементарні гігієнічні процедури [2].

Задоволеними якістю ПМСД виявилися респонденти віком 16–30 років, рівень доходів яких на одного члена домогосподарства здебільшого не перевищує ₴ 1500. Респондентів, які не задоволені якістю ПМСД, також поєднує вік – особи від 51 років і старше (здебільшого, пенсіонери) з різним рівнем доходу, що за об’єктивних причин частіше за інших опитуваних звертаються до ФОП і КНП ПМСД [3].

Спостерігалася цікава залежність: рівень освіти респондентів обернено прямо пропорційний оцінкам за якість ПМСД. При цьому 0,3 % респондентів визнали якість ПМСД відмінною, 1,5 % – доброю, 36,9 % – задовільною, а 58,0 % – незадовільною. Нині її якістю не задоволена більшість респондентів, причому аналіз не виявив залежності їхньої думки залежно від статі та соціальної приналежності [10].

Результати іншого соціологічного дослідження засвідчили таке:

– позитивну оцінку їх роботи (78,4 %);

– 66,5 % респондентів відвідували сімейного лікаря згідно плану обстеження;

– визнання населенням введення посад сімейних лікарів (94,3 % респондентів);

– підвищення уваги до членів сім'ї (28,6 %), чуйність (72,0 проти 49,0 % з боку дільничних терапевтів і 40,0 % – педіатрів);

– привабливість різнобічним рівнем знань (34,4 %) і практичних вмінь (27,7 %);

– на позитивні результати лікування у сімейного лікаря вказали 81,0 % опитаних проти 46,0 % у дільничного терапевта і 54,0 % – у педіатра [61].

Запорукою покращання наявної ситуації є вирішення нижченаведених проблем, що унеможливлюють надання якісних ПМСД:

– зберігається висока зношеність основних фондів, що в середньому становить 58,5 %, у т.ч. медичного обладнання – 64,0 % [92].

– недостатнє кадрове забезпечення системи надання ПМСД;

– фактор страху щодо ситуації, яка потребує медичного вирішення;

– недостатнє матеріально-технічне та організаційне забезпечення процесу надання ПМСД, особливо у сільській місцевості [7];

– у сімейного лікаря пацієнти завершують лікування лише у 18–26 % випадків, що майже втричі нижче рівня світової практики (70–75 %) [61];

– відсутність прозорого та зрозумілого населенню зв'язку між обсягом і якістю ПМСД, наданої за програмою обов'язкового медичного страхування, та обсягом фінансування медичного закладу;

– складність і витратність забезпечення необхідною медичною допомогою частини населення через систему розселення та складну транспортну доступність окремих населених пунктів;

– відсутність стимулів для закладів охорони здоров'я та медперсоналу для економії витрат і підвищення якості ПМСД;

– недостатній рівень консолідації зусиль громадян і закладів охорони здоров'я у справі збереження здоров'я населення;

– низька насиченість сфери ПМСД кваліфікованими менеджерами [46].

Зрештою слід зазначити, що попри певні здобутки у сфері реформування ПМСД, проте почасти її якість залишається недостатньою, що, зрештою, негативно позначається на стані здоров'я населення.

2.2 Особливості розвитку первинної медико-санітарної допомоги населенню Харківської області

Задля забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я, розпорядженням голови обласної державної адміністрації від 30 травня 2018 р. № 402 затверджено План спроможної мережі надання ПМСД Харківської області, що включає 254 території доступності й 783 місця надання ПМСД населенню в районах області. Наявну мережу привели до спроможної 26 з 38 підприємств сфери охорони здоров'я районів області, всі інші знаходяться на стадії обговорення. Підвищення ролі територіальних громад (далі – ТГ) у процесі розбудови інфраструктури сфери охорони здоров'я поступово змінюється кількість закладів ПМСД (табл. 2.1) як базових у цій сфері, а саме:

1 В районах області – 38:

– 36 центрів ПМСД (до складу яких входять 312 амбулаторій, 449 ФАПів та ФП;

– 2 самостійні амбулаторії (КНП «Малинівська амбулаторія ПМСД», КНП «Оскільська амбулаторія ПМСД»)

– у складі закладів вторинної допомоги (КНП «Люботинська міська лікарня», КНП «Лозівське територіальне медичне об'єднання» Лозівської міської ради)

2 У м. Харків –34:

– 34 центри ПМСД, що входять до складу поліклінік і поліклінічних відділень.

Також ПМСД надають 8 приватних підприємств та 13 фізичних осіб-підприємців.

Таблиця 2.1 – Мережа закладів охорони здоров’я (ПМСД) Харківської області

Показник	2018 р.	2019 р.	2020 р.	2021 р.
Самостійні амбулаторно-поліклінічні заклади	69	67	67	70
Поліклініки (дорослі)	19	17	16	17
Поліклініки (дитячі)	10	10	10	10
Центри ПМСД	37	37	38	40
Амбулаторії	335	320	316	269
у т.ч. сільські	241	226	223	178
ФАПи	500	454	442	445

На особливе занепокоєння викликає істотне скорочення мережі закладів охорони здоров’я в сільській місцевості (табл. 2.1), зокрема, амбулаторій та ФАПів (відповідно, на 35,4 і 12,4 %).

За результатами конкурсного відбору в сільській місцевості районів області визначено перелік з 49 амбулаторій, що підлягають будівництву, вбудованим житлом для лікаря та 1 амбулаторія, що підлягає капітальному ремонту, за рахунок субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам, у т.ч. 23 амбулаторії – на 1 лікаря; 26 амбулаторій – на 2 лікаря; 1 амбулаторія – на 3 лікаря. Першочерговість будівництва визначена в 30 амбулаторіях по 17 районах та 7 об’єднаних територіальних громад та розпочато їх будівництво. В 2019 р. було збудовано та введено в експлуатацію 7 амбулаторій: АЗПСМ с. Мала Рогань Харківського району, АЗПСМ с. Колонтаїв, АЗПСМ с. Пархомівка Краснокутського району, АЗПСМ с. Бердянка Зачепилівського району, АЗПСМ с. Шарівка Валківського району, АЗПСМ смт. Малинівка Чугуївського району, АЗПСМ с. Курилівка Куп’янського району.

Тільки протягом 2021 р. відкрили власні центри ПМСД селищні територіальні громади у 3 районах області: Донецька в Ізюмському районі, Малоданилівська у Харківському та Новопокровська у Чугуївському. Також, 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. Зазначені приклади свідчать, насамперед про розуміння та особисту відповідальність місцевих органів влади за організацію надання якісних і доступних ПМСД мешканцям громад.

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. Триває будівництво сільських лікарських амбулаторій за кошти державного, обласного та місцевого бюджетів, що було розпочато ще у 2018 р. Нині введено в експлуатацію 21 новозбудовану амбулаторію з житлом для сімейного лікаря; по 6 амбулаторіям здійснюються заходи щодо отримання дозвільних документів для введення об’єктів в експлуатацію.

У контексті децентралізації влади, підвищення ролі територіальних громад у процесі розбудови власної медичної інфраструктури поступово збільшується кількість КНП як базових установ з організації ПМСД. Нині їх кількість, які надають ПМСД, збільшилась у 2,3 рази до 79 закладів охорони здоров’я проти 34 центрів ПМСД на початку втілення реформи у 2017 р. за принципом групової лікарської практики лікарями загальної практики-сімейними лікарями, дільничними лікарями терапевтами та педіатрами (відповідно 1909,5 штатних посад); укомплектованість штатних посад фізичними особами у діючих 32 центрах ПМСД складає 75,8 %. Штатним розкладом затверджено 1675,75 посад лікарів, на яких працює 1469 фізичних осіб (% укомплектованості складає 87,7), молодших медичних працівників з медичною освітою 2974,50 штатних посад, 2742 фізичних осіб (96,6 %). Показник укомплектованості фізичними особами посад лікарів в сільських лікарських амбулаторій – 66,3 %. Укомплектованість закладів охорони здоров’я області молодшими медпрацівниками з медичною освітою складає – 85,9 %.

Забезпеченість лікарями становить 33,6 на 10 тис. населення. Укомплектованість закладів охорони здоров’я лікарями в цілому по області складає 71,7 %, у т.ч. закладів обласного підпорядкування – 69,3 %, міського

підпорядкування – 86,2 %, центральних районних, центральних міських і районних лікарень – 71,4 %, центрів ПМСД та самостійних амбулаторій ПМСД – 79,3 %.

Питома вага лікарів загальної практики – сімейних лікарів до загальної кількості лікарів, які надають ПМСД, в цілому по області (з урахуванням м. Харків), складає 52,3 %, а в мережі створених центрів ПМСД – понад 90,0 %.

За час реалізації національної кампанії «Лікар для кожної сім'ї» в Харківській області підписано з лікарями первинної ланки понад 2,2 млн декларацій, охоплено майже 84,0 % населення області. Харківська область входить до п'ятірки кращих областей за кількістю підписаних декларацій серед інших регіонів України.

Всі надавачі ПМСД уклали договори на фінансування з НСЗУ на 2020 р.

Заклади ПМСД територіальних громад Харківської області та міст обласного значення у 2021 р. профінансовано на ₴ 1586,3 млн (17,5 %), у т.ч. кошти НСЗУ – ₴ 1400,6 млн.

Ресурси, які було б доцільно скерувати для поліпшення роботи ПМСД у віддалених населених пунктах сільської місцевості області, витрачаються переважно на утримання медичних закладів другого рівня, а не на забезпечення надання найбільш доступної ПМСД населенню територій обслуговування.

Надання неефективної вторинної медичної допомоги в більшості існуючих нині багатопрофільних лікарень також і безпосередньо, й опосередковано негативно впливає на організацію та забезпечення ПМСД та кінцеві результати діяльності первинної ланки.

Відсутність мотивації для проведення ефективних і дієвих профілактичних програм на рівні первинної ланки та системи направлень (маршрутизації пацієнтів) до лікарів-спеціалістів призводить до того, що система ПМСД не забезпечує належного медичного обслуговування населення.

Про якість ПМСД також свідчить число відвідувань в амбулаторно-поліклінічних закладах (табл. 2.2), а зростання цього показника на 8,6 %, певною мірою, обумовлено пандемією COVID-19.

Таблиця 2.2 – Число відвідувань в амбулаторно-поліклінічних закладах Харківської області

Територіальна громада	Усього відвідувань лікарів в поліклініці та на дому		Число відвідувань на 10 тис. населення (без стоматологів)	
	2020 р.	2021 р.	2020 р.	2021 р.
Богодухівський район	630193	652924	49548	52047
Ізюмський район	1003214	991449	56124	56315
Красноградський район	526922	570034	53370	58579
Куп'янський район	675510	706875	49651	52784
Лозівський район	834110	827737	54149	54481
Харківський район	8867135	9807344	50746	56520
Чугуївський район	1119594	1126923	55779	56816
ВСЬОГО	14606345	15719601	55268	60040

При цьому, по-перше, простежується пряма залежність між чисельністю населення ТГ і числом звернень за ПМСД; по-друге, дорослі майже у п'ять разів частіше звертаються до лікарів, аніж діти (табл. 2.3), що обумовлено як вищим рівнем фізичного зношення їхнього організму, так і специфікою їхнього способу життя (стрес, шкідливі звички, нехтування своєчасним зверненням до лікарів…).

Таблиця 2.3 – Питома вага відвідувань лікарів в амбулаторно-поліклінічних закладах Харківської області, %

Територіальна громада	Дорослими		Дітьми	
	2020 р.	2021 р.	2020 р.	2021 р.
Богодухівський район	96	97	21	20
Ізюмський район	96	97	19	19
Красноградський район	97	98	20	19
Куп'янський район	97	98	22	19
Лозівський район	97	98	24	21
Харківський район	96	98	26	25
Чугуївський район	98	98	23	20
ВСЬОГО	96	98	25	23

До того ж, скорочення числа відвідувань лікарів дітьми пов'язано з карантинними обмеженнями, що пов'язано зі скороченням спілкування між ровесниками (попередження захворювань, що передаються повітряно-

крапельним шляхом) і збільшенням часу перебування дітей під наглядом дорослих (попередження травматизму, дотримання принципів здорового способу життя…).

Зростання на 9,8 % загального числа відвідувань на одного лікаря в амбулаторно-поліклінічних закладах, недостатньою мірою кореспондується зі зміною числа звернень до сімейних лікарів і терапевтів (відповідно, на 27,4 та 28,7 %) (табл. 2.4) обумовлено передусім пандемією COVID-19.

Таблиця 2.4 – Число відвідувань на одного лікаря в амбулаторно-поліклінічних закладах Харківської області

Територіальна громада	Усього		У т.ч.:			
			сімейного лікаря		терапевта	
	2020 р.	2021 р.	2020 р.	2021 р.	2020 р.	2021 р.
Богодухівський район	4376	4310	4220	5458	3604	3794
Ізюмський район	5636	6009	4719	5832	6324	5294
Красноградський район	4447	5033	3865	5720	4061	5277
Куп'янський район	4526	5040	4916	6601	3981	4992
Лозівський район	5381	5768	5185	6420	3835	5203
Харківський район	4425	4973	5141	6509	4488	5852
Чугуївський район	5220	5677	4590	5442	3507	3886
ВСЬОГО	4410	4842	4797	6108	4393	5652

Нині дорослі звертаються до амбулаторно-поліклінічних закладів переважно (біля половини відвідувань) до сімейних лікарів (означене є не лише наслідком медичної реформи, а й зростанням значущості саме СМ); водночас, лише 5 % звернень до терапевтів (табл. 2.5). До того ж, зростання на 21,3 % числа звернень до сімейних лікарів обумовлено також збільшенням кількості укладених з ними декларацій. Характерно, що дорослі мешканці Харківського району у 2,5–3,0 рази менше звертаються до лікарів амбулаторно-поліклінічних закладів, розташованих на цій території, а віддають перевагу фахівцям міста Харків; також це обумовлено тим, що середній вік мешканців ТГ Харківського району (здебільшого мегаполісу Харків), є на 10–15 років нижчий, аніж ті, хто мешкають у сільській місцевості.

Таблиця 2.5 – Кількість відвідувань лікаря в амбулаторно-поліклінічних закладах у розрахунку на 1 дорослого мешканця Харківської області

Територіальна громада	Усього		У т.ч.:			
			сімейного лікаря		терапевта	
	2020 р.	2021 р.	2020 р.	2021 р.	2020 р.	2021 р.
Богодухівський район	4,95	5,20	2,10	2,63	0,22	0,26
Ізюмський район	5,61	5,63	2,26	2,61	0,27	0,23
Красноградський район	5,34	5,86	2,25	3,01	0,22	0,33
Куп'янський район	4,97	5,28	2,01	2,50	0,37	0,46
Лозівський район	5,41	5,45	2,06	2,41	0,18	0,27
Харківський район	5,07	5,65	0,81	1,00	1,17	1,50
Чугуївський район	5,58	5,68	2,34	2,60	0,22	0,23
ВСЬОГО	5,53	6,00	1,27	1,54	0,87	1,11

ТГ Харківської області (як і решта регіонів України) для надання ПМСД активно використовує денні стаціонари в поліклініці та стаціонари вдома. При цьому виявлено наступні закономірності: забезпеченість окремих районів денними стаціонарами нерівномірне (найбільше – у Богодухівському та Красноградському районах, найменше – у Харківському та Чугуївському районах), що обумовлено віддаленістю від мегаполіса Харків (де наявна потужна система закладів надання ПМСД); вищеозначений фактор також є визначальним при порівнянні відносних величин кількості пролікованих хворих; у Красноградському та Куп'янському районах недостатньою мірою використовують потенціал стаціонарів вдома, що, радше за все, обумовлено відсутністю достатньої кількості кваліфікованих лікарів, спроможних належним чином використовувати означену форму надання ПМСД (табл. 2.6).

Упродовж 2020–2021 рр. в Харківській області мали місце наступні тенденції: зменшення на 15,2 % загальної кількості ліжок у денних стаціонарах, що спричинило скорочення на 14,1 % забезпеченість ними мешканців ТГ, що обумовлено скороченням чисельності населення регіону; на 10,2 % зменшено число пролікованих хворих загалом, і на 9,2 % – у розрахунку на 10 тис. населення, що наочно свідчить про інтенсифікацію використання наявного ліжкового фонду; тотожне стосується й стаціонарів на дому, де на 11,5 %

зменшено число пролікованих хворих загалом, і на 10,5 % – у розрахунку на 10 тис. населення.

Таблиця 2.6 – Денні стаціонари в поліклініці та стаціонари вдома в Харківській області, 2021 р.

Територіальна громада	Денні стаціонари при амбулаторно-поліклінічних закладах				Стаціонари вдома	
	кількість ліжок	на 10 тис. населення	пролікова но хворих	на 10 тис. населення	пролікова но хворих	на 10 тис. населення
Богодухівський район	320	25,5	10325	823,0	8379	667,9
Ізюмський район	340	19,3	10007	568,4	9343	530,7
Красноградський район	262	26,9	8808	905,1	2737	281,3
Куп'янський район	264	19,7	8558	639,0	2442	182,4
Лозівський район	191	12,6	9264	609,8	5084	334,6
Харківський район	1308	7,5	46183	266,2	56091	323,3
Чугуївський район	403	7,5	14724	412,0	10092	508,8
ВСЬОГО	3349	12,8	117220	447,7	94177	359,7

Унаслідок спочатку аграрної, а згодом адміністративно-територіальної та медичної реформ продовжилось скорочення кількості ФАПів. До того ж, упродовж 2020–2021 рр. в Харківській області мали місце такі тенденції: на 7,4 % скоротилось загальне число звернень до ФАПів (табл. 2.7), хоча це жодним чином не позначилось на означеній величині у розрахунку на одного мешканця регіону; на 4,7 % менше стали відвідувати власне ФАПи, і на 15,7 % скоротили виклики фельдшерів ФАПів до пацієнтів вдома. Означене обумовлено як скороченням чисельності сільського населення, так і збереженням «традиції» самолікування та/або нехтування своїм здоров'ям (у т.ч. через масштабне збідніння).

Протягом майже 8 місяців від початку повномасштабної агресії з боку РФ на окупованих територіях Харківської області перебувало 23 заклади сфери охорони здоров'я, зокрема, 4 заклади обласного підпорядкування та 3 структурних підрозділи КНП ХОР «Обласний протитуберкульозний диспансер № 1»; 8 лікарень і територіально-медичних об'єднань у районах; 11 закладів амбулаторної допомоги та пункт здоров'я с. Макарове КНП «Центр ПМСД

Золочівської селищної ради». Саме тому відповідні ТГ ще більшою мірою почали потерпати не лише від обмеженого доступу до якісної ПМСД, а фактично були позбавлені такої можливості загалом. До того ж, ВПО стало значна кількість не лише населення (пацієнтів), а й лікарів (до речі, чимало сімейних лікарів зберегли контакт зі своїми пацієнтами й отримувати належне фінансування від НСЗУ). 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 ПМСД для населення ТГ.

Таблиця 2.7 – Діяльність ФАПів в Харківській області, 2021 р.

Територіальна громада	Кількість відвідувань			
	усього	на 1 мешканця	у т.ч.:	
			ФАП	вдома
Богодухівський район	256924	3,4	187747	69177
Ізюмський район	158922	2,3	122264	36658
Красноградський район	84208	1,4	62617	21591
Куп’янський район	159697	2,5	124784	34913
Лозівський район	141580	3,0	110451	31129
Харківський район	57478	0,5	46177	11301
Чугуївський район	120355	1,5	79003	41352
ВСЬОГО	979164	2,0	733043	246121

Зрештою, слід зазначити, що Харківська область має доволі розгалужену і дієву систему надання ПМСД, яка, з одного боку, була зміцнена за рахунок медичної реформи первинної ланки та цільового фінансування подолання негативних наслідків надзвичайної ситуації епідеміологічного характеру, а з іншого – послаблена унаслідок повномасштабної агресії РФ.

РОЗДІЛ 3
КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо покращання якості первинної медико-санітарної допомоги населенню

Передусім слід зазначити, що новим концептуальним підходом до публічного управління сферою охорони здоров'я є широке використання принципів тотального менеджменту якості ПМСД (Великобританія, Іспанія, Італія, США, Фінляндія, Швеція та більшість країн Центральної і Східної Європи) [63]. До таких принципів, зокрема, належать: солідарності, загальнодоступності надання медичної допомоги, фінансування розвитку сфери охорони здоров'я [66], загально-лікарської (сімейної) практики, пріоритетність розвитку системи ПМСД. Дотримання принципу конкурентного розміщення замовлень на конкурсній основі є провідним для ринку медичних послуг/допомоги [70].

Сучасні держави здебільшого у своїй політиці у сфері охорони здоров'я спираються на врахування динаміки потреб населення та технологічних викликів, з якими стикається сучасний світ, і запроваджують заходи, які утверджують пріоритетність здоров'я в системі публічної політики держави. Відтак у більшості західноєвропейських країн постійно зростає частка державного фінансування, що у середньому складає 6–8 % ВВП, а політичні лідери цих держав одразу після приходу до влади намагаються просунути (що пов'язано, почасти, з банальним популізмом) власну стратегію розвитку національної сфери охорони здоров'я [80].

ПМСД, на переконання ВООЗ, є одним з провідних інструментів досягнення стратегії «Здоров'я для всіх», тому що вона здійснює основну

функцію сфери охорони здоров’я і є її центральною ланкою, складає невід’ємну частину усебічного (соціального, економічного, політичного…) розвитку суспільства [58].

Для кращого розмежування фінансових потоків, які направляються з різних джерел (секторів ПМСД) і чіткого визначення організаційної форми навести такі поняття:

– державно-солідарне фінансування охорони здоров’я (держбюджет України, місцевий бюджет, загальнообов’язкове соціальне медичне страхування);

– приватно-солідарне фінансування охорони здоров’я – фінансове забезпечення застрахованим особам повної/часткової компенсації страховою компанією страхових виплат солідарно накопиченими коштами застрахованих осіб за надання лікувальними закладами охорони здоров’я, покриття яких передбачено договорами про добровільне медичне страхування (приватні страхові компанії, особисті кошти фізичних та юридичних осіб);

– приватно-солідарний сектор охорони здоров’я – сектор, де грошова компенсація витрат, пов’язаних з наданням ПМСД застрахованим особам, здійснюється страховими компаніями на підставі укладених раніше угод про добровільне медичне страхування;

– суспільно-солідарний сектор охорони здоров’я – некомерційні підприємства (громадські об’єднання), які добровільно створено з урахуванням єдності інтересів стейхолдерів, які взаємодіють у сфері охорони здоров’я (у т.ч. ПМСД) згідно із затвердженими медико-технологічними стандартами, які визначаються членськими комплексними медичними програмами;

– суспільно-солідарне фінансування сфери охорони здоров’я – фінансове забезпечення медичних послуг/допомоги в сфері охорони здоров’я солідарно накопиченими коштами членів громадських організацій, основними статутними напрямами діяльності яких є проведення оздоровчих і лікувальних заходів членам організації у рамках затверджених членських комплексних медичних програм, а також надання заходів сприяння розвитку сфери охорони здоров’я

(лікарняна каса, Червоний Хрест, громадські організації та фонди за підтримки охорони здоров’я, релігійні організації, добровільні пожертвування, місцеві збори на підтримку охорони здоров’я територіальної громади) [11].

Кожна держава в сучасному світі у забезпеченні якості ПМСД спирається на власні можливості, а тому й актуальні питання глобальної безпеки, передбачають не лише колективний, а й індивідуальний вимір. Аби гарантувати можливість розвитку сфери охорони здоров’я як структурної умови забезпечення міжнародної безпеки, кожна держава має володіти здатністю «істотно розширити власний життєвий простір», а це стане реальністю завдяки розвитку науки. Це дозволить вибудувати відповідний ресурсний потенціал у напрямі реалізації ефективної державної соціальної політики, спрямованої на зміцнення національної безпеки. Головним трендом для національних систем охорони здоров’я є забезпечення відповідного балансу між витратами на цю сферу, а також доступності якісних ПМСД. Відтак, корелятивно постає питання щодо скорочення фінансування урядами сфери охорони здоров’я і, водночас, забезпечення її всезагальної доступності для усіх верств населення. У більшості країн запроваджуються різні стратегії медичної реформи й забезпечення якості ПМСД інтересам і потребам населення [24].

У межах кожної країни спостерігається певна відмінність між якістю та доступом до ПМСД, що обумовлені різними соціальними, економічними й іншими факторами, які стосуються передусім ставлення населення до власного здоров’я, включаючи вживання тютюну й алкоголю, дієту і фізичну активність, а також психічними розладами, які, своєю чергою, соціально зумовлені стресами та відсутністю можливостей реалізації об’єктивних потреб [56]. Означене змушує кожну державу розробити власний регламентований зміст стратегічних завдань, які мають бути покладені в основу розвитку сфери охорони здоров’я і, відповідно, інструментарію їх реалізації, корелює з об’єктивними умовами суспільного розвитку та потребами населення [24].

Провідну роль на глобальному ринку медичних послуг/допомоги відіграє товарний та інноваційний сегмент, який слугує розширенню національних їх

ринків та спроможності їх інтеграції. На медичні послуги/допомоги у світі припадає 82,0 % глобального ринку охорони здоров'я, лікарські препарати займають 10,0 %, інновації – 5,0 %, медична техніка – 2,3 %, освітні послуги – 0,6 % [96]. Наявна суперечлива тенденція блокує вільну кореляцію певних її сегментів та їх представництво у межах національних сфер охорони здоров'я. Тобто світовий ринок медичних послуг/допомоги визначається інтересами як споживачів (пацієнтів), так і суб'єктів їх надання (ФОП / КНП ПМСД) [24], унаслідок має місце зростання обсягів ринків медичних послуг/допомоги в країнах з «гонорарним» принципом їх оплати (США, Франція), менший – з «подушним» принципом оплати (Великобританія) [96].

Надання медичної допомоги сімейними лікарями отримало в світі широке поширення і охопило такі країни як Австралія, Великобританія, Греція, Ізраїль, Індія, Іспанія, Канада, Нова Зеландія, Португалія, Сінгапур, Скандинавські країни. Високий інтерес до сімейного принципу надання ПМСД відзначається в Китаї і Японії. На Кубі за рахунок впровадження загально-лікарської практики на тлі тривалої соціально-економічної кризи була істотно знижена смертність населення. Разом з тим, подальший розвиток принципу загально-лікарської практики в Західній Європі відбувався в напрямі формування лікарських об'єднань (центрів), що мало місце в Нідерландах, Данії, окремих регіонах Великобританії, Фінляндії та Швеції. У Німеччині були створені крупні лікувально-профілактичні установи, в яких об'єднані ПМСД, діагностичні служби та спеціалізовані види допомоги. Тобто вектор розвитку був спрямований від загально-лікарських практик до формування поліклінічних установ. На цьому тлі ситуація, що склалася в окремих країнах Центральної та Східної Європи, починаючи з середини 1990-х рр., прагнули перепрофілювати значне число поліклінічних фахівців в індивідуально працюючих лікарів загальної практики, різко контрастувала з загальними тенденціями. У ряді країн пішли шляхом створення, «денних» клінік, в яких пацієнти із загальними симптомами проходять повне обстеження за один день [44]. Для розвитку

ПМСД в сільській місцевості, уряди спрямовують свої комплексні зусилля на пошуки нових форм медичного обслуговування селян [71].

Цікавим є досвід надання окремих країн (Польща, США) у сфері ПМСД:

– амбулаторна допомога (діагностична, що включає 22 діагностичні процедури медичної візуалізації);

– амбулаторна допомога (консультація лікарів, діагностичні обстеження) забезпечуються за кошти закладу охорони здоров'я;

– амбулаторна допомога (хірургічна), що включає близько 50 видів інвазійних процедур, які можуть виконуватись амбулаторно;

– амбулаторні послуги для пацієнтів;

– лікування хронічних захворювань;

– оздоровлення;

– первинна допомога (базова медична й діагностична допомога, здоров'я матері та дитини, шкільна медична допомога, профілактика інфекційних захворювань);

– пропаганда здорового способу життя;

– профілактика [86].

На особливу увагу заслуговують запроваджені в Німеччині стандарти якості лікування та догляду (включаючи довгостроковий догляд) при найбільш поширених розладах здоров'я, які вимагають ПМСД, що тим сам дозволило суттєво підвищити їх якість. Це також призвело до посилення конкуренції між закладами охорони здоров'я, лікарями та страховими компаніями щодо надання якісних медичних послуг, а отже, сприяло економії коштів [24].

У США ПМСД, як правило, надається приватно-практикуючими сімейними лікарями, які працюють або самостійно, або в складі груп. Сімейні лікарі складають одну третину від загальної кількості лікарів в країні. Більшість приватно-практикуючих лікарів ПМСД зайняті в невеликих клініках, штат яких не перевищує 5 осіб. Пацієнти мають право вільного вибору лікаря у рамках мережі зареєстрованих постачальників послуг. Для отримання послуг фахівця попередні відвідини сімейного лікаря в більшості випадків не потрібно. Лікарі-

фахівці можуть поєднувати індивідуальну практику й роботу в лікарнях [14]. Зважаючи на її особливості (зокрема, неможливість її зберігання), надавачі ПМСД (лікарі…) беруть плату і з тих, хто не з'явився на прийом, оскільки вартісна значимість послуги існувала якраз у момент неявки пацієнта [54].

У Норвегії на муніципалітети покладено відповідальність за ПМСД [58]. Для покращання співпраці між організаціями, що працюють у сфері охорони здоров'я, більшість муніципалітетів (75 %) створили центри медичного обслуговування на певних територіях [94]. Жителі району закріплені за дільничними сімейними лікарями, які займаються наданням ПМСД, направленням хворих на обстеження і оперативне лікування [58].

Медичні послуги/допомога у Великобританії поділяються на первинні (передбачають щоденну ПМСД, яка надається лікарями загальної практики, амбулаторними хірургічними відділеннями, стоматологічними та офтальмологічними кабінетами) і вторинні (передбачають спеціалізовані медичні послуги), що надають відповідні локальні підрозділи NHS «трастами», які безпосередньо підпорядковуються регіональним стратегічним управлінням охороною здоров'я. Залежно від сфери діяльності всі трасти системи охорони здоров'я поділяються на кілька груп. Основна з них – це трасти первинної ланки, що займаються наданням ПМСД та організацією громадського здоров'я [19]. Трасти ПМСД надають невідкладну допомогу пацієнтам, залучаючи структури державного та приватного сектору, безпосередньо організовують заходи первинної та вторинної профілактики, а також контролюють локальну епідеміологічну ситуацію та вакцинацію населення [8]. Саме на трасти покладається реалізація основних загальнонаціональних пріоритетів у сфері охорони здоров'я, що дозволило їм зайняти провідні позиції у національному рейтингу ефективності серед сервісних інституцій [24].

Діяльність трастів у сфері охорони здоров'я також має свою функціональну спрямованість, а саме:

– у сфері психічного здоров'я забезпечують високу якість їх надання та раціональне витрачання коштів;

– трасти NHS є роботодавцями переважної більшості персоналу сфери охорони здоров’я, вони забезпечують управління роботою госпіталів, відповідають за спеціальні медичні послуги/допомогу;

– трасти забезпечення одночасно працюють в сфері охороні здоров’я та в соціальній сфері, забезпечуючи впровадження відповідних медичних програм, і передбачають плідну співпрацю з NHS та органами муніципальної влади;

– трасти невідкладної допомоги складаються із лікарів швидкої допомоги, пологових будинків, рентген-діагностичних лабораторій, які забезпечують функціонування закладів охорони здоров’я нетривалої ПМСД;

– трасти психічного здоров’я організовують і контролюють проведення психологічного лікування, медичної підтримки та навчання пацієнтів з серйозними проблемами у сфері психічного здоров’я;

– трасти швидкої медичної допомоги складаються із 30 станцій, кожна з них керує окремим трастом, який відповідає за доставку пацієнтів у певний заклад охорони здоров’я [40].

Більшість трастів-лідерів мають можливість вийти з-під контролю NHS і отримати статус самостійної організації [51], що свідчить про певну автономність всіх госпіталів, які входять у певний траст, завдяки чому вони отримують «самостійне право» на використання власних ресурсів, а їх пацієнти – безкоштовне лікування. Державі належить мінімальний контроль за закладами охорони здоров’я, оскільки юридично вони перебувають у виключному протектораті ТГ. Така модель охорони здоров’я показує відповідність потребам і пріоритетам загальнонаціональних стратегій розвитку сфери охорони здоров’я [41].

З 1985 р. глобальна організація The International Society for Quality in Health Care працює у сфері контролю якості ПМСД і покликана покращити ефективність та безпеку пацієнтів у різних країнах шляхом обміну знаннями щодо проведення зовнішніх оцінок роботи закладів сфери охорони здоров’я [82]. Для посилення об’єктивності її функціональної ролі оцінки якості ПМСД у більшості держав ЄС діє відкрита її система, як-от «Європейський індекс

споживачів ПМСД» [42]. Необхідно врахувати провідний міжнародний досвід для підвищення доступності ПМСД в Україні доцільно розробити й затвердити Урядову програму «Доступна первинна медико-соціальна допомога», який має передбачати стандартизацію ПМСД стосовно кожного захворювання та гарантоване державне фінансування за умови, якщо стандартні ПМСД надаватимуться пацієнтам, які є представниками малозабезпечених верств населення. При цьому варто враховувати і той факт, що ПМСД має чітко корелювати із конкретним захворюванням конкретного пацієнта, і забезпечити необхідне лікування за медичними показниками. До того ж, доцільно створити єдину систему надання ПМСД. Варіантом виходу з кризової ситуації в сфері охорони здоров'я України має стати розроблення «Концепції довгострокового розвитку охорони здоров'я до 2030 року», яка передусім має сприяти комплексному вирішенню нагальних проблем вітчизняної сфери охорони здоров'я (у т.ч. в умовах кризи) [24] і повинна сприяти вирішенню низки функціональних завдань у сфері забезпечення якості ПМСД [76].

У комплексній боротьбі з несправедливістю в сфері охорони здоров'я, крім заходів, спрямованих на покращання управління на місцевому й національному рівнях, потребує вдосконалення механізм глобального управління. Формування системи охорони здоров'я кожної країни залежить передовсім від її національних пріоритетів і політичної волі керівництва. 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. Одночасно умови міжнародної співпраці залежать від соціальних, економічних чинників, що позначаються на розбудові ресурсної спроможності національної сфери охорони здоров'я, значною мірою обумовлені й політичними чинниками [62].

ПМСД є основою та «базовою платформою» системи надання медичної допомоги в сучасних умовах, що визнано у всіх розвинутих країнах світу. Вона включає у себе такі заходи: профілактика, діагностика, лікування захворювань і патологічних станів, спостереження за перебігом вагітності, формування

здорового способу життя, медична реабілітація пацієнтів, медична просвіта населення ТГ.

Отож, в провідних країнах світу накопичено чималий передовий світовий досвід щодо покращання якості та підвищення доступності ПМСД. Проте не варто його «сліпо копіювати», оскільки Україна та інші країни відрізняються політичною, економічною, соціальною та іншими факторами, що, зрештою, може стати визначальними чинниками успіху/невдачі адаптації кращих практик задля забезпечення подальшого розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я як запоруки покращання здоров'я населення.

3.2 Реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямами для подальшого покращання якості первинної медико-санітарної допомоги населенню

Модель публічної політики у сфері охорони здоров'я має включати три основні напрями:

– ідеологічний – пропаганда гігієни та здорового способу життя (зокрема, боротьба з такими шкідливими звичками як алкоголізм, наркоманія, паління),а також піднесення престижу медичної професії;

– законодавчий – чітке визначення права та відповідальність різних рівнів влади у забезпеченні здоров'я населення;

– економіко-адміністративний – передбачає реформу організації та фінансування охорони здоров'я, підтримку вітчизняних виробників медичної техніки та лікарських препаратів, посилення екологічного контролю і т.д. [80].

«Концепція довгострокового розвитку охорони здоров'я до 2030 року», має бути оптимізаційною умовою виходу цієї сфери із кризового стану:

1) розроблення стандартів охорони здоров'я, що безпосередньо включає:

– модернізацію системи медичної освіти як стратегічної умови реалізації успішної кадрової політики у сфері охорони здоров'я;

– модернізація інфраструктури сфери охорони здоров’я та системи її фінансування;

– напрацювання стандартів ПМСД і створення органу регулювання процесів стандартизації у сфері охорони здоров’я;

– підвищення доступності високоякісних ПМСД;

2) інноваційно-технологічне забезпечення КНП:

– запровадження єдиної інформаційної системи у цій сфері;

– запровадження нових стандартів діяльності інституцій охорони здоров’я;

– перехід на єдине джерело фінансування КНП за допомогою уповноважених органів публічного управління;

3) посилення регіональної автономії КНП і контролю за якістю ПМСД, що передбачає:

– більш ретельний контроль за якістю надання ПМСД;

– збільшення чисельності високотехнологічних центрів ПМСД у регіонах;

– підвищення фінансової й організаційної незалежності регіональних сфери охорони здоров’я;

– сприяння широкому впровадженню сучасних інформаційно-комунікативних технологій у розвиток системи охорони здоров’я [75].

Основними напрямами удосконалення організації надання ПМСД є:

– розвиток ПМСД на базі системи регіональної охорони здоров’я;

– розвиток амбулаторно-поліклінічних закладів;

– перенесення відповідних обсягів ПМСД із стаціонарного сектора в амбулаторний;

– створення (розбудова) денних стаціонарів і стаціонарів вдома [61];

– посилення національних і регіональні заходів по зменшенню негативних ефектів інфекційних і неінфекційних захворювань [62];

– розвиток приватної медицини [6];

– забезпечення належної якості ПМСД;

– розбудова ресурсного потенціалу ПМСД.

Запорукою успіху за вищенаведеними пріоритетними напрямами має стати комплекс заходів, які мають бути реалізовані як на національному, так і на регіональному (у т.ч. Харківської області) рівнях. Найбільш важливі з них:

– залучення міжнародної технічної допомоги;

– адаптування національних підходів до міжнародних вимог [7];

– необхідність зміни пріоритетів стосовно основних напрямів публічного управління у сфері охорони здоров'я [43];

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

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

– запровадження керованості ПМСД мешканцям сімейно-територіальної дільниці з боку фахівців СМ, профілактичної спрямованості в їх діяльності, стандартизації та доказовості професійних втручань на основі локальних клінічних протоколів ПМСД при конкретних захворюваннях і державної формулярної системи лікарських засобів, ефективність яких доказана на великій кількості міжнародних клінічних спостережень [83];

– медична реформа (реструктуризація сфери охорони здоров'я) передбачає зміну примату лікарняної системи надання ПМСД на діагностично-відновлювальні принципи охорони здоров'я шляхом запровадження донозологічного моніторингу рівнів здоров'я населення та створення необхідної інфраструктури (центри діагностики, професійного здоров'я, відновлювальної медицини) [78];

– забезпечення керованості ПМСД конкретному пацієнтові з боку сімейного лікаря, її профілактична спрямованість, стандартизація і доказовість його професійних дій;

– забезпечення підтримки та реалізації політичного механізму державного управління розвитком ПМСД на засадах РМ, визначеного законами України;

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

– модернізація системи контролю, яка замінюється на професійний аудит, що є внутрішнім і зовнішнім. Професійний аудит на відміну від звичайного контролю спрямовується не на виявлення недоліків роботи окремого сімейного лікаря, а на виявлення проблемних ланок системи надання первинної медичної допомоги, недоліків у технології лікувально-профілактичної роботи. До проведення внутрішнього аудиту залучаються кращі фахівці (колеги по роботі, медичні асоціації, профспілкові активісти, представники адміністрації), які самі надають подібну медичну допомогу в таких же умовах. Внутрішній аудит: включає не лише експертизу надання медичної допомоги на конкретному робочому місці сімейного лікаря, але й вивчає задоволеність пацієнтів взаємодією з системою ПМСД; аналізує показники, що характеризують якість і ефективність первинно медичної допомоги; виявляє причини, які призводять до лікарських помилок, і сприяє їх усуненню; розробляє рекомендації щодо попередження помилок і недоліків в роботі окремих фахівців і цілих підрозділів закладу охорони здоров’я ПМСД; вибирає найраціональніші управлінські рішення і проводить корекцію заходів, спрямованих на підвищення ефективності роботи, а також контролює їх реалізацію;

– створення індивідуальних програм безперервного професійного розвитку родинних лікарів і медичних сестер та їх реалізації з урахуванням якості підготовки з різних розділів медичної науки та практики охорони здоров’я на додипломному і післядипломному етапах згідно з кваліфікаційною характеристикою лікаря за спеціальністю «загальна практика – сімейна

медицина» і конкретних завдань поліпрофільної професійної діяльності у закладі ПМСД;

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

– структурно-організаційне й фінансово-економічне розмежування функцій та ресурсів закладів ПМСД й лікарняних закладів з поступовим збільшенням фінансування закладів СМ [13];

– формування системи управління, її функціонування, координація і регулювання діяльності всіх учасників процесу надання медичної допомоги;

– контроль і аналіз обсягу і якості послуг, що надаються, а також ефективності використання наявних ресурсів, облік і звітність;

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

– розвиток системи управління якістю та доступністю ПМСД;

– підготовка фахівців у сфері охорони здоров'я;

– будівництво високоспеціалізованих центрів та університетських клінік і реорганізацію системи надання екстреної медичної допомоги [90];

– встановлення стратегічної й поточної величини заробітної плати медпрацівникам, ґрунтуючись на сучасну вартість медичних послуг, спираючись на досвід високорозвинених країн, з визначенням мінімального початкового рівня оплати праці, здатного вивести трудову мотивацію медпрацівників з існуючої «фінансової ями» на гарантований рівень якісної діяльності [23];

– запровадження практики покращання координації діяльності уповноважених органів державної влади, органів місцевого самоврядування,

підприємницького співтовариства й інституцій громадянського суспільства у напрямі забезпечення ефективності/результативності охорони здоров'я [99];

– організація керованої ПМСД з використанням інституту СМ [66];

– запровадження єдиних стандартів надання ПМСД незалежно від певних відмінностей, які визначаються децентралізаційними можливостями. Єдина та чітко стандартизована політика модернізації сфери охорони здоров'я покликана слугувати мобілізації її ресурсного потенціалу для забезпечення належних організаційних змін і позитивного мультиплексного ефекту. Щодо кожного захворювання слід розробити та затвердити стандарти надання ПМСД, з переліком лікувально-діагностичних процедур і мінімальних вимог до умов її надання [24];

– пріоритетність системи охорони здоров'я в структурі реалізації публічної політики, як реальний технологічний фактор, а не декларативний постулат, на основі якого відбувається розрахунок збалансованого інноваційного та соціального розвитку сервісної держави, яка здатна здійснити якісний прорив лише за умови особливої артикуляції антропоцентричної ролі здоров'я людини та створення відповідного ресурсного забезпечення для цього;

– розширення фінансування бюджетної системи охорони здоров'я та водночас запровадження жорсткого контролю з боку уповноважених органів публічного управління за ефективністю/результативністю використання виділених коштів з метою забезпечення соціальної рівності у суспільстві [12];

– розробка та прийняття законодавчих актів щодо особливостей діяльності КНП та технології надання медичних послуг [32];

– запровадження системи екстреної медичної допомоги та створення й впорядкування нормативної бази відповідних підзаконних актів [10];

– запровадження оптимальної моделі охорони здоров'я в умовах кризи, яка передбачатиме залучення незалежного експертного середовища до процесу концептуального забезпечення медичної реформи;

– використання міждисциплінарного підходу дозволяє створити вузько індивідуалізований підхід до кожного пацієнта, завдяки чому відповідні

інструменти збереження здоров’я населення слугуватимуть і попереджанню відповідних захворювань;

– розроблення чітких механізмів реалізації та умови отримання населенням державних гарантій надання безоплатної ПМСД з використанням процедурного й технологічного забезпечення населення [24];

– визначення відповідальних осіб за формування політики та прийняття рішень, та ініціювання встановлення з ними відносин, стаючи пріоритетним джерелом пропозицій та інформації;

– визначення, яким чином нові стандарти ПМСД вплинуть на їх якість;

– обґрунтування доцільності внесення змін у стандарти ПМСД, виходячи з урахування певних викликів і ситуацій, які її увиразнюють, з метою підвищення показників якості ПМСД [69];

– за умови збереження створених 32 ЦПМСД, як самостійних юридичних осіб – сприяння в районах і містах обласного значення укладанню договорів між центрами та органами місцевого самоврядування об’єднаних й інших ТГ на проведення медичного обслуговування жителів конкретних населених пунктів і територій із оплатою за рахунок коштів місцевих бюджетів;

– забезпечення ефективної взаємодії 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 і безперервних медичних послуг;

– забезпечення переходу від пасивного бюджетування ПМСД до закупівлі органами місцевого самоврядування медичних послуг для гарантованого забезпечення членів ТГ;

– забезпечення справедливого фінансування ПМСД і підвищення рівня оплати праці медичного персоналу;

– забезпечення фінансової доступності до медикаментом для соціально вразливих верств населення;

– забезпечення пріоритетів профілактичного напряму в діяльності ПМСД;

– збереження можливості для інших лікарів залишитися у складі ЦПМСД із провадженням групової медичної практики на підставі наявної у центра ПМСД ліцензії;

– здійснення серйозної структурної та якісної модернізації системи організації та управління ПМСД, основних засад її фінансування;

– контроль за підвищенням відповідальності керівників закладів охорони здоров'я всіх рівнів ПМСД щодо впровадження ефективного менеджменту, формуванням реальних фінансових планів діяльності підприємств, своєчасного вирішення кадрових питань, а також питань соціального захисту та безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я;

– оптимізація мережі закладів охорони здоров'я за результатами спільного обговорення власниками КНП, представниками галузевої профспілки та керівниками закладів охорони здоров'я;

– організація надання ПМСД громадянам з метою її наближення до місця проживання, місця роботи чи навчання здійснюється за територіально-дільничним принципом, який передбачає формування груп населення, що обслуговується, за місцем проживання, з урахуванням можливості власного вибору громадянином лікаря та медичної установи;

– переорієнтування основних акцентів на зміни в організації діяльності ПМСД і засади її фінансування, а також на довгострокові програми з формування здорового способу життя населення, профілактичну спрямованість діяльності закладів охорони здоров'я ПМСД, впровадження механізмів більш раннього виявлення захворювань і недопущення «переходу» захворювань до стадії, що передбачають госпіталізацію;

– перетворення ЦПМСД як юридичних осіб із бюджетних установ у КНП, що дозволить при укладанні договорів із органами місцевого самоврядування на проведення медичного обслуговування отримувати оплату за надані ПМСД;

– поетапне впровадження справедливого фінансування ПМСД із переходом на «капітаційний» (за конкретною кількістю жителів, що

обслуговуються) метод оплати праці сімейних лікарів – лікарів загальної практики із підвищенням рівня оплати праці медперсоналу;

– поліпшення оснащення та матеріально-технічної бази об’єктів ПМСД;

– реалізація можливості для бажаючих лікарів загальної практики – сімейних лікарів, що працюють у складі ЦПМСД, отримувати ліцензії на провадження індивідуальної медичної практики для роботи на території з обслуговування прикріпленого населення, у т.ч. у якості фізичної особи-підприємця із виходом із ЦПМСД;

– реалізація публічної 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;

– розвиток інформаційних технологій;

– спостереження за пацієнтами з виявленими захворюваннями і високими ризиками захворювань, що є основною причиною смертності населення, у т.ч. хворих із високим ризиком серцево-судинних захворювань;

– спостереження пацієнтів з виявленими захворюваннями та високими ризиками захворювань, що є основною причиною смертності населення, у т.ч. хворих з високим ризиком серцево-судинних захворювань;

– створення умов для перспективного професійного зростання управлінського та медичного персоналу;

– стимулювання розроблення і впровадження сучасних методів лікування на основі медичних протоколів;

– удосконалення принципів взаємодії зі стаціонарними установами другого та третього рівнів і підрозділами екстреної медичної допомоги;

– сприяння закладам охорони здоров’я у питаннях досягнення фінансової, кадрової та ресурсної спроможності КНП відповідно до потреб територіального населення в обсягах і видах ПМСД.

Таким чином, реалізація комплексу вищенаведених заходів за пріоритетними напрямами спроможно істотною мірою покращити не лише якість ПМСД як запоруки збереження здоров’я населення, а й забезпечити розбудову системи надання ПМСД.

ВИСНОВКИ

1. З’ясування сутність якості ПМСД населенню – здебільшого суб’єктивне ставлення стейкхолдерів (пацієнтів, лікарів/медперсоналу, керівників КНП/ДУ, уповноважених органів публічного управління розвитком сфери охорони здоров’я населення) щодо кількісних і якісних параметрів надання ПМСД – дозволило охарактеризувати її суспільну значущість, а з тим – необхідність публічного управління – цілеспрямований вплив уповноважених органів публічної влади на сферу охорони здоров’я задля покращання якості ПМСД як запоруки покращання здоров’я населення.

2. Дослідження діючих механізми публічного управління якістю ПМСД населенню – система стратегічних і тактичних цілей державної соціально-економічної політики, методів, засад, принципів, інструментів, функціональних підсистем (цільової, забезпечувальної, оцінювальної), за допомогою яких здійснюється корегування взаємодії суб’єктів інституційної структури охорони здоров’я населення для досягнення соціально значущих результатів діяльності її суб’єктів (покращання якості ПМСД). Суб’єкти публічного управління якістю ПМСД (Президент України, МОЗ, НСЗУ, уповноважені місцеві органи публічної влади) використовують у межах загальновизнаних механізмів (адміністративного, економічні, організаційні, правові, соціально-психологічні) необхідні засоби впливу.

3. За результатами оцінки результатів публічного управління якістю ПМСД населенню виявлено таке: 1,7 тис. лікарняних закладів і 10,4 тис. лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів надають ПМСД; на їх функціонування виділяється лише 5 % консолідовано бюджету; у структурі ПМСД в амбулаторних умовах 32 % припадало на допомогу хворим дорослим, 20 % – хворим дітям, 32 % – на профілактичне обстеження дітей і 16 % – обстеження дорослим; 60–70 % викликів були «активними» і 30–40 % –

«пасивними»; потреби в амбулаторній терапевтичній і спеціалізованій консультативній допомозі не задовольняються в середньому на 47,0 %, у реабілітаційному поліклінічному лікуванні – на 81,0 %, в організації стаціонарів удома – на 71,1 %; оцінка рівня якості ПМСД обернено прямо пропорційна освіті респондентів, натомість незалежно від їхньої статі та соціальної приналежності; на особливе занепокоєння викликає істотне скорочення мережі закладів охорони здоров'я в сільській місцевості, зокрема, амбулаторій та ФАПів (відповідно, на 35,4 і 12,4 %); лише в Харківській області введено в експлуатацію 21 новозбудовану амбулаторію з житлом для сімейного лікаря; укомплектованість штатних посад фізичними особами у діючих 32 центрах ПМСД складає 75,8 %, тоді як сільських лікарських амбулаторій – 66,3 %; за час реалізації національної кампанії «Лікар для кожної сім'ї» в Харківській області підписано з лікарями первинної ланки понад 2,2 млн декларацій, охоплено майже 84,0 % населення області; усі надавачі ПМСД уклали договори на фінансування з НСЗУ; Харківська область має доволі розгалужену і дієву систему надання ПМСД, яка, з одного боку, була зміцнена за рахунок медичної реформи первинної ланки та цільового фінансування подолання негативних наслідків надзвичайної ситуації епідеміологічного характеру, а з іншого – послаблена унаслідок повномасштабної агресії РФ.

4. Виокремлено для подальшої адаптації до умов Україні такий передовий світовий досвід покращання якості ПМСД: використання принципів тотального менеджменту якості ПМСД (Великобританія, Іспанія, Італія, США, Фінляндія, Швеція та більшість країн Центральної і Східної Європи); запровадження «гонорарного» принципу оплати праці лікарів і медперсоналу (США, Франція); перехід від загально-лікарських практик до формування поліклінічних установ ПМСД; запровадження стандартів якості лікування та догляду (Німеччина); поєднання лікарями індивідуальної практики й роботи в лікарнях (США); покладення відповідальності за ПМСД на муніципалітети (Норвегія); створення трастової системи охорони здоров'я, де надання ПМСД є функцією закладів

цієї сфери первинної ланки Великобританія); покращання ефективності та безпеки пацієнтів і лікарів (розвинуті країни світу).

5. Запропоновано комплекс заходів за пріоритетними напрямами для подальшого покращання якості ПМСД населенню: розвиток ПМСД на базі системи регіональної охорони здоров'я; розвиток амбулаторно-поліклінічних закладів; перенесення відповідних обсягів ПМСД із стаціонарного сектора в амбулаторний; створення (розбудова) денних стаціонарів і стаціонарів вдома; посилення національних і регіональні заходів по зменшенню негативних ефектів інфекційних і неінфекційних захворювань; розвиток приватної медицини; забезпечення належної якості ПМСД; розбудова ресурсного потенціалу ПМСД.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Авраменко Н.В. Система державного регулювання охорони здоров'я. *Економіка та держава*. 2011. № 2. С. 145–148.

2. Авраменко Т. Державне управління охороною здоров'я в умовах медико-демографічних змін (архетипова складова). *Публічне управління: теорія та практика*. 2013. Спец. вип. С. 183–192.

3. Аль Каравані Б.Т. Маркетингове дослідження якості медичних послуг. *Маркетинг і менеджмент інновацій*. 2014. № 1. С. 124–131.

4. Артюхіна М., Кратт О. Сутність поняття «медична послуга» з позицій маркетингу. *Економічний аналіз*. 2012. Т. 10. С. 194–196.

5. Артюхіна М.В. Маркетингова діяльність закладів охорони здоров'я в умовах реформування галузі. *Економічний вісник Донбасу*. 2011. № 2. С. 135–137.

6. Байрак А.О. Структурні складові механізму активізації приватного медичного сектору. *Наукові праці Донецького національного технічного університету. (Серія: Економічна)*. 2019. № 2. С. 170–177.

7. Бахтеєва Т. Медицина – не та галузь, що може почекати до «кращих» часів. *Ваше здоров'я*. 2009. 29 травня. С. 3–4.

8. Берлінець І.А. Удосконалення державного регулювання надання медичної реабілітаційної допомоги і послуг в Україні: дис. … к.держ.упр.: 25.00.02. Запоріжжя, 2020. 217 с.

9. Вашев О.Є., Мазурок О.В. Розвиток муніципальної медицини як складова реформування системи охорони здоров'я. *Теорія та практика державного управління*. 2015. Вип. 1. С. 101–106.

10. Вашев О.Є., Рогова О.Г., Пустовойт Т.Б. Сучасні правові механізми реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я та проблеми формування галузі медичного права. *Теорія та практика державного управління*: зб. наук. пр. Харків: Вид-во ХарРІ НАДУ «Магістр», 2014. Вип. 4. С. 197–204.

11. 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.

12. Горемикіна Ю.В. Формалізація даних та методичні підходи у контексті оцінки ефективності соціальних послуг. *Механізм регулювання економіки*. 2012. № 1. С. 188–195.

13. Грицко Р. Сімейний лікар – центральний суб'єкт реалізації механізмів державного регулювання первинної медичної допомоги. *Актуальні проблеми державного управління*. 2012. Вип. 2. С. 132–135.

14. Державна служба статистики України. Офіційний сайт. URL: http://www.ukrstat.gov.ua. (дата звернення: 01.12.2022).

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

16. Дутко Н.Г. Напрями розвитку державно-приватного партнерства: галузь охорони здоров'я. *Економіка та держава*. 2011. № 1. С. 105–108.

17. Дуфинець В.А., Грузєва Т.С. Оцінка пацієнтами приватного офтальмологічного закладу якості медичної допомоги. *Україна. Здоров'я нації*. 2016. № 3. С. 65–69.

18. Єгупова Л.О. Аналітичне забезпечення формування та виконання кошторису закладу охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2019. № 11. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/efek_2019_11_85 (дата звернення: 01.12.2022)

19. Загальні відомості про англійську охорону здоров'я. URL: andros.ru/us_cure_1.html (дата звернення: 08.12.2022)

20. Заремба Є.Х, Грицко Р.Ю., Кияк Ю.Г., Лемішко Б.Б., Заремба-Федчишин О.В., Заремба О.В. Основний напрямок роботи фахівців сімейної медицини – профілактика. *Практичний лікар*. 2017. Т. 6. № 4. С. 5–10.

21. Зацна Л.Я., Івашків Т.І. Маркетинг медичних послуг та особливості розвитку ринку медичних установ в умовах трансформації економіки. *Экономика Крыма*. 2013. № 1. С. 363–367.

22. Іванова Л.О., Вовчанська О.М. Полікритеріальна маркетингова діагностика ринку приватних медичних послуг в Україні. *Науковий вісник*

Львівського національного університету ветеринарної медицини та біотехнологій імені С.З. Ґжицького. (Серія: Економічні науки). 2017. Т. 19. № 81. С. 16–25.

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

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

25. Коваленко О.О. Забезпечення стандартами та соціальними нормативами сфери охорони здоров'я в Україні. *Публічне управління: ціннісні орієнтири, стандарти якості та оцінки ефективності*: матеріали всеукр. наук.-прак. конф. за міжнар. уч., 26 травня 2017 р.: у 5 ч. Київ: Вид-во НАДУ, 2017. Ч. 4. С. 52–54.

26. Конституція України: прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. Київ: Преса України, 1997. 80 с.

27. Котляревський Ю.О. Організаційно-економічний механізм державного регулювання якості медичних послуг в Україні: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2009. 18 с.

28. Котляревський Ю.О. Складові забезпечення якості медичних послуг в умовах трансформаційних перетворень в системі охорони здоров'я. *Теорія та практика державного управління*: зб. наук. пр. Харків: Вид-во ХарРІ НАДУ «Магістр», 2008. № 4. С. 306–311.

29. 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.

30. Круть А.Г., Горачук В.В. Перспективи використання стандартів на системи управління якістю в закладах охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації хорони здоров'я України*. 2019. № 3. С. 38–43.

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

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

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

34. Маковій В.П. Співвідношення публічного та приватного інтересу у сфері надання медичних послуг за програмою медичних гарантій. *Науково-інформаційний вісник Івано-Франківського університету права імені Короля Данила Галицького. (Серія: Право)*. 2020. № 10. С. 118–124.

35. Матюха Л.Ф. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні: автореф. дис. ... д.мед.н.: 14.02.03, 14.01.38. Київ, 2011. 40 с.

36. Мельник П.С., Дзюба О.М., Кудренко М.В., Русняк В.А. Наукова діяльність ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ». *Україна. Здоров'я нації*. 2016. № 4. С. 7–11.

37. 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: 29.11.2022)

38. Мєзєнцева 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.

39. Міністерство охорони здоров'я України. Офіційний сайт. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal (дата звернення: 01.12.2022)

40. Охорона здоров'я Англії: погляд економістів. URL: narcom.ru/publ/info/574. (дата звернення: 08.12.2022)

41. Охорона здоров'я у Великобританії. URL: sunhome.ru/journal/117026. (дата звернення: 08.12.2022)

42. Оценка зарубежных систем здравоохранения: частные мнения и индекс потребителей медицинских услуг. *Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения*. 2008. № 2. С. 23–26.

43. Пашков В. Державне регулювання діяльності в галузі охорони здоров'я. URL: http://www.apteka.ua/article/3256 (дата звернення: 08.12.2022)

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

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

46. Прасол В.П. Механізми публічного управління розвитком недержавного сектора охорони суспільного здоров'я в Україні: дис. … к.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2021. 194 с.

47. Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України від 06 лютого 2018 р. № 178/24. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show (дата звернення: 01.12.2022).

48. Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020». Указ Президента України від 12 січня 2015 р. № 5/2015. URL: http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show (дата звернення: 01.12.2022)

49. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. URL: https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249626689 (дата звернення: 08.12.2022)

50. Про утворення Національної служби здоров'я України. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show. (дата звернення: 08.12.2022)

51. Система охорони здоров'я Англії повинна бути принципово реформована. URL: medlinks.ru/article.php?sid=34138. (дата звернення: 08.12.2022)

52. Системи управління якістю. EN ISO 9001:2015 у сфері охорони здоров'я. URL: http://shop.uas.org.ua/ua/katalog-normativnih-dokumentiv/... (дата звернення: 05.12.2022).

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

54. Тогунов І.А. Лікар і пацієнт медичних послуг обласний фонд обов'язкового медичного страхування. URL: www.marketing.spb.ru. (дата звернення: 08.12.2022)

55. 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.

56. Тульчинский Т.Х., Варавикова Е.А. Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку. Иерусалим: Amutah fo, 2015.

57. Устінов О. Програма Президента України щодо реформування медичної галузі. URL: http://www.apteka.ua/articl/46416. (дата звернення: 08.12.2022)

58. 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.

59. Фуртак І.І. Механізми державного управління у сфері охорони здоров'я в контексті європейської інтеграції України: автореф. дис. … к.держ.упр.: 25.00.02. Львів, 2010. 22 с.

60. Хвисюк О.М., Сердюк О.І., Короп О.А., Рогожин Б.А., Новікова В.А. Особливості діяльності органів місцевого самоврядування та закладів охорони здоров'я в умовах моделі медичного страхування. *Проблеми безперервної медичної освіти та науки*. 2018. № 4. С. 5–9.

61. Хобзей М.К. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи надання первинної медико-санітарної допомоги (на прикладі Львівської області): автореф. дис. ... д.мед.н.: 14.02.03. Київ, 2010. 31 с.

62. 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.

63. Худошина О.В. Державне регулювання ліцензування господарської діяльності з медичної практики в Україні: дис. … к.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2020. 214 с.

64. Цілі сталого розвитку: Україна. Національна доповідь. 2017. URL: http://www.idss.org.ua/monografii/2017_SDGs_NationalReport.pdf. (дата звернення: 01.12.2022).

65. Чехун І.А. Надання платних медичних послуг: цивільно-правові аспекти. *Часопис Київського університету права*. 2010. № 2. С. 213–216.

66. 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.

67. 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.

68. Шипунов Д.А., Савинов В.И., Попова Е.Г., Задорин В.Ф. Стандартизация качества медицинской помощи как целевой метод управления в здравоохранении. *Главврач*. 2016. № 11. С. 33–37.

69. Шомникова А.В. Ринок медичних послуг: проблеми ефективного використання маркетингових досліджень. *Наукові праці НДФІ*. 2009. № 2. С. 131–136.

70. 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.

71. Юристовська Н. Зарубіжний досвід державного забезпечення рівноправності у доступі до медичних послуг сільського населення у процесі реформування системи охорони здоров’я. *Ефективність державного управління*. 2017. Вип. 3. Ч. 1. С. 192–199.

72. Яремчук О.В. Удосконалення державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні: дис. … к.держ.упр.: 25.00.02. Запоріжжя, 2020. 208 с.

73. Ash T. et al. The struggle for Ukraine. Chatham house report. London: The Royal Institute of International Affairs. 2017.

74. Bennett S. et al. What must be done to enhance capacity for health systems research? Geneva: World Health Organization, 2010.

75. 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 on behalf of the European Observatory ohms and Policies*. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf (дата звернення: 08.12.2022)

76. Eurostat. Statistics database. 2017. URL: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/ portal/page/portal/eurostat/home/ (дата звернення: 01.12.2022)

77. George A. Setting implementation research priorities to reduce preterm births and stillbirths at the community level. 2011. URL: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000380 (дата звернення: 01.12.2022)

78. Ghaffar A. et al. The 3D Combined Approach Matrix: an improved tool for setting priorities in research for health. *Geneva, Global Forum for Health*. URL: http://graduateinstitute.ch/files/live/sites (дата звернення: 01.12.2022).

79. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Geneva: WHO, 2018. 88 p.

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

81. Health technology assessment programme. London, National Institute for Health Research, 2016. URL: www.hta.ac.uk/funding/HTAremit.shtml (дата звернення: 01.11.2022)

82. ISQua. 2017. URL: https://isqua.org/who... (дата звернення: 01.12.2022)

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

84. Kalachova I. Natsionalni rakhunky okhorony zdorovia Ukrainy u 2015 rotsi: Statystychnyi biuleten. Derzhavna sluzhba statystyky. 2016.

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

86. Kozierkevich A. Benefit package and cost of services – Health Bascet. Krakow-Warshava, 2005. Report 1. URL: http://www.ehma.org/files/ Benefit_Report_Poland.pdf. (дата звернення: 01.12.2022)

87. Lepeshyna O. Ohliad rynku pryvatnykh medychnykh zakladiv Ukrainy: aktualni trendy ta prohnozy na 2015 r. URL: http://www.slideshare.net/ MedExpert/2015-47457840 (дата звернення: 08.12.2022)

88. Mahmoud F. Fathalla. A practical guide for health researchers. *WHO Regional Publications, Eastern Mediterranean Series*. URL: http://www.who.int/ ethics/review-committee/emro_ethics_dsa237.pdf. (дата звернення: 01.12.2022)

89. Marmot M. Review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: WHO, 2013.

90. McQueen D.V., Wismar M., Lin V., Jones C.M., Davies M. eds. Intersectoral governance for health in all policies: structures, actions and experiences. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016. № 26.

91. Meyer A.M., Davis M., Mays G.P. Defining organizational capacity for public health services and systems research. *Journal of Public Health Management and Practice*. 2012.

92. Montenegro C., Patrinos H. Comparable Estimates of Returns to Schooling around the World. Policy Research Working Paper 7020. World Bank, Washington, DC. URL: http://documents.worldbank.org/curated/ (дата звернення: 08.22.2022)

93. 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.

94. Municipal health and care services. Statistics Norway, 2010. URL: http://www.ssb.no/he1setj-koen (дата звернення: 01.12.2022).

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

96. Melnychenko O., Nesterenko R., Kosilova O., Kravchenko Zh. Discussion of the essence of the concept of «public administration of healthcare development». The 10 st International scientific and practical conference *«Priority Areas of Science Research»* (October 26–27, 2020). USA, Washington. 2020. P. 28–32.

97. Nicolau I. et al. Research questions and priorities for tuberculosis: a survey of published systematic reviews and meta-analyses. URL: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0042479 (дата звернення: 01.12.2022)

98. Östlin P. Priorities for research on equity and health: towards an equity-focused health research agenda. URL: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001115 (дата звернення: 01.12.2022)

99. Ozaltin A., Cashin Ch. Costing of health services for provider payment. A practical manual based on country costing challenges, trade-offs, and solutions. *Joint Learning Network*. URL: http://www.jointlearningnetwork.org/uploads/files/resources/Costing_of_Health_Services_Proof3.pdf. (дата звернення: 08.12.2022)

100. WMA declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. Seoul, World Medical Association, 2017.