

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

II медичний факультет

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

_____ В.Г. Нестеренко

ПУБЛІЧНА ПОЛІТИКА ЩОДО РОЗВИТКУ ХІРУРГІЇ

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»
Освітньо-професійна програма: «Управління у сфері охорони здоров'я»
Спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

Виконав:

слухач групи ПУА-24

А.О. Олійник

Керівник,

PhD

М.М. Міщенко

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО РОЗВИТКУ ХІРУРГІЇ	5
1.1 Розвиток хірургії як предмет публічної політики	5
1.2 Елементи публічної політики щодо розвитку хірургії	13
РОЗДІЛ 2 ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ХІРУРГІЇ	21
2.1 Результати розвитку хірургії в Харківській області	21
2.2 Українські реалії розвитку хірургії як результату публічної політики у цьому сегменті сфери охорони здоров'я	28
РОЗДІЛ 3 КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО РОЗВИТКУ ХІРУРГІЇ	38
3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо забезпечення розвитку хірургії	38
3.2 Реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками для подальшого розвитку хірургії	46
ВИСНОВКИ	53
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	55

ВСТУП

Актуальність проблеми. Людський організм є доволі складною системою, яка час від часу може «давати збій», для усунення негативних проявів якого необхідне надання якісних медичних послуг. У більшості випадків це зводиться до діагностики, консультації та використання необхідних медикаментів, але коли такого впливу недостатньо (зокрема, у разі перелому кінцівок, загрози перитоніту тощо), актуалізується питання оперативних втручань, які виконують хірурги певної спеціалізації. Означені дії є доволі складними, потребують істотного ресурсного забезпечення і мають вищу міру невизначеності кінцевих результатів, що, у сукупності, обумовлює необхідність зовнішньої підтримки, яка, зрештою, зводиться до розробки та реалізації публічної політики щодо розвитку хірургії. Попри певні успіхи у цій царині, більшість закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) мають певні обмеження у наданні населенню якісних медичних послуг хірургічного профілю. Означене спонукало автора до проведення відповідного дослідження.

В сучасних умовах над цією проблемою плідно працюють Кланца А. [17], Коржик Н. [19; 20], Короп О. [21], Медяник Г. [29], Мельниченко О. [30; 72], Овчарова Ж. [33; 34], Удовиченко Н. [30], Худоба О. [53] та інші вчені.

Мета та завдання дослідження: на основі дослідження елементів публічної політики щодо розвитку хірургії обґрунтувати основні напрями їх вдосконалення.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі завдання:

- з'ясувати значення розвитку хірургії як предмет публічної політики;
- дослідити діючі елементи публічної політики щодо розвитку хірургії;
- оцінити результати публічної політики щодо розвитку хірургії;
- запропонувати комплекс заходів за пріоритетними напрямками для подальшого розвитку хірургії.

Об'єктом дослідження є розвиток хірургії.

Предметом дослідження є публічна політика щодо розвитку хірургії.

Методи дослідження. абстрактно-логічний – для теоретичних узагальнень і формування висновків; аналізу та синтезу – для оцінки параметрів розвитку хірургії; статистичних порівнянь – для дослідження результативності публічної політики щодо розвитку хірургії.

Практичне значення результатів дослідження полягає в поглибленні існуючих уявлень про застосування механізмів публічної політики щодо розвитку хірургії.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО РОЗВИТКУ ХІРУРГІЇ

1.1 Розвиток хірургії як предмет публічної політики

Здоров'я є одним з найбільш важливих елементів добробуту нації, необхідною умовою розвитку продуктивних сил суспільства й сучасного розвитку нації. Здоров'я населення будь-якої країни залежить від соціального і економічного добробуту, можливостей у сфері зайнятості, рівня особистих доходів й інших чинників [56], серед яких важливе значення належить національній системі/сфері охорони здоров'я (далі – СОЗ), яка відіграє вирішальну роль в зменшенні нерівності стосовно доступу до медичних послуг, профілактики захворювань і забезпеченні прав на охорону здоров'я [57]; визначає потенціал генофонду нації та ресурсність її безпеки та є одним із стратегічних напрямів забезпечення життєдіяльності суспільства й розвитку держави, вимагає чіткої концептуальної та методологічної ідентифікації її структурних понять [17]. Доступ до якісних медичних послуг є важливим фактором, що визначає і діапазон бар'єрів у доступі до них [57]. Необхідність існування державного/комунального сектора визначається не морально-етичними, а економічними причинами [50]. Подальший розвиток СОЗ – послідовне збалансоване поліпшення кількісних та якісних параметрів основних підсистем і структурних елементів цієї сфери національної економіки, що передбачає створення сприятливих умов для підтримання на прийнятному рівні здоров'я населення [34] – є суспільно значимим феноменом, який потребує детального вивчення як загалом (зокрема, СОЗ), так і на рівні закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) та/чи окремих сегментів СОЗ, які, своєю чергою, відрізняються патологічними станами й хворобами пацієнтів, методами діагностики, лікування, реабілітації та профілактики.

Однією із важливих складових СОЗ є **хірургія** – сфера медицини, яка вивчає патологічні стани та хвороби, що лікуються за допомогою оперативного (хірургічного) методу [8]. Розвиток хірургії позитивно впливає як на здоров'я населення (пацієнтів), так і на результативні (медичні, економічні, соціальні) показники діяльності ЗОЗ, тим самим забезпечуючи подальшу розбудову СОЗ.

Всім відомо, що стаціонарний вид допомоги, особливо хворим хірургічного профілю, є найбільш затратним з усіх видів лікування. Врахувавши витрати на операцію та інтенсивну терапію додаємо ще великий відсоток таких витрат на стаціонарне обстеження і передопераційну підготовку. Разом з тим, найпоширенішою і наймасовішою медичною допомогою є амбулаторно-поліклінічна, зокрема по хірургії (близько 80 %). Це великий обсяг лікувально-діагностичної та профілактичної роботи [13].

В середовищі українських хірургів дійсно існував розподіл, який ґрунтувався на відмінності їхніх професійних функцій, це матиме далекосяжні наслідки. Передусім ми позбудемося дуже шкідливого історичного міфу, який досі панує в масовій свідомості й полягає в недооцінці рівня розвитку ранньо-модерної медицини та професійної майстерності тогочасних медиків. Це дасть можливість поставити питання про наявність в Україні в XVI–XVII ст. (хоч і в початковому вигляді) системи медичної допомоги, яка діяла достатньо ефективно й надавала реальну допомогу хворим [7]. Хірургія, як і решта медицини, зародилася і тривалий час існувала в амбулаторних умовах [22].

Проведення хірургічних операцій в амбулаторних закладах із ранньою випискою пацієнтів (хірургія денного стаціонару) почалося ще наприкінці XIX ст. і вперше описано С. Long і W. Morton у США, що було обумовлено рядом чинників:

- досягненням хірургічної науки з питань асептики і антисептики (відповідний режим можливо створити тільки в умовах стаціонару);
- розвитком і впровадженням у практику загального знеболення (що є умовою необхідності залишати пацієнта під наглядом лікаря на тривалий період);

- необхідністю складного технічного забезпечення при проведенні певної кількості операцій (що можна досягти тільки в стаціонарі);

- розширенням обсягу оперативної хірургічної допомоги (операції на органах черевної порожнини, грудної клітини і ряд інших призводять до тимчасових порушень діяльності органів і систем, які вимагають післяопераційного лікування в стаціонарі);

- розширенням показань і звуженням протипоказань до оперативного лікування при різних захворюваннях.

Розвиток СОЗ обумовив, своєю чергою, розвиток хірургії, а з тим – появу її підрозділів (сегментів СОЗ), які вивчають і вдосконалюють хірургічне лікування лише одного органу чи системи людського організму:

- загальна (абдомінальна) хірургія;
- торакальна хірургія;
- кардіохірургія (спільний розділ кардіоторакальна хірургія);
- судинна (спільний розділ кардіо-судинна хірургія);
- пластична та реконструктивна хірургія;
- щелепно-лицева хірургія;
- нейрохірургія;
- ендокринна хірургія;
- травматологія та ортопедія;
- проктологія;
- урологія;
- оперативна гінекологія;
- комбустіологія;
- трансплантологія;
- дитяча хірургія;
- малоінвазивна (лапароскопічна та ендоскопічна) хірургія;
- онкохірургія (радіохірургія) тощо [8].

Тож усі лікарі-хірурги працювали за унормованим переліком медичних спеціальностей [8; 13] як в амбулаторному режимі (відбираючи й обстежуючи

пацієнтів на оперативне лікування та доліковуючи їх після оперативного втручання), так і в стаціонарному (де безпосередньо і надавали саму медичну (хірургічну) допомогу) [13].

За обсягом оперативних втручань лікарі-хірурги поділяються на:

- лікарів районної лікарні, які виконують фактично лише операції з приводу апендициту, защемленої грижі і проривної виразки шлунка;
- фахівців, які виконують резекцію печінки, реконструктивні втручання на органах черевної порожнини або гепатопанкреатобіліарної зони;
- лікарів поліклінічної ланки, які виконують лише операції «малої хірургії» [76].

Однією з найбільш поширених причин хірургічного втручання є травма – потужний емоційний і больовий стрес, що призводить до розвитку в постраждалих зміни у всіх системах, органах і тканинах (психоемоційному стані, роботі центральної й вегетативної нервової системи, серця і легень, травлення, процесах метаболізму, імунореактивності, гомеостазі, ендокринних реакціях) і відбувається порушення гомеостазу. До таких невідкладних заходів, крім хірургічних втручань і лікувальних маніпуляцій із приводу розривів внутрішніх органів, шоку, належать первинна хірургічна обробка рани, знеболення місця перелому, управління та зіставлення кісткових уламків, накладання постійного витягнення. Усе це попереджає виникнення вторинних ускладнень, усуває больовий синдром і виводить з важкого психологічного стану хворого. При порушенні функції важливу роль відіграє рефлекторна гіпотрофія м'язів пошкодженої кінцівки й особливо пошкодженого її сегмента, що зазвичай настає спочатку, уже в перші дні після травми, і є основною причиною зниження скорочувальної здатності, тону, сили й зменшення об'єму м'язів при переломах кінцівки. Прогресування рефлекторної гіпотрофії підтримується болем у ділянці пошкодження. Нерухомість кінцівки погіршує крово- та лімфообіг, сприяє утворенню набряку, призводить до додаткової гіпотрофії м'язів, остеопорузу кісток і туго рухливості суглобів. Відтак можна обмежуватися лікуванням лише самого перелому. Із перших днів насамперед

потрібно дбати про повне відновлення функції кінцівки й працездатності хворого за допомогою засобів фізичної реабілітації [10].

Усі ці чинники обумовили розподіл хірургії на «малу» (амбулаторно-поліклінічну) і «велику» (стаціонарну) [61]. Подальший розвиток амбулаторної хірургічної допомоги обумовлений такими критеріями:

- досвідом вітчизняної та світової практичної медицини;
- економічною ефективністю (доцільністю);
- необхідністю виконання завдань сучасного етапу – підвищення ролі лікувально-профілактичних закладів догоспітальної ланки;
- практичною потребою;
- соціальною перевагою (необхідністю) [13].

Одним із напрямів сучасної хірургії є впровадження мінімально-інвазивних методів хірургічного втручання (зокрема, *minimally invasive thyroidectomy* (далі – МІТ) та *minimally invasive video-assisted thyroidectomy* (далі – МІВАТ)), які є менш травматичними, викликають менший больовий синдром і мають гарний косметичний ефект, що дозволяє також знизити термін перебування пацієнта в лікарні [51].

Більшість науковців дотримуються думки про залежність ефективного лікування травматологічних хворих від своєчасного, диференційованого, адекватного застосування засобів фізичної реабілітації [25]. Водночас, успішне лікування пацієнтів (зокрема, новонароджених) з хірургічною патологією залежить від багатьох причин, серед яких:

- належне транспортування;
- адекватне (відповідно до наявної ситуації) знеболення;
- профілактика ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень тощо.

Але визначальну роль відіграє рання діагностика й правильна організація терапевтичних заходів. Своєчасне обстеження пацієнтів (зокрема, вагітних і новонароджених) дозволяє виграти час, що в більшості випадків має вирішальне значення для визначення лікувальної тактики і прогнозу. Сучасні

методи діагностики дозволяють виявити основні патології, що потребують хірургічної корекції [11].

Робота поліклінічного хірурга має свої особливості й передбачає таке:

- виконання оперативних втручань;
- ургентна допомога безпосередньо під час прийому (гострі рани, гнійно-септична патологія);
- вирішення питання про термінову госпіталізацію у разі гострої хірургічної патології живота, грудної клітки, судин;
- консультативний прийом хворих;
- виконання планових амбулаторних хірургічних втручань;
- реабілітація хворих після виписки із стаціонару;
- огляд хворих удома [21].

Попри низьку хірургічну активність лікарів поліклінічної ланки, їх роботу не можна недооцінювати, оскільки навіть невелике за обсягом оперативне втручання потрібно виконати професійно. Працівники поліклінічної ланки становлять щонайменше 2/3 лікарів-хірургів. Недалекоглядність та недолугість чиновників від медицини не одного здібного лікаря-хірурга загнали у глухий кут, направивши на роботу в поліклініку та позбавивши можливості брати участь у ротації: ургенція – стаціонар – поліклініка [20].

Повернення хворого до активного способу життя – дуже складний процес, а стан інтегрованих пацієнтів у суспільство з усіма наслідками у вигляді побутових, професійних навантажень, психологічних і соціальних проблем може в будь-який час дестабілізуватися. Мультидисциплінарна команда об'єднує фахівців, котрі працюють як єдине ціле з чіткою узгодженістю дій, що забезпечує цілеспрямований підхід до реалізації завдань реабілітації. У неї входять лікар-травматолог, фахівці різного профілю, у т.ч. й із лікувальної гімнастики, масажист, ерготерапевт, психолог і медична сестра. Вона забезпечує прийняття збалансованих рішень і ведення хворого на багатопрофільній основі: ставить мету, розробляє індивідуальну програму травматологічної реабілітації, здійснює поточне медичне спостереження й

проведення комплексу реабілітаційних заходів, визначає необхідність, тривалість, послідовність та результативність/ефективність участі кожного фахівця в кожен конкретний момент часу реабілітаційного процесу [10].

Кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я та збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність СОЗ в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту та відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги й запровадження здорового способу життя [35]. Очевидно, що ринкові відносини у СОЗ не можуть мати стихійний, нерегульований характер, що сфера дії ринкових законів в СОЗ повинна бути обмежена. Дійсно, СОЗ як специфічна сфера національної економіки, яка торкається життєво важливих питань, не зможе, очевидно, загалом і повністю орієнтуватись тільки на ринкові механізми. Однак щодо напрямів використання ринкових механізмів у СОЗ і характер їх дії міркування науковців істотно відрізняються. Більш того, часто сфера дії суто ринкових відносин обмежується, виходячи із вимог не соціальної справедливості, а економічної доцільності. В певній ситуації ринкові закони ведуть до вищої витратності, ніж державна регульована система охорони здоров'я. Проте далеко не завжди критерії економічної ефективності можуть служити визначаючим моментом в розвитку охорони здоров'я [50].

Відповідальність за стан здоров'я населення, як і за життя будь-якого громадянина суспільства, несе уповноважені органи державного управління, а також органи місцевого самоврядування [56].

Нині СОЗ стає маркером соціальної справедливості у суспільстві, так і його економічної ефективності, відповідно до чого успіхи й невдачі національних урядів щодо реалізації публічної політики – організуючий і регулюючий вплив уповноважених органів публічної влади на суспільну життєдіяльність людей з метою її впорядкування, збереження чи перетворення, базуючись на владній силі, яка обмежує дієвий суспільний контроль [54] – у

СОЗ широко використовуються для оцінки [64] ефективності/результативності відповідних публічно-управлінських рішень.

У контексті даного дослідження слід навести тлумачення споріднених понять, а саме: **державне регулювання СОЗ** – вирішення не лише проблем, що стосуються розвитку ринку медичних послуг, зокрема вдосконалення організації та фінансування системи ЗОЗ, але й у регулюванні інших важливих сфер національної економіки, що впливають на ефективність СОЗ, перш за все, фармацевтичного ринку, ринку медичних технологій, медичного обладнання, медичного страхування, праці медичних кадрів та освітніх послуг у СОЗ [4]; **державне управління СОЗ** – цілеспрямовані дії щодо посилення впливу держави на зміцнення здоров'я громадян, що реалізуються завдяки організуючим, регулюючим, контролюючим заходам і здійснюються органами державної влади з метою надання населенню якісної медичної допомоги [55]; **державна політика в СОЗ** – комплекс прийнятих загальнодержавних рішень або взятих зобов'язань держави щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я населення шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових, профілактичних і медичних заходів з метою збереження генофонду нації, її гуманітарного потенціалу і урахуванням вимог нинішнього й майбутніх поколінь, в інтересах як конкретної особистості, так і суспільства в цілому [45]; визначення стратегії та тактики, політичного курсу, пов'язаного з діяльністю держави щодо збереження та зміцнення фізичного й психічного здоров'я та соціального добробуту населення як найважливішої складової її національного багатства, що втілені в чинному законодавстві й виявляються в забезпеченні розвитку людського потенціалу народу [23]; **публічне управління розвитком СОЗ** – відкритий (у межах власних і делегованих повноважень) вплив на взаємодію у ланцюгу «органи публічного управління – медичні заклади та їхній персонал – пацієнти та їхні родичі – постачальники необхідних ресурсів» задля узгодження їхніх інтересів і максимізації вигод [72]; **публічне реагування на виклики у СОЗ** – дії уповноважених органів публічного управління, які у межах

власних компетенцій реагують на суспільні запити, пов'язані з наявними та ймовірними проблемами зі забезпеченням здоров'я населення та/або розвитку СОЗ [33]. Зважаючи на специфіку предмета дослідження, під публічною політикою щодо розвитку хірургії слід розуміти цілеспрямоване використання органами публічного управління владних (власних та/чи делегованих) повноважень задля упорядкування взаємодії суб'єктів господарювання на ринку медичних (хірургічних) послуг.

Для забезпечення належної реалізації публічної політики щодо розвитку хірургії необхідно, окрім іншого, систематизувати перелік і зміст її елементів.

1.2 Елементи публічної політики щодо розвитку хірургії

Результативність/ефективність реалізації публічної політики щодо розвитку національної економіки, окремих її галузей та сфер, а також окремих її сегментів (стосовно ЗОЗ, це – хірургія) істотною мірою залежить наявності та належного використання методологічного забезпечення цього процесу. У зв'язку з цим викликає науковий та практичний інтерес систематизація змісту традиційних елементів публічної політики щодо розвитку хірургії, як-от: суб'єкти, об'єкти, мета, завдання, принципи, методи та засоби публічного впливу у цій сфері.

Суб'єкти публічної політики щодо розвитку хірургії:

– Президент України – впливає на формування та реалізацію політики щодо розвитку СОЗ через законодавчу ініціативу, формування уряду, право вето, видання указів і розпоряджень, а також міжнародну співпрацю; має повноваження створювати дорадчі органи для вдосконалення управління цією сферою [18]; виступає гарантом доступу населення до якісних медичних послуг хірургічного профілю, а також свободу господарської діяльності тих ЗОЗ, які прямо та/чи опосередковано причетні до цього процесу.

– Верховна Рада України (далі – Парламент) – законодавчий орган, який формує «правила гри» для суб'єктів ринку медичних послуг хірургічного профілю; формує правову основу механізму публічного управління розвитком СОЗ; приймає ключові нормативно-правові акти, дотримання яких є обов'язком як усіх громадян України та іноземців, які перебувають в Україні, так і юридичних і фізичних осіб.

– Кабінет Міністрів України (далі – Уряд) – формує державну політику у СОЗ і координує публічно-управлінські процеси.

– Центральні органи виконавчої влади (далі – ЦОВВ) у своїй сукупності відіграють провідну роль у механізмі формування та реалізації відповідної публічної політики і прийнятті публічно-управлінських рішень у СОЗ [2].

– Міністерство охорони здоров'я України (далі – МОЗ) – головний суб'єкт публічного управління, до структури якого входять директорат, департаменти, управління, відділи та сектори [31]; розробляє стратегії розвитку СОЗ; забезпечує якість медичної допомоги й розвиває профілактичні заходи [41]; випускає підзаконні акти (накази МОЗ), які регламентують діяльність ЗОЗ; затверджує протоколи надання медичних послуг хірургічного профілю та контролює їх дотриманням з боку ЗОЗ; забезпечує підготовку, перепідготовку та підвищення кваліфікації лікарів-хірургів і медсестер хірургічного профілю.

– Національна служба здоров'я України (далі – НСЗУ) – важливий суб'єкт публічного управління; функціонує як незалежна фінансова установа, що забезпечує державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення через закупівлю медичних послуг у різних надавачів.

– Місцеві органи державного управління (департаменти/управління охорони здоров'я обласних і районних державних (військових) адміністрацій, регіональні представництва НСЗУ) – відповідають за підвищення рівня здоров'я громад, консультативну підтримку та розвиток інфраструктури для збереження здоров'я.

– Органи місцевого самоврядування (управління/відділи охорони здоров'я обласних/районних/міських рад) – оперативне управління діяльності ЗОЗ;

– Судова гілка влади – забезпечує правовий захист учасників медичного процесу, розглядає спори між пацієнтами та медичними працівниками; встановлює правомірність дотримання правових норм у діяльності в СОЗ [2].

– Громадські об'єднання – сприяють підвищенню працездатності та соціальної активності громадян, а також підтримують ініціативи, спрямовані на продовження тривалості життя [28].

Об'єкти публічної політики щодо розвитку хірургії:

– місцеві органи державного управління (департаменти/управління охорони здоров'я обласних і районних державних (військових) адміністрацій, регіональні представництва НСЗУ);

– органи місцевого самоврядування (управління/відділи охорони здоров'я обласних/районних/міських рад);

– ЗОЗ – забезпечують медичне обслуговування населення (надання медичних послуг хірургічного профілю); можуть функціонувати у різних організаційно-правових формах і належати до різних форм власності, а також їхні структурні підрозділи.

– населення (пацієнти), які є споживачами медичних послуг хірургічного профілю;

– суб'єкти господарювання (бізнес-структури), які прямо/опосередковано причетні до розвитку ринку медичних послуг хірургічного профілю;

– заклади вищої освіти медичного профілю, які безпосередньо забезпечують підготовку, перепідготовку та підвищення кваліфікації лікарів-хірургів і медсестер хірургічного профілю.

Мета публічної політики щодо розвитку хірургії: підвищення якості медичних (хірургічних) послуг і забезпечення рівного доступу громадян до них [2]; подальший збалансований розвиток хірургії як «локомотиву» розбудови вітчизняного СОЗ і споріднених до неї галузей/сфер національної економіки.

Завдання публічної політики щодо розвитку хірургії: розширення доступу до медичних послуг, модернізацію інфраструктури СОЗ, вдосконалення якості медичного обслуговування та впровадження передових технологій у СОЗ;

гарантування безпеки пацієнтів і сприяння вдосконаленню професійних навичок медичних працівників; стимулювання ЗОЗ, які надають медичні послуги соціально незахищеним верствам населення [2]; поліпшення показників здоров'я, зведення до мінімуму різниці у його рівнях в окремих групах, повага до пацієнтів, чуйність до вимог людей, урахування їхніх потреб, справедливість фінансування (відсутність ризиків потрапляння людини у скрутне становище через хворобу) [44]; забезпечення здорових умов оточення за допомогою організації безпечних умов праці, безпеки питної води й продуктів харчування тощо; соціальна солідарність за допомогою забезпечення СОЗ через НСЗУ або систему соціального медичного страхування; досягнення справедливості та рівноправного доступу до медичних послуг; досягнення економічності за допомогою визначення фінансово обґрунтованих витрат в СОЗ; організація інформованості та освіченості населення з питань СОЗ; забезпечення індивідуалізації при виборі постачальника послуг в СОЗ [16].

Принципи реалізації публічної політики щодо розвитку хірургії: контроль якості наданої допомоги; спеціалізація; стандартизація; централізація [11]; тривалості й наступності впливів [25]; доступність; зручність для більшості населення; зменшення частоти післяопераційних ускладнень; менше витрат при збереженні якості лікування; можливість отримання кваліфікованої медичної допомоги, не відриваючись від дому, а часто без відриву від виробництва [13]; своєчасне надання допомоги; невідкладної хірургії; ранній початок; систематичність і тривалість активної реабілітації; адекватність реабілітації, що передбачає складання індивідуальних програм; комплексність реабілітації; диференційованості методик; необхідність реабілітації в колективі; активна участь хворого, його рідних і близьких у реабілітаційному процесі, сприяє швидкому відновленню порушених функцій у більш повному обсязі; повернення хворого або інваліда до активної роботи; використання методів контролю адекватності навантажень й ефективності реабілітації; етапність надання допомоги з обов'язковим досягненням мети й завдань поточного періоду [10]; своєчасність надання медичної допомоги (передбачає отримання у

чітко визначений період медичних послуг, коли їх потребує хворий, що тим самим не погіршує його фізичний і психологічний стан); доступність медичних послуг (характеризує відповідність надання медичної допомоги очікуванням суспільства та можливостям їх отримання); ідентифіковано структурні елементи, які визначають соціально-ресурсну сферу збереження громадського здоров'я: раціональність (застосування корисних медичних технологій при конкретних захворюваннях чи в окремих клінічних ситуаціях); безпека (надання допомоги без наявного ризику для хворих); економічна ефективність, економічність (раціональне використання ресурсів – передбачає прийнятне співвідношення витрат і результату) [17]; визначення й подальший розвиток позабюджетних джерел фінансування діяльності ЗОЗ; законодавче розмежування джерел фінансування кожного виду медичної діяльності ЗОЗ; зміцнення й розвиток амбулаторно-поліклінічної ланки, служби лікаря загальної практики, що дає змогу розширити доступність, комплексність і прийнятну вартість медичної допомоги; наявність і функціонування прозорої системи фінансових потоків між державою, регіонами з фінансування СОЗ; забезпечення ЗОЗ всіх типів фінансовими ресурсами в повному обсязі; забезпечення фінансової зацікавленості підприємств і організацій у розвитку СОЗ; фінансування обов'язкового медичного страхування непрацюючого населення за рахунок коштів держбюджету; забезпечення на регіональному рівні фінансового контролю над фінансовими потоками СОЗ; забезпечення законодавчо закріплених прав та обов'язків виробника і споживача медичних послуг; відповідальність органів публічної влади й управління за своєчасне та повне фінансування СОЗ [29]; поліпшення здоров'я всього населення, відповідність запитам і потребам людей, забезпечення справедливості в розподілі фінансових ресурсів, доступність усіх до наявних ресурсів [26].

Більшість науковців особливо наголошують на потребі керуватися **принципом** мультидисциплінарності – участі в реабілітаційному процесі поряд із травматологами фахівців різного профілю, у т.ч. реабілітолога, масажиста,

фізіотерапевта, ерготерапевта, які розробляють індивідуальну програму реабілітації та здійснюють контроль за ходом її виконання [10].

Методи та засоби реалізації публічної політики щодо розвитку хірургії:

1) **Адміністративні:** ліцензування діяльності, яка пов'язана з наданням медичних послуг хірургічного профілю; акредитація ЗОЗ, які надають медичні послуги хірургічного профілю [2; 70]; позапланова перевірка ЗОЗ на їх відповідність ліцензійним й акредитаційним умовам [12]; приписи; регламенти медичних втручань; нормування амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної медичної допомоги; встановлення фіксованих державних цін на медичні послуги першорядного значення; порядок допуску до професійної діяльності в Україні громадян, які пройшли медичну або фармацевтичну підготовку у навчальних закладах іноземних держав; державне регулювання цін на медичні послуги другорядного значення, продукцію (товари) медичного призначення, роботи медичного характеру; стандартизація медичної допомоги (клінічні протоколи і стандарти), медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій [30]; встановлення обмежень на обсяг споживання деяких видів медичних послуг [16]; атестація та сертифікація лікарів-хірургів і медичного персоналу [67].

2) **Економічні:** легалізація співучасті громадян в оплаті медичної допомоги [38]; співфінансування оплати медичних послуг, що надаються в рамках Програми державних гарантій медичного обслуговування населення, для покриття вартості комунальних послуг та енергоносіїв комунальних ЗОЗ, які належать відповідним територіальним громадам або є об'єктами права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні районних рад [47]; механізм фінансового забезпечення оперативного лікування з трансплантації органів й інших анатомічних матеріалів; медична субвенція з держбюджету місцевим бюджетам; субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання ангиографічного обладнання; субвенція з держбюджету місцевим бюджетам на відшкодування вартості лікарських засобів для лікування окремих захворювань [47].

3) **Організаційні**: розробка, прийняття та реалізація загальнодержавних і спеціалізованих програм розвитку [2]: «Програма попередження і боротьби із соціально значимими захворюваннями», «Програма державних гарантій на отримання якісних медичних послуг», «Медицина високих технологій», «Профілактика та лікування артеріальної гіпертонії», «Програма соціального страхування», «Програма попередження й боротьби із захворюваннями соціального характеру» [48]; оптимізація взаємодії між ЗОЗ; забезпечення механізмів соціального захисту медичних працівників; державне замовлення підготовки різних категорій медичних кадрів відповідно до потреб СОЗ; підготовка менеджерів СОЗ задля формування її керівного складу [38]; структурна перебудова системи надання медичної допомоги; впровадження форм єдиної медичної звітності для всіх ЗОЗ; створення консультативно-діагностичних і спеціалізованих лікувальних центрів [9]; моніторинг якості та доступності медичної допомоги [12]; визначення конкретного складу, обсягу медичних послуг і лікарського забезпечення, безкоштовне надання яких держава гарантує громадянам у разі різних видів захворювань [30]; формування спроможної мережі ЗОЗ; медична реформа.

4) **Правові** – формують правову основу для діяльності у СОЗ:

- Конституція України;
- Кодекси України;
- постанови та рішення Верховної Ради України,
- Закони України: лікар має право приймати хворих лише за своїм профілем за направленням сімейного лікаря [39]; передбачають звернення спочатку до сімейного лікаря, а вже потім до фахівця консультативно-діагностичного центру [43];
- Укази Президента України;
- Накази МОЗ: лікар має право приймати хворих лише за своїм профілем за направленням сімейного лікаря [40]; передбачають звернення спочатку до сімейного лікаря, а вже потім до фахівця консультативно-діагностичного центру [43];

- нормативні акти інших ЦОВВ;
- нормативні акти обласних і районних державних адміністрацій;
- нормативні акти органів місцевого самоврядування.

Виклик хірурга додому новими нормативними документами не передбачено [19].

5) **Психологічні**: санітарно-гігієнічна просвіта громадян; пропаганда здорового способу життя [17]; просвітництво; переконання; психологічні настанови; роз'яснення; соціальні норми [30].

Зрештою слід зазначити, що належне використання вищенаведених елементів публічної політики уможливилює подальший розвиток як СОЗ загалом, так і хірургії зокрема.

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ХІРУРГІЇ

2.1 Результати розвитку хірургії в Харківській області

ЗОЗ є системою, яка поєднує у собі сукупність різних сегментів, які надають медичні профілі різної спеціалізації (одним з них є хірургія) на певній території. При цьому у назві ЗОЗ (на відміну, зокрема, від стоматологічних) відсутній навіть «натяк» на те, що тут надають населенню медичні послуги, які пов'язано з хірургією. Тож про наявність таких послуг можна дізнатися лише з сайту ЗОЗ, або ж безпосередньо його відвідавши й встановивши наявність тут одного чи декількох хірургічних відділень, які, своєю чергою, відрізняються спрямованістю (профілем) своєї діяльності (доросле, дитяче; неврологічне, торокальне, онкологічне, проктологічне...).

Зважаючи на існуючий зв'язок між попитом і пропозицією відповідної (зокрема, і медичної) послуги, визначається доцільна кількість ЗОЗ (його відділень) відповідного профілю (у даному випадку, хірургічного) на певній території. Так, на території Харківської області наявна достатня кількість ЗОЗ, які надають населенню медичні послуги, які пов'язано з хірургією (табл. 2.1).

Загальне скорочення (на 7) кількості ЗОЗ, які надають населенню медичні послуги хірургічного профілю обумовлено як їхньою реорганізацією (зокрема, у межах чинної медичної реформи), так і унаслідок втрати таких ЗОЗ через повне/часткове їх руйнування унаслідок повномасштабної військової агресії РФ проти України (передусім, це стосується таких населених пунктів як Великий Бурлук, Вовчанськ, Дворічна, Куп'янськ, які є окупованими та/чи знаходяться безпосередньо в зоні активних бойових дій). Саме повномасштабна військова агресія РФ проти України стала основною причиною втрати не лише територій та ЗОЗ, а і лікарів-хірургів (табл. 2.2), частина яких приєдналася до ЗСУ, а решта – стали внутрішньо- чи зовнішньо переміщеними особами.

Таблиця 2.1 – Мережа ЗОЗ Харківської області, які надають населенню медичні послуги, які пов'язано з хірургією [36]

Показники	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Лікарні	74	73	68	69
Обласні клінічні лікарні	1	1	1	1
Обласні дитячі лікарні	1	1	1	1
Міські лікарні	29	29	29	27
Дитячі міські лікарні	4	4	4	4
Міські лікарні швидкої медичної допомоги	1	1	1	1
Госпіталь для інвалідів війни	1	1	1	1
Спеціалізовані лікарні	7	7	6	9
Обласний центр онкології	1	1	1	1
Центральні районні лікарні	11	11	11	10
Районні лікарні	2	1	1	1
Клініки НДІ	2	2	2	2

Таблиця 2.2 – Чисельність лікарів-хірургів в ЗОЗ Харківської області [36]

Показники	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Хірурги	487	492	465	370
У т.ч. хірурги дитячі	45	47	47	35
Серцево-судинні хірурги	13	10	8	9
Торакальні хірурги	11	6	5	4
Нейрохірурги	60	54	50	39
У т.ч. нейхірурги дитячі	4	1	2	2
Анестезіологи	543	484	479	441
Онкологи-хірурги	41	27	31	27

Узагалі відсутні кардіохірургічні відділення для дорослих і дітей.

При цьому майже на чверть скоротилася чисельність лікарів-хірургів загального профілю, але ще більші «втрати» маємо серед торакальних хірургів (табл. 2.2). Оскільки чисельність населення (знов-таки, через масштабну внутрішню/зовнішню міграцію), скоротилася меншою мірою, аніж чисельність лікарів-хірургів, що, зрештою, обумовило помітне зниження забезпеченості лікарями-хірургами (табл. 2.3), тим самим, з одного боку, ускладнення доступу пацієнтів до якісних медичних послуг (у даному випадку, оперативних втручань), а з іншого – погіршення умов праці лікарів-хірургів.

Таблиця 2.3 – Забезпеченість лікарями-хірургами ЗОЗ Харківської області (на 100 тис. усього населення) [36]

Показники	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Хірурги	1,186	1,90	1,80	1,43
У т.ч. хірурги дитячі	0,17	0,18	0,18	0,14
Серцево-судинні хірурги	0,05	0,04	0,03	0,03
Торакальні хірурги	0,04	0,02	0,02	0,02
Нейрохірурги	0,23	0,21	0,19	0,15
У т.ч. нейрохірурги дитячі	0,02	0,01	0,01	0,01
Анестезіологи	2,07	1,87	1,85	1,71
Онкологи-хірурги	0,58	0,10	0,12	0,10

Зважаючи на реальну кон'юнктуру ринку медичних послуг хірургічного профілю ЗОЗ вносять корективи у власну ресурсну базу, що відображається у зміні (здебільшого, скороченні) відносної кількості ліжок в стаціонарах у хірургічних відділеннях і відділеннях торакальної хірургії для дітей (табл. 2.4).

Таблиця 2.4 – Забезпеченість ліжками стаціонарів ЗОЗ Харківської області (показник на 10 тис. усього населення) [36; 37]

Показники	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Хірургічні для дорослих	4,97	5,96	5,91
Хірургічні для дітей	0,36	0,34	0,30
Нейрохірургічні для дорослих	0,93	0,85	0,89
Нейрохірургічні для дітей	0,15	0,14	0,14
Судинної хірургії	0,14	0,14	0,14
Торакальної хірургії для дорослих	0,12	0,08	0,06
Торакальної хірургії для дітей	0,06	0,04	0,02

За таких умов (табл. 2.1–2.4), помітно зростає середньорічне число роботи ліжка у стаціонарах ЗОЗ (табл. 2.5), й залежить від специфіки нозологій та хірургічних відділень. Так, зокрема, найбільш завантаженими є нейрохірургічні відділення та відділення судинної хірургії, загальної та торакальної хірургії для дорослих. З урахуванням запитів пацієнтів більш як у півтора рази збільшилась відносна (табл. 2.6) кількість операцій, серед яких найбільшу частку складають операції на шкірі й підшкірній клітковині, на кістково-м'язовій системі та на

жіночих статевих органах, й акушерські операції. Зростання на 81,7 % кількість оперованих хворих дітей в стаціонарах ЗОЗ обумовлено, окрім іншого, поверненням дітей на ті території (Богодухівський, Ізюмський та Харківський район), які стали більш безпечними для їхнього проживання.

Таблиця 2.5 – Середньорічне число роботи ліжка у стаціонарах ЗОЗ Харківської області, днів [36; 37]

Показники	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Хірургічні для дорослих	241,88	318,23	299,90
Хірургічні для дітей	46,67	103,40	108,66
Нейрохірургічні для дорослих	176,00	258,76	271,46
Нейрохірургічні для дітей	145,83	242,23	190,77
Судинної хірургії	170,12	263,14	303,60
Торакальної хірургії для дорослих	190,40	282,91	349,16
Торакальної хірургії для дітей	239,53	76,91	106,14

Таблиця 2.6 – Кількість операцій (показник на 10 тис. усього населення) у стаціонарах ЗОЗ Харківської області [36; 37]

Показники	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Операції на нервовій системі	4,39	6,08	4,87
Операції на ендокринній системі	0,45	0,95	0,96
Операції на органах зору	22,06	42,24	33,08
Операції на органах вуха, горла, носа	10,67	13,62	22,15
Операції на органах дихання	3,06	8,54	4,42
Операції на серці	3,56	8,45	10,39
Операції на судинах	2,78	5,42	6,17
Операції на органах травлення та черевної порожнини	38,04	50,05	48,63
Операції при непухлинних захворюваннях прямої кишки	4,54	7,61	8,91
Операції на нирках і сечоводах	7,25	11,84	13,27
Операції на передміхуровій залозі	10,41	15,49	15,91
Операції на жіночих статевих органах	63,05	92,65	102,54
Акушерські операції	97,18	94,82	99,60
Операції на кістково-м'язовій системі	43,59	67,51	72,36
Операції на молочній залозі	1,96	4,45	5,01
Операції на шкірі та підшкірній клітковині	72,28	110,29	105,50
Інші операції	25,80	46,43	52,37
УСЬОГО операцій	296,09	453,20	463,47

Таблиця 2.7 – Кількість операцій (показник на 10 тис. усього населення), що проведено в стаціонарах ЗОЗ Харківської області [36; 37]

Район, територіальна громада (ТГ)	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Берестинський район	262,3	309,8	260,4
<i>Зачепилівська ТГ</i>	<i>140,9</i>	<i>162,1</i>	<i>136,7</i>
<i>Кегічівська ТГ</i>	<i>251,4</i>	<i>506,2</i>	<i>291,2</i>
<i>Красноградська ТГ</i>	<i>490,3</i>	<i>479,4</i>	<i>467,6</i>
Богодухівський район	224,3	237,3	279,6
<i>Богодухівська ТГ</i>	<i>258,1</i>	<i>259,2</i>	<i>306,1</i>
<i>Валківська ТГ</i>	<i>273,3</i>	<i>305,8</i>	<i>309,1</i>
<i>Золочівська ТГ</i>	<i>18,1</i>	<i>81,6</i>	<i>80,4</i>
<i>Краснокутська ТГ</i>	<i>341,4</i>	<i>304,6</i>	<i>431,2</i>
Ізюмський район	73,2	316,4	426,1
<i>Балаклійська ТГ</i>	<i>47,2</i>	<i>339,0</i>	<i>409,0</i>
<i>Барвенківська ТГ</i>	<i>117,1</i>	<i>889,7</i>	<i>1475,9</i>
<i>Борівська ТГ</i>	<i>106,2</i>	<i>91,6</i>	--
<i>Ізюмська ТГ</i>	<i>79,8</i>	<i>145,5</i>	<i>196,6</i>
Куп'янський район	152,1	47,2	53,9
<i>Великобурлуцький</i>	<i>72,7</i>	<i>149,7</i>	<i>96,5</i>
<i>Дворічанська ТГ</i>	<i>167,7</i>	--	--
<i>Куп'янська ТГ</i>	<i>280,2</i>	<i>155,5</i>	<i>258,2</i>
Лозівський район	223,6	485,3	359,7
<i>Близнюківська ТГ</i>	<i>266,6</i>	<i>1190,9</i>	<i>880,9</i>
<i>Лозівська ТГ</i>	<i>186,9</i>	<i>333,3</i>	<i>216,7</i>
<i>Первомайська ТГ</i>	<i>266,4</i>	<i>470,3</i>	<i>412,0</i>
Харківський район	225,2	339,9	335,9
<i>Дергачівська ТГ</i>	<i>66,7</i>	<i>150,7</i>	<i>196,9</i>
<i>Люботинська ТГ</i>	<i>960,9</i>	<i>1222,6</i>	<i>1221,3</i>
<i>Нововодолазька ТГ</i>	<i>779,5</i>	<i>743,1</i>	<i>665,7</i>
<i>Харківська ТГ (м. Харків)</i>	<i>218,3</i>	<i>344,3</i>	<i>338,7</i>
Чугуївський район	174,6	241,2	184,9
<i>Вовчанська ТГ</i>	<i>136,1</i>	<i>34,2</i>	<i>6,9</i>
<i>Зміївська ТГ</i>	<i>137,4</i>	<i>216,5</i>	<i>157,4</i>
<i>Чугуївська ТГ</i>	<i>203,2</i>	<i>372,1</i>	<i>305,4</i>
ВСЬОГО	296,1	453,2	463,5

Порівняно найбільшу відносну кількість операцій проведено в ТГ (Барвенківська, Близнюківська, Люботинська), які не вирізняються високою чисельністю населення (табл. 2.7). Водночас, має місце істотне «просідання» цього показника в тих ТГ (Борівська, Дворічанська, Вовчанська), які максимально наближені до «зони активних воєнних дій». Майже 40 % операцій

проводиться в ЗОЗ м. Харків, що цілком природно, зважаючи на концентрацію тут кваліфікованих хірургів. Значно більше за середні показники «завантажені» операційні бригади в Ізюмському, Лозівському та Харківському районах, де щодня проводиться від 20 до 160 оперативних втручань (табл. 2.8).

Таблиця 2.8 – Кількість операцій, що проведено в стаціонарах ЗОЗ Харківської області за один день [36; 37]

Район, територіальна громада (ТГ)	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Берестинський район	7,5	8,9	7,5
<i>Зачепилівська ТГ</i>	0,5	0,6	0,5
<i>Кегічівська ТГ</i>	1,4	2,8	1,6
<i>Красноградська ТГ</i>	5,6	5,5	5,3
Богодухівський район	7,5	8,0	9,4
<i>Богодухівська ТГ</i>	2,6	2,6	3,1
<i>Валківська ТГ</i>	2,3	2,6	2,6
<i>Золочівська ТГ</i>	0,1	0,5	0,5
<i>Краснокутська ТГ</i>	2,5	2,2	3,1
Ізюмський район	3,5	15,0	20,2
<i>Балаклійська ТГ</i>	1,0	7,2	8,7
<i>Барвенківська ТГ</i>	0,6	4,9	8,2
<i>Борівська ТГ</i>	0,5	0,4	--
<i>Ізюмська ТГ</i>	1,4	2,5	3,4
Куп'янський район	5,5	1,7	1,9
<i>Великобурлуцький</i>	0,4	0,9	0,6
<i>Куп'янська ТГ</i>	3,5	--	--
<i>Шевченківська ТГ</i>	1,5	0,8	1,4
Лозівський район	9,1	19,8	14,7
<i>Близнюківська ТГ</i>	1,3	5,9	4,4
<i>Лозівська ТГ</i>	4,6	8,3	5,4
<i>Первомайська ТГ</i>	3,2	5,7	5,0
Харківський район	105,5	159,2	157,3
<i>Дергачівська ТГ</i>	1,7	3,8	5,0
<i>Люботинська ТГ</i>	6,1	7,7	7,7
<i>Нововодолазька ТГ</i>	6,7	6,4	5,7
<i>Харківська ТГ (м. Харків)</i>	83,8	132,2	130,1
Чугуївський район	9,3	12,8	9,8
<i>Вовчанська ТГ</i>	1,6	0,4	0,1
<i>Зміївська ТГ</i>	2,6	4,0	2,9
<i>Чугуївська ТГ</i>	4,3	7,9	6,5
ВСЬОГО	209,6	320,8	328,0

Переважну більшість пролікованих хворих (табл. 2.9) було виписано (табл. 2.10).

Таблиця 2.9 – Проліковано хворих у стаціонарах ЗОЗ Харківської області [36; 37]

Показники	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Хірургічні для дорослих	36261	55966	57639
Хірургічні для дітей	1956	2916	2855
Нейрохірургічні для дорослих	4081	6299	6459
Нейрохірургічні для дітей	641	1254	1292
Судинної хірургії	555	762	885
Торакальної хірургії для дорослих	212	326	336
Торакальної хірургії для дітей	9570	314	241

Таблиця 2.10 – Виписано хворих зі стаціонарів ЗОЗ Харківської області [36; 37]

Показники	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Хірургічні для дорослих	35708	55541	57189
Хірургічні для дітей	1955	2916	2855
Нейрохірургічні для дорослих	4019	6227	6391
Нейрохірургічні для дітей	641	1254	1292
Судинної хірургії	553	760	883
Торакальної хірургії для дорослих	207	317	330
Торакальної хірургії для дітей	957	314	241

Водночас, має місце скорочення летальності (табл. 2.11) й тривалості перебування пацієнтів у хірургічних відділеннях ЗОЗ свідчать про покращання якості медичних (хірургічних) послуг. Відсутність та/чи мінімальна післяопераційна летальність в багатьох ТГ (Валківська, Ізюмська, Кегічівська, Нововодолазька) обумовлена не тільки високим рівнем професіоналізму операційних бригад (лікарів-хірургів, анестезіологів, медперсоналу), а і надання переваги порівняно простим клінічним випадкам. Тоді як найскладніші (передусім, ургентні) операції проводяться в ЗОЗ Харкова, що дозволило істотною мірою покращити відповідні показники, зокрема, в Чугуївському районі, де у 202–2023 рр. активно надавалася хірургічна допомога комбатантам

і цивільним, які фізично постраждали від військових дій на цій та прилеглих територіях.

Таблиця 2.11 – Летальність у стаціонарах ЗОЗ Харківської області [36; 37]

Показники	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Хірургічні для дорослих	1,53	0,76	0,78
Хірургічні для дітей	0,05	--	--
Нейрохірургічні для дорослих	1,52	1,14	1,05
Судинної хірургії	0,36	0,26	0,23
Торакальної хірургії для дорослих	2,36	2,76	1,79

Зрештою слід зазначити, що має місце, з одного боку, динамічна зміна абсолютних параметрів розвитку хірургії в ЗОЗ Харківській області, а з іншого – відсутність в офіційній статистиці інформації про якісні параметри цього феномену, що має особливе значення з урахуванням специфіки надзвичайних ситуацій (зокрема, пандемії COVID-19) та воєнного стану (обумовленого повномасштабною військовою агресією РФ проти України). При цьому слід враховувати особливості розвитку хірургії в різних регіонах (різною мірою віддалених від «лінії фронту»). Крім того, додатковий інтерес викликає думка респондентів про ситуацію у цій сфері.

2.2 Українські реалії розвитку хірургії як результату публічної політики у цьому сегменті сфери охорони здоров'я

Найбільш трудомістка та відповідальна лікувальна робота, пов'язана з оперативними втручаннями, потреба в яких виникає як при захворюванні, так і при травмі. Надання хірургічної допомоги пацієнту потребує професіоналізму, оперативності та людяності [20].

«Хребет» хірургічної служби в Україні утворюють 776 спеціалізованих і високоспеціалізованих (кластерних і надкластерних) ЗОЗ, де функціонують штатні відділення хірургічного профілю (включаючи комбустіологію, серцево-

судинну, торакальну і онкологічну хірургію), в яких розгорнуто понад 49 тис. хірургічних лікарняних ліжок. Нині у ЗОЗ країни працює майже 8 тис. лікарів-хірургів, з яких 78,0 % мають вищу кваліфікаційну категорію [76].

Проведена нашвидкуруч реформа охорони здоров'я в Україні вже більше 9 років отримує неоднозначні відгуки пацієнтів і лікарів. Суттєвою помилкою в реформуванні практичної СОЗ було виведення поліклінік зі складу лікарень та створення самостійних територіально-адміністративних одиниць, що призвело до необґрунтованого збільшення кількості керівних кадрів, територіальної віддаленості структурних підрозділів ЗОЗ. Поєднувати оперативну діяльність з консультативним прийомом досить складно. В умовах консультативно-діагностичного центру (колишньої поліклініки) немає чіткого розмежування прийому і операційної діяльності – оперативні втручання виконують фактично під час прийому, немає також часового розподілу роботи на ургентну та планову, тобто філія консультативно-діагностичного центру продовжує функціонувати як «шматок поліклініки», що не відповідає міжнародному клінічному досвіду [20].

Нині трансформація СОЗ стикається з низкою викликів: обмеженим доступом до медичної допомоги через фінансові, географічні й інфраструктурні бар'єри, недостатньою якістю послуг, а також низьким рівнем медичної освіти, що підтверджується відсутністю українських закладів вищої освіти у глобальних рейтингах. До цього додаються низька культура профілактики здоров'я, зокрема низькі показники вакцинації, та значна частка прямих платежів пацієнтів, яка сягає приблизно 50 % від загальних витрат на СОЗ.

Як наслідок, у вітчизняній СОЗ маємо низку глибоких структурних дисбалансів, які суттєво впливають на її ефективність та здатність задовольняти потреби населення. Одним із ключових є дисбаланс між рівнями надання медичної допомоги, успадкований значною мірою від радянської моделі, з її гіпертрофованим акцентом на стаціонарну та вузькоспеціалізовану допомогу на противагу первинній ланці. Попри реформи, які спрямовано на посилення ролі сімейних лікарів, система все ще демонструє недостатню інтеграцію між

рівнями, що призводить до неефективного використання ресурсів, дублювання функцій і ускладненого маршруту пацієнта [2].

В Україні вже кілька років проводяться спроби модернізації медичної інфраструктури, зокрема через запровадження телемедицини, електронного обміну медичними даними, а також використання робототехнічних технологій у хірургії. Водночас, впровадження таких інновацій часто стикається з проблемами на регіональному рівні. Це пов'язано з недостатнім фінансуванням, відсутністю необхідної інфраструктури та недостатньою підготовкою медичних кадрів для роботи з новими технологіями. Більше того, велика різниця в рівні медичних послуг між великими містами та сільськими районами посилює цей розрив. Одним із важливих аспектів є розвиток державної програми високотехнологічної медичної допомоги [5].

Недостатня результативність відновного лікування й традиційної системи профілактичних заходів змушує активізувати пошук більш ефективних організаційно-методологічних рішень [25] і, зокрема, модифікувати низку принципів, якими слід керуватися під час системної реалізації фізичної реабілітації при переломах опорно-рухового апарату [10].

Іншим виразним дисбалансом є географічна нерівність у доступі до медичних послуг та їх якості, особливо між великими містами та сільською місцевістю, а також між різними регіонами країни. Ця нерівність зумовлена нерівномірним розподілом ЗОЗ, кадрового потенціалу та фінансових ресурсів, що часто корелює з економічним розвитком територій. Третій значущий дисбаланс полягає у хронічній невідповідності між обсягами фінансування СОЗ і реальними потребами населення, а також між структурою видатків і пріоритетами громадського здоров'я [2].

В Україні нині існує проблема недостатньої кваліфікації медичного персоналу в регіонах, особливо в сільській місцевості. Це пов'язано з відсутністю системних програм підвищення кваліфікації лікарів, а також недостатнім рівнем інтеграції навчальних закладів з практичними ЗОЗ [24]. Також питання заробітної плати лікаря-хірурга було актуальним у всі часи.

Окрім дискримінаційних тарифних ставок вузьких спеціалістів спостерігається також дискримінація стосовно навантаження. Традиційний підробіток лікаря 0,25–0,5 розміру посадової ставки надається лише адміністрації, рядові працівники позбавлені можливості працювати додатково на 1,5 посадової ставки навіть там, де є вакансія [20].

Попри численні негативні моменти медичної реформи, позитивним є запровадження мініінвазивних методик хірургічних втручань, використання сучасної діагностичної апаратури, про яку 30 років тому ніхто не міг навіть мріяти. Використання зазначених втручань дає можливість суттєво скоротити кількість ліжко-днів і запобігти тривалому перебуванню пацієнтів у стаціонарі, яке недоцільне не лише з економічної точки зору, а й з клінічної, оскільки існування внутрішньо-лікарняної мікрофлори негативно впливає на загоювання рани, що значно ускладнює післяопераційний перебіг. Аналізом структури амбулаторних оперативних втручань виявлено, що 51,8 % цих втручань виконують з приводу доброякісних пухлин м'яких тканин (ліпоми, папіломи, дерматофіброми), «чисті оперативні втручання»; 38,9 % – з приводу гнійно-септичної патології, 9,3 % – з приводу ран. Розподіл потоків пацієнтів на планових та ургентних дає можливість уникнути контакту з внутрішньо-лікарняною інфекцією і оптимізувати лікування різних нозологічних форм. Орієнтуючись на світовий досвід і маючи частоту виконання планових амбулаторних оперативних втручань – 51,8 %, було б набагато раціональніше хірургічні відділення поліклінік реорганізувати у відділення мініінвазивних втручань, розташованих у приміщенні стаціонару [19].

Дослідження розвитку хірургії буде неповною без аналізу стану окремих цього сегмента СОЗ. Так, зокрема, найбільшу частку пацієнтів ендокринних хірургів складають хворі з тиреоїдною патологією, що обумовлює та пояснює значний інтерес до цієї проблеми міжнародної ендокринологічної спільноти. Головним методом її лікування донині залишається хірургічний, і попри суттєві досягнення, є достатньо невирішеними проблемами. Так, донині навіть у провідних ЗОЗ і в щонайдосвідченіших ендокринних хірургів зустрічаються

ускладнення у вигляді порушень голосу та післяопераційного гіпаратиреозу. І хоча відсоток таких ускладнень уже доведено до лічених відсотків і прояви здебільшого бувають мінімальними та тимчасовими, але гарантовано уникнути їх, поки що, не вдається нікому [51].

Зважаючи на демографічну ситуацію в країні та значущість збільшення народжуваності викликає додатковий інтерес аналіз неонатальної хірургії. Так, зокрема, в Україні нині досягли позитивних результатів в лікуванні значної кількості хірургічних хворих, досягнувши зниження післяопераційної летальності у новонароджених, і домоглися підвищення виживання новонароджених і зниження ускладнень при такій високолетальній патології, як атрезія стравоходу, гастрошизіс, омфалоцеле, аноректальні аномалії тощо. Останні роки дитячі хірурги України дотримуються тенденції зниження віку при лікуванні майже всіх дітей з плановою хірургічною патологією. Подальше зниження вікового цензу на хірургічні втручання при вроджених вадах розвитку призвело до того, що зараз основна кількість хірургічних втручань здійснюється у новонароджених, тобто сучасна дитяча хірургія стала хірургією новонароджених. Має місце зниження рівня післяопераційної летальності у новонароджених. Особливо виразною тенденція відносно зниження цього показника стає при його порівнянні за останні роки з показником 2002 р., коли рівень сягав 43,7 %.

Основні причини летальності новонароджених з хірургічною патологією:

- некротичний ентероколіт – до 20,0–22,0 % випадків;
- вроджена кишкова непрохідність – до 19,0–20,0 % випадків;
- вади розвитку передньої черевної стінки – до 17,0–18,5 % випадків.
- атрезія стравоходу – 12,0–12,5 % випадків;
- діафрагмальна кила – 10,0–11,0 % випадків.

При цьому, майже 2/3 новонароджених, що померли, мали тяжкі поєднані і комбіновані вроджені вади розвитку різних органів і систем. Загалом, приблизно у 43 % дітей смерть була непередбачувана, у 33 % – умовно

попереджувана, у 24 % – попереджувана. Серед дітей, у яких смерть була непопереджуваною, 23 % мали низьку і екстремально низьку масу тіла.

За останні роки в Україні досягнуто певних позитивних зрушень в сегменті неонатальної хірургії, що відбулося завдяки:

- покращанню кадрового забезпечення галузі за рахунок підвищення кваліфікаційних вимог – оперативну допомогу новонародженим надають бригади дитячих хірургів і анестезіологів, які пройшли відповідну підготовку з неонатальної хірургії;

- введенню до складу чергової бригади хірургів у лікарні дитячого хірурга і анестезіолога, які мають підготовку з питань надання хірургічної допомоги новонародженим в ургентних ситуаціях, у т.ч. увечері, уночі, у святкові та вихідні дні;

- набуття досвіду і удосконалення хірургічної майстерності спеціалістами, що якісно виконують у новонароджених хірургічні втручання високого ступеня складності;

- підвищенню фахового рівня дитячої анестезіології, реанімації і інтенсивної терапії новонароджених;

- впровадженню в хірургію новонароджених сучасних діагностичних технологій;

- удосконаленню підходів до транспортування новонароджених;

- розробці й впровадженню відповідних протоколів лікування новонароджених, затверджених МОЗ України.

Проте, не дивлячись на досягнення в галузі дитячої хірургії, у структурі малюкової смертності вроджені вади розвитку залишаються на II місці, а в структурі інвалідності займають до цього часу I місце (вище 27,0 %) [11].

Оцінка клінічної та медико-економічної ефективності/результативності медичної (хірургічної) допомоги в ЗОЗ дозволило виявити відсутність таких чинників:

- відсутність консультацій необхідної спеціалізації; відмова пацієнта;

- відсутність необхідних витратних матеріалів у ЗОЗ;

- відсутність медичних послуг в СОЗ;
- відсутність своєчасного доступу до медичних послуг;
- неможливість транспортування пацієнта;
- пізні звернення пацієнта;
- інші організаційні питання [13].

За даними міжнародної статистики, до головних причин виникнення дефектів належать «недостатня кваліфікація медичних працівників – 24,7 %, недостатнє обстеження пацієнтів – 14,7 %, неухвалене ставлення до хворих – 14,1 %, недоліки в організації лікувального процесу – 13,8 %, недооцінка важкості стану хворого – 2,6 % [58].

Пандемія COVID-19 спричинила тривале очікування на планові операції (і це при тому, що провінції вже давно мали затримки з доступом до нетермінової хірургії). Але тепер, за винятком усіх, окрім найневідкладніших процедур, що загрожують життю або кінцівці, термінових хірургічних станів, що вимагають часу, або раку, час очікування на хірургічне втручання збільшиться, що вплине на багатьох канадців. При цьому перспективи для пацієнтів, які очікують на планову операцію, дуже невизначені. Фактично, враховуючи, що скасування все ще відбуваються по всій країні, остаточна кількість скасованих планових операцій ще не визначена [77].

Проведені узагальнення публікацій за даною проблематикою дозволило виокремити наступні проблеми, що ускладнюють/унеможливають розвиток хірургії та СОЗ загалом:

- недостатньо виразна державна політика у СОЗ, у т.ч. її законодавче забезпечення;
- відсутність науково обґрунтованої стратегії законодавчої діяльності у СОЗ;
- низька законотворча активність суб'єктів законодавчої ініціативи;
- складність проходження законопроектів про СОЗ у Парламенті;
- відсутність спеціалістів, які б мали необхідний обсяг знань як у сфері юриспруденції, так і в медицині;

- неконсолідованість діяльності представників правової і медичної науки;
- недостатнє використання позитивного зарубіжного досвіду в регулюванні розвитку СОЗ;
- правова база СОЗ є дуже нечіткою, нерідко трапляються законодавчі колізії і ситуації, коли норми різних актів, що регламентують тією чи іншою мірою СОЗ, суперечать один одному;
- надмірна розпорошеність норм, що стосуються СОЗ, по всьому українському законодавству [16; 23];
- зниження якості державного управління СОЗ;
- відсутність механізмів зацікавленості виконавців у результаті та якості праці;
- екстенсивний шлях розвитку СОЗ в умовах гострого дефіциту фінансових ресурсів;
- незбалансованість ресурсів і обсягів допомоги;
- посилення структурних диспропорцій у сфері надання медичних послуг у бік дорогих її видів;
- виникнення соціальної напруженості у суспільстві, зумовленої зниженням доступності медичної допомоги, низькою якістю її надання, зростанням платних послуг [14];
- відсутність єдиної послідовної науково обґрунтованої політики щодо кардинального реформування СОЗ;
- недосконала, з управлінського погляду, і неефективна, з економічного, СОЗ в нових економічних умовах України, як результат – безсистемність і стихійність упровадження платних послуг у державних і комунальних ЗОЗ;
- неефективність державного регулювання стосовно питань кадрового забезпечення СОЗ, як результат – диспропорція з забезпеченні кадрами, плінність кадрів;
- неузгодженість і суперечність законодавчої бази, що регламентує діяльність СОЗ, особливо щодо питань фінансово-економічної і господарської діяльності СОЗ;

- неузгоджене, здебільшого ситуативне управління СОЗ;
- низький рівень соціально-економічного захисту медичних працівників;
- хронічне недофінансування СОЗ й нецільове використання бюджетних і програмних коштів;
- надмірні особисті витрати населення на послуги з СОЗ [26];
- відсутність єдиної політичної волі щодо напрямку шляхів реформування;
- відсутність спадковості й послідовності в реалізації реформ;
- заполітизованість питання реформування СОЗ (кожна політична сила в Україні приходила до влади зі своєю стратегією реформування) [1];
- різке скорочення фінансування на реалізацію відповідних дослідницьких і профілактичних проєктів у СОЗ, які слугують підвищенню якості показників налагодження суспільної життєдіяльності;
- порушення єдності правил системного управління, розрив між компонентами та важелями управління СОЗ, яка володіє властивостям управління та самоуправління [17];
- відсутність єдиної СОЗ (за наявності державної, правоохоронної, відомчої, акціонерної, приватної та організацій різних інституційно-правових форм, які надають медичні послуги), що «розмиває» єдину функціональну лінію медичного забезпечення населення [59];
- складність процедури переоформлення права на користування земельною ділянкою, на якій розташований об'єкт публічно-приватного партнерства (далі – ДПП) на приватного партнера;
- перешкоди в отриманні дозвільних документів і погоджень, що необхідні для реалізації проєкту ППП;
- відсутність чіткого механізму практичного дотримання гарантій, що надаються державним партнером, реалізації всіх домовленостей і відповідальності за його недотримання;
- низький рівень мотивації та фахової підготовки посадових осіб, які займаються питаннями ДПП;
- висока ймовірність корупційних проявів;

– стан більшості об'єктів, що перебувають у державній чи комунальній власності, вимагає надмірних обсягів інвестицій для приведення його у відповідність стандартів для надання ефективних та якісних послуг, що є високим ризиком для приватного партнера;

– велика кількість нормативно-правових актів, якими регулюється процес ДПП мають певні колізії, неузгодженості, спостерігається відсутність чіткої регламентації та системності, особливо в частині формування договорів про концесію [53];

– незадовільний стан здоров'я населення;

– нераціональна організація системи надання медичної допомоги;

– брак сучасних медичних технологій, недостатнє володіння ними;

– низький рівень інформованості про сучасні медичні технології, засоби збереження здоров'я та активного дозвілля;

– недостатність фінансових, насамперед бюджетних, ресурсів для забезпечення ефективної діяльності системи охорони здоров'я;

– практична відсутність ринку медичних послуг;

– недосконалість нормативно-правових актів, які впливають на створення умов для поліпшення стану здоров'я населення та підвищення ефективності використання в сфері охорони здоров'я людських, матеріально-технічних і фінансових ресурсів в умовах ринкової економіки [46].

Зрештою слід зазначити, що певні здобутки у цій царині, наявний стан розвитку хірургії в Україні допоки має низку нагальних проблем, без вирішення яких неможливо забезпечити збереження позитивних тенденцій. Для цього необхідно використати передовий світовий досвід, а також кращі вітчизняні практики задля реалізації комплексу заходів за пріоритетними напрямками для подальшого розвитку хірургії.

РОЗДІЛ 3

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО РОЗВИТКУ ХІРУРГІЇ

3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо забезпечення розвитку хірургії

Зарубіжний досвід показує, що існуючий механізм фінансування СОЗ можна успішно вдосконалювати і в рамках бюджетного фінансування та соціального медичного страхування. Адже у багатьох країнах ЄС держава тим чи іншим чином (або від імені певних категорій громадян, або у вигляді капітальних інвестицій) бере участь у розвитку як засад страхової медицини, так і принципів соціальної справедливості та соціальної солідарності, зокрема в наданні високотехнологічної медичної допомоги, загальнодержавних медичних програм тощо [56]. Аналіз зарубіжних джерел свідчить, що модернізацію національних СОЗ в ХХІ ст. визначатимуть три значущі тенденції:

- уніфікація стандартів надання медичних послуг на міжнародному рівні;
- пріоритетність ринкових відносин суб'єктів СОЗ;
- вирішення проблем щодо регулювання витрат на медичні послуги [6].

Досягнення такого рівня, коли медико-соціальні послуги будуть однаково доступні для різних груп населення, незалежно від віку чи фінансової спроможності цих груп, потребує скоординованих зусиль у кількох сферах одночасно, як і розвитку сильних, стійких, справедливих систем охорони здоров'я, діяльність котрих спрямована на поліпшення результатів і покращення здоров'я населення. Різні партнери можуть і повинні працювати разом, аби об'єднати знання та досвід на рівні країни й заручитися підтримкою міжнародних донорів [53].

Обсяг споживання медичних послуг не може визначатися тільки рівнем платоспроможності людини. Це особливо очевидно тоді, коли для зменшення

страждань і рятування життя людини потрібна термінова медична допомога. Навіть в США, де СОЗ розвивається, головним чином, на платній основі, хворі з гострими захворюваннями, які не застраховані, отримують медичну допомогу в лікарні безкоштовно. У таких випадках безкоштовне лікування таких хворих здійснюється за рахунок тих, що можуть заплатити [50].

З кінця ХХ ст. більшість розвинених країн щорічно збільшують державні витрати на фінансування охорони здоров'я, що тим самим слугує підвищенню якості та доступності надання медичних послуг. Доцільність збільшення фінансування на СОЗ обумовлена низкою об'єктивних факторів [73].

У Норвегії частка державного фінансування охорони здоров'я сягає 85 %. Щороку парламентом визначається граничний рівень витрат населення за платні послуги та визначається перелік платних послуг. Якщо упродовж календарного року сума витрат пацієнта сягає граничного рівня, то медичне обслуговування для нього стає безкоштовним до кінця року. Різницю компенсує державна система страхування. Страхування покриває амбулаторне і стаціонарне лікування, діагностичне обстеження, профілактичні заходи, обслуговування матері і дитини, хосписну допомогу, рецептурні ліки. Муніципалітет має діяти не тільки як державна служба, але і як інституція з обслуговування своїх громадян. Споживач відіграє ключову роль у сфері охорони здоров'я. Щоб контролювати свій рух у потоці пацієнтів на місцевому рівні, споживач медичних послуг повинен мати інформацію, як уникати хвороб завдяки профілактиці, у якому ЗОЗ він може одержати відповідне лікування. Відділ охорони здоров'я повинен інформувати населення через місцеві засоби інформації і надавати базову інформацію щодо ролі сімейної медицини та про медичні послуги і права пацієнтів. Споживачі медичних (хірургічних) послуг повинні знати, куди скаржитися у випадку поганого лікування, про нову роль сімейних лікарів і своє право вибрати їх. Це позитивно впливатиме на оптимізацію руху пацієнтів між різними ланками медичної допомоги [52].

Довгі черги хворих, які очікували на проведення операції, сприяли створенню амбулаторної хірургічної служби в Англії, Шотландії, Німеччині

Бельгії і Голландії [69; 71; 75]. Як показує світовий досвід, в останні роки значно інтенсифікувалась хірургічна діяльність в поліклініках. Цьому сприяла організація денних (у т.ч. одноденних) стаціонарів, що дозволило розширити діапазон хірургічних втручань, дозволило понизити рівень післяопераційних ускладнень і досягти вищого соціально-економічного ефекту [13]. Залежно від того, наскільки добре була організована амбулаторна хірургічна служба в тій чи іншій країні, досить швидко змінювалось відсоткове співвідношення операцій, які виконувалися в амбулаторних центрах, до загальної кількості операцій, що проводилися в умовах хірургічного стаціонару [22].

Завдяки ретельному моніторингу епідеміології захворювань, накопиченню досвіду, досліджень і доказів, а також протоколам для захисту безпеки як пацієнтів, так і медичних працівників, лікарні поступово відновлять проведення планових операцій, навіть якщо неясно, чи зможуть вони коли-небудь повернутися до попереднього рівня обсягів операцій [77].

США є одним із світових лідерів у СОЗ, де домінує ринкова модель. У цій системі медичні послуги надаються за ринковими цінами, а їх оплата здійснюється переважно самими пацієнтами, часто через добровільне приватне страхування. Держава відіграє обмежену роль, зосереджуючись на регулюванні та фінансуванні окремих соціальних програм, тоді як комерційні страхові компанії є ключовими учасниками ринку. Такий підхід частково компенсує недоліки ринкової моделі через цільові державні ініціативи, спрямовані на підтримку вразливих груп населення [2].

На основі вивчення світового і європейського досвіду (Австралія, Австрія, Швеція) слід зазначити, що амбулаторні відділення, аналогічні нашим поліклінікам, існують у структурі лікарень, що дозволяє раціонально розподілити фінансування та уникнути небажаного дублювання, а також вчасно попередити можливі інтра- та післяопераційні ускладнення. Потрібно максимально відокремити оперативну діяльність від бюрократичної роботи, яка є частиною в діяльності лікаря-хірурга консультативно-діагностичного центру.

Наприклад, доцільно виділити операційні та консультативні дні, а також розподілити пацієнтів на ургентних і планових [19].

Щоб створити досконалу СОЗ, необхідно детальніше вивчити світовий та, зокрема, європейський досвід. В Австралії, наприклад, важливе місце в СОЗ посідає надання медичної допомоги населенню в госпітальних установах (ЗОЗ). Досить часто практикується «мала» хірургія, коли хворого госпіталізують до стаціонару вранці і протягом дня йому виконують заплановану операцію. По завершенні операції пацієнта переводять в «амбулаторну» післяопераційну палату, де він перебуває протягом 1,5–3,0 годин (за потреби – більше) під медичним наглядом. Подальший режим пацієнта визначають, виходячи із його самопочуття. Коли немає медичних показань до перебування в стаціонарі, після декількох годин післяопераційного нагляду він може бути виписаний додому. Якщо є потреба, пацієнта залишають у стаціонарі на період, необхідний для післяопераційного відновлення [32].

У 1980 р. в США перелік хірургічних маніпуляцій, що проводилися в центрах амбулаторної хірургії, було затверджено в одному з розділів федерального закону. Це послужило початком офіційного визнання методу стаціонаро-замінюючих технологій в хірургічній практиці. У 1986 р. Конгрес США прийняв Білль Дюренберга – закон про якість амбулаторної хірургії. Результатом дії цього закону з'явилося формування керівництва, яке було затверджено МОЗ США, й постійним розширенням кількості хірургічних процедур, які проводяться в амбулаторних умовах [62]. У 1980-ті роки кількість операцій, виконаних у денних хірургічних стаціонарах багатьох європейських країн, зросла до 10 млн і співвідношення оперативних втручань, які проводились в амбулаторних умовах і стаціонарах змінилось з 1:3 до 3:4 [69; 71; 75]. На початку організаційних змін в структурі хірургічної допомоги (наприкінці 1990-х рр.) обсяг операцій в амбулаторних умовах в різних країнах складав 10–20 % від загальної кількості проведених оперативних втручань. За подальші 7–8 років їх кількість збільшилася в 3–4 рази і досягла 30–60 % від загальної хірургічної активності [22].

На догоспітальний етап була перенесена значна частина медичних обстежень, які традиційно виконувались в стаціонарах. Це дало можливість інтенсифікувати роботу хірургічного стаціонару:

- 1) Наблизити хірургічну активність до 100 %.
- 2) Доопераційний ліжко-день знизити до 0–2 днів.
- 3) Післяопераційний ліжко-день знизити до 6 днів.

Була введена система один хворий – один лікар на всіх етапах лікування – догоспітальному, госпітальному, післягоспітальному [13].

Аналізуючи організаційні форми центрів амбулаторної хірургії, які існують в міжнародній практиці, треба зазначити, що між ними існують певні відмінності. Основними типами організаційних форм «хірургії денного стаціонару» є інтегрований, відособлений, сателітний та ізольований. Поширення того чи іншого типу залежить від національного менталітету, особливостей організації хірургічної допомоги, механізму інвестування в СОЗ. В Англії більшість центрів амбулаторної хірургії функціонують на основі госпітальної державної служби. У США дві третини з організованих амбулаторних центрів працюють самостійно. Та частина, що залишилась поділяється на госпітальну власність і власність страхових компаній. Зазначено, що загальне число амбулаторних операцій, що проводяться в американських госпіталях, менше, ніж в окремо розташованих амбулаторних хірургічних центрах з незалежним управлінням [22; 62].

Іспанські хірурги були одними з перших, хто впровадили і підтримали амбулаторні хірургічні центри. Вони прорахували ефективність впровадження цього методу при проведенні операцій середнього рівня тяжкості і встановили, що при лікуванні однакових груп пацієнтів зі всіма іншими рівними умовами, але в різних організаційних структурах – стаціонарній і амбулаторній, частота післяопераційних ускладнень і смертності значно нижче при проведенні цього лікування за схемою «хірургії одного дня». Отриманий за десятирічний період практичний досвід привів хірургів Іспанії до висновку про необхідність реорганізації амбулаторних хірургічних підходів і формування їх поза

звичайними хірургічними стаціонарами, але на базі функціонуючого багатопрофільного клінічного госпіталю [66].

Визначальною рисою японської моделі є ефективний механізм державного регулювання фінансування і медичного страхування, який користується високим рівнем суспільної довіри. Центральний уряд виконує стратегічні регуляторні функції у системі загального медичного страхування: встановлює тарифи на медичні послуги, субсидіює регіональні органи самоврядування, страхові організації та надавачів послуг, а також формує нормативні засади їхньої діяльності. Префектури й муніципалітети забезпечують виконання цих положень та організують заходи для збереження здоров'я на місцевому рівні, включаючи програми довгострокового медичного страхування. Відмінною рисою японської моделі є відсутність обмежень на вибір лікаря або типу медичного страхування, за цих обставин пацієнти сплачують лише 10–30 % від вартості послуг. Держава запроваджує регуляторні обмеження на прибутковість страхових компаній у медичній сфері. Важливою складовою системи є розвинена мережа терапевтів і сімейних лікарів, які забезпечують амбулаторну допомогу, що дозволяє оптимізувати навантаження на основні ЗОЗ [2].

Скасування планових операцій, пов'язане з пандемією, створило нагальну потребу для провінцій переоцінити те, як вони керують своїми списками очікування. Хоча ВООЗ рекомендувала розробити план відновлення СОЗ для сприяння одужанню після пандемії, а Американсько асоціація лікарів нещодавно надала рекомендації, зосереджені на наборі принципів, які допоможуть лікарням планувати відновлення планової хірургічної допомоги, жодна провінція ще не оголосила план відновлення після планової хірургії. Органи в СОЗ не лише поступово відновлять можливості планових хірургічних операцій, але й деякі провінційні уряди можуть також спрямувати нове фінансування для вирішення проблеми зростаючого обсягу операцій. За наявності наявних коштів відповідальність за пом'якшення наслідків нових тривалих періодів очікування лягає на регіони, лікарні та хірургів, а встановлені

процеси визначатимуть, як використовуються ресурси для скорочення часу очікування. Оскільки тисячі місцевих рішень щодо доступу до хірургічних операцій швидко приймаються, необхідні продумані принципи високого рівня, які слугуватимуть опорою для регіональних і місцевих осіб, які приймають рішення, розподіляючи ресурси операційних лікарень з урахуванням потреб хірургів і пацієнтів. Сортування списку очікування доведеться базувати на потребах пацієнтів; тривале очікування може вплинути на здатність пацієнтів повернутися до роботи або прискорити погіршення симптомів, що призводить до більш складних і запущених хірургічних станів. Пацієнти похилого віку та ті, хто має супутні захворювання, що роблять їх більш схильними до вірусної інфекції, можуть опинитися в ситуації, коли чекають ще довше через власну постпандемічну тривогу чи стратегії хірургічного сортування. Тож, сортування, яке регулює доступ до планових операцій, має бути розширене, щоб включати координацію між лікарнями та хірургами для ретельної оцінки професійних, медичних, симптоматичних і побічних ризиків пацієнтів. Така координація, ймовірно, повинна бути специфічною для кожного регіону та центру через відмінності в пріоритетах лікарень, ресурсах і потребах пацієнтів. Моделі хірургічних витрат, що використовувалися в минулому, не будуть корисними для урядів і керівників ЗОЗ. Знадобляться нові моделі, засновані на граничних витратах лікарень, які, як очікується, працюватимуть у вихідні чи поза робочим часом, а також з урахуванням параметрів соціального дистанціювання [77].

Перша операція, виконана за допомогою роботичної системи da Vinci від Intuitive Surgical, Inc., була проведена в Брюсселі (Бельгія), у 2000 р. після того, як вона була введена в Європу в 1997 р. [63]. Роботична хірургія на сьогодні набирає обертів і широко використовується в усьому світі [74]. Нині у 69 країнах працюють понад 50 тис. сертифікованих хірургів і понад 6730 роботів [49; 65]. Попри відсутність тактильного зворотного зв'язку, технічні переваги роботичної хірургії, такі як 3D-технологія, покращений стабілізований тривимірний стереоскопічний контроль операційного поля, підвищена чіткість зображення та сприйняття глибини поза стандартним монітором, цифрове

збільшення високої чіткості забезпечує більшу впевненість у точності хірургічних маніпуляцій, підвищена маневреність інструментів EndoWrist, фізіологічна фільтрація тремору рук і масштабування руху, вважаються фундаментальними для подолання багатьох обмежень лапароскопічної хірургії. З моменту схвалення робота da Vinci міжнародними агентствами американські, європейські й азіатські хірурги довели його ефективність і безпечність для виконання багатьох різних хірургічних операцій за допомогою роботів [49; 68]. Використання роботичної системи у світі в різних напрямках хірургії (колопроктологія, бариатрія, онкологія, хірургія шлунково-кишкового тракту, панкреатодуоденальної зони, урологія, гінекологія, дитяча хірургія) показало задовільні результати порівняно з лапароскопічною і відкритою хірургією [49].

Не менш важливим є розвиток інституційної координації між різними органами державної влади та науковими установами для впровадження новітніх технологій у медицину. В Україні це можна здійснити через інтеграцію вітчизняних наукових розробок із застосуванням у ЗОЗ. Україна повинна активніше впроваджувати спільні програми навчання для медпрацівників, зокрема, в сфері використання новітніх технологій, таких як роботизовані системи для хірургії чи застосування штучного інтелекту для діагностики. Спільні навчальні курси, організовані державними навчальними закладами та технологічними компаніями, дозволять підготувати медпрацівників до роботи з новими технологіями. Успішна співпраця між місцевими ЗОЗ і приватними компаніями дозволяє впроваджувати новітні методи лікування, зменшуючи нерівність у доступі до висококваліфікованої медичної допомоги [5].

Підбиваючи проміжний підсумок, слід зазначити, що зважена адаптація до умов України передового світового досвіду у цій сфері дозволить, з одного боку, забезпечити збалансований розвиток СОЗ загалом як передумови для подальшої розбудови окремих її сегментів (зокрема, хірургії), а з іншого – окремі («вузькі» рекомендації є цільовими акцентами вдосконалення публічної політики щодо розвитку хірургії.

3.2 Реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками для подальшого розвитку хірургії

Провідна роль держави в розвитку людського капіталу може бути оправдана з точки зору досягнення ефективності. Загалом, це стосується розробки сильної соціальної стратегії розвитку. Однак не меншу увагу слід приділяти тим політичним структурам, з допомогою яких виборці впливають на прийняття рішень, а також управлінські механізми, що забезпечують їх реалізацію. Розвиток ринкових відносин у СОЗ і зміни, які відбуваються в методах управління органами влади всіх рівнів, вимагають істотних змін у всіх типах владних структур. Потрібне істотне удосконалення управління у СОЗ, перш за все, на регіональному та на рівні місцевого самоврядування [50].

На реформування сфери охорони здоров'я впливають такі фактори:

- *економічні* – в усіх країнах при зниженні темпів економічного розвитку оплата медичної допомоги переноситься на її отримувачів, тобто на хворих людей, при економічному зростанні відзначається збільшення виділення коштів бюджету на СОЗ, тенденції до соціальної справедливості;

- *культурні традиції, цінності суспільства* – ставлення до СОЗ як до суспільного, колективного блага, ринкових послуг має значення для змін, які відбуваються;

- *політичні* – визначення пріоритетів, розподіл ресурсів у суспільстві, всередині СОЗ;

- *розуміння явищ* – якщо реформа сприймається як нав'язана зовні, то вона не викликає довіри, тому в її реалізації виникають труднощі; міжустановчі змагання й неоднозначний підхід до реформ у суспільстві і в окремих групах суспільства не приводить до суттєвого покращення функціонування системи;

- *механізми регулювання взаємодії* учасники системи й наявність добре підготованого менеджменту [15].

Особлива роль при забезпеченні ефективності реалізації публічного управління у СОЗ належить розвитку галузевої системи публічної служби,

спроможної результативно працювати на просування новітніх пріоритетів галузевого розвитку. Постає питання забезпечення керованості системи публічного управління у СОЗ, як структурно-функціонального інструменту побудови «держави всезагального добробуту», який ґрунтується на підвищенні показників якості життя населення. Слідуючи даному контексту структурно-функціональне призначення публічного управління у СОЗ доцільно розглядати через призму його результативності управління об'єктами СОЗ і перетворення її на стратегічний пріоритет розвитку постмодерної держави. Інакше у постмодерний період не існує жодних допустимих умов домінування держави над суспільством, якщо вона через свої інститути не виступає гарантом підвищення якості життя населення та безпеки його життєдіяльності. Це підтверджується тим, що доступне та якісне надання публічних послуг у СОЗ у жодному випадку не можливе без інституційної участі держави у ролі органів публічної влади у СОЗ уповноважених забезпечувати результативність регулювання процесів медичного обслуговування. Саме тому у даному відношенні доцільність ідентифікації публічного управління у СОЗ як структурно-функціонального засобу підвищення якості життя громадян ґрунтується на забезпеченні доступності медичних послуг всім без виключення категоріям і мотивації медичного персоналу щодо їх ефективності в умовах високої обмеженості ресурсів.

Всі без виключення ініціативи держави у даному відношенні мають стосуватись розширення сервісного потенціалу СОЗ відповідно до актуалізованих запитів населення аби у такий спосіб виробити ефективні гарантії подовження якості й тривалості життя населення створюючи передумови для попередження його захворюваності. У зв'язку із цим, структурно-функціональної доцільності у контексті встановлення відповідної детермінації між станом системи публічного управління у сфері пріоритетів стратегічного розвитку, які б відповідали умовам історичного розвитку. Виходячи із цього, залучення системи публічного управління до процесів оптимізації СОЗ має супроводжуватись [48] планомірним розширенням зусиль

його апарату, спроможного здійснювати планування пріоритетів галузевого розвитку в нових умовах, формуючи тренди на майбутнє, на рівних взаємодіючі з суб'єктами СОЗ [60].

Сучасна СОЗ спрямована на оптимізацію і удосконалення діяльності хірургічної служби шляхом розвитку стаціонарно замінюваних форм надання медичної допомоги населенню й впровадження ендоскопічних/малоінвазивних методів оперативного лікування [3; 27].

Задля розвитку матеріально-технічної бази і кадрового забезпечення ЗОЗ необхідне удосконалення управління на основі впровадження у діяльність клінічної лікарні нових інформаційно-аналітичних технологій і системи індикаторів якості роботи й контролю за забезпеченням адекватного лікувально-діагностичного процесу хірургічного підрозділу [11]. Тож необхідно створити ефективну механізм передачі знань та технологій від науковців до практикуючих лікарів. Для розвитку високотехнологічної медицини важливо забезпечити належне оснащення ЗОЗ сучасними медичними приладами. Але для цього потрібно збільшити фінансування національних і регіональних програм, які б стимулювали закупівлю необхідного медичного обладнання, створення регіональних центрів високих технологій, а також розвиток інфраструктури телемедицини, що дозволить пацієнтам отримувати консультації та лікування за допомогою сучасних технологій.

Органи державної влади повинні створити сприятливі умови для інвесторів, що готові вкладати кошти в розвиток медичних технологій, модернізацію лікарень, а також у розробку та впровадження новітніх методів лікування та діагностики. Важливим є також створення регіональних медичних кластерів, які об'єднуюватимуть державні медичні установи, наукові інститути, приватні клініки і освітні заклади. Ці кластери можуть стати основою для інтеграції медичних інновацій у практичну СОЗ. Вони забезпечать тісну взаємодію науковців, лікарів і бізнесменів, що дозволить швидше впроваджувати новітні технології в медичну практику та надавати населенню більш доступні високотехнологічні медичні послуги. Однак для досягнення цих

цілей необхідно активно працювати над удосконаленням нормативно-правової бази. В Україні існує ряд законодавчих ініціатив, спрямованих на підтримку інновацій у СОЗ, але для ефективної реалізації таких проектів потрібно забезпечити адаптацію на місцях. Це включає надання субсидій і пільг для підприємств, що займаються впровадженням медичних технологій, спрощення процедур державних закупівель, а також створення стимулів для розширення доступу до високотехнологічної медичної допомоги. Враховуючи виклики, з якими стикається СОЗ України, важливо розвивати системи моніторингу і контролю за впровадженням новітніх технологій в СОЗ. Це включає в себе як контроль за якістю медичних послуг, так і забезпечення належної безпеки даних пацієнтів в умовах цифровізації [5].

Задля цього необхідно створити міжвідомчі робочі групи, які б могли координувати роботу між державними органами, приватними компаніями та ЗОЗ. Успішна інтеграція високих технологій в СОЗ потребує також розвитку освіти і підвищення кваліфікації медичних працівників. В Україні є потреба у створенні сучасних навчальних програм, що включатимуть як основи медичних інновацій, так і практичні навички роботи з новітнім обладнанням [24]. Тому важливо заохочувати співпрацю між ЗОЗ і навчальними установами для підготовки фахівців, здатних працювати з сучасними технологіями.

Не менш важливим є забезпечення громадської підтримки інновацій у СОЗ. Для цього важливо проводити інформаційні кампанії, які б допомогли українцям зрозуміти переваги високотехнологічної медицини та заохотити їх до використання нових методів лікування та діагностики. Оскільки нині є певний скепсис щодо нових технологій, ця робота повинна бути націлена на зміну ставлення до інновацій серед населення. Наразі інновацій і цифровізації СОЗ потребує впровадження сучасних інструментів інституційного співробітництва для розвитку високотехнологічних медичних систем на регіональному рівні.

На рівні урядових ініціатив необхідно розвивати політику інвестицій у медичні інновації. В Україні вже створено кілька програм, спрямованих на залучення інвестицій у розвиток медичних технологій, але важливо й надалі

стимулювати приватні компанії до інвестування в регіональні медичні проекти. Ці програми повинні включати пільгові умови для інвесторів і сприяти розвитку інфраструктури СОЗ на місцях. Важливим елементом такої співпраці є створення умов для розробки науково-обґрунтованих політик у СОЗ, що базуються на інноваціях [5].

Позитивними моментами застосування глобального бюджету, з погляду стаціонарів, є такі: можливість наблизити тарифи до фактичних витрат стаціонару; реальні, а не умовні зобов'язання з фінансування; економія, що виникає за рахунок оптимізації структури робіт; можливість використовувати потужності, що вивільнюються, для надання послуг на платній основі й за угодами добровільного медичного страхування. При переході до оплати стаціонарної допомоги за методом глобального бюджету необхідно зберегти облік фактично виконаних обсягів робіт, оскільки це необхідно для контролю за виконанням лікарнею своїх зобов'язань і планування обсягів і структури медичної допомоги на майбутній період. Перехід від ретроспективних методів оплати до методу глобального бюджету здійснюється значно простіше, якщо стаціонар фінансується одним страховиком. У цьому випадку спрощується процес планування обсягів стаціонарної допомоги. Складніша ситуація виникає при формуванні глобального бюджету ЗОЗ, що фінансується декількома страховиками, кожен з яких має запланувати обсяг стаціонарної допомоги для застрахованого ним населення. У цій ситуації страхові компанії мають домовитися між собою про авансові платежі для стаціонару на погоджені обсяги. У майбутньому має бути проведений перерахунок на основі фактичної кількості днів госпіталізації застрахованого контингенту за певний календарний період (місяць, квартал, рік) [29].

З метою своєчасного і кваліфікованого надання амбулаторної хірургічної допомоги, раціонального використання технічного та кадрового потенціалу доцільно створити в районі центр амбулаторної хірургічної допомоги на базі однієї з філій. У режимі роботи лікаря-хірурга такого центру врахувати потребу виділення окремого операційного дня для виконання планових оперативних

втручань. Щоб позбутися цього, потрібно максимально відокремити операційну діяльність від бюрократичної роботи, яка є частиною діяльності лікаря-хірурга консультативно-діагностичного центру. Так, наприклад, доцільно виділити операційні та консультативні дні, а також розподілити пацієнтів на ургентних і планових. Створення центру амбулаторної хірургії дасть змогу сконцентрувати технічний та інтелектуальний потенціал, що забезпечить якість надання такої допомоги, як оперативні втручання, й іншої лікувально-консультативної допомоги населенню. Хоча в нових циркулярах НСЗУ фігурує термін «медичні послуги», за якими має формуватися зарплата лікаря, зокрема хірурга, все ж лікар працює, надаючи медичну допомогу пацієнту [20]. Фактично єдиним шляхом зменшення специфічних ускладнень у хірургії залишається намагання забезпечити виконання операцій найбільш кваліфікованими в цьому напрямі спеціалістами, зокрема, які виконують не менше 100 таких операцій на рік [51].

Для підвищення ефективності/результативності публічного управління розвитком СОЗ в Україні пропонується:

– Адаптувати міжнародних досвід та імплементувати елементи японської моделі, зокрема розвинену мережу сімейних лікарів і чітке розмежування функцій між рівнями управління, з урахуванням українських бюджетних реалій, а також запозичити принципи солідарного страхування з моделі Бісмарка.

– Розробити комплексну систему фінансування, яка передбачає оптимальне співвідношення бюджетного фінансування, обов'язкового медичного страхування та державно-приватного партнерства для зміцнення фінансової стабільності.

– Направити зусилля на модернізацію інфраструктури шляхом сприяння автономії СОЗ через державно-приватне партнерство, що дозволить залучити інвестиції для оновлення обладнання та підвищення кваліфікації персоналу.

– Розширити повноваження місцевих органів влади щодо управління медичними закладами, що дозволить ефективніше враховувати регіональні особливості та потреби населення.

– Активізувати зусилля на розвиток профілактичної медицини, а саме, збільшити фінансування програм вакцинації, скринінгу та просвітницьких кампаній, залучаючи громадські об'єднання для підвищення рівня обізнаності населення.

– Розробити показники оцінювання ефективності державної політики у СОЗ, які дозволять об'єктивно визначати успішність впроваджених змін.

– Розширити використання електронних систем для оптимізації бюджетних видатків і підвищення прозорості закупівель. Прискорити впровадження електронного документообігу, телемедицини й інтегрованих інформаційних систем, що дозволить покращити доступність медичних послуг і підвищити ефективність адміністративних процесів [2].

Пріоритетними напрямками оптимізації діяльності хірургічної служби клінічної лікарні обласного підпорядкування є:

– удосконалення управління діяльністю клінічної лікарні та системи фінансування;

– впровадження у лікувально-діагностичний процес сучасних медичних технологій, що забезпечують медичну, соціальну та економічну ефективність медичної допомоги;

– впровадження системи контролю, забезпечення та управління якістю хірургічної роботи, за рахунок залучення висококваліфікованої спеціалізованої медичної допомоги кафедральних працівників університету [11].

Отож, реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками має стати запорукою подальшого розвитку хірургії.

ВИСНОВКИ

1. З'ясування значення забезпечення хірургії – сфери медицини, яка вивчає патологічні стани та хвороби, що лікуються за допомогою оперативного (хірургічного) методу – дозволяє стверджувати про зацікавленість населення (пацієнтів) та закладів охорони здоров'я у розвитку цього сегмента ринку медичних послуг. Запорукою збалансованості цього процесу є зважена державна політика – організуючий і регулюючий вплив уповноважених органів публічної влади на суспільну життєдіяльність людей з метою її впорядкування, збереження чи перетворення, базуючись на владній силі, яка обмежує дієвий суспільний контроль.

2. Дослідження діючих елементи публічної політики щодо розвитку дозволило уточнити змістовне наповнення основних її елементів, як-от: суб'єкти, об'єкти, мета, цілі, завдання, принципи, функції, методи та засоби. Кожний з суб'єктів (передусім, уповноважені органи публічної влади) здійснює свій вплив на загальнодержавному, регіональному та місцевому рівнях. Об'єктами такого впливу є надавачі (ЗОЗ та їх персонал) та споживачі (пацієнти) медичних послуг хірургічного профілю, а також інші суб'єкти господарювання, які прямо та/чи опосередковано причетні до цього процесу. Метою такого впливу є створення прийнятних умов для підвищення кості доступних медичних послуг хірургічного профілю. При цьому застосовуються відповідні засоби у межах адміністративних, економічних, організаційних, правових і психологічних методів реалізації публічної політики у цій сфері.

3. Завдяки оцінюванню результатів публічної політики щодо розвитку хірургії виявлено таке: упродовж 2021–2024 рр. в Харківській області скоротилась (-7) кількість ЗОЗ, які надають медичні послуги хірургічного профілю; майже на чверть скоротилася чисельність лікарів-хірургів загального профілю, але ще більші «втрати» маємо серед торакальних хірургів; узагалі

відсутні кардіохірургічні відділення для дорослих і дітей; більш як у півтора рази збільшилась кількість операцій, серед яких найбільшу частку складають операції на шкірі та підшкірній клітковині, на кістково-м'язовій системі та на жіночих статевих органах; скорочення летальності та тривалості перебування пацієнтів у хірургічних відділеннях ЗОЗ свідчать про покращання якості таких медичних послуг; майже 40 % операцій проводять хірурги в ЗОЗ м. Харків; тривала повномасштабні військова агресія РФ істотною мірою вплинула як на внутрішню міграцію надавачів і споживачів медичних послуг хірургічного профілю, так й кількість і структуру цих послуг.

4. Запропоновано комплекс заходів за пріоритетними напрямками задля забезпечення подальшого розвитку хірургії: адаптування до реалій України кращі практики публічної підтримки проведення та організації безпосереднього проведення операцій хірургічного профілю; підвищення професійного рівня та вмотивованості лікарів-хірургів; покращання матеріально-технічної бази ЗОЗ, які надають медичні послуги хірургічного профілю; підвищення доступності та покращання якості цих послуг для широких верств населення; враховувати реалії повномасштабної військової агресії РФ проти України.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Авраменко Т.П. Державне управління системою охорони здоров'я в умовах системних змін в Україні: сучасний стан, проблеми та перспективи розвитку. *Держава та регіони. (Серія: Державне управління)*. 2014. № 2. С. 89–95.
2. Андрейченко А.В., Журило С.С., Подмазко О.М. Публічне управління розвитком сфери охорони здоров'я: міжнародний досвід, національні особливості та напрями підвищення ефективності. *Науковий вісник Одеського національного економічного університету*. 2025. № 3. С. 47–54.
3. Андрієнко М.М. Стаціонаро-замінюючі технології – основа реформування лікувально-діагностичної бази військової охорони здоров'я. Огляд літератури. *Сучасні аспекти військової медицини*. 2006. С. 326–330.
4. Бережна Ю.В. Концепція державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні. *Бізнес Інформ*. 2014. № 11. С. 166–170.
5. Бобак А.І. Реалізація державної політики охорони здоров'я на засадах інституційного співробітництва сучасного етапу високотехнологічних трансформацій. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2025. № 1. С. 5–9.
6. 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.
7. Висотін М. Європейські тенденції розвитку української хірургії ранньо-модерної доби (на прикладі розподілу професійних функцій балверів і цирульників). *Українознавство*. 2021. № 4. С. 132–149.
8. Вікіпедія. URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki/> (дата звернення: 30.08.2025)
9. Галайчук Б.В. Ефективність формування та реалізації державної політики України в галузі охорони здоров'я. *Науковий вісник Академії муніципального управління. (Серія: Управління)*. 2012. Вип. 2. С. 185–193.

10.Глиняна О.О. Основні принципи фізичної реабілітації після хірургічного лікування переломів опорно-рухового апарату. *Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. (Серія: Фізичне виховання і спорт)*. 2017. Вип. 27. С. 115–119.

11.Горбатюк О.М. Сучасний стан хірургії новонароджених в Україні та перспективи її розвитку. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2011. Т. 1. № 1. С. 17–20.

12.Дудник С.В., Кошеля І.І. Тенденції стану здоров'я населення України. *Україна. Здоров'я нації*. 2016. № 4(40). С. 67–77.

13.Дячук Д.Д., Піщиков В.А., Паламар Б.І. Перспективи розвитку амбулаторно-поліклінічної хірургічної служби шляхом інтенсифікації. *Клінічна та профілактична медицина*. 2017. № 3. С. 4–12.

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

15.Іваніщенко Л.О. Держава і охорона здоров'я. *Сучасне суспільство*. 2015. Вип. 1. С. 62–71.

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

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

18.Ковальчук О. Питання нормативно-правового регулювання діяльності Президента України. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. (Серія: Юридичні науки). 2023. № 4(40). С. 86–90.

19.Коржик Н.П. Структура амбулаторних оперативних втручань та використання міжнародного досвіду в процесі реформування хірургічної служби в Україні. *Клінічна хірургія*. 2019. Т. 86. № 10. С. 42–45.

20.Коржик Н.П. Шляхи вдосконалення амбулаторної хірургічної служби в умовах реформування галузі охорони здоров'я України. *Клінічна хірургія*. 2022. Т. 89. № 11–12. С. 34–36.

21. Коржик Н.П., Миронов О.М. Амбулаторна хірургія. Київ, 2010. 240 с.
22. Короп О.А. Розвиток амбулаторно-поліклінічної. *Харківська хірургічна школа*. 2010. № 4. С. 134–138.
23. Кризина Н.П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації: автореф. дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2008. 36 с.
24. Лаврентій Д.С. Механізм державно-приватного партнерства в процесі реформування сфери охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2019. 20 с.
25. Лазарева Е.Б. Основні принципи фізичної реабілітації при хірургічному лікуванні хворих з вертеброгенними пояснично-крестцьовими компресійними синдромами. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*. 2012. Вип. 2(18). С. 236–240.
26. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Київ: Четверта хвиля, 2009. 353 с.
27. Лурін І.А., Андрієнко М.М. Місце стаціонаро-замінних технологій у сучасній хірургії. *Хірургія України*. 2006. № 4. С. 111–114.
28. Любохинець Л., Бушовська Л., Мейш А. Громадянське суспільство України: проблемні аспекти та напрям розвитку. *Modeling the development of the economic systems*. 2024. № 4. С. 379–387.
29. Медяник Г.Є. Формування механізмів державного регулювання в системі фінансування закладів охорони здоров'я комунальної форми власності: автореф. дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Запоріжжя, 2010. 23 с.
30. Мельниченко О.А., Удовиченко Н.М. Методи та засоби публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я. *Вісник Національного університету цивільного захисту України. (Серія: Державне управління)*. 2018. № 1. С. 154–162.
31. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/struktura> (дата звернення 04.04.2025).

32. Нікберг І. Особливості охорони здоров'я Австрії: можливості і перспективи. *Здоров'я України*. 2009. № 7. С. 20–21.

33. Овчарова Ж.М. Виклики для сфери охорони здоров'я в умовах військової агресії РФ як предмет публічного управління. *Наука і молодь – 2023: пріоритетні напрями глобалізаційних змін*: матеріали III міжнар. наук.-практ. конф., 14 квітня 2023 р. Київ: Вид-во ДЗВО «УМО», 2023. С. 478–481.

34. Овчарова Ж.М. Необхідність переходу від публічного управління розвитком до публічного реагування на виклики в сфері охорони здоров'я. *Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення*: матеріали VI наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 02 листопада 2023 р. Харків: Вид-во ХНМУ, 2023. С. 174–176.

35. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України від 19.11.1992 р. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення 04.12.2025).

36. Основні показники здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я Харківської області за 2023–2024 рр. Харків, 2025. 476 с.

37. Основні показники здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я Харківської області за 2022–2023 рр. Харків, 2024. 501 с.

38. 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.

39. Про затвердження переліку вищих і середніх спеціальних навчальних закладів, підготовка і отримання знання в яких дають право займатися медичною і фармацевтичною діяльністю. Закон України від 25.12.1992 р. № 195. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення 04.12.2025).

40. Про затвердження переліку назв циклів спеціалізації та вдосконалення лікарів і провізорів у вищих медичних (фармацевтичному) закладах (факультетах) післяопераційної освіти. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 07.12.1998 р. № 346. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення 04.12.2025).

41. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України. Постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 р. № 267. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF> (дата звернення 04.04.2025).

42. Про перелік бюджетних програм, порядки використання коштів державного бюджету за якими визначаються у 2018 році Кабінетом Міністрів України. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 17.01.2018 р. № 32-р. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/32-2018-%D1%80> (дата звернення 04.12.2025).

43. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві. Закон України від 07.09.2011 р. № 3612-VI. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення 04.12.2025).

44. Проект Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України URL: http://as-ukr.org/wp-content/uploads/2016/07/Ohorona_zdorov_ya_CONSEPT_16.07.16.pdf (дата звернення 04.12.2025).

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

46. Рингач Н.О. Здоров'я як складова людського капіталу та запорука розвитку. *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. (Серія: Економічні науки)*. 2016. Вип. 11. С. 249–258.

47. Ринда Ф.П. Вибірковий аналіз клінічних протоколів надання медичної допомоги у частині профілактичної допомоги. *Україна. Здоров'я нації*. 2016. № 4/1. С. 260–262.

48. Станіславська С.С. Публічне управління у сфері охорони здоров'я як структурно-функціональний засіб підвищення якості життя громадян. *Державне будівництво*. 2024. № 2. С. 605–619.

49. Стасишин А.Р., Гураєвський А.А., Дворакевич А.О., Шевчук Д.В., Калінчук О.О., Гураєвський А.-Д.А., Стасишин О.А. Роботична хірургія в Україні: перший досвід та перспектива розвитку. *Шпитальна хірургія. Журнал імені Л.Я. Ковальчука*. 2023. № 1. С. 5–10.

50. 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.

51. Тронько М.Д., Болгов М.Ю., Омельчук О.В. Сучасний стан та перспективи розвитку пріоритетних напрямків ендокринної хірургії в Україні. *Ендокринологія*. 2022. Т. 27. № 3. С. 195–202.

52. 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.

53. Худоба О.В. Державна політика забезпечення права на охорону здоров'я хворих на деменцію в Україні: механізми формування та реалізації: дис... д.держ.упр.: 25.00.02. Львів, 2019. 535 с.

54. Чернов С.І., Гайдученко С.О. Публічне адміністрування: текст лекцій. Харків: Вид-во ХНУМГ, 2014. С. 7.

55. 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.

56. 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.

57. 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.

58. An international roadmap for tuberculosis research: towards a world free of tuberculosis. Geneva, World Health Organization, 2016.

59. Berk M.L., Monheit A.C. The Concentration Of Health Care Expenditures, Revisited. *Health Affairs*. 2001. Vol. 20. № 2.
60. Berman B.W. The Generalist-Specialist Interface: Not a Zero-Sum Game. *Clin Pediatr (Phila)*. 2014. № 53. C. 719–720.
61. Bonhomme C. Chirurgie ambulatoire à l'hôpital: une marginale en quête d'avenir. *Revue Hospitalière de France*, Janvier/Février. 1993. № 1. P. 6–9.
62. Durant G.D. Ambulatory surgery centers: surviving, thriving into the 1990s. *Med. Group Manage. J.* 1989. March/April. P. 14–20.
63. George E.I., Brand T.C., LaPorta A. [et al.] Origins of robotic surgery: from skepticism to standard of care. *JSLS*. 2018. Vol. 22 (4).
64. Grishin V.V. Reform of a national health care system. *Health care*. 2018. № 4. C. 139–144.
65. Intuitive. 2021. URL: <https://www.intuitive.com/en/about-us/company>. (дата звернення: 20.12.2025)
66. Jones J.M., Matherlee K. Medicare's prudent approach to paying for ambulatory surgery services. *J. Ambulat. Care Manner*. 1990. Vol. 13. P. 25–32.
67. Jones R., Lamont T., Haines A. Setting priorities for research and development in the NHS: a case study on the interface between primary and secondary care. *British Medical Journal*. 1995. № 311. P. 1076–1080.
68. Keith Chae Kim Robotics in General Surgery. Springer. 2014. P. 496.
69. Lakhani S., Leach R.D., Jarret P.E.M. Effect of a surgical day unit on waitn glist. *Med*. 1987. Vol 80. P. 628–629.
70. Lienhardt C. et al. What research Is needed to stop TB? Introducing the TB research movement. *PLoS Medicine*. 2016. URL: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001135> (дата звернення 04.12.2025).
71. Morris G.E., Jarret P.E.M. Reccurence rate following local anaesthetic day care inquinal hernia repair by junior surgeons in a distric general hospital. *Ann. Roy. Coll. Surg. Engl.* 1987. Vol. 69. P. 97–99.
72. Melnychenko O., Nesterenko R., Kosilova O., Kravchenko Zh. Discussion of the essence of the concept of «Public administration of healthcare development».

Priority Areas of Science Research: The 10 st International scientific and practical conference, October 26–27, 2020. Washington. 2020. P. 28–32.

73. Research priorities for zoonosis and marginalized infections. Geneva, World Health Organization, 2015. 459 p.

74. Rivas-López R., Sandoval-García-Travesí F.A. Robotic surgery in gynecology: review of literature. *Cir. Cir.* 2020. Vol. 88 (1). P. 107–116.

75. Schutyser K. Les alternatives à l'hospitalisation en Europe. *Gestions Hospitalières*. 1994. № 334. P. 227–232.

76. Snegirev P. Progress and future of Ukrainian surgery. *Ukrainian Medical Journal*. 2019. № 12. P. 91–94.

77. Wiseman S.M., Crump R.T., Sutherland Ja.M. Surgical wait list management in Canada during a pandemic: many challenges ahead. *Journal of Surgery*. 2020. Jun. Vol. 63. P. 226–228.