

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

**ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ОФТАЛЬМОЛОГІЇ**

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

Б.Р. Асланова

Керівник,

PhD

М.Є. Черняк

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ	
РОЗВИТКОМ ОФТАЛЬМОЛОГІЇ .....	5
1.1 Розвиток офтальмології як предмет публічного управління .....	5
1.2 Елементи публічного управління розвитком офтальмології .....	12
РОЗДІЛ 2 ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ОФТАЛЬМОЛОГІЇ .....	
2.1 Результати розвитку офтальмології в Харківській області .....	21
2.2 Українські реалії розвитку офтальмології як результату публічного управління у цьому сегменті сфери охорони здоров'я .....	32
РОЗДІЛ 3 КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ	
ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ОФТАЛЬМОЛОГІЇ .....	41
3.1 Заходи по вдосконаленню публічного управління розвитком офтальмології та сфери охорони здоров'я .....	41.....
3.2 Пріоритетні напрями подальшого розвитку офтальмології та сфери охорони здоров'я .....	52
ВИСНОВКИ .....	58
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ .....	61

## ВСТУП

*Актуальність проблеми.* Життя та здоров'я людини є одними з основних її цінностей. При цьому не можна і не варто пріоритезувати якийсь з окремих його аспектів. Не є виключенням і зір, оскільки його втрата призводить як мінімум до дискомфорту в буденному житті, як максимум – до зниження та/чи втрати працездатності. Особливо занепокоєння викликає той факт, що проблеми зі зором притаманні не лише особам старого та старечого віку, але і дітям (окремим – від народження). Збереження значних масштабів поширення хвороб ока та його додаткового апарату серед населення є свідченням недостатньо високої результативності публічного управління розвитком офтальмології. Означене, зрештою, й обумовлює необхідність вдосконалення такого впливу, що і спонукало автора до проведення відповідного дослідження.

В сучасних умовах над цією проблемою плідно працюють Вербицький І. [4], Вітовська О. [6; 7], Денисюк Л. [10; 11; 30], Дуфинець В. [12–14], Грузєва Т. [13; 54], Ковтун М. [24; 25], Лехан В. [28], Медведовська Н. [11; 29; 30], Мельниченко О. [33; 64], Медяник Г. [32], Риков С. [49; 50], Рожко О. [51; 52], Сидорчук О. [56; 57], Слабкий Г. [28], Удовиченко Н. [33], Черемухіна О. [59] та інші вчені.

*Мета та завдання дослідження:* на основі дослідження елементів публічного управління розвитком офтальмології обґрунтувати основні напрями їх вдосконалення.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі завдання:

- з'ясувати значення офтальмології як предмету публічного управління;
- дослідити елементи публічного управління розвитком офтальмології;
- оцінити результати публічного управління розвитком офтальмології;
- сформулювати концептуальні підходи до вдосконалення публічного управління розвитком офтальмології та сфери охорони здоров'я.

*Об'єктом дослідження* є розвиток офтальмології.

*Предметом дослідження є публічне управління розвитком офтальмології.*

*Методи дослідження.* абстрактно-логічний – для теоретичних узагальнень і формування висновків; аналізу та синтезу – для оцінки параметрів розвитку офтальмології; статистичних порівнянь – для дослідження результативності публічного управління розвитком офтальмології; SWOT-аналіз – для оцінювання стану офтальмологічної допомоги.

*Практичне значення результатів дослідження* полягає в поглибленні існуючих уявлень про застосування механізмів публічного управління розвитком офтальмології.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ОФТАЛЬМОЛОГІЇ

### 1.1 Розвиток офтальмології як предмет публічного управління

Забезпечення доступності та якості медичної допомоги є одним із пріоритетів систем охорони здоров'я (далі – СОЗ) в усіх країнах світу. Загальною метою Європейської політики «Здоров'я-2020» визначено подальше покращання здоров'я та підвищення рівня добробуту населення, скорочення нерівності стосовно здоров'я, зміцнення громадського й індивідуального здоров'я, а також забезпечення стійких СОЗ, орієнтованих на потреби людей, які характеризуються високою якістю медичної (зокрема, офтальмологічної) допомоги [14]. Якісні офтальмологічні послуги мають бути:

- безпечними (не завдавати шкоди пацієнтам);
- економічно ефективними (максимізація вигоди від наявних ресурсів);
- ефективними (використання принципів доказової медицини);
- інтегрованими (забезпечення скоординованості між рівнями медичної допомоги та постачальниками послуг);
- орієнтованими на людей (врахування індивідуальних потреб кожного пацієнта);
- своєчасними (скорочення часу очікування для запобігання ускладненням);
- справедливими (забезпечення однакової гарантованої якості допомоги незалежно від віку, статі, етнічного походження, релігійного, політичного або соціально-економічного статусу пацієнта) [56].

У цьому контексті, окрім іншого, слід артикулювати увагу на якості зору, що, своєю чергою, нерозривно пов'язана з якістю життя, здатністю до швидкої орієнтації у просторі, активної соціалізації [11].

За обсягами та напрямками діяльності система надання офтальмологічних послуг поділяється на дві ланки:

- офтальмологічну допомогу, що передбачає невідкладну допомогу, заходи з профілактики, діагностики і лікування офтальмологічних захворювань і травм, а також медичної реабілітації пацієнтів;

- оптометричні послуги із забезпечення корекції аномалій із використанням окулярів і контактних лінз [56].

Офтальмологічні послуги нерозривно пов'язано з переліком наявних офтальмологічних захворювань, які відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКБ-10), відносяться до H00-H59 Класу VII Хвороби ока та його додаткового апарату, який містить 12 розділів, зокрема:

- хвороби кон'юнктиви;

- хвороби кришталика, хвороби судинної оболонки і сітківки; глаукома;

- хвороби склери, рогівки, райдужної оболонки і циліарного тіла;

- хвороби століття, слізних шляхів і очниці [19].

Офтальмологічна практика (сукупність суб'єктів господарювання всіх форм власності, які надають офтальмологічні послуги) є невід'ємною складовою СОЗ і виконує низку важливих функцій управління суспільним розвитком. До основних з них належать такі:

- господарська – ефективне використання трудових, матеріальних, фінансових та інформаційних ресурсів;

- економічна – здійснюючи фінансово-господарську діяльність, суб'єкти підприємництва у СОЗ є платниками податків і джерелом поповнення бюджетів різних рівнів залежно від обраної системи оподаткування (мережа приватних офтальмологічних ЗОЗ представлена у кожному регіоні України і становить близько 10–12 % від сукупних медичних послуг у СОЗ);

- комунікативна – активні контакти підприємців з населенням, органами публічної влади, ЗОЗ, а також з вищими навчальними закладами (далі – ВНЗ) медичного профілю та зарубіжними партнерами з метою реалізації визначених цілей у СОЗ;

– інноваційна – запровадження нових технічних ідей в медичну практику, здійснення наукових і науково-дослідних робіт, реалізація інноваційних методів профілактики, діагностики та лікування;

– організаційна – впровадження нових методів і форм організації офтальмологічної практики; нових організаційних форм мотивації персоналу; ефективне упорядкування трудових і суспільних відносин, й організації з урахуванням рівнів реалізації офтальмологічної практики (надклас терні ЗОЗ) (наприклад, розвиток мережі офтальмологічних хірургічних клінік «Зір», «Новий зір» тощо, що мають сучасне обладнання для виконання надскладних оперативних втручань);

– соціальна – здійснення профілактичної, діагностичної та лікувальної роботи з метою поліпшення рівня громадського здоров'я. Її різновидом є соціально-захисна функція і функція соціального партнерства, яка реалізується суб'єктами господарювання задля розширення доступу соціально-вразливих груп населення для отримання якісних офтальмологічних послуг (ініціювання та участь в реалізації цільових регіональних програм «Зір ветерана», «День зору», пільгове обслуговування ветеранів тощо) [51; 52].

Надання офтальмологічних послуг населенню, реалізується на підставі дотримання певних принципів, зокрема таких:

– легітимізація початку господарської діяльності з медичної практики через процедуру державного ліцензування у єдиного державного органу ліцензування (МОЗ);

– упровадження організаційно-правового механізму регулювання господарської діяльності з медичної практики;

– визначення компетенційних вимог до суб'єктів господарювання, що здійснюють медичну практику (кваліфікаційні, спеціальні та особливі вимоги);

– встановлення переліку дозволених видів медичної практики за спеціальностями, що здійснюються у ЗОЗ усіх форм власності; фізичні особи (суб'єкти підприємницької діяльності) у розрізі лікарських спеціальностей та спеціальностей середніх медичних працівників [52].

За даними ВООЗ, офтальмологічна патологія є досить поширеною в різних країнах. Проблеми зі зором мають більше 300 млн людей у світі [11; 19; 38] з них; 43,0 % має встановлений діагноз офтальмологічного захворювання, зумовлений аномалією рефракції (переважно, міопією) [11]; порушення з функціонуванні органу зору реєструються у кожного третього жителя [24]; 246 млн – мають знижений зір, 39 млн – вражені сліпотою [19; 38]; кількість сліпих, які потребують професійно-технічної та соціальної підтримки – з 37 до 45 млн; фактичні масштаби сліпоти і порушення зору перевищують зазначені цифри, оскільки детальна епідеміологічна інформація щодо деяких причин сліпоти до сьогодні відсутня [6]; близько 90 % людей, які страждають від порушень зору, проживає в країнах, що розвиваються [12]; близько 65 % всіх людей, які страждають від порушень зору – це люди у віці 50 років і старше, вікова група яких становить 20 % населення світу; на короткозорість страждає кожен третій житель Землі, і ці цифри зростають з року в рік; кожні 5 секунд у світі сліпне одна доросла людина, кожну хвилину – дитина; якщо не буде вжито термінових заходів, до 2030 р. число сліпих в світі подвоїться. При цьому має місце в багатьох країнах старінні населення зростає число людей, що піддаються ризику вікового порушення зору [19; 38] (близько 65 % всіх людей, які страждають від порушень зору, є людьми у віці 50 років і старше [12]); відповідно до сучасних тенденцій, середня тривалість лікування за останні десятиріччя скоротилась, а середньорічний обіг хворих – зріс; офтальмологічні послуги у 72,3 % випадків надається в амбулаторних умовах [26]; близько 1 млрд випадків порушення зору можна було запобігти або вилікувати, однак проблемою є нерівність у охопленні та якості офтальмологічних послуг, а також дефіцит фахових офтальмологів й інтеграції послуг у СОЗ країн [67].

Зростає актуальність проблеми, коли ми характеризуємо стан здоров'я населення (зокрема, дітей шкільного віку: у кожного третього з яких до моменту завершення школи вже є, щонайменше, якусь одну хронічну хворобу, і нерідко це нозології, що було діагностовано за класом хвороб ока та його додаткового апарату). Зростає кількість факторів ризику, комбінований вплив

яких пов'язаний зі зміною специфіки й тривалості зорового навантаження, особливо під час он-лайн навчання та спілкування, стає підґрунтям для формування порушень зорових функцій, виникнення хвороб ока та його придаткового апарату [11]. Виявлено пряму залежність: чим нижчим є соціальний статус дітей, тим частіше у них зустрічається патологія органу зору і тим рідше вона виявлена [1].

Наразі слід зважати не лише на загальні тенденції параметрів хвороб ока та його придаткового апарату, а на окремі його нозології. У структурі захворюваності та поширеності хвороб очна патологія посідає шосте місце [24]. ВООЗ визнає сліпоту та слабкозорість однією із основних проблем світової охорони здоров'я, що відзначено в першій Глобальній програмі боротьби зі сліпотою (1978 р.), а також у Всесвітній програмі «Зір 2020», розпочатій ВООЗ у 2000 р. під гаслом «Право на зір» [49]. Негативні наслідки проявів очної патології – короткозорість, сліпота і, як наслідок, професійні та соціальні обмеження, зниження рівня якості життя, вихід на інвалідність, зокрема людей працездатного віку, зумовлює віднесення захворювань очей до групи соціально-значущих захворювань [59]. Найбільш частими її формами є катаракта, міопія, глаукома та травми ока і його придаткового апарату [53]. Так, зокрема, катаракта – це найбільш часта (з неухильно зростаючим значенням) причина запобіжної сліпоти [19; 38] (особливо в країнах з середнім і низьким доходом [12]). Найпоширенішою очною патологією є запальні захворювання очей, які в 80 % випадків призводять до тимчасової втрати працездатності [19; 38]. Поширення первинної глаукоми, яка посідає друге місце в структурі причин сліпоти у всіх регіонах світу, набуло характеру пандемії; у світі налічуватиметься до 12,3 млн сліпих внаслідок глаукоми, з них кожний другий випадок – унаслідок первинної відкрито-кутової глаукоми [6].

Отож, рівень поширеності хвороб ока та його придатків залежить від етіопатогенетичного механізму, який обумовлює виникнення патології ока, – катаракти, міопії, глаукоми, хвороби сітківки, її розриви та відшарування, що виникають внаслідок розвитку дистрофічного процесу на фоні порушення

мікроциркуляції й тканинної гіпоксії; хвороби кон'юнктиви, склери, рогівки – внаслідок розвитку запального процесу на фоні порушення нейрогуморальної й імунної регуляції в організмі; хвороби судинної оболонки ока – унаслідок запального процесу на фоні інфекційного та аутоімунного ураження [49].

Особливістю офтальмологічної патології є те, що вона часто призводить до стійкої втрати працездатності [24]. Близько 50,0 % інвалідизуючого впливу міопії, катаракти, ретинопатії недоношених й інших можливо подолати шляхом активної ранньої діагностики, лікування та медичної реабілітації, а хвороби сітківки, аномалії розвитку очного яблука – попередити покращанням пренатальної діагностики та наданням медико-генетичної допомоги батькам. Основний контингент первинних інвалідів по зору (85,00–97,00 %) становлять особи працездатного віку, а провідними причинами їх інвалідності є травми ока (24,80 %), глаукома (16,45 %), міопія (15,60 %), хвороби сітківки (13,45 %), атрофія зорового нерва (7,15 %) [49]. Розповсюдженість сліпоти (як причини інвалідизації відповідних людей) багато у чому залежить від демографічних, економічних, геополітичних, соціально-економічних та інших характеристик країн, що зумовлює різницю рівня розповсюдження і нозологічної структури сліпоти на різних територіях [58].

На поширеність офтальмологічних захворювань значний вплив мають інтенсивний ритм життя сучасної людини, постійні перевантаження, стреси, погіршується екологічна обстановка, проблеми світлового середовища, вплив агресивного сонячного випромінювання, тривале використання комп'ютерної техніки й інші фактори. Розвиток економіки, провідне за собою погіршення екологічних умов, і спосіб життя сучасної людини призводять до збільшення поширеності офтальмологічних захворювань [19].

Також достатньо великий відсоток хвороб ока та його додаткового апарату спостерігається при технологічних вражаючих факторах, що пов'язані з пожежами, або дії їх світлових і хімічних складових. Не можна нехтувати і травмуванням органу зору внаслідок вибухової хвилі, або не бойових супутніх факторів травмування, захист від яких набуває не аби якого сенсу (як в умовах

«мирного часу», так і правового режиму воєнного стану. Необхідно ретельніше підходити до травм органу зору, оскільки очі виконують одну з найважливіших функцій організму людини, який визначає дієздатність особи.

Досвід надання офтальмо-травматологічної допомоги накопичений медичною службою медицини катастроф при різного роду надзвичайних ситуаціях, досить переконливо доводить, що її ефективність значною мірою визначається не стільки кваліфікацією фахівців і наявністю відповідного оснащення, як чіткою організацією лікувально-евакуаційних заходів. Трагізм ситуації полягає в тому, що відсутність першої медичної допомоги на місці при пошкодженнях ока і орбіти призводить до втрати дорогоцінного часу, а в подальшому, після реанімації потерпілого і повернення його до життя, повернути зір вже буває неможливим.

Медичні ознаки травм за характеристикою агента походження травми, клінічного перебігу і однотипності методів лікування, мають велике значення здебільшого для лікарів-спеціалістів. Проте на етапах евакуації, де у наданні допомоги постраждалому задіяна велика кількість немедичного персоналу, дуже великого значення набувають саме прогностичні ознаки можливих ускладнень того чи іншого виду травми, а від них залежать показники вчасності надання різних видів медичної допомоги.

Враховуючи, що більшість очної патології травматологічного генезу потребує стаціонарного лікування у надкласстерних ЗОЗ, виникає потреба розподілу усіх наявних сил і засобів на певні рівні за можливістю отримання того чи іншого обсягу домедичної або медичної допомоги [17].

Варто погодитися, що охорона зору населення та боротьба зі сліпотою належить до числа найбільш важливих медико-соціальних проблем сучасного суспільства що зумовлено не лише унікальною роллю зорового аналізатора в забезпеченні якісного життя, а й високою розповсюдженістю сліпоти у населення земної кулі [58]. Саме тому, тим паче, зважаючи на «багатосаровість» цього сегменту СОЗ, викликає необхідність забезпечення належного (у даному контексті, зовнішнього) впливу на цей процес. У зв'язку з

цим слід увагу артикулювати на специфіці публічного управління розвитком СОЗ – відкритому (у межах власних і делегованих повноважень) вплив на взаємодію у ланцюгу «органи публічного управління – СОЗ та їхній персонал – пацієнти та їхні родичі – постачальники необхідних ресурсів» задля узгодження їхніх інтересів і максимізації вигод [64]. Взявши за основу вищенаведене визначення, поняття «публічне управління розвитком офтальмології» слід витлумачувати як діяльність уповноважених органів публічного управління, які використовують власні й делеговані повноваження задля подальшого збалансованого розвитку ринку офтальмологічних послуг.

Для кращого розуміння специфіки такого суспільно значущого впливу слід конкретизувати перелік і складові елементів публічного управління розвитком офтальмології.

## **1.2 Елементи публічного управління розвитком офтальмології**

Кожна система вирізняється своєю специфікою щодо переліку її елементів, специфіки їх формування, функціонування та вдосконалення тощо. Означене знаходить свій специфічний прояв і у межах публічного управління розвитком офтальмології. При цьому, радше за все, у межах даного дослідження слід дотримуватися певних традиційних підходів, а тому виділимо наступні елементи саме цієї системи: суб'єкти, об'єкти, принципи, методи і засоби публічного управління розвитком офтальмології. Надалі зосередимося на конкретизації змістовного наповнення кожного з цих елементів.

Так, зокрема, суб'єктами публічного управління розвитком офтальмології є уповноважені органи публічної влади, які у межах власних та/чи делегованих функцій чинять певний вплив на це процес.

Означений вплив здійснюється і на наднаціональному рівні. Найбільш відомою такою інституцією є ВООЗ:

– планування, контролювання й оцінювання програм;

– координує міжнародні зусилля зі зменшення масштабів порушення зору шляхом підвищення обізнаності населення щодо рішень проблем, пов'язаних з порушенням зору, зокрема щодо можливостей хірургічного лікування, використання пристроїв для корекції рефракції тощо; допомоги в розробці політики і стратегії запобігання сліпоті для країн із різним рівнем розвитку;

– координація підтримки національних зусиль через ефективні міжнародні партнерства [19].

На вершині цієї «публічно-управлінської вертикалі» у межах держави знаходяться:

– Верховна Рада України (далі – Парламент) – формування основної частини нормативно-правової бази (закони, постанови, розпорядження), що регламентує діяльність СОЗ, ЗОЗ та інших суб'єктів господарювання, які причетні до функціонування ринку офтальмологічних послуг);

– Президент України – виступає гарантом забезпечення справедливості в доступі населення до якісних офтальмологічних послуг, а також можливості суб'єктів господарювання цивілізовано конкурувати на цьому ринку;

– Кабінет Міністрів України (далі – Уряд) – причетний до формування та реалізації публічної політики щодо розвитку СОЗ загалом і офтальмології зокрема; визначено порядок забезпечення обладнанням і транспортними засобами, необхідними для медичного обслуговування населення, ЗОЗ у сільській місцевості; передбачено, що за рахунок коштів держбюджету передбачено їх оснащення медичним обладнанням для первинного обстеження, портативними телемедичними діагностичними засобами для дистанційного збору та передачі інформації про фізіологічні параметри організму пацієнта, обладнанням та інструментарієм для надання невідкладної допомоги, малих хірургічних втручань, офтальмологічного огляду [46].

Рада національної безпеки і оборони України (далі – РНБО) – затверджено рекомендації щодо забезпечення конституційного права українців на якісну офтальмологічну допомогу:

- ввести індикатори якості надання первинної офтальмологічної допомоги;
- визначити механізми контролю за додержанням розроблених відповідно до уніфікованої методики національних клінічних протоколів і стандартів офтальмологічної допомоги на основі доказової медицини;
- започаткувати систему моніторингу надання офтальмологічних послуг за програмою медичних гарантій;
- запровадити вертикально інтегровану систему контролю за якістю надання офтальмологічної допомоги в ЗОЗ будь-якої форми власності;
- запровадити ключові показники ефективності для керівників ЗОЗ державної та комунальної форм власності;
- створити умови для застосування міжрегіональних клінічних маршрутів пацієнта при наданні екстреної офтальмологічної допомоги [48].

До центральних органів виконавчої влади (далі – ЦОВВ), які причетні до публічного управління розвитком офтальмології належать:

- Міністерство охорони здоров'я (далі – МОЗ) – розроблено Концепцію управління якістю медичної допомоги в СОЗ в Україні на період до 2020 року, Галузеву програму стандартизації медичної допомоги, методики розробки клінічних рекомендацій, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів, порядок управління і контролю якості, який представляє собою вертикально організовану функціонально-структурну систему, що включає усі рівні управління [41; 42].
- Міністерства оборони України (далі – Міноборони) – уможлиблює надання офтальмологічної допомоги військовослужбовцям (комбатантам);
- Національна служба здоров'я України (далі – НСЗУ) – закуповує офтальмологічні послуги на основі єдиних тарифів і вимог до їхньої якості;
- інші ЦОВВ – уможливлення надання офтальмологічної допомоги співробітникам спеціалізованих (галузевих) суб'єктів господарювання.

На регіональному рівні проблематика публічного управління розвитком офтальмології є компетенцією Департаментів охорони здоров'я обласних

військових (державних) адміністрацій (далі – ДОЗ ОВА/ОДА). До їх повноважень належить: формування регіональної політики й стратегії розвитку офтальмологічної служби, а також контроль за її реалізацією на рівні регіону; аналіз діяльності ЗОЗ офтальмологічного профілю, оцінку їх ресурсної бази і потенціалу; сприяння наданню медичної допомоги офтальмологічним хворим; моніторинг офтальмологічної захворюваності; розробка проєктів документів з нормативного регулювання діяльності офтальмологічної служби області; планування та прогнозування потреби в ресурсах, оцінку їх якості.

Публічний вплив на ринок офтальмологічних послуг також здійснюють інформаційно-аналітичні служби ЗОЗ різних форм власності, професійні асоціації, служба громадського здоров'я [13].

На місцевому рівні розвитком офтальмології опікуються спеціалізовані відділи районних військових (державних) адміністрацій (далі – РВА/РДА) та Управління охорони здоров'я міських рад (далі – УОЗ МР). Вони формують стратегію розвитку офтальмологічної служби й контролюють результати її виконання на місцевому рівні. Також не варто нехтувати значущістю й інших інституцій: органи місцевого самоврядування – надають дозволи на ведення господарської діяльності та здійснюють контроль за її правомірністю; бізнес-структури – прямо та/чи опосередковано забезпечують подальшу розбудову ринку офтальмологічних послуг; громадські організації – здійснюють суспільний контроль за ситуацією на ринку офтальмологічних послуг.

До об'єктів публічного управління розвитком офтальмології належать:

– Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. акад. В.П. Філатова НАМН України;

– спеціалізовані офтальмологічні лікарні обласного і міського підпорядкування (Дніпро, Київ, Миколаїв, Одеса, Харків) та приватної офтальмологічні центри;

– офтальмологічні відділення комунальних і відомчих (Міноборони, СБУ, ДСНС, Укрзалізниця...) ЗОЗ, а також медико-санітарних частин і госпіталів;

– приватні кабінети офтальмологічного профілю;

– амбулаторії загальної практики та сімейної медицини, а також кабінети приватної офтальмологічної практики;

– виробники/постачальники товарів (обладнання, інструменти, витратні матеріали...) офтальмологічного призначення;

– пацієнти – споживачі офтальмологічних послуг.

Організаційно-управлінська функція системи надання медичної допомоги офтальмологічним хворим полягає в оцінці учасників ринку медичних послуг за показниками доступності, якості, безпеки і ефективності, а також у плануванні потреби та здійсненні замовлення на закупівлю офтальмологічних послуг у ЗОЗ [13].

Профілактика та первинний огляд пацієнтів – мешканців територіальних громад (далі – ТГ), зі скаргами на проблеми зору здійснюється на первинному рівні офтальмологічної допомоги лікарями загальної практики – сімейної медицини [34]. Лікар загальної практики-сімейний лікар при наданні медичної допомоги пацієнтові з патологією органу зору: встановлює та характеризує причину звернення пацієнта; досягає консенсусу з пацієнтом у розумінні причини звернення; збирає анамнез; залучає пацієнта до співпраці в процесі консультування; складає план обстеження і пояснює його пацієнтові; складає план лікування в партнерстві з пацієнтом; підбиває підсумок консультації та дає чітку інформацію пацієнтові [19].

Амбулаторно-поліклінічна офтальмологічна допомога вторинного рівня надається лікарями-офтальмологами міських і центральних районних лікарень.

Стаціонарна офтальмологічна допомога надається в очних відділеннях центральних районних лікарень, центральних міських та обласних лікарень [34]. Офтальмологічні послуги щодо лікування 133 захворювань органу зору надаються в стаціонарних чи амбулаторних умовах відповідно до стандартів і клінічних протоколів [43], якими забезпечується оптимальність використання матеріальних ресурсів СОЗ, зокрема діагностичного і лікувального обладнання, та її науково-кадрового потенціалу для забезпечення належної ефективності медичних втручань [56].

Публічне управління розвитком офтальмології здійснюється з дотриманням наступних принципів, які поділяються на:

1) Загальні: дотримання процедур; законності; результативності; ресурсної достатності [53]; відповідальності; ієрархічності; науковості; результативності; системності.

2) Специфічні: верховенство медичного права при наданні офтальмологічної допомоги; децентралізація державного управління у сфері надання офтальмологічних послуг населенню; компліментарність організації надання офтальмологічної допомоги населенню прийнятим міжнародним стандартам; реалізація органами місцевого самоврядування власних і делегованих повноважень з публічного управління комунальними ЗОЗ офтальмологічного профілю; створення органами виконавчої влади умов для розвитку приватної медичної офтальмологічної практики, що забезпечує для пацієнта гарантоване державою право вибору лікуючого лікаря і ЗОЗ; формування та розвиток ринку офтальмологічних послуг на основі прямого фінансування державних і комунальних ЗОЗ офтальмологічного профілю [51]; визначення й подальший розвиток позабюджетних джерел фінансування діяльності ЗОЗ комунальної форми власності; відповідальність органів влади й управління за своєчасне та повне фінансування ЗОЗ; забезпечення законодавчо закріплених прав й обов'язків виробника і споживача офтальмологічних послуг у рамках бюджетно-страхової моделі фінансування; законодавче розмежування джерел фінансування кожного виду офтальмологічної діяльності ЗОЗ; забезпечення на регіональному рівні фінансового контролю над фінансовими потоками ЗОЗ; забезпечення ЗОЗ фінансовими ресурсами в повному обсязі; забезпечення фінансової зацікавленості ЗОЗ у розвитку ЗОЗ; зміцнення й розвиток амбулаторно-поліклінічної ланки, служби лікаря загальної практики, що дає змогу розширити доступність, комплексність і прийнятну вартість офтальмологічної допомоги; наявність і функціонування прозорої системи фінансових потоків між державою, регіонами з фінансування ЗОЗ комунальної

форми власності; фінансування обов'язкового медичного страхування непрацюючого населення за рахунок коштів державного бюджету [32].

У рамках визнаних методів впливу використовуються відповідні засоби управління розвитком офтальмології:

– *адміністративні*: державне регулювання цін на офтальмологічні послуги другорядного значення, продукцію (товари) медичного призначення, роботи медичного характеру; державна акредитація ЗОЗ; державний контроль і нагляд за СОЗ; ліцензування права здійснення офтальмологічної практики; медико-соціальна експертиза (виявлення ступеня обмеження життєдіяльності особи); порядок застосування методів профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та лікарських засобів; правила та періодичність проведення обов'язкових профілактичних оглядів певних категорій населення; приписи; регламенти медичних втручань; стандартизація медичної допомоги (клінічні протоколи і стандарти), медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій;

– *економічні*: державне замовлення підготовки різних категорій медичних кадрів, замовлень на поставку продукції (товарів) медичного призначення; державні субсидії; дотації з державного та місцевих бюджетів; пільгові строки амортизації; попередження та штрафи за правопорушення; пріоритетне надання кредитів і встановлення спеціальних субсидій; субсидування платежів за надані офтальмологічні послуги за непрацююче населення;

– *нормативні*: Конституція України, Кодекси України, Закони України, Укази Президента України, постанови та рішення Верховної Ради України [33], постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України (Про затвердження Порядку створення госпітальних округів (від 30.11.2016 р. № 932) – унормовано, що до складу госпітального округу входять не менше однієї багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування першого та/або другого рівня; визначено що багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування першого рівня повинна забезпечувати надання медичної допомоги не менш як 120 тис. осіб, а лікарня інтенсивного лікування другого рівня повинна забезпечувати надання

медичної допомоги не менш як 200 тис. осіб [44]); накази МОЗ (Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Офтальмологія» (від 15.03.2007 р. № 117); Про заходи щодо удосконалення профілактики, раннього виявлення глаукоми та попередження інвалідності по зору (від 28.01.2008 р. № 30); Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування (від 31.10.2011 р. № 735) – затверджено табель оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення офтальмологічного відділення лікарні інтенсивного лікування [45]; Про затвердження і впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги на засадах доказової медицини (від 23.11.2011 р. № 816); Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я (від 30.12.2011 р. № 1008) – унормовано, що ЗОЗ (зокрема, офтальмологічного профілю) є багатопрофільним лікувальним закладом, що входить до складу госпітального округу й надає офтальмологічну допомогу в умовах цілодобового стаціонару дорослим і дітям з гострими станами або загостреннями хронічних захворювань, що потребують високої інтенсивності лікування та догляду [47]; Про систему офтальмологічної допомоги населенню України (від 14.05.2013 р. № 372 – використано розподіли за рівнями надання невідкладної офтальмологічної допомоги залежно від рівня ЗОЗ [45; 47]) та інших ЦОВВ, обласних і районних державних адміністрацій;

– *організаційні*: зміна господарсько-правового статусу ЗОЗ (КЗОЗ → КНП → КНТ); виконання зобов'язань, взятих за міжнародними договорами України; визначення конкретного складу і обсягу офтальмологічних послуг і лікарського забезпечення, безкоштовне надання яких держава гарантує громадянам у разі різних видів захворювань; конкурси для проведення наукових досліджень з пріоритетних напрямів розвитку медичної науки; координація діяльності місцевих органів публічного управління у СОЗ; міжнародне співробітництво; міждержавні, загальнодержавні й регіональні програми покращання здоров'я населення; моніторинг (ціноутворення на платні медичні послуги; стану

офтальмологічного здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення ЗОЗ); підготовка лікарів і медичних працівників; розподіл і працевлаштування випускників ВНЗ, що належать до сфери управління МОЗ, у ЗОЗ в межах державного замовлення;

– *соціально-психологічні*: виступи у ЗМІ; виховання; договірні процеси; інформування та освіта населення; інформування населення про стан його офтальмологічного здоров'я, а також про можливі фактори ризику його погіршення; переконання; просвітництво; подання письмових зауважень, пропозицій і рекомендацій; пропаганда здорового способу життя; психологічні настанови; роз'яснення; соціальні норми; суспільний тиск; формування культури у СОЗ [33].

Зрештою слід зазначити, що пропонований перелік не є вичерпним, а таким, що може бути доповненим/уточненим залежно від тих викликів, які будуть нагальними у межах публічного управління розвитком офтальмології. При цьому замало мати належне методологічне забезпечення цього процесу, необхідно його коректно використовувати на практиці (передусім, під час прийняття публічно-управлінських рішень у цій сфері).

## Розділ 2

### ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ОФТАЛЬМОЛОГІЇ

#### 2.1 Результати розвитку офтальмології в Харківській області

Харківська область вирізняється значною кількістю платоспроможного населення, які формують стабільний попит на офтальмологічні послуги.

Функціонування цього сегменту ринку в регіоні має очевидні ознаки олігополії – наявність двох беззаперечних лідерів (КНП «Харківська міська клінічна лікарня № 14 ім. проф. Л.Л. Гіршмана» і Медичний центр «Офтальміка») та спеціалізовані відділення у складі ЗОЗ комунальної форми власності (далі – КНП), а також численні приватні кабінети з офтальмологічної практики. Наявність сучасного обладнання та висококваліфікованих фахівців, які володіють сучасними (зокрема, авторськими) методиками надання різних видів офтальмологічної та інших видів (суміжних) медичних послуг, а саме:

- лазерна корекція зору;
- лікування катаракти;
- діагностика зору;
- дитяча діагностика зору;
- апаратне лікування зору;
- нічні лінзи;
- нічні лінзи Moon;
- парагон;
- Lens;
- лазерне лікування захворювань сітківки;
- склеральні лінзи;
- вітреоретинальна хірургія;
- медикаментозне лікування захворювань сітківки;
- лазерне лікування деструкцій склоподібного тіла;

- блафаропластика;
- реконструктивна хірургія;
- лікування косоокості;
- естетична медицина;
- терапія цукрового діабету;
- лікування глаукоми;
- лікування блефариту;
- рефракційна заміна кришталика;
- лікування кератоконуса [31].

Офтальмологічні послуги спрямовано на лікування хвороб ока та його придаткового апарату, кількість випадків яких має певну динаміку (табл. 2.1).

Таблиця 2.1 – Захворюваність на хвороби ока та його придаткового апарату серед усього населення Харківської області [35]

Показники	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Абсолютне число хвороб ока та його придаткового апарату	214254	139015	183712	165833
У т.ч. на 100 тис. усього населення	8183	5381	7111	6419
Зареєстровано хвороб ока та його придаткового апарату вперше в житті серед всього населення	77024	51456	74592	66486
У т.ч. на 100 тис. усього населення	2942	1992	2887	2574
Структура поширеності хвороб ока та його придаткового апарату, %	5,19	4,75	5,68	5,38
Структура захворюваності на хвороби ока та його придаткового апарату, %	5,28	5,59	6,88	6,45

Загалом серед усього населення Харківської області у досліджуваний період (певним виключенням є лише 2022 р.) має місце скорочення основних кількісних параметрів захворюваності на хвороби ока та його придаткового апарату (табл. 2.1). Так, зокрема, абсолютне число таких хвороб скоротилося на 22,6 %, а у розрахунку на 100 тис. населення – на 22,7 %; означене свідчить про те, що істотне скорочення чисельності населення регіону (передусім, унаслідок повномасштабної військової агресії РФ) не призвело до скорочення попиту на

офтальмологічні послуги. Скорочення на 22,5 % відносних параметрів перших звернень за такими медичними показаннями, що свідчить про збереження уваги населення до цих складових свого здоров'я. Ба більше, має місце зростання (на 22,2 %) питомої ваги цих звернень у загальному спектрі медичних послуг, що, окрім іншого, обумовлено втратою зору як через додаткову нервову напругу, так і унаслідок травмування під час обстрілів тощо.

Унаслідок урбанізації відбулася концентрація населення в мегаполісі, що у поєднанні зі зосередженням обласному центрі провідних надавачів офтальмологічних послуг, обумовило той факт, що до 60 % цих послуг припадає на ЗОЗ м. Харків (табл. 2.2). Кількість таких звернень значною мірою залежить як від наявності доступу до надавачів таких послуг, так і від чисельності населення. Звісно найбільш очевидним є «просідання» цього показника у 2022 р., оскільки мали місце як окупація значної частини регіону, так і масова внутрішня/зовнішня міграція населення (як пацієнтів, так і надавачів офтальмологічних послуг). Також чітко простежується залежність цих показників від статусу території: окупована, деокупована, зона активних бойових дій, умовний «тил». Так, передусім Куп'янський та Чугуївський райони залишаються зоною активних бойових дій, що ускладнює та/чи унеможлиблює надання практично більшості видів медичної допомоги. При цьому «сплеск» активності в Ізюмському районі можна пояснити як своєрідну реакцію на «відкладений попит» на офтальмологічні послуги та додаткові проблеми з зором, що виникли/загострилися під час окупації цієї території.

Водночас, має місце зростання поширеності хвороб ока та його придаткового апарату на 100 тис. населення в «периферійних» районах Харківської області (передусім, Берестинському) через поєднання загальної тенденції до «старіння нації» з масовим виїздом на інші території осіб молодших і середніх вікових категорій, які традиційно порівняно рідше звертаються за офтальмологічними послугами (табл. 2.3). Своєрідним підтвердженням цьому є той факт, досліджувані параметри по населенню

загалом (табл. 2.1) хоч і не істотно (на 0,4 %), але, все ж, перевищують ті, що стосуються саме дорослих (табл. 2.4).

Таблиця 2.2 – Зареєстровано хвороб ока та його придаткового апарату серед всього населення Харківської області [35; 36]

Район, територіальна громада (ТГ)	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Берестинський район	7956	8435	8486	8467
<i>Зачепилівська ТГ</i>	766	740	783	761
<i>Кегічівська ТГ</i>	1362	2388	1257	1188
<i>Красноградська ТГ</i>	4905	4368	5369	5488
<i>Сахновцянська ТГ</i>	522	459	619	432
Богодухівський район	7689	7740	7444	6332
<i>Богодухівська ТГ</i>	2180	2346	1448	1011
<i>Валківська ТГ</i>	1179	2160	2620	1786
<i>Золочівська ТГ</i>	1395	403	49	48
<i>Коломацька ТГ</i>	52	53	53	59
<i>Краснокутська ТГ</i>	2883	2778	3274	3428
Ізюмський район	7956	4736	13310	15313
<i>Балаклійська ТГ</i>	7842	2736	8515	9959
<i>Барвенківська ТГ</i>	1017	416	437	752
<i>Борівська ТГ</i>	1310	407	686	283
<i>Ізюмська ТГ</i>	3026	952	3326	3995
Куп'янський район	8621	5271	4259	2995
<i>Великобурлуцький</i>	611	451	855	371
<i>Дворічанська ТГ</i>	3778	1538	--	--
<i>Куп'янська ТГ</i>	3865	2529	1653	1852
<i>Шевченківська ТГ</i>	367	753	1751	772
Лозівський район	14499	8787	13005	12494
<i>Близнюківська ТГ</i>	527	191	654	471
<i>Лозівська ТГ</i>	10818	5380	9170	8896
<i>Первомайська ТГ</i>	3154	3216	3181	3127
Харківський район	150652	96838	130875	114300
<i>Дергачівська ТГ</i>	2678	2159	3416	2789
<i>Люботинська ТГ</i>	4617	4530	4749	3862
<i>Нововодолазька ТГ</i>	3414	4007	4132	4052
<i>Харківська ТГ (м. Харків)</i>	126809	75179	109330	94764
Чугуївський район	11267	7208	6333	5927
<i>Вовчанська ТГ</i>	3573	1816	1623	1244
<i>Зміївська ТГ</i>	2942	2806	2559	2606
<i>Печеніжський ТГ</i>	389	253	373	339
<i>Чугуївська ТГ</i>	2748	858	221	281
ВСЬОГО	214254	139015	183712	165833

Таблиця 2.3 – Поширеність хвороб ока та його придаткового апарату на 100 тис. населення Харківської області [35; 36]

Район, територіальна громада (ТГ)	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Берестинський район	7956	3053	8112	8093
<i>Зачепилівська ТГ</i>	766	2572	5517	5362
<i>Кегічівська ТГ</i>	1362	4709	6257	5913
<i>Красноградська ТГ</i>	4905	3727	12909	13195
<i>Сахновцянська ТГ</i>	522	1084	3063	2137
Богодухівський район	6129	3020	6062	5156
<i>Богодухівська ТГ</i>	5854	4196	3950	2758
<i>Валківська ТГ</i>	3836	5300	8524	5811
<i>Золочівська ТГ</i>	5751	371	202	198
<i>Коломацька ТГ</i>	788	167	803	894
<i>Краснокутська ТГ</i>	10827	1653	12298	12877
Ізюмський район	13570	1197	7675	8830
<i>Балаклійська ТГ</i>	10089	1531	10955	12813
<i>Барвенківська ТГ</i>	5027	1003	2160	3717
<i>Борівська ТГ</i>	8278	941	4335	1788
<i>Ізюмська ТГ</i>	4860	607	5341	6416
Куп'янський район	6437	935	3254	2288
<i>Великобурлуцький</i>	2904	1155	4063	1763
<i>Дворічанська ТГ</i>	23115	2025	--	--
<i>Куп'янська ТГ</i>	5016	776	2145	2404
<i>Шевченківська ТГ</i>	1884	267	8987	3962
Лозівський район	9543	2274	8735	8391
<i>Близнюківська ТГ</i>	2990	968	3628	2613
<i>Лозівська ТГ</i>	11964	2544	12636	12259
<i>Первомайська ТГ</i>	7187	2240	7249	7126
Харківський район	8682	2979	7657	6688
<i>Дергачівська ТГ</i>	2911	1931	3713	3032
<i>Люботинська ТГ</i>	19967	8917	20538	16702
<i>Нововодолазька ТГ</i>	10921	4984	13217	12961
<i>Харківська ТГ (м. Харків)</i>	8966	3076	7801	6761
Чугуївський район	5680	1342	3271	3061
<i>Вовчанська ТГ</i>	8201	604	3725	2855
<i>Зміївська ТГ</i>	4319	1255	3757	3826
<i>Печеніжський ТГ</i>	4105	2892	3937	3578
<i>Чугуївська ТГ</i>	3560	279	286	264
ВСЬОГО	8183	2887	7111	6419

При цьому на 15,5 % скоротилася кількість перших звернень дорослих до офтальмологів унаслідок діагностування хвороб ока та його придаткового

апарату (табл. 2.4), що може свідчити як про покращання профілактики цих хвороб, так і про посилення ексклюзивності у доступі до офтальмологічних послуг.

Таблиця 2.4 – Захворюваність на хвороби ока та його придаткового апарату серед дорослого населення Харківської області [35]

Показники	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Зареєстровано хвороб ока та його придаткового апарату серед дорослого населення	175916	113803	15503	136763
Поширеність хвороб ока та його придаткового апарату на 100 тис. дорослого населення	8028	5263	7170	6325
Зареєстровано хвороб ока та його придаткового апарату вперше в житті серед дорослого населення	61511	41108	61230	51956
Захворюваність хвороб ока та його придаткового апарату на 100 тис. дорослого населення	2807	1901	2832	2403
Структура поширеності хвороб ока та його придаткового апарату серед дорослого населення, %	5,04	4,53	5,49	5,10
Структура хвороб ока та його придаткового апарату серед дорослого населення, %	6,14	6,36	7,60	6,92

Порівняно частіше за такою допомогою загалом звертаються дорослі з Ізюмського, Лозівського та Харківського районів (табл. 2.5), тоді як найвищі показники цієї захворюваності мають місце в Берестинському, Ізюмському та Лозівському районах (табл. 2.6). Аномально високою є поширеність цих хвороб у межах окремих територіальних громад (Балаклійська, Красноградська, Краснокутська, Лозівська, Люботинська, Нововодолазька).

Зниження (на 24,2 %) загальної кількості захворювань дітей Харківської області на хвороби ока і його придаткового апарату (табл. 2.9) супроводжується порівняно нижчою частотою перших звернень (на 6,6 %), що свідчить про істотне «вивезення» дітей на інші території та, водночас, залишаються тут ті з них, хто вже страждає від означених хвороб (у т.ч. хронічній формі). Значно більшою за інших є поширеність цих хвороб у межах окремих територіальних громад (Балаклійська, Дергачівська, Зачепилівська, Краснокутська, Лозівська).

Таблиця 2.5 – Зареєстровано хвороб ока та його придаткового апарату серед дорослого населення Харківської області [35; 36]

Район, територіальна громада (ТГ)	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Берестинський район	6665	7166	7271	7371
<i>Зачепилівська ТГ</i>	500	484	509	488
<i>Кегічівська ТГ</i>	999	2048	1053	977
<i>Красноградська ТГ</i>	4512	3974	4913	5078
<i>Сахновцянська ТГ</i>	2862	336	468	390
Богодухівський район	5870	6081	5894	4896
<i>Богодухівська ТГ</i>	1547	1812	1220	809
<i>Валківська ТГ</i>	968	1789	2151	1395
<i>Золочівська ТГ</i>	1118	276	7	9
<i>Коломацька ТГ</i>	16	32	39	44
<i>Краснокутська ТГ</i>	2221	2172	2477	2639
Ізюмський район	11160	3796	10650	12358
<i>Балаклійська ТГ</i>	6333	2125	6403	7646
<i>Барвенківська ТГ</i>	632	257	232	385
<i>Борівська ТГ</i>	1078	336	549	218
<i>Ізюмська ТГ</i>	2862	874	3147	3820
Куп'янський район	6944	4194	3911	2609
<i>Великобурлуцький</i>	296	260	662	216
<i>Дворічанська ТГ</i>	3448	1417	--	--
<i>Куп'янська ТГ</i>	2854	1788	1623	1805
<i>Шевченківська ТГ</i>	346	729	1626	588
Лозівський район	11527	6234	10697	10173
<i>Близнюківська ТГ</i>	272	119	541	387
<i>Лозівська ТГ</i>	8528	3306	7330	6978
<i>Первомайська ТГ</i>	2727	2809	2826	2808
Харківський район	125280	80491	111444	94549
<i>Дергачівська ТГ</i>	2084	1984	3392	2703
<i>Люботинська ТГ</i>	4207	4138	4252	3307
<i>Нововодолазька ТГ</i>	2756	1550	3603	3638
<i>Харківська ТГ (м. Харків)</i>	106733	62860	93826	78772
Чугуївський район	8470	5841	5159	4807
<i>Вовчанська ТГ</i>	3181	1614	1474	1113
<i>Зміївська ТГ</i>	2391	2294	2078	2123
<i>Печеніжський ТГ</i>	233	122	255	241
<i>Чугуївська ТГ</i>	1364	588	131	187
ВСЬОГО	175916	113803	155026	136763

Донині в регіоні зберігається істотна ексклюзія у доступі до якісних офтальмологічних послуг за матеріальною та територіальними ознаками як для

дорослих (табл. 2.5-2.6), так і для дітей (табл. 2.7-2.8), що свідчить про наявні проблеми зі забезпеченням належного офтальмологічного здоров'я населення.

Таблиця 2.6 – Поширеність хвороб ока та його придаткового апарату на 100 тис. дорослого населення Харківської області [35; 36]

Район, територіальна громада (ТГ)	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Берестинський район	8390	2852	8493	8610
<i>Зачепилівська ТГ</i>	4193	1599	4307	4129
<i>Кегічівська ТГ</i>	6240	4260	6577	6102
<i>Красноградська ТГ</i>	12854	3926	14019	14489
<i>Сахновцянська ТГ</i>	2445	781	2854	2378
Богодухівський район	5714	2944	5857	4865
<i>Богодухівська ТГ</i>	5073	3944	4000	2652
<i>Валківська ТГ</i>	3806	5458	8458	5485
<i>Золочівська ТГ</i>	5677	223	35	46
<i>Коломацька ТГ</i>	302	--	437	831
<i>Краснокутська ТГ</i>	10182	1504	11356	12099
Ізюмський район	7629	1060	7383	8568
<i>Балаклійська ТГ</i>	9786	1337	9894	11815
<i>Барвенківська ТГ</i>	3843	669	1411	2341
<i>Борівська ТГ</i>	8257	459	4205	1670
<i>Ізюмська ТГ</i>	5497	611	6044	7337
Куп'янський район	6237	958	3589	2394
<i>Великобурлуцький</i>	1705	1146	3814	1244
<i>Дворічанська ТГ</i>	25526	2228	--	--
<i>Куп'янська ТГ</i>	4434	769	2522	2804
<i>Шевченківська ТГ</i>	2149	304	10099	3652
Лозівський район	9141	2322	8642	8219
<i>Близнюківська ТГ</i>	1898	698	4012	2870
<i>Лозівська ТГ</i>	11337	2482	11878	11308
<i>Первомайська ТГ</i>	7460	2520	7731	7682
Харківський район	8570	1957	7743	6569
<i>Дергачівська ТГ</i>	2752	1058	4480	3570
<i>Люботинська ТГ</i>	22268	9083	22506	17504
<i>Нововодолазька ТГ</i>	10884	6153	14229	14367
<i>Харківська ТГ (м. Харків)</i>	8914	1874	7911	6642
Чугуївський район	5180	1310	3231	3010
<i>Вовчанська ТГ</i>	8838	956	4095	3092
<i>Зміївська ТГ</i>	4238	1379	3684	3763
<i>Печеніжський ТГ</i>	2919	251	3195	3020
<i>Чугуївська ТГ</i>	2161	393	207	296
ВСЬОГО	8028	1901	7170	6325

Таблиця 2.7 – Зареєстровано хвороб ока та його придаткового апарату серед дітей Харківської області [35; 36]

Район, територіальна громада (ТГ)	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Берестинський район	1291	1269	1215	1096
<i>Зачепилівська ТГ</i>	266	256	274	273
<i>Кегічівська ТГ</i>	363	340	204	211
<i>Красноградська ТГ</i>	393	394	456	410
<i>Сахновцянська ТГ</i>	121	123	151	42
Богодухівський район	1819	1659	1550	1436
<i>Богодухівська ТГ</i>	633	534	228	202
<i>Валківська ТГ</i>	211	371	469	391
<i>Золочівська ТГ</i>	277	127	42	39
<i>Коломацька ТГ</i>	36	21	14	15
<i>Краснокутська ТГ</i>	662	606	797	789
Ізюмський район	2410	940	2660	2955
<i>Балаклійська ТГ</i>	1509	611	2112	2313
<i>Барвенківська ТГ</i>	385	159	205	367
<i>Борівська ТГ</i>	232	71	137	65
<i>Ізюмська ТГ</i>	164	78	179	175
Куп'янський район	1677	1077	348	386
<i>Великобурлуцький</i>	315	199	193	155
<i>Дворічанська ТГ</i>	330	121	--	--
<i>Куп'янська ТГ</i>	1011	741	30	47
<i>Шевченківська ТГ</i>	21	24	125	184
Лозівський район	2972	2553	2308	2321
<i>Близнюківська ТГ</i>	255	72	113	84
<i>Лозівська ТГ</i>	2290	2074	1840	1918
<i>Первомайська ТГ</i>	427	407	355	319
Харківський район	25372	16347	19431	19751
<i>Дергачівська ТГ</i>	594	175	24	86
<i>Люботинська ТГ</i>	410	392	497	555
<i>Нововодолазька ТГ</i>	658	439	529	414
<i>Харківська ТГ (м. Харків)</i>	20076	12319	15504	15992
Чугуївський район	2797	1367	1174	1120
<i>Вовчанська ТГ</i>	392	202	149	131
<i>Зміївська ТГ</i>	551	512	481	483
<i>Печеніжський ТГ</i>	156	131	118	98
<i>Чугуївська ТГ</i>	1384	270	90	94
ВСЬОГО	38338	25212	28686	29070

Серед жителів сільської місцевості також простежується скорочення загальних параметрів захворюваності на хвороби ока та його придаткового

апарату (табл. 2.10), і, водночас, зростання (на 7,7 %) відносних його показників. При цьому також зросла актуальність цих захворювань.

Таблиця 2.8 – Поширеність хвороб ока та його придаткового апарату на 100 тис. дітей Харківської області [35; 36]

Район, територіальна громада (ТГ)	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Берестинський район	6677	7222	6393	5767
<i>Зачепилівська ТГ</i>	<i>10783</i>	<i>10207</i>	<i>11542</i>	<i>11500</i>
<i>Кегічівська ТГ</i>	<i>8333</i>	<i>8897</i>	<i>5000</i>	<i>5172</i>
<i>Красноградська ТГ</i>	<i>6020</i>	<i>5327</i>	<i>6967</i>	<i>6264</i>
<i>Сахновцянська ТГ</i>	<i>3227</i>	<i>3174</i>	<i>3961</i>	<i>1102</i>
Богодухівський район	7485	8006	6993	6479
<i>Богодухівська ТГ</i>	<i>8674</i>	<i>9389</i>	<i>3704</i>	<i>3281</i>
<i>Валківська ТГ</i>	<i>6995</i>	<i>3978</i>	<i>8842</i>	<i>7372</i>
<i>Золочівська ТГ</i>	<i>2784</i>	<i>6072</i>	<i>921</i>	<i>855</i>
<i>Коломацька ТГ</i>	<i>1612</i>	<i>2763</i>	<i>1074</i>	<i>1151</i>
<i>Краснокутська ТГ</i>	<i>12599</i>	<i>13763</i>	<i>16570</i>	<i>16403</i>
Ізюмський район	3222	8096	6393	5767
<i>Балаклійська ТГ</i>	<i>4596</i>	<i>11598</i>	<i>16232</i>	<i>17777</i>
<i>Барвенківська ТГ</i>	<i>4200</i>	<i>10169</i>	<i>5415</i>	<i>9694</i>
<i>Борівська ТГ</i>	<i>2563</i>	<i>8375</i>	<i>4946</i>	<i>2347</i>
<i>Ізюмська ТГ</i>	<i>1578</i>	<i>1607</i>	<i>1755</i>	<i>1715</i>
Куп'янський район	4915	7425	1588	1762
<i>Великобурлуцький</i>	<i>5186</i>	<i>8553</i>	<i>5240</i>	<i>4209</i>
<i>Дворічанська ТГ</i>	<i>4267</i>	<i>11636</i>	--	--
<i>Куп'янська ТГ</i>	<i>5842</i>	<i>7971</i>	<i>237</i>	<i>371</i>
<i>Шевченківська ТГ</i>	<i>710</i>	<i>621</i>	<i>3696</i>	<i>5441</i>
Лозівський район	10155	11508	9190	9242
<i>Близнюківська ТГ</i>	<i>2185</i>	<i>7739</i>	<i>2487</i>	<i>1849</i>
<i>Лозівська ТГ</i>	<i>15051</i>	<i>15065</i>	<i>16946</i>	<i>17664</i>
<i>Первомайська ТГ</i>	<i>5553</i>	<i>5825</i>	<i>4843</i>	<i>4352</i>
Харківський район	6057	9283	7200	7318
<i>Дергачівська ТГ</i>	<i>1075</i>	<i>3649</i>	<i>16107</i>	<i>17382</i>
<i>Люботинська ТГ</i>	<i>9267</i>	<i>9693</i>	<i>147</i>	<i>528</i>
<i>Нововодолазька ТГ</i>	<i>7389</i>	<i>11076</i>	<i>8904</i>	<i>6969</i>
<i>Харківська ТГ (м. Харків)</i>	<i>5714</i>	<i>9254</i>	<i>7191</i>	<i>7418</i>
Чугуївський район	4027	8029	3459	3300
<i>Вовчанська ТГ</i>	<i>2665</i>	<i>5172</i>	<i>1966</i>	<i>1728</i>
<i>Зміївська ТГ</i>	<i>4373</i>	<i>4706</i>	<i>4108</i>	<i>4125</i>
<i>Печеніжський ТГ</i>	<i>8768</i>	<i>10442</i>	<i>7898</i>	<i>6560</i>
<i>Чугуївська ТГ</i>	<i>1921</i>	<i>9847</i>	<i>640</i>	<i>669</i>
ВСЬОГО	5986	8980	6181	6902

Таблиця 2.9 – Захворюваність на хвороби ока та його придаткового апарату серед дітей Харківської області [35]

Показники	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Зареєстровано хвороб ока та його придаткового апарату серед дітей	38338	25212	28686	29070
Поширеність хвороб ока та його придаткового апарату на 100 тис. дітей	8980	2986	6811	6902
Зареєстровано хвороб ока та його придаткового апарату вперше в житті серед дітей	15513	10348	13362	14530
Захворюваність хвороб ока та його придаткового апарату на 100 тис. дітей	3634	2457	3172	3450
Структура поширеності хвороб ока та його придаткового апарату серед дітей, %	5,99	6,11	6,98	7,26
Структура хвороб ока та його придаткового апарату серед дітей, %	3,39	3,78	4,80	5,21

Таблиця 2.10 – Захворюваність на хвороби ока та його придаткового апарату серед сільського населення Харківської області [35]

Показники	2021 р.	2022 р.	2023 р.	2024 р.
Зареєстровано хвороб ока та його придаткового апарату серед сільського населення	31753	22207	24586	23976
Поширеність хвороб ока та його придаткового апарату на 100 тис. сільського населення	6389	4551	5038	4913
Зареєстровано хвороб ока та його придаткового апарату вперше в житті серед сільського населення	10420	7574	10132	10305
Захворюваність хвороб ока та його придаткового апарату на 100 тис. сільського населення	2097	1552	2076	2112
Структура поширеності хвороб ока та його придаткового апарату серед сільського населення, %	4,70	4,45	5,22	5,02
Структура хвороб ока та його придаткового апарату серед сільського населення, %	4,92	5,21	6,82	6,33

Зрештою слід зазначити, що нині в Харківській області мають місце різновекторні тенденції розвитку ринку офтальмологічних послуг: по-перше, нарощування диспропорцій в доступі цих послуг різних верств населення через

чутливість до змін у демографічній ситуації; по-друге, покращання якості офтальмологічних послуг, що, окрім іншого, обумовлено діяльністю уповноважених органів публічного управління щодо створення сприятливих умов для розбудови ресурсного потенціалу профільних ЗОЗ. Виявлені тенденції у цій царині на рівні регіону, радше за все, певною мірою кореспондуються з українськими реаліями розвитку офтальмології як результату діяльності уповноважених органів публічного управління.

## **2.2 Українські реалії розвитку офтальмології як результату публічного управління у цьому сегменті сфери охорони здоров'я**

У сучасних умовах старіння націй (зокрема, збільшення у віковій структурі частки осіб старших вікових груп) зростає ризик суттєвого збільшення ймовірності (частоти) вікового порушення зору. Як і в більшості країн світу, для України проблема збереження офтальмологічного здоров'я є надзвичайно актуальною, оскільки порушення органів зору реєструються у кожного третього жителя [12]. Донині саме на офтальмологічні послуги існує значний попит серед населення України. Щорічно у понад 15 млн населення України (люди, віком  $\geq 40$  років) формується потреба у корекції зору [51].

Очна патологія посідає шосте місце у структурі захворюваності та поширеності хвороб. Найчастішими її формами є катаракта, міопія, глаукома та травми ока і його придаткового апарату [37; 50]. Проблема сліпоти та слабкозорості є також надзвичайно актуальною для України, де захворюваність ока та його придатків є значною і становить 12,3 на 10 тис. населення, в т.ч.: катаракта – 46,1; захворювання сітківки та зорового нерва – 24,7; аномалії рефракції – 16,7; запальні захворювання очей – 11,2 [29]. Актуальність проблеми значною мірою посилюється тим, що за останні роки захворюваність на катаракту зросла в 4,0 рази, на хвороби сітківки і зорового нерва – в 7,0 разів, травми органа зору – в 1,6 рази, аномалії рефракції – в 4,0 рази.

Пріоритетне місце у поширеності захворювань органа зору займають міопія (1362,5 на 100 тис. населення), захворювання кон'юнктиви (1145,5), катаракта (973,3), глаукома (370,3), що підтверджує раніше встановлені тенденції. Раніше до цієї групи увійшли захворювання сітківки, поширеність яких зросла з 77,7 до 550,1 на 100 тис. населення [49]. Отож, серед населення має місце доволі висока поширеність (при тенденції до зростання її параметрів) офтальмологічних хвороб [38].

Водночас, на рівні 19 областей населення України не мають іншої альтернативи у реалізації права на отримання сучасної офтальмологічної допомоги за європейськими стандартами, окрім спеціалізованих ЗОЗ. Основну їх частину складають ЗОЗ, які надають платні офтальмологічні послуги, тим самим створюючи конкуренцію на регіональному ринку таких послуг для ЗОЗ офтальмологічного профілю. При цьому представництво мережевих приватних клінік пропонує послуги в сегменті СОЗ (офтальмологія) практично у всіх великих містах України. Тож не викликає подиву наявність значної кількості приватних офтальмологічних клінік (передусім, розташованих на території міст обласного значення та міст із населенням 500 тис. мешканців); до того ж, за останні два десятиліття їх кількість подвоїлася.

Отож слід виокремити дві групи ЗОЗ, які активно розвиваються:

– мережеві багатопрофільні приватні клініки й медичні центри, що мають у структурі офтальмологічні відділення зі спеціалізованими операційними («Новий зір», «Ваш зір», «Ексімер», «Оптимед «тощо»);

– офтальмологічні центри, що входять до складу великих промислово-фінансових груп, але які є для цих груп «непрофільними активами» [51].

Розподіли регіонів за рівнем поширеності атрофії зорового нерва і відшарування сітківки є абсолютно несхожими на розподіли регіонів за показником поширеності інших захворювань, що свідчить про наявність різних факторів формування поширення рівня цих захворювань в регіонах України. За показником поширеності на першому місці знаходиться катаракта, яка за середньорічними темпами зростання становить 18 % у рік, на другому –

захворювання кон'юнктиви, на третьому – міопія. Виявлено, що зростання рівня захворюваності на катаракту сприяє появі глаукоми [58]. Регіональні особливості проявилися найвищими значеннями офтальмологічної госпітальної захворюваності як серед дорослого, так і серед дитячого населення у Чернігівській області (11,0 на 1 тис. дорослого та 10,14 на 1 тис. дитячого населення відповідно), за найменших значень у Київській області (2,6 на 1 тис. дорослого та 1,26 на 1 тис. дитячого населення відповідно). Різниця між крайніми значеннями показника становила 4,2 разу та в 16,9 разу, відповідно, що доводить наявність значних регіональних особливостей, які вплинули на динаміку формування вищенаведених показників [10].

Консервативне та фізіотерапевтичне лікування хворим з низхідною атрофією зорових нервів (далі – АЗН) проводиться за показаннями 37,4 % хворим у ранньому післяопераційному періоді (у відділі нейроофтальмології) та 35,7 % хворим у пізньому післяопераційному періоді за місцем проживання. Лікування пацієнтів з висхідними АЗН проводиться зі застосуванням фармакологічних препаратів, серед яких частіше призначаються препарати, що покращують кровообіг (92,1 %). Хірургічне лікування висхідних АЗН проводиться рідко – реваскуляризуючі операції у 9,1 %, декомпресійні – 7,3 % випадків. Серед фізіотерапевтичних методів лікування частіше застосовується електростимуляція зорових нервів – у 56,1 % випадків [3].

Нині актуальним є проведення порівняльного аналізу якості організації офтальмологічної служби при різних організаційно-правових формах її надання для пошуку шляхів і заходів з оптимізації. Відомо, що думка пацієнтів про якість офтальмологічних послуг формується під впливом суб'єктивної оцінки сприйняття ними отриманих цих послуг, поведінки медичного персоналу тощо. Ця думка є важливим механізмом зворотного зв'язку внаслідок відсутності професійної або відомчої упередженості, наявності багатогранної палітри характеристик, які включають різні аспекти медичної діяльності [14].

Загалом респонденти надали такі оцінки лікуванню офтальмологічних хвороб: «одужання» – 75,31 %; «поліпшення» – 20,35 %; «погіршення» –

3,39 %; «без змін» – 0,73 % [58]. Водночас, 72,4 % респондентів були або повністю не задоволені, або скоріше не задоволені, ніж задоволені роботою медичного персоналу, у т.ч. 61,6% – через недостатність уваги з його боку, 69,7 % – через значні терміни очікування прийому лікаря-офтальмолога в поліклініці, 61,6 % – планової госпіталізації, 48,7 % – недостатній рівень його кваліфікації, 34,1 % – грубість і недобррозичливість медичних персоналу, 66,8 % – недостатню оснащеність ЗОЗ устаткуванням та інструментарієм, 34,8 % – прояви меркантильних інтересів з боку медичного персоналу [12].

Результати соціологічного дослідження довели, що лікарі, які щоденно працюють з дітьми в амбулаторно-поліклінічних умовах, інформовані про негативний вплив таких факторів ризику, як: погане освітлення; читання лежачи; читання в транспорті; недостатня тривалість нічного сну; характер харчування; переважна більшість лікарів рекомендують дітям робити «гімнастику для очей»; запровадження державної профілактичної програми зі збереження зору з дитинства підтримала абсолютна більшість опитаних лікарів [30]; причинами невисокої якості офтальмологічних послуг є брак персоналу, погані умови праці, недостатнє забезпечення сучасною технікою, обладнанням важкодоступність офтальмологічної допомоги пов'язана з відсутністю фахівця офтальмологічного профілю в найближчому ЗОЗ, великим навантаженням на фахівця через велику чисельність пацієнтів на прийомі, нерівномірністю навантаження на прийомі в різні дні тижня, відсутністю комунікації з фахівцем щодо оптимальної дати прийому [54].

Ураховуючи велике медико-соціальне значення поширеності хвороб ока і пов'язані з цим економічні збитки для окремих людей та суспільства в цілому, міжнародні організації з питань охорони здоров'я, насамперед ВООЗ, приділяють особливу увагу питанням профілактики та лікування захворювань органу зору. На глобальному та регіональному рівні прийнято низку програмних і стратегічних документів [12].

ЗОЗ, за підтримки ДООЗ ОВА та УООЗ МР та сприяння МОЗ і НСЗУ, проведено низку заходів, спрямованих на покращання офтальмологічного здоров'я населення, серед яких слід виділити таке:

- впроваджено малоінвазивні методи мікрохірургічного лікування [5; 58];
- доопрацьовано підготовку офтальмологічних хворих в амбулаторних умовах;
- широко застосовується лікування за принципом «хірургія одного дня»;
- уможливлено використання сучасних лікарських засобів [58];
- уможливлено високу якість надання офтальмологічних послуг;
- залучення висококваліфікованих трудових ресурсів (медичних кадрів);
- наявність автоматизованої бази даних;
- комфортність проведення обстежень пацієнтам різного віку [15].

Завдяки належному проведенню вищенаведених заходів вдалось досягти наступних результатів:

- зменшено кількості хворих для офтальмологічно-терапевтичного лікування;
- зменшено в 1,9 рази середню тривалість перебування хворого на ліжку в офтальмологічних відділеннях ЗОЗ;
- збільшено в 1,9 разів обігу ліжка [58];
- доведено, що частота виявлення порушень зору під час профілактичних оглядів зростає з віком дітей [41];
- впроваджено нові високоінформативні методи обстеження ока;
- забезпечено значний прогрес офтальмології у плані мікрохірургічного лікування [5].

Залишаються невирішеними питання у цій сфері, а саме:

- діяльності офтальмологічної служби в умовах дефіциту бюджетного фінансування ЗОЗ;
- зниження собівартості офтальмологічної допомоги на фоні збереження її високої якості;

- забезпечення доступності високоякісної офтальмологічної допомоги;
- модернізації системи управління ефективністю і якістю офтальмологічної допомоги [19].

Проведені узагальнення напрацювань провідних науковців за даною проблематикою дозволило виокремити наступні проблеми публічного управління розвитком офтальмології:

- наявний статистичний облік не дозволяє проаналізувати доступність та якість надання офтальмологічної допомоги хворим на цю патологію та встановити фактори ризику, якість життя тощо [16];

- незворотність втрати зору внаслідок хвороби [2; 5];

- високий рівень інвалідності [7; 37];

- низька доступність дороговартісних медичних технологій [15];

- висока вартість й тривалість лікування і реабілітації [7; 15];

- недостатнє використання системного підходу в профілактиці [7];

- брак фахівців і необхідного офтальмологічного обладнання;

- низький рівень менеджменту в комунальних ЗОЗ [12];

- не повністю вирішеним питання ефективного скринінгу та ранньої діагностики первинної глаукоми серед широких верств населення та осіб з груп високого ризику до цієї патології;

- недостатня розробленість системи індивідуального прогнозування і управління ризиками виникнення й прогресування хвороб ока та його придаткового апарату [6];

- тарифікація офтальмологічних послуг, заявлених до оплати у межах програми медичних гарантій, часто не враховує медико-технологічні стандарти, що призводить до невідповідності цих тарифів фактичним витратам ЗОЗ, унеможливаючи надання послуг належного обсягу та якості [56];

- наявність недоліків в організації та наданні офтальмологічних послуг;

- брак ресурсів для забезпечення реальних потреб населення в офтальмологічній допомозі;

- низький рівень співпраці комунальних і приватних ЗОЗ [13];

- відсутність організаційної структури офтальмологічної профілактичної служби;
- відсутність і наступність при наданні офтальмологічної допомоги за її рівнями [58];
- недостатня увага до питань профілактики за територіальними програмами з охорони офтальмологічного здоров'я;
- недостатність бюджетного фінансування профілактичних програм і програм цільової диспансеризації населення;
- недостатня підготовка лікарів первинної ланки з питань профілактики офтальмологічних хвороб [25; 58];
- застарілість нормативів навантаження медичного персоналу;
- відсутність або повільне впровадження стандартизованих алгоритмів надання ефективної офтальмологічної допомоги;
- відсутність міждисциплінарної наукової медичної програми підготовки кадрів-офтальмологів;
- значні диспропорції в обсягах фінансування амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної ланки офтальмологічної допомоги;
- незадовільне оснащення першої ланки офтальмологічної допомоги [25];
- приватний сектор ринку офтальмологічних послуг є доступним лише для обмеженої чисельності споживачів [15];
- законодавча неврегульованість в Україні поняття «кластеру» взагалі та медико-соціального зокрема;
- залежність результатів роботи всього кластера від результативності діяльності кожного з його учасників;
- унікальність кластера призводить до значного ускладнення оцінки результативності його функціонування, оскільки відсутня можливість для порівняння з іншими кластерами [16].

Дячук Д., Зделова Г. використали SWOT-аналіз для оцінювання стану офтальмологічної допомоги залежно від стійкості організації та здатності успішно (гнучко) реагувати на різноманітні впливи.

#### Strengths (Сильні сторони):

1. Розвинута транспортна інфраструктура та географічне розташування.
2. Висока якість надання медичного обслуговування.
3. Висококваліфіковані трудові ресурси (медичні кадри).
5. Автоматизована база даних.
6. Комфортність проведення обстежень від «18» і до «90+».
7. Концепція роботи – «орієнтація на споживача».
8. Співвідношення «ціна – якість».

#### Weaknesses (Слабкі сторони)

1. Низька доступність дороговартісних медичних технологій.
2. Висока вартість послуги.
3. Відсутність надання послуг за принципом 24/7.
4. Недостатній рівень менеджменту.
5. Конкуренція на ринку.

#### Opportunities (Можливості)

1. Якісно новий спектр послуг.
2. Розробка різноманітних програм.
3. «Зростання» та «розвиток».
4. Укладання договорів на обслуговування.
5. Проведення консиліумів.
6. Підвищення прихильності споживача.
7. Забезпечення надання повного циклу офтальмологічної допомоги.

#### Threats (Загрози)

1. Конкуренція на ринку відповідних послуг.
2. Плинність кадрів.
3. Створення єдиного медичного простору.
4. Посилення вимог державної політики в сфері ліцензування, контролю і оподаткування [15].

Підбиваючи проміжний підсумок, слід зазначити, що в цілому по Україні має місце, з одного боку, висхідна тенденція до поширення хвороб ока та його

придаткового апарату, а з іншого – достатньо висока задоволеність пацієнтів якістю доступних офтальмологічних послуг. Тобто необхідно зберегти наявні здобутки та, водночас, забезпечити вирішення численних проблем, що наразі ускладнює/унеможлиблює подальший розвиток офтальмології як результату публічного управління у цій сфері.

### РОЗДІЛ 3

## КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ОФТАЛЬМОЛОГІЇ

### 3.1 Заходи по вдосконаленню публічного управління розвитком офтальмології та сфери охорони здоров'я

Попри досить поширену в сучасному українському суспільстві думку про те, що на ринку офтальмологічних послуг має місце запекла конкурентна боротьба (особливо між приватними, державними та комунальними ЗОЗ), методологічно раціональніше було б створення атмосфери соціального партнерства, що значною мірою сприятиме комерціалізації СОЗ в умовах сучасної медичної реформи, орієнтованої на її поступовий перехід на повну автономність і самофінансування ЗОЗ (зокрема, з урахуванням кращого досвіду інших країн) [51]. Означене цілком співзвучно з необхідністю здійснення заходів, спрямованих на подальше вдосконалення публічного управління розвитком офтальмології та СОЗ загалом.

Для досягнення справжніх змін у СОЗ важливими є не лише технологічні інновації, а й побудова довіри між урядами, медичними працівниками та громадянами. Без цієї довіри важко буде впроваджувати нові підходи та досягати стійких результатів у СОЗ. Трансформація СОЗ має базуватися на інтеграції новітніх технологій, зміцненні інфраструктури й залученні широкого кола зацікавлених сторін. Впровадження цих інновацій, разом із зміцненням довіри між усіма сторонами, дозволить побудувати більш ефективні, стійкі та доступні СОЗ в Європі та за її межами [65].

Завдяки підтримці багатосторонніх організацій і урядів, соціальні інновації можуть бути не лише розроблені, але й успішно реалізовані на практиці. Важливу роль у цьому має розповсюдження досвіду, налагодження ефективного партнерства між державними і приватними структурами, а також

активне залучення громад до процесів планування і реалізації проектів у СОЗ. Уряди також можуть сприяти розвитку відповідного потенціалу в країнах, підтримуючи навчання і обмін знаннями серед фахівців у СОЗ. Уряди мають визначальну роль у створенні умов для сталого розвитку інновацій у СОЗ, включаючи її адаптацію до глобальних викликів і місцевих потреб. Вони можуть сприяти розробці національних стратегій, спрямованих на забезпечення рівного доступу до офтальмологічних послуг через підтримку соціальних інновацій, що забезпечують ефективні й доступні рішення для всіх категорій населення. Саме тому інновації для СОЗ загалом та офтальмологію зокрема, є критично важливою для досягнення глобальних цілей сталого розвитку. Підтримка соціальних інновацій з боку державних органів, а також ефективне партнерство з міжнародними організаціями, допомагає значно покращити доступ до офтальмологічних послуг і створює нові можливості для вирішення глобальних проблем у СОЗ [63].

Нині Уряди відіграють ключову роль у запровадженні й масштабуванні інновацій у СОЗ, оскільки вони мають можливість формувати політику, регулювати СОЗ і впливати на розподіл ресурсів. Передусім, Уряди мають сприяти створенню національних політик, які визнають важливість інновацій у СОЗ. Це включає в себе стимулювання розвитку нових медичних технологій, фармацевтичних продуктів і методів лікування, які можуть поліпшити доступ до офтальмологічних послуг і забезпечити високу якість офтальмологічної допомоги. Для цього уряди повинні сприяти фінансуванню наукових досліджень та інновацій у медичних технологіях, а також підтримувати стартапи та підприємства, які працюють у цій галузі [66].

Варто погодитися з пропозицією створення Єдиної національної бази хворих на глаукому й хворих із високими ризиками виникнення даної патології, яка дозволить здійснити перехід до єдиної автоматизованої технології оцінки результативності заходів боротьби із первинною глаукомою на принципах доказової медицини. При цьому слід застосовувати моніторинг за наступними показниками: якість життя пацієнтів; стан і динаміка перебігу захворювання (за

морфо-функціональними критеріями); доступність, своєчасність та клінічна результативність надання офтальмологічної (діагностичної, лікувальної, реабілітаційної) та медико-соціальної допомоги [7].

Варто погодитися, що тактичним напрямом моделі офтальмологічної допомоги є максимальне підвищення доступності та якості надання офтальмологічної допомоги населенню України в межах наявних ресурсів, а стратегічним – інтеграція ресурсів СОЗ України і частково – освіти та соціального захисту населення [49].

Проведені узагальнення напрацювань провідних науковців за даною проблематикою дозволило виокремити наступні заходи по вдосконаленню публічного управління розвитком офтальмології та сфери охорони здоров'я

- оптимізація фінансування СОЗ задля підвищення якості надання лікувально-профілактичної офтальмологічної допомоги [40; 61];

- активний розвиток альтернативних моделей надання кваліфікованої допомоги – хірургії одного дня, амбулаторної хірургії, денних стаціонарів та стаціонарів вдома;

- більш активне застосування мікрохірургічних методів лікування офтальмологічних хворих;

- впровадження дієвої системи контролю якості та доступності населенню офтальмологічної допомоги з урахуванням нозологічних форм, віку пацієнтів, місця їх проживання;

- диференційована зміна мережі офтальмологічних кабінетів у ланці ЗОЗ до оптимальних потреб з урахуванням регіональної поширеності хвороб ока та його придатків;

- започаткування системи підготовки лікарів-офтальмологів для надання мікрохірургічної допомоги в амбулаторних умовах;

- створення в кожному сегменті спеціалізованих центрів амбулаторної хірургії офтальмологічних хворих;

- організація діяльності громадських комісій щодо профілактики сліпоти та слабкозорості на підприємствах і в ВНЗ;

– створення мережі міжобласних (міжрегіональних) офтальмологічних центрів, а на їх базі – мобільних офтальмологічних бригад і кабінетів амбулаторної хірургії;

– впровадження первинного офтальмологічного скринінгу в кабінетах долікарської допомоги ЗОЗ, сімейними лікарями і лікарями профпатологами, підготовленими медичними сестрами;

– створення в структурі районних медичних об'єднань міжрайонних офтальмологічних діагностичних кабінетів і денних стаціонарів, організація при місцевих адміністраціях районних комісій по боротьбі із сліпотою і медико-соціальної реабілітації сліпих і слабкозорих;

– формування етапного лікування;

– створення обласних офтальмологічних диспансерів на базі існуючих обласних офтальмологічних відділень з поліклінічним відділенням ЗОЗ і відділенням профілактики сліпоти, функціональним приєднанням до нього обласної офтальмологічної медико-соціальної комісії;

– створення міжобласних «Центрів мікрохірургії ока» з центрами лазерної офтальмології, організації мобільної офтальмологічної допомоги й профілактики сліпоти [49];

– втілення політики інформування працюючих на робочому місці щодо глаукоми, формування у них мотивів до використання індивідуальних засобів захисту та проходження щорічного огляду на глаукому (як варіант – організація скринінгу на підприємствах) [7];

– створення диференційованих протоколів ведення хворих з висхідними й низхідними АЗН з метою удосконалення медичної допомоги та профілактики сліпоти та слабкозорості [3];

– створення громадських організацій при державних органах, політичних партіях, громадських політичних об'єднаннях і рухах, світових і всеукраїнських громадських організаціях, які б працювали на основі самоврядування та самодіяльності об'єднань громадян, дасть змогу поліпшити здоров'я населення [28; 62];

- використання принципу соціального маркетингу;
- запровадження методики визначення доступності та якості медичної офтальмологічної допомоги в ЗОЗ різних форм власності;
- запровадження програм надання медичних послуг на пільгових умовах;
- пріоритезація профілактичної спрямованості роботи з пацієнтами в рамках первинної та спеціалізованої офтальмологічної допомоги [21];
- запровадження безперервної освіти фахівців-офтальмологів з різними формами навчання;
- моніторинг ефективності діяльності ЗОЗ різних форм власності;
- оптимізація системи офтальмологічної допомоги завдяки покладанню на освітню функцію, що реалізовуватиметься ВНЗ, практичними ЗОЗ комунальної і приватної форми власності, закладами післядипломної освіти, тренінговими центрами тощо;
- планування, формування та реалізацію замовлень на офтальмологічні медичні послуги, контроль їхньої доступності для населення і якості;
- реалізація планових, моніторингових, комунікативних, контрольних, аналітичних функцій;
- формування компетентностей, обмін фахівцями задля їх стажування в ЗОЗ комунальної і приватної форми власності [13];
- застосування нових методів, стандартів профілактики, діагностики та лікування (в т. ч. мікрохірургічного) офтальмологічних захворювань;
- використання новітнього обладнання в процесі надання офтальмологічної допомоги, що створює для пацієнта умови скорочення періоду перебування у ЗОЗ [15];
- впровадження системного підходу до лікування офтальмологічної патології ЗОЗ державної і комунальної форм власності;
- напрацювання та затвердження медичними службами ЗСУ майбутніх «маршрутів профільних пацієнтів» з урахуванням наявних змін, наявності спеціалізованих офтальмологічних стаціонарних відділень вищезазначених лікарень на територіях госпітальних округів;

- систематизація та стандартизація підходів до надання офтальмологічної допомоги [17];
- проведення інвентаризації та паспортизації ЗОЗ;
- запровадження ліцензування медичної діяльності;
- створення єдиного простору ЗОЗ всіх форм власності й підпорядкування;
- запровадження єдиного інформаційного простору для збирання;
- оброблення та прогнозування клінічних і фінансових даних;
- створення єдиного реєстру пацієнтів та їхніх медичних даних;
- розроблення та запровадження формул розрахунку вартості медичних послуг;
- створення умов для закупівлі місцевими органами влади медичних послуг у постачальників всіх форм власності;
- створення умов для вільного доступу постачальників усіх форм власності на ринок гарантованих державою офтальмологічних послуг;
- запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування та сприяння розвитку добровільного страхування [19];
- перерозподіл видатків бюджетів усіх рівнів на користь СОЗ за рахунок відмови від фінансування непершочергових бюджетних програм;
- збільшення обсягів фінансування за рахунок акумуляції додаткового ресурсу від підвищення податків чи впровадження цільових фіскальних платежів на користь СОЗ;
- збільшення фінансового ресурсу ЗОЗ за рахунок активізації їхнього залучення з альтернативних джерел, зокрема від програм міжнародної технічної допомоги, міжнародних і вітчизняних донорів;
- вивільнення фінансового ресурсу за рахунок контролю й стримування витрат (через вплив на попит і пропозицію офтальмологічних послуг) [8];
- запровадження прозорих механізмів фінансування та контролю;
- запровадження стягнення додаткових податків або зростання існуючих податкових ставок з метою акумуляції додаткового фінансування СОЗ [4];

- приділення уваги заходам проти найбільш поширеної віко-залежної патології при розробці програм збереження та поліпшення здоров'я населення непрацездатного віку на державному та регіональному рівнях [38];
- зміна форм й інструментів публічного управління розвитку СОЗ, забезпечити системну ліквідацію бюрократизму (зокрема, створення НСЗУ не передбачало ліквідацію МОЗ, тому фактично збільшилося число бюрократів, а відтак і витрати на їх утримання);
- науково обґрунтування реформи в СОЗ опираючись при цьому на провідний досвід зарубіжних країн і національну специфіку й потребу у післявоєнному відновленні держави;
- зосередження увагу на медичних працівників, оскільки вони ведуть за собою пацієнтів і пропонують новітні та якісні послуги; також слід повернути високу авторитетність професії лікаря, а також усунути опір зі сторони окремих чиновників і медпрацівників;
- введення новітніх інформаційних систем і автоматизація СОЗ з неодмінним захистом особистих даних громадян;
- розширення громадського нагляду за бюджетними ресурсами;
- забезпечення розвитку страхової медицини в якості альтернативи фінансування СОЗ;
- удосконалення нормативно-правового забезпечення, яке регулює розвиток і діяльність СОЗ (передусім, це торкається оцінювання якості медичної (офтальмологічної) допомоги та популярних підходів до їх фінансування і чіткого регулювання взаємозв'язків системи «лікар – пацієнт»;
- зміна концептуальних принципів при підготовці кваліфікованих медичних працівників та оцінюванні рівня якості освітніх програм [4];
- аналіз та оцінка кадрових ресурсів офтальмологічного профілю, обсягів міграції;
- виявлення потреби в кадрових ресурсах;
- включення питань розвитку кадрових ресурсів офтальмологічного профілю в загальну стратегію розвитку кадрових ресурсів СОЗ;

- запровадження системи стимулювання та винагород;
- здійснення діяльності зі створення кращих умов праці;
- керування кадровими підрозділами;
- моніторинг та оцінка кадрових ресурсів офтальмологічної служби;
- прогнозування потреб у фахівцях офтальмологічного профілю;
- удосконалення політики планування, підготовки, розподілу, найму фахівців офтальмологічного профілю, інвестування в їх підготовку та розвиток;
- створення підрозділів з кадрових її ресурсів на різних рівнях управління СОЗ, їх кадрового забезпечення, розробки та запровадження програм післядипломної професійної підготовки менеджерів з формування політики і планування кадрових ресурсів СОЗ [54];
  - запровадження сучасних медико-профілактичних технологій офтальмологічного профілю;
  - поєднання медичного та інформаційно-освітнього компонентів роботи з дітьми;
  - широке інформування населення (із залученням ЗМІ, громадських організацій, медиків первинної медичної допомоги, дитячої офтальмологічної служби, проведенням тематичних акцій і суспільних заходів) щодо необхідності нівелювання впливу керованих факторів ризику на формування офтальмологічної патології в дітей з поєднанням превентивного, предикативного і персоналізованого підходу в роботі з дітьми та їхніми родинами [30];
  - залучення міжнародної технічної допомоги для впровадження передових практик управління СОЗ;
  - підвищення прозорості й підзвітності використання фінансових ресурсів через впровадження цифрових систем моніторингу витрат і результативності програм;
  - розвиток локальних громадських ініціатив у сфері профілактики захворювань та зміцнення співпраці між органами місцевого самоврядування, СОЗ і громадськими організаціями;

- запровадження страхових механізмів для розширення доступу до офтальмологічних послуг і підвищення фінансової спроможності населення;
- оптимізація бюджетного фінансування через запровадження програмного підходу до розподілу коштів на основі реальних потреб громад;
- розвиток публічно-приватного партнерства для фінансування інноваційних медичних програм і забезпечення стійкості СОЗ [21];
- впровадження ефективних фінансових механізмів на амбулаторному та стаціонарному рівнях;
- забезпечення фінансового захисту населення від надмірних витрат і доступності до високотехнологічного лікування;
- гарантування державою доступного для всього населення країни пакета медичної (офтальмологічної) допомоги;
- матеріально-технічне оновлення і впровадження інноваційних технологій у щоденну медичну практику;
- забезпечення ЗОЗ інформаційними та кадровими ресурсами [39];
- удосконалення координації між різними рівнями публічної влади та ЗОЗ;
- забезпечення фінансової гнучкості СОЗ, яка є важливою умовою її стійкості під час криз;
- кадрове забезпечення та підготовка до кризових ситуацій;
- розробка стратегічних планів на випадок кризових ситуацій повинна стати постійною практикою у СОЗ;
- впровадження програми підвищення кваліфікації та перепідготовки кадрів, орієнтовані на роботу в умовах кризових ситуацій;
- розширення можливостей дистанційної освіти для медичних працівників з акцентом на інноваційні підходи в кризовому менеджменті;
- залучення до ЗОЗ волонтерів і студентів ВНЗ медичного профілю, створюючи для них належні умови для навчання та практики під час криз;
- створення єдиних центрів кризового публічного управління на національному рівні з чіткою вертикаллю прийняття рішень;

- використання інноваційних технологій;
- впровадження інтегрованих інформаційних систем для забезпечення прозорості та оперативності обміну даними між різними рівнями влади;
- розробка та впровадження протоколів дій для кризових ситуацій, які б регулювали процеси взаємодії між СОЗ, громадськими організаціями та населенням [60].

Особливу увагу слід приділяти розвитку програм реабілітації та психосоціальної допомоги постраждалим, як військовим, так і цивільним [57].

Варто погодитися, що важливими напрямками вдосконалення забезпечення доступу населення до якісних медичних (офтальмологічних) послуг мають стати такі дії:

1) Розробка та впровадження системи моніторингу та оцінки:

- впровадження регулярних аудитів ЗОЗ для оцінки їхньої роботи та виявлення проблемних аспектів;
- здійснення оцінки впливу реалізованих заходів на покращання стану СОЗ;
- проведення досліджень для оцінки потреб населення у медичних (офтальмологічних) послугах і визначення пріоритетів;
- створення індикаторів якості, розроблення чітких індикаторів для оцінки якості медичних (офтальмологічних) послуг, які б враховували як об'єктивні (наприклад, відповідність стандартам лікування), так і суб'єктивні (опитування пацієнтів) показники.

2) Проведення опитувань пацієнтів:

- аналіз отриманих даних: використання отриманих даних для корекції процесів надання медичної (офтальмологічних) допомоги й покращення сервісу.
- залучення пацієнтів до оцінки стану надання медичних (офтальмологічних) послуг: створення механізмів для збору відгуків від пацієнтів про якість надання медичних послуг через анкетування, фокус-групи або онлайн-платформи;

### 3) Мотиваційна складова у фінансуванні:

- запровадження системи фінансових стимулів: розробка механізмів фінансування, які б заохочували медичні заклади до покращення якості надання офтальмологічних послуг;

- фінансування превентивних програм: інвестування в програми профілактики захворювань, що можуть суттєво знизити витрати на лікування в майбутньому.

### 4) Уніфікація стандартів надання медичних (офтальмологічних) послуг:

- стандартизація медичних (офтальмологічних) послуг. Варто розробити єдині стандарти надання медичних (офтальмологічних) послуг, які б діяли на всій території країни, незалежно від політичної волі місцевої влади;

- навчання медичного персоналу: організувати навчання для медичних працівників з метою забезпечення дотримання нових стандартів.

### 5) Поліпшення комунікації між рівнями публічної влади:

- здійснення ефективної співпраці між місцевою та центральною владою, зокрема налагодження ефективної комунікації між різними рівнями публічного управління для забезпечення координації дій щодо реформування СОЗ;

- залучення громадськості до процесу реформування через відкриті консультації та обговорення.

### б) Прозорість та підзвітність:

- регулярне публікування звітів про стан СОЗ і результати моніторингу якості медичних (офтальмологічних) послуг для забезпечення прозорості;

- введення механізмів підзвітності для ЗОЗ та їх керівництв, що дозволить реагувати на виявлені проблеми [9].

Зрештою слід зазначити, що подальший розвиток СОЗ загалом і окремого її сегмента, яким є офтальмології, потребує належного методологічного забезпечення, яке дозволить коректно реалізувати комплекс необхідних заходів, спрямованих на вирішення наявних та/чи потенційних викликів у цій царині. При цьому також важливо, щоб ці заходи було артикульовано на ті напрями, які є пріоритетними, тобто спроможними забезпечити достатній позитивний ефект

у найкоротший час та/чи у довгостроковій перспективі (означене, звісно, буде залежати від доступних ресурсів, пріоритетів і специфіки викликів).

### **3.2 Пріоритетні напрями подальшого розвитку офтальмології та сфери охорони здоров'я**

Зміни в дизайні СОЗ, які будуть визначатися такими факторами, як розвиток цифрового здоров'я, зростання потреб споживачів, посилення фінансових обмежень і наслідки пандемії Covid-19. Цифрові технології сприятимуть персоналізації медичних послуг, полегшуючи доступ до лікування та підвищуючи ефективність процесів. Однак ці зміни також поставлять нові виклики для фінансування і організації СОЗ. В умовах обмежених ресурсів, адаптація СОЗ до нових реалій стане важливим завданням для урядів і медичних установ, щоб забезпечити доступність та якість послуг для кожного громадянина [68].

Завдяки централізованому нагляду МОЗ могло б забезпечити виконання рекомендацій щодо процедур сортування, протоколів офтальмологічної допомоги й програм психологічної підтримки в країні, покращуючи доступність медичних (офтальмологічних) послуг і чітко дотримуючись принципів клієнтоорієнованості.

В Україні інтеграція гнучкості в СОЗ може сприяти зусиллям швидкого реагування, дозволяючи швидко переміщати ресурси та персонал у райони з високим/підвищеним ризиком. Інновації та залучення цифрових технологій у відкритих системах мають більше можливостей, як правило, вони швидко впроваджуються, що може принести користь СОЗ України під час військового стану. Наприклад, мобільні медичні пункти, цифрова медицина та системи публічного управління (менеджменту) ресурсами, що аналізують великі обсяги цифрових даних, могли б покращити охоплення та ефективність медичної

(офтальмологічної) допомоги для внутрішньо переміщених осіб або тих, хто перебуває в зонах активних бойових дій.

Підвищення стійкості СОЗ на рівні громад заслуговує окремої уваги, оскільки за допомогою публічно-приватних ініціатив програми охорони здоров'я на рівні громади можна розширити, щоб забезпечити децентралізовану стійку допомогу, яка менше залежить від ЗОЗ, які часто стають мішенями під час повномасштабної військової агресії РФ. Локалізовані ініціативи в СОЗ, підтримані приватними партнерами, можуть підвищити безперервність медичної (офтальмологічної) допомоги, навіть якщо центральні лікарні зіткнулися з пошкодженням або нестачею.

Профілактична допомога, відмінна риса закритих систем, включає послуги щодо збереження психічного здоров'я, які є вирішальними в умовах війни. Україна могла б отримати вигоду від прийняття проактивного підходу до збереження психічного здоров'я нації, притаманного закритим системам, створення рамок для консультування з посттравматичних стресових розладів, допомоги з інформацією про травми та реабілітаційних послуг для військових і цивільних осіб, які постраждали від повномасштабного вторгнення РФ.

В умовах воєнного стану Україна може посилити стійкість системи охорони здоров'я, адаптуючи ключові елементи як закритих, так і відкритих моделей управління СОЗ. Закриті системи забезпечують централізоване управління та стандартизовану політику, що сприяє чіткому розподілу ресурсів і координації надання послуг у кризових ситуаціях. Відкриті системи, своєю чергою, демонструють гнучкість і швидке впровадження інновацій, таких як мобільні медичні пункти й цифрові технології, що є цінними в умовах непередбачуваних обставин. Комбінація переваг обох підходів у рамках створення гібридної моделі дозволить Україні оптимально розподіляти ресурси, адаптуватися до зміни потреб і забезпечувати безперервну медичну допомогу, включаючи критично важливу психосоціальну підтримку для військових і цивільних осіб [23].

Рекомендації для зміцнення СОЗ в умовах військового стану:

– Забезпечення необхідних ресурсів: Держава повинна забезпечити медичні установи необхідними матеріалами, обладнанням і медикаментами для надання ефективної медичної допомоги в умовах військового стану.

– Підвищення кваліфікації медичного персоналу: Надати можливості для професійного розвитку й навчання медичному персоналу, включаючи підвищення кваліфікації у сегменті травматології, невідкладної медичної допомоги та психологічної підтримки.

– Створення мобільних медичних бригад: Організувати мобільні медичні бригади, які зможуть швидко реагувати на надзвичайні ситуації та надавати допомогу в труднодоступних районах.

– Підтримка психологічного здоров'я: Забезпечити психологічну підтримку як медичному персоналу, так і населенню, що переживає стрес і травми внаслідок повномасштабної військової агресії РФ.

– Розвиток системи телемедицини: Впровадити систему телемедицини для консультування й діагностики пацієнтів віддалено, що допоможе зменшити навантаження на ЗОЗ і забезпечити доступ до медичної допомоги в умовах військового стану.

– Підвищення інформованості громадськості: Здійснювати постійну роботу з інформування громадськості про доступність медичних (офтальмологічних) послуг, процедури евакуації та правила безпеки в разі надзвичайних ситуацій.

– Міжнародне співробітництво: Залучати міжнародних партнерів та організації до надання допомоги та підтримки СОЗ в умовах військового стану.

– Створення мережі допомоги та підтримки: Організувати мережу допомоги та підтримки для ветеранів війни, включаючи доступ до медичної та психологічної допомоги, реабілітаційні програми та соціальну підтримку [22].

Проведені узагальнення напрацювань провідних науковців за даною проблематикою дозволило виокремити наступні пріоритетні напрями подальшого розвитку офтальмології:

– диференціація пацієнтів за напрямками та етапами надання допомоги;

- зниження собівартості надання офтальмологічної допомоги;
- зростання доступності офтальмологічної допомоги та максимальне забезпечення її якості;
- максимальне зниження навантаження на стаціонарні офтальмологічні відділення;
- подальше скорочення ліжкового офтальмологічного фонду до оптимальних потреб на фоні максимальної інтенсифікації роботи стаціонарного ліжка та збереження існуючого кадрового потенціалу;
- раціональне об'єднання ресурсів системи офтальмологічної допомоги залежно від етапності та напрямку роботи;
- проведення консолідації фінансових, матеріально-технічних і кадрових ресурсів офтальмологічної служби в областях для надання кваліфікованої допомоги як в амбулаторних, так і стаціонарних умовах [49];
- надання громадянам якісних офтальмологічних послуг;
- надання гарантованої державою безоплатної медичної допомоги;
- надання фінансових ресурсів;
- забезпечення сучасними технологіями;
- покращення системи організації й публічного управління розвитком СОЗ;
- підвищення кваліфікації медичного персоналу;
- діяльність профілактичного характеру;
- створення відповідних умов для покращення правової системи;
- формування конкуренції на ринку медичних (офтальмологічних) послуг;
- адаптація наявної СОЗ до умов, які зазнають змін [55];
- підвищення ефективності використання бюджетних коштів в СОЗ;
- створення конкурентного середовища між ЗОЗ для стимулювання підвищення якості послуг і залучення додаткових коштів у СОЗ з інших джерел, зокрема через добровільне медичне страхування [27];
- забезпечення високого рівня сервісного обслуговування пацієнтів;

- активізація публічно-приватного партнерства в системі медичного обслуговування населення;
- забезпечення медико-технологічної досконалості офтальмологічних послуг з позицій доказової медицини;
- заохочення до пацієнто-орієнтованого підходу;
- посилення наступності між різними ЗОЗ в медичному обслуговуванні пацієнтів;
- обов’язкове визначення та корекція чинників ризику розвитку очної патології;
- розвиток стаціонаро-замінних технологій, у т.ч. хірургії одного дня, мікрохірургії тощо;
- сприяння поліпшенню економічної доступності приватних послуг;
- формування конкурентного середовища, яке мотивує до підвищення якості медичного обслуговування тощо [12];
- створення максимально сприятливих умов у процесі активного розвитку бізнес-процесів, притягнення капіталовкладень задля подолання наслідків воєнної агресії РФ, що повністю виключає зростання податкового навантаження [58];
- вдосконалення організації офтальмологічної допомоги;
- вирішення проблем кадрового забезпечення офтальмологічної служби;
- збільшення чисельності фахівців офтальмологічного профілю;
- оснащення ЗОЗ сучасною апаратурою, медикаментами;
- підвищення професійної майстерності офтальмологів;
- поліпшення умов праці фахівців;
- сприяння розвитку і ефективному використанню фахівців офтальмологічного профілю;
- створення потенціалу ЗОЗ на різних рівнях;
- удосконалення комунікаційної і етико-деонтологічної складової їх підготовки [54];
- поліпшення соціально-економічного становища громадян;

- забезпечення доступності до офтальмологічної допомоги для соціально незахищених верств населення [40; 61];
- поступово наближення принципу «єдиного медичного простору» для забезпечення безпеки підлеглих;
- формування ефективних/результативних засад медичної логістики на принципах доказової медицини [17];
- досягнення суспільної злагоди;
- забезпечення розвитку СОЗ у належному напрямі;
- припинення руйнівних тенденцій у СОЗ [18];
- максимальне використання ресурсів і потенціалу ЗОЗ різних форм власності [13];
- створення можливості хірургічного лікування (як досягнення ефекту для здоров'я пацієнта, так і для держави – створення умов для зменшення тривалості лікування) [15];
- вдосконалення системи міжсекторальної взаємодії зі збереження офтальмологічного здоров'я населення [30];
- активніше залучення громадянського суспільства і міжнародної спільноти також сприятимуть підвищенню стійкості СОЗ;
- впровадження інноваційних підходів до управління (зокрема, децентралізації);
- інтеграція інформаційних систем;
- забезпечення прозорості управлінських процесів і відповідальності перед суспільством, що підвищить довіру до СОЗ в цілому [57].

Зрештою слід зазначити, що означений перелік не є вичерпним, але таким, що може бути доповненим та/чи скоригованим залежно від конкретної ситуації.

## ВИСНОВКИ

1. З'ясування значення розвитку офтальмології – специфічного сегмента СОЗ, чия діяльність спрямовано на профілактику і лікування хвороб ока та його додаткового апарату, тим самим забезпечуючи підтримання на прийнятному рівні офтальмологічного здоров'я населення. Оскільки втрата зору призводить як мінімум до дискомфорту в буденному житті, як максимум – до зниження та/чи втрати працездатності, тим самим формуючи велику суспільну значущість цього феномену як предмету публічного управління – діяльність уповноважених органів публічної влади, які використовують власні й делеговані повноваження задля подальшого збалансованого розвитку ринку офтальмологічних послуг.

2. Дослідження особливостей офтальмології дозволило конкретизувати наступні елементи публічного управління її розвитку: суб'єкти, об'єкти, мета, принципи, методи і засоби впливу. Суб'єктами є уповноважені органи публічної влади, які у межах власних та/чи делегованих функцій чинять певний вплив на національному, регіональному та місцевому рівні; об'єктами – надавачі та споживачі офтальмологічних послуг, і суб'єкти господарювання інших галузей/сфер національної економіки, дотичні до цього сегмента СОЗ; принципи – основоположні (загальні та специфічні) засади функціонування; методи – сукупність способів (адміністративних, економічних, організаційних, правових, психологічних) впливу на цей процес.

3. Завдяки оцінюванню результатів публічного управління розвитком офтальмології виявлено таке:

– упродовж 2021–2024 рр. в Харківській області має місце скорочення на 22,6 % основних кількісних параметрів захворюваності на хвороби ока та його додаткового апарату; зростання на 22,2 % питомої ваги цих звернень у загальному спектрі медичних послуг; до 60 % цих послуг припадає на ЗОЗ м. Харків; чітко простежується залежність цих показників від статусу території

(окупована, деокупована, зона активних бойових дій, умовний «тил») та демографічної ситуації на ній (старіння нації); на 15,5 % скоротилася кількість перших звернень дорослих до офтальмологів унаслідок діагностування хвороб ока та його додаткового апарату, що може свідчити як про покращання профілактики цих хвороб, так і про посилення ексклюзивності у доступі до офтальмологічних послуг; зберігається істотна ексклюзивність у доступі до якісних офтальмологічних послуг за матеріальною та територіальними ознаками як для дорослих, так і для дітей;

– щорічно у понад 15 млн населення України (люди, віком  $\geq 40$  років) формується потреба у корекції зору; пріоритетне місце у поширеності захворювань органа зору займають міопія (1362,5 на 100 тис. населення), захворювання кон'юнктиви (1145,5), катаракта (973,3), глаукома (370,3); за останні роки захворюваність на катаракту зросла в 4,0 рази, на хвороби сітківки і зорового нерва – в 7,0 разів, травми органа зору – в 1,6 рази, аномалії рефракції – в 4,0 рази; на рівні 19 областей населення України не мають іншої альтернативи у реалізації права на отримання сучасної офтальмологічної допомоги за європейськими стандартами, окрім спеціалізованих ЗОЗ; загалом респонденти надали такі оцінки лікуванню офтальмологічних хвороб: «одужання» – 75,31 %; «поліпшення» – 20,35 %; «погіршення» – 3,39 %; «без змін» – 0,73 %.

4. Сформульовано концептуальні підходи до вдосконалення публічного управління розвитком офтальмології, які зводяться до наступних основних положень: впровадження системи дієвої контролю якості та доступності населенню офтальмологічної допомоги з урахуванням нозологічних форм, віку пацієнтів, місця їх проживання тощо; матеріально-технічне оновлення і впровадження інноваційних технологій у щоденну медичну практику; пріоритезація профілактичної спрямованості роботи з пацієнтами в рамках первинної і спеціалізованої офтальмологічної допомоги; запровадження прозорих механізмів фінансування та контролю; збільшення фінансового ресурсу ЗОЗ за рахунок активізації їхнього залучення з альтернативних джерел,

зокрема від програм міжнародної технічної допомоги, міжнародних і вітчизняних донорів; створення мережі міжобласних (міжрегіональних) офтальмологічних центрів, а на їх базі – мобільних офтальмологічних бригад і кабінетів амбулаторної хірургії; активніше застосування мікрохірургічних методів лікування офтальмологічних хворих; поліпшення комунікації між рівнями публічної влади; впровадження вдосконаленої системи моніторингу і оцінки якості офтальмологічних послуг; уніфікація стандартів надання цих послуг тощо.

## ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Андрейчин Л.В. Результати комплексного офтальмологічного обстеження дітей. *Сучасні медичні технології*. 2013. № 2. С. 7–9.
2. Бабюк Н.П. Метод та система оцінювання динамічних змін біомедичних зображень в офтальмології: дис. ... к.мед.н.: 05.11.17. Вінниця, 2016. 149 с.
3. Васюта В.А. Аналіз надання лікувальної допомоги хворим з атрофіями зорових нервів. *Science Rise*. 2015. № 8/3. С. 9–13.
4. Вербицький І.В., Боднарук С.І. Перспективи мобілізації фінансових ресурсів у розвиток сфери охорони здоров'я в контексті поствоєнного відновлення України. *Суспільство та національні інтереси*. 2025. № 9. С. 491–503.
5. Веселовська Н.М., Веселовська З.Ф. Фундаментальні дослідження в офтальмології – сучасна перспектива нових підходів до первинної та вторинної профілактики судинних захворювань органа зору. *Офтальмологія*. 2015. № 1. С. 11–17.
6. Вітовська О.П. Наукове обґрунтування національної стратегії боротьби з первинною глаукомою в Україні: автореф. дис. ... д.мед.н.: 14.02.03, 14.01.18. Київ, 2011. 39 с.
7. Вітовська О.П., Риков С.О. Організація офтальмологічної допомоги хворим на глаукому та її нормативно-правове забезпечення. *Сучасні медичні технології*. 2012. № 2. С. 46–50.
8. Горин В.П., Квасниця О.В. Перспективи нарощування фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я в умовах війни та поствоєнного відновлення України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 14. С. 27–33.
9. Горник В.Г., Євмешкіна О.Л., Сімак С.В. Напрями забезпечення універсального доступу населення до якісних медичних послуг в Україні в повоєнний період. *Вчені записки Таврійського національного університету*

імені В.І. Вернадського. (Серія: Публічне управління та адміністрування). 2025. № 2. С. 35–40.

10. Денисюк Л.І. Формування регіональних особливостей ресурсного та кадрового забезпечення надання офтальмологічної допомоги в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2024. № 1. С. 100–103.

11. Денисюк Л.І., Медведовська Н.В. Профілактичні медичні обстеження функцій зору у дітей як запорука збереження офтальмологічного здоров'я. *Сімейна медицина. Європейські практики*. 2024. № 2. С. 80–83.

12. Дуфинець В.А. Обґрунтування оптимізованої системи надання офтальмологічної допомоги населенню на регіональному рівні в умовах розвитку закладів охорони здоров'я різних форм власності. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2016. № 2. С. 32–38.

13. Дуфинець В.А., Грузева Т.С. Оптимізована сучасна регіональна система надання офтальмологічної допомоги населенню в умовах багатоукладності охорони здоров'я. *Єдине здоров'я та проблеми харчування України*. 2019. № 1. С. 40–49.

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

15. Дячук Д.Д., Зделова Г.С. Оцінка готовності багатопрофільного закладу охорони здоров'я до впровадження нових організаційних форм надання офтальмологічної допомоги дорослому населенню (результати маркетингового дослідження). *Клінічна та профілактична медицина*. 2022. № 4. С. 6–11.

16. Єремєєва Т.В., Зіменковський А.Б. Кластерний підхід у моделюванні системи підвищення якості офтальмологічної допомоги. *Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація*. 2015. № 1–2. С. 8–12.

17. Жупан Б.Б. Організація медичної допомоги пораненим офтальмологічного профілю в умовах єдиного медичного простору України. *Військова медицина України*. 2016. Т. 16. № 4. С. 13–20.

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

19.Зделова Г.С. Офтальмологічна допомога в Україні. Стан та перспективи удосконалення (огляд літератури). *Клінічна та профілактична медицина*. 2023. № 1. С. 78–85.

20.Іванченко Г.В. Розробка кластерної моделі розвитку регіону: методологічний підхід. *Ефективна економіка*. 2013. № 3. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=2049> (дата звернення: 05.05.2020)

21.Карковська В.Я., Головчак М.І. Охорона здоров'я як складова сталого розвитку громад. *Суспільство та національні інтереси*. 2025. № 3. С. 779–789.

22.Квасній Л.Г., Баланда Н.О. Економічні та соціальні наслідки війни в Україні та їх вплив на якість медичних послуг. *Національні інтереси України*. 2024. № 2. С. 258–266.

23.Клименко О.Ю. Залучення досвіду відкритих та закритих моделей управління у підвищенні стійкості сфери охорони здоров'я України до викликів війни. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І.Вернадського. (Серія: Публічне управління та адміністрування)*. 2024. № 5. С. 16–21.

24.Ковтун М.І. Медико-правовий аспект системи надання офтальмологічної допомоги хворим на катаракту. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2017. Т. 17. Вип. 3. С. 256–261.

25.Ковтун М.І. Результати вивчення професійної думки лікарів щодо стану та реформування системи офтальмологічної допомоги. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2016. Т. 16. Вип. 1. С. 277–281.

26.Кощинець О.Б. Ресурсне забезпечення офтальмологічної служби в Івано-Франківській області як важлива складова її доступності хворим на первинну глаукому. *Галицький лікарський вісник*. 2014. Т. 21. № 3. С. 104–108.

27.Кужелєв М.О., Нечипоренко А.В. Фінансування охорони здоров'я в умовах глобальних викликів: український досвід. *Європейський науковий журнал економічних та фінансових інновацій*. 2024. № 1.13. С. 85–94.

28. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Київ, 2009. 50 с.

29. Медведовська Н.В. Медико-соціальні аспекти захворюваності та шляхи оптимізації медичної допомоги офтальмологічним хворим: автореф. дис. ... к.мед.н.: 14.02.03. Київ, 2001. 16 с.

30. Медведовська Н.В., Денисюк Л.І., Бондаренко Н.Ю. Пріоритетність організаційного удосконалення профілактичного вектора в системі міжсекторальної взаємодії зі збереження офтальмологічного здоров'я дітей. *Здоров'я дитини*. 2024. Т. 19. № 5. С. 280–286.

31. Медичний центр «Офтальміка». URL: <http://www.ofthalmika.com> (дата звернення: 05.12.2025)

32. 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.

33. 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.

34. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 роки. URL: <http://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>. (дата звернення: 05.12.2025)

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

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

37. Офтальмологічна допомога в Україні за 2005–2014 роки: аналітично-статистичний довідник / [кол. авт.]. Київ, 2015. 250 с.

38. Офтальмологічна допомога в Україні за 2005–2019 роки. Аналітично-статистичний довідник / М.В. Голубчиков, С.О. Риков, О.П. Вітовська [та ін.]. Київ, 2020. 250 с.

39. Пилипів М.С. Теоретичні підходи до розвитку механізмів публічного управління персоналом у сфері охорони здоров'я. *Актуальні питання у сучасній науці*. 2025. № 1. С. 328–338.

40. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2007–2008 роки / МОЗ, ЦМС. Київ, 2009. 327 с.

41. Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року. Наказ МОЗ України від 16 вересня 2011 р. № 597. URL: <http://www.moz.gov.ua>. (дата звернення: 05.05.2025)

42. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року. Наказ МОЗ України від 01 серпня 2011 р. № 454. URL: <http://www.moz.gov.ua>. (дата звернення: 05.05.2025)

43. Про затвердження переліку медичного обладнання для забезпечення потреб сфери охорони здоров'я в умовах воєнного стану. Наказ МОЗ України від 09.05.2022 р. № 761. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0761282-22#Text> (дата звернення: 25.10.2022).

44. Про затвердження Порядку створення госпітальних округів. Постанова Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 932. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 05.12.2025)

45. Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я. Наказ МОЗ України від 30.12.2011 р. № 1008. URL: <http://www.moz.gov.ua>. (дата звернення: 05.12.2025)

46. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості. Закон України від 14.11.2017 р. № 2206-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text> (дата звернення: 14.10.2022).

47. Про систему офтальмологічної допомоги населенню України. Наказ МОЗ України від 14.05.2013 р. № 372. URL: <http://www.moz.gov.ua>. (дата звернення: 05.12.2025)

48. Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою. Рішення

РНБО України від 20.08.2021 р. № n0052525-21. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0052525-21#Text> (дата звернення 14.10.2022).

49.Риков С.О. Наукове обґрунтування системи надання офтальмологічної допомоги населенню України: автореф. дис. ... д.мед.н.: 14.02.03; 14.01.18. Київ, 2004. 36 с.

50.Риков С.О., Вітовська О.П., Обухова Н.А. [та ін.] Сліпота та слабкозорість. Шляхи профілактики в Україні: науково-методичне видання. Київ, 2012. 268 с.

51.Рожко О. Організаційне забезпечення офтальмологічної допомоги в територіальних громадах України: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.04. Дніпропетровськ, 2015. 23 с.

52. Рожко О. Організаційно-правові механізми державного регулювання приватної офтальмологічної практики в Україні. *Актуальні проблеми державного управління*. Одеса: Вид-во ОРІДУ НАДУ, 2014. Вип. 2. С. 154–157.

53.Рудень В. Про втрати років потенційного життя серед працездатного населення України внаслідок дочасної смертності з причини гострого інфаркту міокарда. *Праці наукового товариства ім. Шевченка. (Серія: Медичні науки)*. 2019. Т. 57. № 2. С. 66–75.

54. Саксонов С.Г., Грузева Т.С. Стратегічні напрями оптимізації кадрового забезпечення офтальмологічної служби. *Вісник проблем біології і медицини*. 2019. Вип. 1(2). С. 326–330.

55.Сербин А.В. Механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я. *Актуальні питання у сучасній науці*. 2024. № 1. С. 307–319.

56.Сидорчук О.Г., Соловій М.Б., Гуга Я.А. Удосконалення публічного управління надання медичних послуг в закладах охорони здоров'я. *Національні інтереси України*. 2024. № 4. С. 574–582.

57. Сидорчук О.Г., Турчин К.Ю. Нормативно-правове забезпечення надання офтальмологічних послуг та допомоги в Україні. *Демократичне врядування*. 2022. Вип. 2. С. 72–85.

58. Черемухіна О.М. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи профілактики хвороб ока та його придатків у сільських мешканців: автореф. дис. ... д.мед.н.: 14.02.03. Харків, 2015. 34 с.

59. Черемухіна О.М. Оцінка доступності сільського населення до якісної офтальмологічної допомоги в стаціонарних умовах. *Офтальмологічний журнал*. 2011. № 3. С. 38–43

60. Черніховський Р.І. Особливості публічного управління у сфері медичного обслуговування в кризових умовах. *Національні інтереси України*. 2024. № 4. С. 605–611.

61. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2008 рік / за ред. В.М. Князевича. Київ: МОЗ України, ДУ Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, 2009. 384 с.

62. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік / за ред. В.М. Князевича. Київ, 2009. 360 с.

63. Halpaar B., Peeling R.W., Bonnici F. The role of multilateral organizations and governments in advancing social innovation in health care delivery. *Infectious Diseases of Poverty*. 2019. Vol. 8(81). URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6743093/> (дата звернення 14.12.2025).

64. 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.*

65. Tallinn Charter 15th Anniversary Health Systems Conference, 12-13 December 2023. *European Observatory on Health Systems and Policies*. 2023. URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/themes/observatory-programmes/governance/tallinn-conference-2023> (дата звернення 14.12.2025).

66. The role of global health organizations in promoting innovation and driving ethics (YEL2023). *International Hospital Federation*. 2023. URL: <https://ihf-fih.org/news-insights/therole-of-global-health-organizations-in-promoting-innovation-and-driving-ethics/> (дата звернення 14.12.2025).

67. World report on vision – 2019. URL: <https://www.who.int/publications/item/9789241516570>(дата звернення 25.10.2022).

68. Zimlichman E., Nicklin W., Aggarwal R., Bates D.W. Health Care 2030: Health Care 2030: The Coming Transformation. *NEJM Catalyst Innovations In Care Delivery*. 2021. URL: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0569> (дата звернення 14.12.2025).