

*Пояснювальна записка
до кваліфікаційної магістерської роботи*

магістр
(рівень вищої освіти)

на тему:

***Державне регулювання діяльності
закладів первинної медичної допомоги
на прикладі міста Рівне***

Виконала: студентка 2 курсу, групи ДСз-м
спеціальності 281 «Публічне
управління та адміністрування»
освітньої програми
«Державна служба»

Ющук Марія Юріївна

Керівник: к.е.н., доцент кафедри менеджменту
та публічного врядування

Антонова Світлана Євгеніївна

Рецензент: к.т.н., доцент кафедри менеджменту
та публічного врядування

Клюха Оксана Олександрівна

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВОДНОГО ГОСПОДАРСТВА ТА ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

Кафедра менеджменту та публічного врядування

Освітній ступінь: магістр

Освітня програма: Державна служба

(шифр і назва)

Спеціальність: 281 Публічне управління та адміністрування

(шифр і назва)

ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор ІПО _____ З.Р. Маланчук
« ____ » _____ 2024 р.

З А В Д А Н Н Я НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ (ПРОЕКТ) СТУДЕНТУ

Ющук Марії Юріївні

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема проекту (роботи): Державне регулювання діяльності закладів первинної медичної допомоги на прикладі міста Рівне.

Керівник проекту (роботи): к.е.н., доцент Антонова С. Є.

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від “08” жовтня 2024 року ІПО № 73.

2. Термін подання студентом проекту (роботи) «06 » грудня» 2024 року

3. Вихідні дані до проекту (роботи): нормативно-правові акти, статистичні дані Національної служби здоров'я України, дані офіційних сайтів комунальних закладів первинної медичної допомоги міста Рівне, підручники, посібники, монографії, періодичні видання.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, що їй належить розробити): 1. Теоретичні основи державного регулювання діяльності закладів первинної медичної допомоги. 2. Аналіз державного регулювання діяльності закладів первинної медичної допомоги в місті Рівне. 3. Напрямки удосконалення державного регулювання діяльності закладів первинної медичної допомоги в місті Рівне.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень): 1. Основні принципи охорони здоров'я. 2. Органи влади, які регулюють діяльність закладів первинної медичної допомоги. 3. Зарубіжний досвід налагодження процесу первинної медичної допомоги. 4. Динаміка ведення медичних заходів з вакцинації. 5. Статистика ведення електронних медичних записів в ЕСОЗ. 6. Укладені договори про медичне обслуговування

населення за програмою медичних гарантій станом на 29.11.2024 рік. 7. Досягнення універсального охоплення населення медичними послугами на рівні первинної медичної допомоги в розрізі 1 кварталу 2022 року Рівненська область. 8. Досягнення універсального охоплення населення медичними послугами на рівні первинної медичної допомоги в розрізі 4 кварталу 2022 року Рівненська область. 9. Досягнення універсального охоплення населення медичними послугами на рівні первинної медичної допомоги в розрізі 4 кварталу 2023 року Рівненська область. 10. Оплати надавачам послуг із медичної допомоги за програмою медичних гарантій 2018-2024 рр. (млн. грн.). 11. Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій. 12. Модель оптимізації взаємодії державних органів та місцевих громад у сфері первинної медичної допомоги.

6. Консультанти розділів проекту (роботи)

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Розділ 1	Антонова С.Є., доцент	11.11.24	17.11.24
Розділ 2	Антонова С.Є., доцент	18.11.24	01.12.24
Розділ 3	Антонова С.Є., доцент	02.12.24	08.12.24

7. Дата видачі завдання «11» листопада 2024 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назви етапів дипломного проекту (роботи)	Термін виконання	Примітка
1.	Вступ Розділ 1. Теоретичний розділ	11.11.24 - 17.11.24	
2.	Розділ 2. Аналітичний розділ	18.11.24 - 01.12.24	
3.	Розділ 3. Проектування, обґрунтування, оптимальні рішення, їх впровадження	02.12.24 - 08.12.24	
4.	Перевірка випускної кваліфікаційної роботи на наявність текстових збігів, оформлення презентації, документів та підготовка до захисту	09.12.24 - 11.12.24	

Студентка _____
(підпис)

М.Ю. Ющук
(прізвище та ініціали)

Керівник проекту (роботи) _____
(підпис)

С.Є. Антонова
(прізвище та ініціали)

Звіт подібності

метадані

Заголовок

**DERZhAVNE REHULiuVANNIa DIlaLNOSTI ZAKLADIV PERVYNNOI MEDYChNOI
DOPOMOHY NA PRYKLADI MISTA RIVNE. Mariia Yushchuk..docx**Автор Науковий керівник / Експерт **Ющук Марія****Юрїївна Ющук Марія Юрїївна**

підрозділ

National University of Water and Environmental Engineering

Тривога

У цьому розділі ви знайдете інформацію щодо текстових спотворень. Ці спотворення в тексті можуть говорити про МОЖЛИВІ маніпуляції в тексті. Спотворення в тексті можуть мати навмисний характер, але частіше характер технічних помилок при конвертації документа та його збереженні, тому ми рекомендуємо вам підходити до аналізу цього модуля відповідально. У разі виникнення запитань, просимо звертатися до нашої служби підтримки.

Заміна букв		0
Інтервали		0
Мікропробіли		146
Білі знаки		0
Парафрази (SmartMarks)		164

Обсяг знайдених подібностей

Коефіцієнт подібності визначає, який відсоток тексту по відношенню до загального обсягу тексту було знайдено в різних джерелах. Зверніть увагу, що високі значення коефіцієнта не автоматично означають плагіат. Звіт має аналізувати компетентна / уповноважена особа.

12.58%

12.58%

КП 1

1.21%

1.21%

КП 1

25

Довжина фрази для коефіцієнта подібності 2

24436

Кількість слів

189587

Кількість символів

Подібності за списком джерел

Нижче наведений список джерел. В цьому списку є джерела із різних баз даних. Колір тексту означає в якому джерелі він був знайдений. Ці джерела і значення Коефіцієнту Подібності не відображають прямого плагіату. Необхідно відкрити кожне джерело і проаналізувати зміст і правильність оформлення джерела.

10 найдовших фраз

Колір тексту

ПОРЯДКОВИЙ НОМЕР	НАЗВА ТА АДРЕСА ДЖЕРЕЛА URL (НАЗВА БАЗИ)	КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)
1384	Тvнчин до 11/21/2023 Publishing House "Helvetica" (Видавничий дім "Гельветика")	1.57 %

АКТ
перевірки випускної кваліфікаційної роботи
автора Ющук Марії Юріївни
на рівень запозичень та можливих маніпуляцій з текстом

Відповідно до даних системи StrikePlagiarism файл

«DERZhAVNE REHULYuVANNIa DIIaLNOSTI ZAKLADIV PERVYNNOI MEDYChNOI DOPOMOHY NA PRYKLADI MISTA RIVNE. Mariia Yushchuk.»

містить: 12,58 % коефіцієнта подібності; 1,21% коефіцієнта цитованості;

0 замінених букв; 0 інтервалів; 146 мікропробілів; 0 білих знаків;

 % ймовірність використання ШІ.

За результатами перевірки засвідчую, що:

автор кваліфікаційної роботи Ющук Марія Юріївна:

- самостійно виконав(ла) кваліфікаційну роботу;
- коректно посилався(лась) на використані інформаційні джерела;
- в роботі відсутні ознаки академічної недоброчесності.

Керівник кваліфікаційної роботи _____ С.Є. Антонова
(підпис) (ПІП)

Дата

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	11
1.1. Сутність та особливості державного регулювання в галузі охорони здоров'я	11
1.2. Нормативно-правове забезпечення діяльності закладів первинної медичної допомоги	22
1.3. Міжнародний досвід державного регулювання закладів первинної медичної допомоги	277
Висновки до розділу 1	399
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В МІСТІ РІВНЕ	41
2.1. Структура та функціонування закладів первинної медичної допомоги у місті Рівне	41
2.2. Аналіз державного фінансування та підтримки закладів первинної медичної допомоги у Рівному	59
2.3. Проблеми та перспективи державного регулювання первинної медичної допомоги на місцевому рівні	71
Висновки до розділу 2	80
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В МІСТІ РІВНЕ	83
3.1. Шляхи підвищення ефективності державного регулювання діяльності закладів первинної медичної допомоги	83
3.2. Оптимізація взаємодії державних органів та місцевих громад у сфері первинної медичної допомоги	91
3.3. Впровадження міжнародного досвіду в систему первинної медичної допомоги міста Рівне	98
Висновки до розділу 3	105
ВИСНОВКИ	108
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	114

ВСТУП

Актуальність теми. Державне регулювання діяльності закладів первинної медичної допомоги є ключовим елементом забезпечення належного функціонування системи охорони здоров'я в будь-якій країні. Первинна медична допомога (далі – ПМД) виступає першою ланкою медичної допомоги, з якою стикається населення, і саме від її ефективності залежать подальші етапи лікування та профілактика захворювань. Забезпечення доступності, якості та своєчасності медичних послуг є основними завданнями державної політики в цій сфері.

На тлі сучасних викликів, таких як зростання захворюваності, демографічні зміни та економічні труднощі, державне регулювання ПМД набуває ще більшого значення. Регулювання охоплює широкий спектр заходів: від встановлення нормативно-правової бази та стандартів надання медичних послуг до фінансування та контролю якості. Важливо, щоб держава не тільки забезпечувала базові стандарти функціонування медичних закладів, а й стимулювала розвиток нових моделей надання послуг, зокрема через інновації та цифрові рішення.

Актуальність теми державного регулювання діяльності закладів первинної медичної допомоги зумовлена важливою роллю цієї ланки в системі охорони здоров'я та необхідністю забезпечення доступу населення до якісних медичних послуг. В умовах постійних соціально-економічних змін, зростання захворюваності та збільшення навантаження на медичну систему, ефективне регулювання первинної медичної допомоги стає важливим інструментом для збереження здоров'я нації. Крім того, глобальні виклики, такі як пандемії, демографічні зміни та впровадження новітніх технологій, вимагають від держави гнучкого підходу до регулювання цієї сфери. З огляду на це, дослідження сучасних механізмів регулювання, фінансування та контролю за якістю медичних послуг є важливим для розробки ефективних рішень,

спрямованих на підвищення якості та доступності первинної медичної допомоги в Україні.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналіз різноманітних аспектів діяльності системи охорони здоров'я є предметом численних досліджень як українських, так і закордонних науковців. Досліджуються питання ролі міжнародних організацій у сфері охорони здоров'я, зарубіжні моделі державного управління в цій галузі, а також вплив фінансових механізмів державного регулювання на еволюцію медичної системи. Важливо зазначити вагомий внесок таких вчених, як: Вівсьянник О.М., Гойда Н.Г., Дацій Н.В., Драган І.В., Зима І.Я., Крук М.Е., Лехан В.М., Матюха Л.Ф., Сазонець І.Л., Ханіна О.І. та багатьох інших, які детально досліджують ці питання та пропонують інноваційні рішення для поліпшення охорони здоров'я в Україні.

Мета і завдання дослідження. Метою цього дослідження є аналіз державного регулювання діяльності закладів первинної медичної допомоги та обґрунтування пропозицій щодо його покращення для забезпечення ефективного та сталого розвитку системи охорони здоров'я в Україні.

На основі визначеної мети було поставлено ряд завдань:

- розкрити сутність та особливості державного регулювання в галузі охорони здоров'я;
- розглянути нормативно-правове забезпечення діяльності закладів первинної медичної допомоги;
- дослідити міжнародний досвід державного регулювання закладів первинної медичної допомоги;
- здійснити аналіз державного регулювання діяльності закладів первинної медичної допомоги м. Рівне;
- визначити шляхи підвищення ефективності державного регулювання діяльності закладів первинної медичної допомоги.

Об'єкт дослідження – процес державного регулювання діяльності закладів первинної медичної допомоги м. Рівне.

Предмет дослідження – взаємовідносини, які виникають в процесі державного регулювання діяльності закладів первинної медичної допомоги.

Методи дослідження. Методологічні підходи до дослідження державного регулювання діяльності закладів первинної медичної допомоги на прикладі міста Рівне базуються на застосуванні різноманітних наукових методів, які спрямовані на глибоке розуміння і аналіз цієї важливої теми. Використання методу діалектичного пізнання дозволяє розглянути взаємозв'язки та загальні властивості системи регулювання первинної медичної допомоги, виявляючи ключові аспекти, такі як фінансування, кадрове забезпечення, контроль якості послуг та їх доступність для населення.

Метод соціологічного аналізу застосовано для дослідження соціальних аспектів, пов'язаних із діяльністю закладів первинної медичної допомоги. Це включає вивчення думок населення про якість медичних послуг, їх доступність та задоволеність наданими послугами, що дозволяє виявити нагальні проблеми та потреби громади.

Метод системного аналізу дозволяє вивчити причини і наслідки змін у системі державного регулювання первинної медичної допомоги, зокрема, у зв'язку з прийняттям нових нормативно-правових актів та реформ, що впливають на організацію медичних послуг у Рівному.

Крім того, метод узагальнення забезпечує аналіз зібраної інформації для формування обґрунтованих висновків щодо ефективності існуючої системи регулювання. Це допомагає виявити недоліки та пропозиції для поліпшення роботи закладів первинної медичної допомоги, а також визначити можливі шляхи їх розвитку в умовах сучасних викликів.

Застосування цих методів дозволить глибше зрозуміти специфіку державного регулювання первинної медичної допомоги в місті Рівне та його вплив на якість медичних послуг, що надаються населенню.

Інформаційну базу дослідження становлять статистичні матеріали НСЗУ, результати досліджень вітчизняних і закордонних авторів, матеріали

конференцій. Нормативно-правову базу склали Конституція України, Закони України, укази Президента України, постанови Кабінету Міністрів України.

Структура й обсяг роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел. Робота містить 22 рисунка та 4 таблиці. Загальний обсяг роботи – 120 сторінок, список використаних джерел містить 61 найменування.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1.1. Сутність та особливості державного регулювання в галузі охорони здоров'я

У контексті України право на охорону здоров'я та медичну допомогу є одним із основних принципів, закріплених у Конституції (ст. 49) [27], де наголошується на важливості доступності та ефективності медичних послуг для всіх громадян. Основний Закон України визначає, що держава зобов'язується створювати умови, які забезпечують медичне обслуговування, що є доступним для населення. Також зазначається, що в державних і комунальних медичних закладах допомога надається безкоштовно, а існуюча мережа медичних установ не підлягає скороченню.

Додатково, держава активно підтримує розвиток лікувальних закладів усіх форм власності, що свідчить про прагнення до створення різноманітних можливостей для забезпечення медичних послуг. Це підкреслює важливість системного підходу до регулювання медичної сфери, яке сприятиме покращенню доступності та якості охорони здоров'я в Україні.

Суб'єкти, які забезпечують реалізацію права на охорону здоров'я, включають Президента України, Верховну Раду України та Кабінет Міністрів України. Важливими учасниками, які здійснюють державну політику в цій сфері, є Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ), новостворена Національна служба здоров'я України, Державна служба з лікарських засобів і контролю за наркотиками, а також Державна служба з питань безпечності харчових продуктів і захисту споживачів[5]. Ці органи реалізують державну політику через механізми державного регулювання, що ставить перед нами питання про взаємозв'язок між категоріями «державне управління», «державне регулювання» та «публічне адміністрування».

Державне управління, як і будь-яка інша форма управлінської діяльності, характеризується впливом одних суб'єктів управління на інші об'єкти. Основними ознаками державного управління є підпорядкованість об'єктів управління суб'єктам, якими є органи виконавчої влади. Суб'єкти державного управління володіють державною владою, що дозволяє їм реалізувати функції держави і виконувати її призначення.

Взаємозв'язок між державним управлінням і регулюванням полягає у тому, що перше більше спрямоване на безпосереднє управління об'єктами, тоді як друге передбачає вплив на суб'єкти, які не підпорядковуються безпосередньо. Державне регулювання здійснює більш комплексний вплив на організацію та функціонування системи охорони здоров'я через стандарти, нормативи, ліміти та тарифи [8, с.49].

Державне управління і регулювання тісно пов'язані між собою, адже державне управління охоплює ширший спектр функцій і задач, які стосуються упорядкування відносин у різних сферах діяльності суспільства. Категорія «публічне адміністрування» являє собою специфічну теорію і практику державного управління, що характеризується реалізацією адміністративних процедур, демократичними інструментами врядування і наданням адміністративних послуг, які забезпечують реалізацію прав і свобод громадян [11, с.47].

Публічне адміністрування є інтегрованим процесом, що включає численні управлінські цикли, які визначають відповідних суб'єктів і об'єктів управління. Таким чином, державне регулювання є більш широким поняттям, ніж публічне адміністрування, адже воно охоплює системні дії, що регулярно виконуються для досягнення специфічних технічних цілей.

Державне регулювання функціонує як система заходів, які впливають на конкретні сфери суспільних відносин через нормативно-правову базу. Суб'єкти цього регулювання охоплюють державу в особі законодавчих, виконавчих і судових органів, місцеві органи влади, а також громадські і політичні об'єднання. Верховна Рада України формує основу державного регулювання в

сфері охорони здоров'я, визначаючи основні принципи, цілі та завдання, а також встановлюючи нормативи бюджетного фінансування і затверджуючи програми охорони здоров'я. Державне управління реалізується на рівні виконавчої влади, представленої МОЗ та іншими службами, тоді як публічне адміністрування охоплює діяльність медичних установ і закладів охорони здоров'я [14, с.31].

Сфера охорони здоров'я містить різні форми управлінської діяльності, тому вона поділяється на різні галузі, що включають санітарно-епідеміологічну сферу, надання медичної допомоги, економічну сферу охорони здоров'я та інші. Суб'єкти державного управління в цій сфері реалізують свої повноваження через відповідні форми, які визначають характер відносин у сфері охорони здоров'я. В адміністративно-правовій літературі виділяють різні форми управлінської діяльності, такі як видача нормативних актів, організаційні заходи та матеріально-технічні операції.

Форми державного управління можуть бути поділені на внутрішні та зовнішні. Внутрішні форми відображають взаємозв'язок елементів системи, тоді як зовнішні форми демонструють зв'язки з іншими явищами. Вважаючи на це, можна стверджувати, що в сфері охорони здоров'я доцільно виділити зовнішні та внутрішні форми управлінської діяльності. Зовнішні форми зосереджуються на співпраці з державними органами для виконання завдань і функцій, покладених на суб'єкти управління. Наприклад, Національна служба здоров'я України взаємодіє з іншими державними органами, місцевими адміністраціями та громадськими організаціями для досягнення поставлених цілей.

Внутрішні форми державного управління стосуються організації роботи в межах суб'єктів управління, включаючи розподіл обов'язків та проведення нарад, а також матеріально-технічне забезпечення діяльності суб'єктів публічної адміністрації. Ці форми управлінської діяльності мають свої характерні ознаки, які включають підзаконний, виконавчий і розпорядчий характер, що є суттєвими для забезпечення ефективності управлінських

процесів в охороні здоров'я. Державне управління у сфері охорони здоров'я має свої особливості, які визначають характер діяльності його суб'єктів. Підзаконний аспект цього управління свідчить про те, що виконання функцій у цій сфері базується на нормативних актах, які регламентують права та обов'язки. Суб'єкти публічної адміністрації, зокрема в охороні здоров'я, зобов'язані дотримуватись встановлених законодавством норм, що підкреслює їх виконавчо-розпорядчий характер. Це, в свою чергу, забезпечує виконання завдань, спрямованих на охорону та зміцнення здоров'я населення[20, с.56].

Юридично-владний аспект управлінських форм означає, що кожен суб'єкт отримує певний обсяг повноважень, які дозволяють реалізувати принцип пріоритетності охорони здоров'я. Основним інструментом державного регулювання є нормативно-правові акти, які створюються органами виконавчої влади для конкретизації загальних положень законодавства. Це необхідно, оскільки закони не завжди можуть повноцінно відобразити всі нюанси суспільних відносин. Тому правотворча діяльність у вигляді підзаконних актів є важливим елементом адміністративної практики у сфері охорони здоров'я.

Внутрішні форми державного управління охоплюють дії, що реалізуються в межах організаційних структур. Сюди входять заходи, передбачені планами роботи, інструктажі для працівників, навчання нового персоналу, а також збір і аналіз інформації про діяльність установи. Участь державних органів, місцевого самоврядування і громадських організацій у розробці та обговоренні нормативних актів є важливою складовою формування ефективної системи охорони здоров'я. Ліцензування медичної практики, як форма зовнішнього контролю, підкреслює значущість дотримання встановлених стандартів у медичній сфері, що сприяє підвищенню якості медичних послуг[28, с.60].

Охорона здоров'я є комплексною системою соціально-економічних та медичних заходів, спрямованих на забезпечення здоров'я кожної окремої людини і суспільства загалом. Її ключова мета полягає не тільки в лікуванні захворювань, але й у збереженні та підвищенні рівня здоров'я населення, що, у

свою чергу, сприяє підвищенню продуктивності праці та розвитку національної економіки.

Важливу роль у реалізації цих завдань відіграють спеціалізовані медичні установи, які є основою інфраструктури охорони здоров'я. До таких організацій належать різноманітні заклади, зокрема амбулаторно-поліклінічні центри, лікарні, санаторії, станції швидкої медичної допомоги та будинки престарілих. Ці заклади забезпечують надання широкого спектру медичних послуг, необхідних для підтримання здоров'я громадян і забезпечення стабільного функціонування системи охорони здоров'я країни.

Окрім медичних закладів, що безпосередньо надають медичні послуги, система охорони здоров'я також охоплює розробників, виробників і постачальників медичного обладнання та фармацевтичної продукції. Важливим елементом цієї системи є фармацевтична промисловість, яка розподіляється на сегменти виробництва рецептурних лікарських засобів та безрецептурних препаратів-дженериків, що є незапатентованими аналогами оригінальних ліків. Окремим напрямком розвитку виступає біофармацевтика та біотехнології, які зазвичай виробляються у співпраці з великими фармацевтичними корпораціями [52, с.69].

Функції медичних страхових компаній полягають в акумуляції фінансових ресурсів та їх розподілі між організаціями, що надають медичні послуги. Такі компанії можуть діяти в рамках обов'язкового або добровільного медичного страхування, відіграючи роль посередника між пацієнтами та медичними установами. Медична освіта також тісно пов'язана з функціонуванням системи охорони здоров'я, адже саме навчальні заклади формують професійні кадри, які згодом стають частиною медичної інфраструктури [50, с.138].

Лібералізація торгівлі призводить до активного зростання міжнародних торгових операцій, що стимулює формування глобальних ринків, таких як фармацевтичний ринок і ринок медичного туризму. Інтернаціоналізація охорони здоров'я впливає як на економічний розвиток держав, так і на рівень

здоров'я населення. Адже стан здоров'я є індикатором того, наскільки ефективно система охорони здоров'я виконує свої основні функції.

Здоров'я як економічна категорія може бути розглянуте як на індивідуальному, так і на загальнонаціональному рівнях, при цьому на мікрорівні увага зосереджується на стані здоров'я окремих людей, тоді як на макрорівні акцент робиться на стані здоров'я населення в цілому. Це включає аналіз загальних показників захворюваності, смертності, інвалідності та інших факторів, що відображають ефективність системи охорони здоров'я країни.

Статистичні дані дозволяють виявляти певні тенденції, що мають прямий зв'язок з економічним розвитком держави. По-перше, соціальні програми та політика держави багато в чому визначаються демографічною структурою та станом здоров'я населення. По-друге, рівень здоров'я робочої сили впливає на її продуктивність, що в свою чергу позначається на темпах економічного зростання. По-третє, між економічним розвитком і станом здоров'я населення існує тісний взаємозв'язок: вищий рівень доходу на душу населення дозволяє країні надавати ширший спектр медичних послуг як на індивідуальному, так і на державному рівнях. Крім того, здоров'я населення є одним із критично важливих аспектів національної безпеки [1, с.136].

На думку І.А. Когута, засновника теорії політичного реалізму, національна безпека визначається цілісністю території держави та ефективністю її інститутів [26, с.249]. З огляду на це, охорона здоров'я безпосередньо впливає на безпеку країни, оскільки поширення інфекційних захворювань або залежність від постачання медичних препаратів із-за кордону може підірвати стабільність держави. Як приклад можна навести країни Африки, які часто залежать від дорогих ліків для боротьби з такими захворюваннями, як ВІЛ/СНІД або малярія, що робить їх вразливими через глобальні патентні обмеження, що перешкоджають виробництву дешевших аналогів – дженериків [26, с.249].

В Україні усвідомлюють важливість підтримки здоров'я населення, що відображено у Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020:

український вимір», затвердженої 31 жовтня 2011 року № 1164-р [57, с.127]. Ця програма акцентує увагу на сфері охорони здоров'я як одному з ключових напрямків сталого розвитку держави.

Для забезпечення національної безпеки в контексті охорони здоров'я та здоров'я нації необхідно не лише збільшити тривалість життя громадян, а й зменшити рівні інвалідності та смертності. Важливо також удосконалити систему профілактичних заходів і забезпечити своєчасну, якісну первинну медико-санітарну допомогу, а також високотехнологічні медичні послуги. Особлива увага приділяється вдосконаленню стандартів надання медичної допомоги, забезпеченню якості та безпеки лікарських засобів, а також контролю за їх ефективністю.

Здоров'я населення напряму впливає на соціально-економічний розвиток країни та є важливим елементом її національної безпеки. Визнання значення здоров'я також знаходить відображення у сучасних економічних концепціях. Наприклад, дослідники серед інших видів капіталу, таких як промисловий, торговельний та фінансовий, все частіше виокремлюють людський капітал. Інвестиції в людський капітал, зокрема в освіту та охорону здоров'я, розглядаються як стратегічні, оскільки ці витрати мають здатність генерувати значний зиск у майбутньому у вигляді підвищення продуктивності праці та зростання доходів.

Людський капітал представляє собою сукупність продуктивних здібностей, які індивід використовує для створення товарів і послуг. Він розглядається як певний резерв, який генерує трудові ресурси, і складається з двох компонентів. Перший компонент включає в себе навички та здатності людини, що сприяють формуванню власного людського капіталу. Другий компонент полягає у наданні цих здібностей для участі в економічному процесі, тобто як внесок у виробництво інших товарів і послуг [57, с.128].

Основні види діяльності, які сприяють розвитку людського капіталу, включають освіту, професійне навчання, покращення здоров'я тощо. Витрати

на ці види діяльності розглядаються як інвестиції в людський капітал, оскільки вони впливають на майбутній дохід індивіда, як грошовий, так і матеріальний.

Л.С. Селиверстова у своїх дослідженнях підкреслює важливість людського часу як ключового ресурсу у формуванні людського капіталу, вважаючи його базовим активом. Вона зазначає, що індивідууми інвестують не лише фінансові ресурси, а й власний час, що є важливим джерелом для розвитку їхнього людського капіталу. Кожна людина володіє початковим резервом цього часу, який можна використовувати для придбання додаткових навичок і здібностей, що в кінцевому підсумку формує її людський капітал [50, с.139].

Недооцінка важливості здоров'я населення може призвести до серйозних соціально-економічних наслідків для держави, серед яких зниження середньої тривалості життя, зростання рівня захворюваності та травматизму. Це, у свою чергу, негативно впливає на якість життя громадян, а також сповільнює темпи розвитку суспільства та економіки загалом. Однак, варто зазначити, що досягнення країн у сфері охорони здоров'я, такі як збільшення тривалості життя, можуть стати викликом для держави. Старіння населення, відоме як «флоридізація нації», призводить до дефіциту фінансування медичних послуг, що створює додатковий тиск на економічно активне населення та викликає потребу в реформах системи охорони здоров'я [57, с.129].

Підтримка здоров'я населення є основним завданням медичних установ, що надають різноманітні послуги, такі як амбулаторна, поліклінічна та стаціонарна допомога. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, медичні послуги включають діагностику, лікування хвороб, а також профілактичні та реабілітаційні заходи.

Світова організація торгівлі розрізняє послуги охорони здоров'я та медичні послуги. Послуги охорони здоров'я охоплюють госпітальні та соціальні послуги, такі як лікарні та будинки для людей похилого віку, а також інші види допомоги, наприклад, швидка медична допомога. Медичні послуги, в свою чергу, є професійними послугами, які надаються лікарями, медсестрами та

іншим кваліфікованим персоналом. Основна різниця полягає в тому, що медичні послуги належать до професійної допомоги, яка надається населенню, тоді як послуги охорони здоров'я є частиною системи охорони здоров'я, яка підтримує її функціонування [2, с.123].

На наш погляд, поділ медичних послуг на окремі категорії не є обов'язковим, оскільки автор застосовує власне визначення медичної послуги, яке базується на трактуванні Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Згідно з цим визначенням, медична послуга є сукупністю дій лікувального характеру, які мають самостійне значення та економічну вартість, спрямованих на профілактику, діагностику, лікування захворювань, а також на покращення здоров'я, активності та тривалості життя людини. Ці дії виконуються кваліфікованими медичними працівниками в рамках функціонування ринку медичних послуг.

Важливо відзначити, що медичні послуги мають специфічні характеристики, які відрізняють їх від інших видів послуг. Неокласичні економісти називають це явище «провалами ринку», що характеризується стійкими відхиленнями економічних відносин від ідеальної ринкової моделі, де діють закони попиту і пропозиції [8, с.56].

По-перше, частина медичних послуг має властивості суспільних благ, тобто їх можуть споживати колективно інші члени суспільства. Наприклад, заходи з профілактики інфекційних захворювань є корисними не тільки для окремих осіб, але й для суспільства в цілому, сприяючи попередженню поширення інфекцій. Проте, ці послуги не є чистими суспільними благами, оскільки їх вартість може бути визначена, як це буває у випадку з вакцинацією.

По-друге, результат діяльності медичних працівників безпосередньо відображається на здоров'ї людини, що вимагає індивідуального підходу до кожного пацієнта. Це передбачає врахування особливостей організму, перебігу хвороби, вікових та гендерних факторів, що робить медичну допомогу унікальною.

По-третє, у сфері медицини існує інформаційна асиметрія між споживачем (пацієнтом) та виробником (медичним працівником). Медичний фахівець володіє значно ширшими знаннями, що може призводити до необґрунтованого підвищення вартості послуг, через брак інформації у пацієнта.

По-четверте, потреба в медичній допомозі часто носить обов'язковий характер, що робить медичні послуги невід'ємною складовою системи охорони здоров'я. Держава в системі охорони здоров'я виконує роль агента споживача, оскільки на неї покладено функцію організації та забезпечення доступу до медичних послуг. Споживач (пацієнт), виступаючи принципалом, делегує державі відповідальність за створення та регулювання умов надання медичної допомоги. Аналогічні агентські відносини виникають між споживачем і медичними установами, а також між споживачем і страховими компаніями. Держава має широкі повноваження в управлінні медичними і страховими організаціями, делегуючи їм виконання ключових завдань охорони здоров'я [30, с.7].

Страхові організації можуть виступати в ролі агентів як для пацієнтів, так і для держави, водночас вони самі стають принципалами щодо медичних установ. Пацієнти, як кінцеві споживачі послуг, прагнуть отримати максимальний обсяг якісної медичної допомоги, тоді як страхові компанії, керуючись власними економічними інтересами, намагаються мінімізувати витрати. Це може створювати конфлікт інтересів, оскільки страховики зацікавлені в обмеженні обсягу послуг, що надаються в рамках страхового полісу [50, с.140].

Зі свого боку, медичні заклади є агентами як держави, так і страхової компанії та пацієнта. Вони націлені на збільшення кількості наданих послуг, що може суперечити інтересам страхової організації, яка прагне до оптимізації витрат. Таким чином, в системі охорони здоров'я взаємодіють кілька агентів із різними цілями: держава, яка регулює процес, страхова компанія, що контролює фінансовий аспект, і медичний заклад, який безпосередньо надає

допомогу, при цьому пацієнт залишається головним суб'єктом, заради якого функціонує вся система.

Основні принципи охорони здоров'я, що закріплені в статті 4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [38] від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ, формують фундамент для ефективного державного регулювання цієї важливої сфери. Дотримання зазначених принципів має вирішальне значення для забезпечення належної якості медичних послуг та пріоритетності охорони здоров'я у державній політиці.

Уповноважені органи державної влади грають ключову роль у реалізації цих принципів, оскільки їх завдання полягає у впровадженні пріоритетності охорони здоров'я в усіх аспектах державного управління. Це особливо актуально в сучасних умовах, коли виклики в галузі охорони здоров'я потребують злагоджених дій та адаптацій до нових реалій. Основні принципи, які потребують детального розгляду представлені на рис.1.1.



Рис.1.1 Основні принципи охорони здоров'я

Розглянемо їх більш детально. Принцип пріоритетності охорони здоров'я відповідає стандартам Європейського регіонального бюро ВООЗ та основоположним свободам, закріпленим у ратифікованій Угоді про асоціацію між Україною та Європейським Союзом від 16.09.2014 р. № 1678-VII[47]. Цей принцип визначає основні орієнтири для діяльності органів державної влади та має ключове значення для забезпечення прав громадян на медичну допомогу.

Крім того, реалізація принципів управлінської діяльності в охороні здоров'я покладається на посадових осіб, які відповідно до закону мають діяти в інтересах держави та суспільства. Таким чином, дотримання цих принципів, закріплених у вітчизняних та міжнародних нормативних актах, визначає

практичні підходи до забезпечення ефективності системи охорони здоров'я. В умовах багатокладності та функціональності цієї сфери пріоритетність охорони здоров'я стає основоположним елементом, що забезпечує реалізацію права кожної особи на життя та доступ до медичних послуг.

1.2. Нормативно-правове забезпечення діяльності закладів первинної медичної допомоги

Для ефективного функціонування закладів первинної медичної допомоги в Україні важливе значення має чітка система нормативно-правового регулювання на різних рівнях державного управління. Вона дозволяє забезпечити стабільність і якість надання медичних послуг, встановлюючи чіткі вимоги до їх фінансування, організації та контролю. На центральному рівні регулювання здійснюється переважно через міністерства та державні служби, що встановлюють стандарти і забезпечують фінансування. На регіональному та місцевому рівнях органи влади відповідають за адаптацію загальних вимог до місцевих умов і забезпечення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я [21, с.102].

Для наочності основні органи влади та їхні функції з регулювання діяльності закладів первинної медичної допомоги в Україні подано в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Органи влади, які регулюють діяльність закладів первинної медичної допомоги

Рівень регулювання	Орган влади	Основні функції регулювання
Центральний	Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ)	Розробка державної політики у сфері охорони здоров'я, розробка стандартів надання ПМД, контроль за їх дотриманням, ліцензування медичної діяльності.
	Національна служба здоров'я України (НСЗУ)	Фінансування закладів ПМД через договори, контроль за якістю послуг, забезпечення виконання програми медичних гарантій.

Продовження табл.1.1

Рівень регулювання	Орган влади	Основні функції регулювання
Центральний	Кабінет Міністрів України	Затвердження нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я, розподіл бюджетного фінансування для медичної галузі
	Верховна Рада України	Прийняття законів, що регулюють діяльність ПМД, зокрема законів про медичну реформу, фінансування охорони здоров'я
Регіональний	Департаменти охорони здоров'я обласних державних адміністрацій	Координація роботи закладів ПМД у межах області, моніторинг якості медичних послуг на місцевому рівні
	Обласні ради	Виділення коштів на фінансування закладів охорони здоров'я, прийняття програм розвитку медичної сфери на регіональному рівні
Місцевий (громадський)	Відділи охорони здоров'я органів місцевого самоврядування (міські, селищні, сільські ради)	Організація та забезпечення діяльності закладів ПМД на території громади, прийняття місцевих програм охорони здоров'я, фінансове забезпечення
	Виконавчі комітети місцевих рад	Адміністративний нагляд за діяльністю закладів ПМД, ухвалення рішень про фінансування, забезпечення матеріально-технічної бази
	Об'єднані територіальні громади (ОТГ)	Управління закладами ПМД у межах ОТГ, укладання договорів із НСЗУ, забезпечення первинної медичної допомоги населенню

[21, с.102]

Нормативно-правове забезпечення діяльності закладів первинної медичної допомоги є основоположним елементом, що визначає функціонування та ефективність системи охорони здоров'я в Україні. Ця система включає в себе різноманітні закони, підзаконні акти, адміністративні регламенти та інші нормативні документи, які встановлюють правила, норми і стандарти надання медичних послуг. Вона має на меті забезпечення якості, доступності та безпеки медичної допомоги для населення[5].

Основою нормативно-правового забезпечення є Закон України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я» [38], який закладає загальні принципи організації медичної системи. Цей закон визначає права та

обов'язки пацієнтів і медичних працівників, а також основні вимоги до медичних закладів, права пацієнтів на доступ до медичної допомоги, а також обов'язки держави щодо забезпечення цих прав. Ці закони формують правову базу, на якій ґрунтується діяльність закладів ПМД, окреслюючи їх функції та відповідальність.

Крім законодавчих актів, важливу роль у нормативно-правовому забезпеченні відіграють підзаконні акти, зокрема накази та постанови Міністерства охорони здоров'я України. Ці документи конкретизують вимоги щодо організації надання медичних послуг, ліцензування медичної діяльності, сертифікації медичних працівників та контролю за якістю медичного обслуговування. Наприклад, накази МОЗ, що встановлюють клінічні протоколи та стандарти надання первинної медичної допомоги, допомагають забезпечити єдині підходи у лікуванні пацієнтів та зменшити ризики помилок у медичній практиці.

Крім того, важливими елементами нормативно-правового забезпечення є програми та стратегії, спрямовані на розвиток первинної медичної допомоги. Вони формуються на основі потреб населення та викликів, що постають перед системою охорони здоров'я. Наприклад, стратегія розвитку медичної допомоги на первинному рівні передбачає не лише вдосконалення інфраструктури закладів, але й інтеграцію новітніх технологій, електронних медичних записів і телемедицини. Це забезпечує швидкий доступ пацієнтів до медичних послуг і знижує навантаження на лікарів[5].

Основні принципи організації надання медичної допомоги на первинному рівні закріплено у Порядку надання первинної медичної допомоги, затвердженому Міністерством охорони здоров'я наказом від 19 березня 2018 року № 504 [45]. Цей документ регламентує діяльність усіх надавачів первинної медичної допомоги (ПМД) в Україні.

Відповідно до Наказу № 504, визначено оптимальні нормативи для кількості пацієнтів, які можуть бути закріплені за одним лікарем первинної ланки, що сприяє забезпеченню якості медичних послуг. Зокрема, лікар

загальної практики-сімейної медицини може обслуговувати до 1800 пацієнтів, лікар-терапевт – до 2000, а лікар-педіатр – до 900 пацієнтів. Ці показники можуть коригуватися залежно від специфіки місцевості та потреби населення, проте, в цілому, пацієнти завжди матимуть доступ до необхідної медичної допомоги[45].

Надавачі медичних послуг можуть реалізувати свою діяльність як у власних приміщеннях, так і в орендованих. Однак, для отримання права підписати угоду з головним розпорядником бюджетних коштів, медичний заклад повинен відповідати певним вимогам, установленим Кабінетом Міністрів України. Ці вимоги затверджено постановою від 28 березня 2018 року № 391 [44] і стосуються надавачів медичних послуг, які укладають договори про медичне обслуговування населення, що є важливим кроком у забезпеченні ефективності та доступності медичних послуг в Україні.

Якісні медичні послуги є невід’ємною частиною сучасної системи охорони здоров’я, і їх значення важко переоцінити. Ключовими аспектами якості є не лише її економічний вимір, що пов’язаний із вартістю послуг, але й правові та етичні складові. Відсутність належної законодавчої бази може ускладнювати надання медичних послуг, оскільки лікарі можуть стикатися з труднощами у визнанні доцільності своїх дій, інколи не інформуючи пацієнтів про можливі обмеження через фінансові фактори.

Європейська хартія прав пацієнтів підкреслює, що кожна людина має право на доступ до якісної медичної допомоги, що відповідає встановленим стандартам [17]. Українська Конституція [27] гарантує кожному громадянину право на охорону здоров’я, медичну допомогу та страхування, покладаючи на державу обов'язок створити належні умови для медичного обслуговування. Ці правові засади підкріплюються рішеннями Конституційного Суду України, що наголошують на важливості доступності безкоштовних медичних послуг для всіх громадян.

Для досягнення мети забезпечення якості та доступності медичних послуг необхідний системний підхід, який охоплює всі аспекти надання медичної

допомоги. Згідно з українським законодавством, зокрема Законом «Про захист прав споживачів» [46], послуга визначається як діяльність, що виконується на основі індивідуального замовлення споживача для задоволення його потреб. Важливо відзначити, що належна якість послуг відповідає вимогам нормативно-правових актів та умовам договору з споживачем.

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [38] розширює це поняття, вказуючи, що медична послуга може надаватися як закладом охорони здоров'я, так і фізичною особою-підприємцем, яка має відповідну ліцензію. Це свідчить про важливість регуляторних норм для забезпечення високих стандартів медичної практики та довіри з боку пацієнтів. З огляду на зазначене, питання якості та доступності медичних послуг залишається вкрай актуальним у контексті сучасних викликів системи охорони здоров'я в Україні.

У 2016 році Кабінет Міністрів України затвердив ряд важливих документів, які стали основою для трансформації системи охорони здоров'я. Зокрема, Концепція розвитку системи Громадського здоров'я, Концепція реформи фінансування охорони здоров'я та Концепція реформування механізму публічних закупівель медичних препаратів і обладнання [48] створюють нові перспективи для розвитку медичної сфери в країні. Ці концепції визначають стратегічні напрямки, що впливають не лише на сферу охорони здоров'я, але й на пов'язані галузі, стимулюючи їх вдосконалення.

Одним із ключових аспектів цих документів є пропозиція щодо створення регіональних структур громадського здоров'я, таких як комунальні заклади та установи. Це сприятиме покращенню координації та підвищенню ефективності у сфері публічних закупівель медичних засобів, а також обладнання, що, в свою чергу, дозволить швидше реагувати на специфічні потреби регіонів. Реалізація цих концепцій відкриває нові можливості для інтеграції медичних послуг, забезпечуючи більш якісний і доступний медичний сервіс для населення.

Також варто відзначити, що нормативно-правове забезпечення закладів ПМД передбачає активну участь громадських організацій та пацієнтів у

розробці та обговоренні нормативно-правових актів. Це сприяє створенню відкритого діалогу між державою, медичними працівниками та населенням, що, в свою чергу, покращує якість надання медичних послуг. Важливим елементом є ліцензування медичної практики, яке не тільки контролює якість послуг, а й гарантує, що медичні заклади відповідають встановленим стандартам безпеки та ефективності[8, с.119].

Актуальність та необхідність постійного вдосконалення нормативно-правового забезпечення закладів первинної медичної допомоги обумовлена швидкими змінами у медичній сфері, технологічним прогресом і новими викликами, такими як пандемії чи глобальні епідемії. Система нормативного регулювання повинна бути гнучкою та адаптивною, щоб враховувати нові тренди та потреби населення. Це включає в себе не тільки оновлення існуючих нормативних актів, а й створення нових документів, які відповідають сучасним вимогам.

У підсумку, нормативно-правове забезпечення діяльності закладів первинної медичної допомоги є критично важливим для забезпечення їх ефективного функціонування. Правильна організація правових норм і регламентів створює умови для підвищення якості медичних послуг, покращення доступності медичної допомоги для населення та забезпечення безпеки пацієнтів. Тому важливо продовжувати працювати над вдосконаленням цієї системи, з урахуванням потреб суспільства та сучасних викликів у сфері охорони здоров'я.

1.3. Міжнародний досвід державного регулювання закладів первинної медичної допомоги

Первинна медична допомога в Україні відіграє ключову роль у трансформації системи охорони здоров'я, адже вона акцентує увагу не на лікуванні захворювань, а на превенції та підтримці здоров'я населення. Для успішного впровадження реформ у цій сфері необхідно мати потужне

політичне підґрунтя, що сприятиме змінам у фінансуванні та децентралізації управлінських процесів у медицині. Наявність висококваліфікованих сімейних лікарів, які пройшли повну підготовку за спеціальністю, є невід’ємною умовою для забезпечення якісної первинної допомоги.

Важливо, щоб лікарі мали можливість приймати самостійні рішення, які відповідали б не лише медичним стандартам, але й фінансовим можливостям пацієнтів. Мотивація лікаря в ухваленні оптимальних рішень є основою для ефективної взаємодії між медичними працівниками та пацієнтами, що в результаті сприятиме покращенню загального стану здоров’я населення та зменшенню витрат на лікування.

Історія розвитку політики надання первинної медичної допомоги тісно пов’язана із загальними етапами становлення медицини. Вже з V до X століття закладалися основи медичних практик, але справжнє формування національних моделей ПМД розпочалося в середині XX століття, коли розвинені країни світу реалізували різні підходи до організації медичної допомоги. Основними моделями стали страхове, державне (бюджетне) фінансування та платна медицина[22].

У XX столітті ПМД стала одним із пріоритетних напрямів у сфері медичного обслуговування, що підтверджують численні міжнародні ініціативи. У 1972 році була створена Всесвітня асоціація сімейних лікарів (WONCA), яка окреслила основні принципи надання первинної медичної допомоги. Важливим кроком став прийом Алма-Атинської декларації в 1978 році, яка підкреслила значення ПМД для забезпечення здоров’я населення і визначила ключові напрями її розвитку. ВООЗ підтримала цю декларацію та визнала ПМД важливим досягненням для систем охорони здоров’я, що підтверджується декларацією Люблінської конференції (1996 р.) та подальшими програмами, спрямованими на поліпшення доступу до ПМД, зокрема в рамках програми «Здоров’я для всіх у XXI ст.» [22].

Національні політики у сфері ПМД формуються під впливом різноманітних соціально-економічних, політичних та історичних чинників.

Світове суспільство обґрунтувало кілька підходів до вироблення та реалізації цієї політики, що підтверджує її актуальність. Важливо зазначити, що в більшості країн ПМД охоплює близько 90% населення, адже її вартість значно нижча, ніж на більш високих рівнях медичного обслуговування, оскільки основна мета полягає у збереженні здоров'я[54].

В ході тривалих реформ було вироблено три основні моделі: страхову (модель Бісмарка), державного фінансування (модель Беверіджа) і приватну модель. Хоча ці моделі відрізняються, у них також є спільні риси, зокрема залучення медичних установ різних форм власності та солідарне фінансування з різних джерел. У страховій моделі, яка характеризується домінуючою часткою медичного страхування (близько 74%), послуги фінансуються за рахунок внесків, гарантованих кожному громадянину.

Ця модель зарекомендувала себе як надійна та популярна, охоплюючи близько 70% населення світу, особливо в європейських країнах, таких як Австрія, Німеччина, Франція та інші. У Франції, наприклад, закон зобов'язує роботодавців фінансувати ПМД через лікарняні каси, а державний контроль забезпечує ефективність страхових фондів. Сімейні лікарі укладають угоди з державними страховими установами, які регулюють цінову політику, що підкреслює важливість інтеграції державного та приватного секторів у сфері охорони здоров'я[32].

Приватна модель фінансування первинної медичної допомоги (ПМД) характеризується домінуванням власних коштів громадян у оплаті медичних послуг. Ця модель, що ґрунтується на принципах медичного підприємництва, об'єднує різноманітні приватні медичні заклади.

Зокрема, її найбільш яскраве втілення спостерігається в США та Японії, де до 60% витрат на медичні послуги покриваються за рахунок особистих коштів споживачів. Ці витрати поділяються на дві частини: близько 30% з загальної суми покриваються безпосередньо, а інші 30% – через страхування. У фінансуванні медичних послуг можуть брати участь різноманітні інституції, включаючи державні установи, при цьому незахищені категорії населення

отримують безкоштовні послуги в державних і комунальних закладах охорони здоров'я[23].

На відміну від цього, державна модель, відома як модель Беверіджа, ґрунтується на бюджетному фінансуванні і є характерною для таких країн, як: Австралія, Великобританія, Греція, Іспанія, Канада, Швеція, Фінляндія, а також для країн СНД, де свого часу була впроваджена модель Семашко. В Україні ця модель також має значний вплив, адже її особливості виявляються в гуманності та справедливості надання медичних послуг. Основні аспекти цієї моделі включають: фінансування переважно з державного бюджету (85%), а також участь страхової медицини (12,5%) та особистих коштів громадян (2,5%)[56, с.47]. Важливим елементом є «медичний» податок, який сплачують усі громадяни незалежно від їхнього стану здоров'я.

Крім того, державна модель охоплює сукупність державних, комунальних і приватних медичних закладів, що сприяє формуванню конкурентного середовища. У рамках цієї системи первинна медична допомога має стабільну цінову політику, що визначається попередніми обговореннями та погодженнями.

Проте, домінування державного фінансування накладає певні обмеження на спроможність бюджетної системи, адже доступність медичних послуг та неприбутковість закладів значною мірою залежать від стану державних фінансів. Лікарі в цій моделі мають можливість професійно реалізовувати себе, працюючи одночасно в медичних закладах різних форм власності. Важливою характеристикою «бюджетної» моделі охорони здоров'я є те, що кадрова політика в медичній сфері в розвинених країнах базується на спільній відповідальності держави та суспільства. Це включає активну участь медичної громади у формуванні кадрової політики, що передбачає визначення та задоволення реальних потреб у медичних працівниках, а також контроль за їх підготовкою та ефективним використанням[54].

У контексті управлінських практик, контрактно-конкурсний підхід до призначення керівників медичних закладів став популярним, зокрема в Польщі,

де на ці посади можуть претендувати не лише лікарі, а й менеджери та економісти. Це свідчить про те, що медична освіта не є обов'язковою умовою для призначення на керівні посади в закладах охорони здоров'я.

У країнах Європейського Союзу існує вимога до кандидатів на керівні позиції мати управлінську освіту. У більшості країн це є обов'язковою вимогою, а в інших – бажаною. Вищі навчальні заклади пропонують широкий спектр програм підготовки медичних менеджерів. Наприклад, у Польщі таку освіту надає Вища школа державного управління або Вища школа бізнесу, тоді як у Франції термін навчання за відповідними програмами складає 27 місяців[32].

Професійна діяльність сімейних лікарів відзначається широким спектром обов'язків, адже вони повинні здатні лікувати до 80% захворювань на первинному рівні, що є більш економічним. Основна увага у їхній діяльності приділяється профілактиці захворювань, що підкреслює важливість спеціалізованої підготовки. У Нідерландах, наприклад, процес перепідготовки триває три роки, а ліцензування лікарів вимагає постійного підвищення кваліфікації.

Сімейні лікарі обслуговують орієнтовно 2000 пацієнтів, що зумовлює необхідність особистісного підходу до кожного пацієнта. Це часто передбачає, що лікар проживає в тій же місцевості, де лікує своїх пацієнтів, що дозволяє йому отримувати необхідну інформацію про їхнє здоров'я та потреби[32].

Розглядаючи досвід реформування первинної медичної допомоги в Болгарії, варто зазначити, що після Другої світової війни країна тривалий час дотримувалася соціалістичної моделі охорони здоров'я, яка перебувала під контролем держави. Основним показником розвитку цієї системи була кількість медичних установ, які активно створювались на території країни. Всі заклади охорони здоров'я були державними, що створювало залежність від Міністерства охорони здоров'я у питаннях бюджету, закупівлі обладнання та оплати праці медичного персоналу. Зрівнялівка в оплаті праці, зокрема низькі заробітні плати лікарів, призвели до серйозних проблем у системі наприкінці

1970-х років, що виявлялося у зниженні якості обслуговування та зростанні незадоволеності серед медичних працівників[54].

З початку 1990-х років, під впливом політичних змін, розпочалася масштабна реформа в охороні здоров'я. Законодавча база нової системи охорони здоров'я була закладена на основі трьох ключових законів: Закону про медичне страхування, Закону про лікувальні заклади та Закону про професійні організації. Ці зміни дозволили зменшити роль держави та запровадити державно-приватну модель управління охороною здоров'я. Одним із важливих кроків стало відновлення Болгарської медичної асоціації, яка розпочала активні обговорення реформування медичної системи.

У 1997 році новий уряд ініціював широкомасштабні зміни, що призвели до створення контрактної моделі між постачальниками та отримувачами медичних послуг. Національний фонд медичного страхування, що забезпечує обов'язкове страхування населення, став основним механізмом фінансування медичних закладів. Незважаючи на покращення доступу до первинної медичної допомоги, постійні проблеми з фінансуванням клінічних алгоритмів та недостатня мотивація медичного персоналу створили умови для появи тіньових платежів і зростання незадоволення населення[54].

Один із базових принципів реформи полягав у запровадженні лікарів загальної практики як «гейткірів», які координують медичну допомогу для пацієнтів. Це призвело до зміни підходу в наданні медичних послуг, але виявило й недоліки, зокрема нерегулярність у встановленні цін на медичні послуги та проблеми з недостатньою підготовкою лікарів для надання базового пакету послуг.

Фінансування первинної медичної допомоги здійснюється на основі змішаної моделі, що включає як обов'язкові, так і добровільні страхові внески. Проте, з часом лікарі загальної практики почали повертатися до міст у пошуках кращих умов праці[54].

При реформуванні системи охорони здоров'я у Республіці Молдова особливий наголос робиться на основних проблемах системи охорони здоров'я, таких як:

- 1) створення та покращання законодавчого середовища;
- 2) покращання механізмів фінансування;
- 3) розширення доступу до медичних послуг;
- 4) навчання медичного персоналу;
- 5) децентралізація системи охорони здоров'я;
- 6) модернізація та підвищення якості [60].

Обсяг і перелік послуг первинної медичної допомоги визначено у Базовому пакеті послуг обов'язкового соціального медичного страхування. Послуги включають загальні та педіатричні консультації та направлення, патронат у дитячому віці, пренатальну та постнатальну допомогу, вакцинацію, лікування гострих і хронічних захворювань, психічних захворювань, планування сім'ї, допомогу при гепатиті та туберкульозі, епідеміологічний контроль, виклики лікаря додому, медсестринську допомогу, промоцію здорового способу життя та профілактичні заходи. Окрім цього, сімейні лікарі призначають основні препарати, вартість яких відшкодовується згідно з контрактами НКМС з аптеками. Відповідно, хоча надавачі послуг первинної допомоги не отримують жодного прямого фінансування на лікарські засоби, вони мають приблизний бюджет на призначення.

Зараз пацієнти можуть вільно вибирати свого сімейного лікаря, їхній вибір лише дещо обмежується географічним розміщенням. Сімейні лікарі діють як сторожі воріт до вторинної медицини, надаючи направлення на амбулаторне та стаціонарне лікування. Проте існує перелік із 80 діагнозів, з якими пацієнти мають прямий доступ до спеціалізованої допомоги, без направлення, що включає діабет, астму, туберкульоз, рак, психіатричні захворювання, деякі серцево-судинні захворювання тощо.

Населення Молдови має хороший доступ до первинних медичних послуг — результати дослідження свідчать, що 87% домашніх господарств

знаходяться в межах 5 км від центру первинної медичної допомоги, і 79% пацієнтів із сільської місцевості та 93% із міських зон можуть добратися до найближчого до них закладу первинної допомоги менше, ніж за 1 год. Значні диспропорції залишаються у розподілі персоналу, оскільки справді важко набрати й утримати лікарів у сільських регіонах. Виходячи з норми, згідно з якою на 1 сімейного лікаря припадає 1500 осіб, сімейними лікарями забезпечено 88,9% населення, однак із великими відхиленнями залежно від місцезнаходження — у той час, як у Кишиневі близько 98,6% населення забезпечено сімейними лікарями, в окремих районах забезпечено менше 50% населення.

Близько 95% послуг первинної медичної допомоги в Чехії надається терапевтами приватної практики. Типовим представником надавача послуг первинної медичної допомоги є самозайнятий лікар або невелике підприємство у формі компанії з обмеженою відповідальністю. Існує, однак, можливість включення функцій надавача послуг первинної медичної допомоги у діяльність групової практики або поліклініки, яка надає також спеціалізовані амбулаторні послуги, або створення мережі закладів первинної медичної допомоги зі спільними управлінням та організаційною структурою [61].

Пацієнти мають право вибирати лікаря, який надає первинну медичну допомогу, і можуть переходити до іншого лікаря кожні 3 міс без обмежень.

На початку існування нової системи надавачі послуг первинної медичної допомоги отримували відшкодування з ФГМС на основі плати за послуги, при цьому види медичного втручання та їхнє вартісне значення (витрати) визначалися міністерською постановою. Така модель фінансування призводила до надлишку пропозиції, хоча зростання її обсягів більше спостерігалось серед амбулаторних спеціалістів, аніж лікарів загальної практики (ЗП).

Кожен лікар ЗП має обмеження на вартість призначених ліків, яке розраховується як 120% середньої вартості призначених лікарських засобів по країні на заклад ЗП. Якщо лікар ЗП перевищив цей ліміт, фонд медичного страхування зменшує його відшкодування на 25% суми надлишкової вартості

цих ліків. Цей економічний захід повинен протидіяти тому факту, що лікарі ЗП піддаються впливу маркетингу фармацевтичних компаній, їх можуть стимулювати призначати непотрібні обсяги ліків, витрати на які покриваються медичною страховкою, що приносить шкоду фінансовій стабільності системи.

Якщо пацієнт потребує спеціалізованої чи госпітальної допомоги, лікар ЗП подає заявку на таку допомогу до амбулаторного спеціаліста чи відправляє пацієнта до лікарні. Фонди медичного страхування відшкодовують таку допомогу безпосередньо лікарні або закладу, де працює амбулаторний спеціаліст. Лікарі ЗП, однак, стикаються з регулюванням призначеного лікування, подібним до обмеження на призначення лікарських засобів. Таке обмеження становить 120% середньої вартості призначеного лікування по країні на заклад ЗП. Якщо цей заклад ЗП перевищує ліміт, фонд медичного страхування зменшує відшкодування на 25% суми надлишкової вартості призначеної допомоги [61].

Впровадження розрахунку за особу та зазначених обмежень змінили економічну мотивацію частини лікарів, які надавали первинну медичну допомогу. Замість стимулу генерувати якомога більше звернень пацієнта, притаманного методу фінансування на основі плати за послуги, розрахунок за особу теоретично має мотивувати лікарів ЗП оберігати здоров'я своїх зареєстрованих пацієнтів та зосереджуватися на профілактичних заходах. Ідеальним був би такий пацієнт, який би регулярно приходив на профілактичні огляди, дотримувався режиму лікування і, таким чином, не потребував додаткової кількості спеціалізованих послуг або ліків, а максимальна кількість проблем зі здоров'ям пацієнтів вирішувалась би на рівні первинної медичної допомоги, утримуючи загальні витрати системи охорони здоров'я на первинному рівні.

Однак це не завжди спрацьовує на практиці, особливо внаслідок законодавчого права на вільний вибір медичного закладу:

- По-перше, пацієнт може змінювати лікаря, що надає первинну медичну допомогу, кожні 3 міс. Якщо пацієнт може зареєструватися

будь-де, лікар ЗП має нижчу мотивацію витратити свої зусилля на профілактику.

- По-друге, лікарі, які надають послуги первинної медичної допомоги, не можуть ефективно виконувати роль «сторожа воріт»; і навпаки, пацієнт має право звернутися безпосередньо до амбулаторного вузького спеціаліста чи лікарні. Для пацієнта не існує жодних санкцій, якщо він звертається до вузького спеціаліста без направлення. Оскільки амбулаторним вузьким спеціалістам платять у розрахунку за послуги, вони можуть бути мотивовані приймати пацієнтів, не зважаючи на відсутність рекомендації.

Лікарні отримують відшкодування виходячи з доволі складних розрахунків. Лікарні зазвичай зобов'язані забезпечувати надання послуг цілодобово, таким чином, вони можуть «зібрати» пацієнтів, які не змогли відвідати лікаря ЗП протягом стандартних годин прийому. Починаючи з 2008 р. існує доплата за використання невідкладної допомоги, проте вона достатньо низька (90 чеських крон, близько 3–4 євро), тому вона може не мати достатнього стримуючого впливу на пацієнтів, які зловживають цілодобовими послугами лікарень та/чи невідкладною допомогою. На відміну від кількох інших країн, лікарі ЗП у Чеській Республіці не мають зобов'язання дбати про своїх зареєстрованих пацієнтів 24 год на добу, незважаючи на деякі урядові ініціативи. Таким чином, наявна система повністю не виключає можливості того, що лікар ЗП отримує плату в розрахунку за особу, але пацієнт обмине рівень первинної медичної допомоги і використає пряму допомогу дорожчого спеціаліста або госпітальну допомогу; більше того, така допомога не враховується при розрахунку лімітів ЗП на призначену допомогу.

Узагальнимо зарубіжний досвід державного регулювання закладів первинної медичної допомоги в таблицю 1.2.

Таблиця 1.2

Зарубіжний досвід налагодження процесу первинної медичної допомоги

Країна	Основні моменти первинної медичної допомоги
Франція	Страхова модель (модель Бісмарка): обов'язкове медичне страхування через лікарняні каси, роботодавці фінансують ПМД, інтеграція державного та приватного секторів; сімейні лікарі укладають угоди з державними страховими установами.
США	Приватна модель: домінує приватне фінансування, пацієнти покривають близько 60% витрат особистими коштами, комбінуючи прямі витрати та страхування; підтримка для незахищених груп через державні та комунальні заклади.
Японія	Приватна модель: значна частка витрат на медичні послуги покривається за рахунок особистих коштів, хоча частина послуг також фінансується через обов'язкове медичне страхування; поширені приватні та державні медичні заклади.
Великобританія	Державна модель (модель Беверіджа): фінансування ПМД переважно з бюджету; медичний податок забезпечує стабільне фінансування; домінує державний сектор, а первинна допомога має стабільні ціни завдяки централізованому регулюванню.
Канада	Державна модель: бюджетне фінансування та участь страхових фондів; доступ до ПМД зберігається завдяки держбюджету, фінансування доповнюється страховими та особистими коштами; система націлена на забезпечення загальної доступності.
Нідерланди	Страхова модель: сімейні лікарі проходять тривалу перепідготовку (3 роки), постійне ліцензування та підвищення кваліфікації; лікарі обслуговують орієнтовно 2000 пацієнтів, наголос на профілактиці, персоналізоване обслуговування.
Польща	Державна модель: контрактно-конкурсний підхід до керівних посад; можливість займати керівні посади без медичної освіти, але з менеджерською підготовкою; розвинена система підготовки медичних менеджерів.
Болгарія	Змішана модель: комбіноване фінансування (обов'язкові та добровільні страхові внески); надання ПМД координується лікарями загальної практики; реформи обмежують роль держави, активна участь Болгарської медичної асоціації.
Молдова	модель загальної медичної практики сімейних лікарів: фінансування і допомогу від ЄС, USAID та американської корпорації «Виклики тисячоліття», UNICEF, UNDP, UNFPA, ВООЗ, Інституту відкритого суспільства Сороса.
Чехія	модель Бісмарка: фінансування системи охорони здоров'я

	базується на принципах солідарності та справедливості. Вона фінансується шляхом здійснення внесків фізичними особами та роботодавцями.
--	---

[54]

Важливим уроком є те, що справжня реформа потребує не лише політичної волі, а й участі професіоналів, які здатні реалізувати зміни на практиці. Міністерство охорони здоров'я повинно гарантувати базовий пакет послуг, в той час як місцеві органи влади мають створювати умови для утримання лікарів на територіях. Громадськість також повинна відігравати активну роль у процесі реформування, забезпечуючи зворотний зв'язок та контроль за якістю надання медичних послуг. Успіх реформ залежить від чіткої та доступної інформації про права пацієнтів, доступність медичних послуг та механізми страхування, що в свою чергу формує довіру до системи охорони здоров'я.

Висновки до розділу 1

Право на охорону здоров'я в Україні закріплено на конституційному рівні як один із основних принципів, що забезпечує доступність та якість медичних послуг для всіх громадян. Держава відіграє ключову роль у регулюванні та управлінні медичною сферою через різні органи та інституції, такі як Міністерство охорони здоров'я України, Національна служба здоров'я України та інші державні структури.

Державне регулювання охорони здоров'я є важливим механізмом, що забезпечує ефективність функціонування системи через стандарти, нормативи та контроль. Водночас, публічне адміністрування сприяє ефективній взаємодії державних органів з медичними установами та громадськими організаціями для досягнення спільних цілей.

Збереження та покращення здоров'я населення має стратегічне значення для соціально-економічного розвитку та національної безпеки. Система охорони здоров'я вимагає подальшого розвитку та реформування, зокрема щодо підвищення якості медичних послуг, профілактичних заходів та забезпечення належного медичного обслуговування для всіх громадян.

Нормативно-правове забезпечення діяльності закладів первинної медичної допомоги відіграє ключову роль у функціонуванні системи охорони здоров'я в Україні. Воно визначає загальні принципи організації медичних послуг, права пацієнтів та обов'язки медичних працівників, стандарти якості і доступності медичної допомоги. Основу правової бази складають закони України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я» та інші нормативно-правові акти, що конкретизують вимоги до організації ПМД.

Зокрема, накази Міністерства охорони здоров'я встановлюють клінічні протоколи і нормативи, що допомагають стандартизувати надання послуг і забезпечити належну якість. Законодавчі та підзаконні акти також регулюють процес ліцензування закладів охорони здоров'я і сертифікації медичних працівників.

Крім нормативно-правової бази, вагомими є стратегії розвитку медичної системи, які спрямовані на впровадження сучасних технологій, таких як електронні медичні записи і телемедицина, для полегшення доступу пацієнтів до послуг.

Важливо, що нормативно-правова система ПМД постійно розвивається, реагуючи на нові виклики, зокрема пандемії та глобальні епідемії, а також враховує думку громадськості при розробці нових нормативних актів. Це сприяє підвищенню якості медичних послуг і забезпеченню доступності медичної допомоги для всіх громадян України.

Первинна медична допомога відіграє ключову роль у трансформації системи охорони здоров'я в Україні та інших країнах, акцентуючи увагу на профілактиці й підтримці здоров'я населення. Ефективність реформ у цій сфері залежить від політичної підтримки, фінансування, децентралізації управління та кваліфікованих сімейних лікарів. Світовий досвід реформування ПМД показує різні моделі фінансування: страхову, бюджетну та приватну, кожна з яких має свої переваги й недоліки.

Україна, як і багато інших країн, стикається з викликами у впровадженні ефективної системи ПМД, серед яких фінансування, кадровий дефіцит і рівень підготовки лікарів. Проте, успішні приклади з інших країн, таких як: Болгарія, Молдова, Австралія, Великобританія, Греція, Іспанія, Канада, Швеція, Фінляндія, Франція, США, Японія, підкреслюють важливість залучення професійної медичної спільноти, співпраці з громадськістю та забезпечення фінансової мотивації медиків для досягнення якісних послуг.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В МІСТІ РІВНЕ

2.1. Структура та функціонування закладів первинної медичної допомоги у місті Рівне

Структура та функціонування закладів первинної медичної допомоги у місті Рівне базується на системі комунальних неприбуткових підприємств, що забезпечують медичні послуги на первинному рівні. У місті Рівне надають первинну медичну допомогу 34 медичні заклади, з яких 29 мають укладені договори з Національною службою здоров'я України. У цих закладах працюють 275 лікарів первинної ланки, які обслуговують населення за підписаними деклараціями.

На сьогодні в системі зареєстровано 273355 активних декларацій. Розглянемо розподіл декларацій за статтю та віком

- Статевий розподіл: 45% чоловіків і 55% жінок.
- Вікові групи:
 - Діти 0–5 років: 15,9 тис.
 - Діти та підлітки 6–18 років: 45 тис.
 - Молодь і дорослі 18–39 років: 78,8 тис.
 - Дорослі 40–64 років: 92,8 тис.
 - Люди віком 65+ років: 41 тис.

Згідно з договором із Національною службою здоров'я України, жителі міста Рівне мають доступ до 13 пакетів медичних послуг, які оплачує держава, а не пацієнт. Цей перелік охоплює різні види медичної допомоги, від базової діагностики до реабілітаційних та паліативних послуг. До цих пакетів належать:

1. Первинна медична допомога – базові консультації, діагностика, профілактичні огляди.
2. Хірургічні операції для дітей і дорослих у стаціонарі.
3. Хірургія одного дня – можливість провести операцію та повернутися додому в той же день.
4. Стаціонарна допомога без операцій – лікування без хірургічного втручання.
5. Амбулаторне лікування – діагностика, спостереження та реабілітація без госпіталізації.
6. Гістероскопія – обстеження та лікування матки.
7. Езофагогастродуоденоскопія – ендоскопічне дослідження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту.
8. Колоноскопія – обстеження товстого кишківника.
9. Цистоскопія – діагностика та лікування захворювань сечового міхура.
10. Мобільна паліативна допомога – догляд за пацієнтами з важкими хронічними захворюваннями на дому.
11. Супровід і лікування туберкульозу – комплексна підтримка на первинному рівні.
12. Реабілітаційна допомога в стаціонарі – допомога після операцій чи складних захворювань.
13. Медичний огляд для потреб територіальних центрів комплектування та соціальної підтримки.

Дані послуги включають широкий спектр медичних заходів, які доступні завдяки фінансуванню НСЗУ і є важливими для підтримання здоров'я населення Рівного.

Основними установами надання первинної медичної допомоги м. Рівне є: КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги» (ЦПМСД) «Північний» [39], «Центральний» [40] та «Ювілейний» [41], кожен з яких поділений на кілька амбулаторій, які обслуговують різні райони міста.

Ці амбулаторії мають лікарів загальної практики, педіатрів і фахівців з різних медичних дисциплін, що забезпечує доступність медичних послуг для всіх мешканців. Заклади надають широкий спектр послуг, таких як профілактичні огляди, вакцинацію, лікування хронічних захворювань, медичні консультації та лабораторні дослідження. Вони також організовують акції для підвищення обізнаності населення про здоров'я.

Окрім цього, у КНП активно впроваджуються електронні системи обліку, що дозволяють пацієнтам записуватися на прийом онлайн, підвищуючи ефективність обслуговування та зменшуючи черги. Заклади беруть участь у реалізації державних програм, спрямованих на покращення здоров'я населення, що включає проведення медичних оглядів і навчання про здоровий спосіб життя. Загалом, заклади первинної медичної допомоги у Рівному відіграють важливу роль у системі охорони здоров'я, забезпечуючи доступність та якість медичних послуг для населення, а їхня структура дозволяє ефективно реагувати на потреби мешканців та впроваджувати сучасні підходи у медичній практиці.

КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги «Північний» Рівненської міської ради (ЦПМСД «Північний») [39] забезпечує надання первинної медичної допомоги жителям Рівного через розвинену мережу амбулаторій, розташованих у різних районах міста. Підприємство організовано відповідно до сучасних вимог, маючи на меті поліпшення доступності та якості медичних послуг.

Організаційна структура КНП «ЦПМСД «Північний» РМР складається з:

1. Адміністративно-управлінського підрозділу.
2. Допоміжного підрозділу.
3. Лікувально-профілактичних підрозділів:
 - Амбулаторія загальної практики-сімейної медицини № 1 (м. Рівне, вул. Фабрична, 10).
 - Амбулаторія загальної практики-сімейної медицини № 2 (м. Рівне, вул. Фабрична, 10).

- Амбулаторія загальної практики-сімейної медицини № 3 (м. Рівне, вул. Грушевського, 11).
- Амбулаторія загальної практики-сімейної медицини № 4 (м. Рівне, вул. Грушевського, 11) [39].

Основними структурними підрозділами є амбулаторії, у яких працюють лікарі загальної практики. Це дозволяє забезпечити доступність медичних послуг для всіх категорій населення, зокрема в умовах пандемії COVID-19.

КНП «ЦПМСД «Північний» надає широкий спектр послуг, які включають профілактичні огляди, консультації лікарів, лабораторні дослідження, а також медичну допомогу на дому. Комунальне неприбуткове підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги» (ЦПМСД) «Північний» Рівненської міської ради має за основну мету забезпечення населення якісними послугами первинної медичної допомоги. Це підприємство здійснює управління медичним обслуговуванням людей, незалежно від їхнього місця проживання, і активно проводить профілактику захворювань, підтримуючи загальний стан громадського здоров'я [39].

Діяльність ЦПМСД «Північний» охоплює кілька ключових напрямків. По-перше, це організація і координація надання медичних послуг, що включає як планові огляди, так і невідкладну допомогу. Лікарі підприємства забезпечують своєчасну і якісну допомогу, особливо у випадках загострення хронічних захворювань.

Крім того, центр проводить вакцинацію та планує профілактичні заходи, включаючи огляди для виявлення можливих захворювань на ранніх стадіях[39].

В період з 01.01.2021 по 01.12.2022 роки вакцинацію було проведено 55 945 громадянам, що складає 96, 3% від загальної кількості населення населеного пункту.

Зобразимо схематично динаміку ведення медичних заходів з вакцинації (див. Рис. 2.1.1.).



Рис. 2.1.1. Динаміка ведення медичних заходів з вакцинації [39].

В період з 01.01.2022 по 01.12.2023 роки вакцинацію було проведено 126 849 громадянам, що складає 96 % від загальної кількості населення населеного пункту (див. Рис. 2.1.2.).

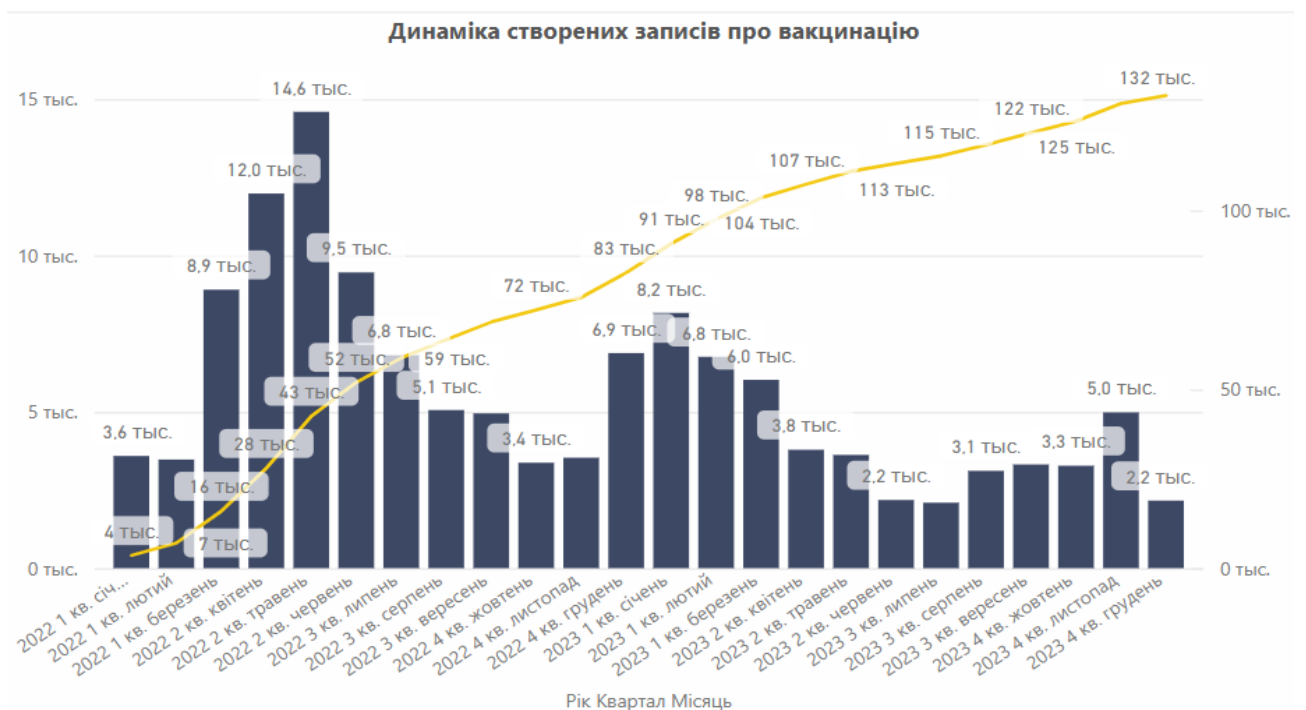


Рис. 2.1.2. Динаміка ведення медичних заходів з вакцинації [39]

Усі громадяни мають право на вільний вибір лікаря, що є важливою складовою демократичного підходу до надання медичних послуг. ЦПМСД «Північний» надає консультації з питань профілактики і лікування різноманітних хвороб, а також активно сприяє веденню здорового способу життя серед населення.

З метою забезпечення дієвого лікування та швидкої діагностики, підприємство тісно співпрацює з вторинними та третинними медичними закладами, що дозволяє ефективно направляти пацієнтів на подальше обстеження або лікування. Центр дотримується стандартів медичної допомоги та принципів доказової медицини, що підвищує якість наданих послуг.

Крім того, ЦПМСД «Північний» активно займається підвищенням кваліфікації своїх працівників, залучаючи нових медичних спеціалістів та забезпечуючи навчання і перепідготовку медичного персоналу. Підприємство також відповідає за моніторинг ресурсів, необхідних для надання медичних послуг, що включає лікарські засоби, медичне обладнання та інвентар.

Таким чином, КНП «ЦПМСД «Північний» РМР виступає важливим елементом системи охорони здоров'я в Рівному, забезпечуючи доступність, своєчасність та якість медичних послуг, а також формуючи свідомість населення щодо здорового способу життя.

У 2021 році було зареєстровано 282 137 відвідувань лікарів, що підтверджує високий попит на медичні послуги. Крім того, кількість візитів лікарів на дому зросла з 5465 у 2020 році до 32 209 у 2021 році, що свідчить про підвищення потреби в виїзній медичній допомозі [39].

У період з 01.01.2022 року по 31.12.2022 року було створено 727 796 електронних медичних записів по відвідуванню лікарів, що підтверджує дуже високий попит на медичні послуги [39] (див. Рис. 2.1.3.).

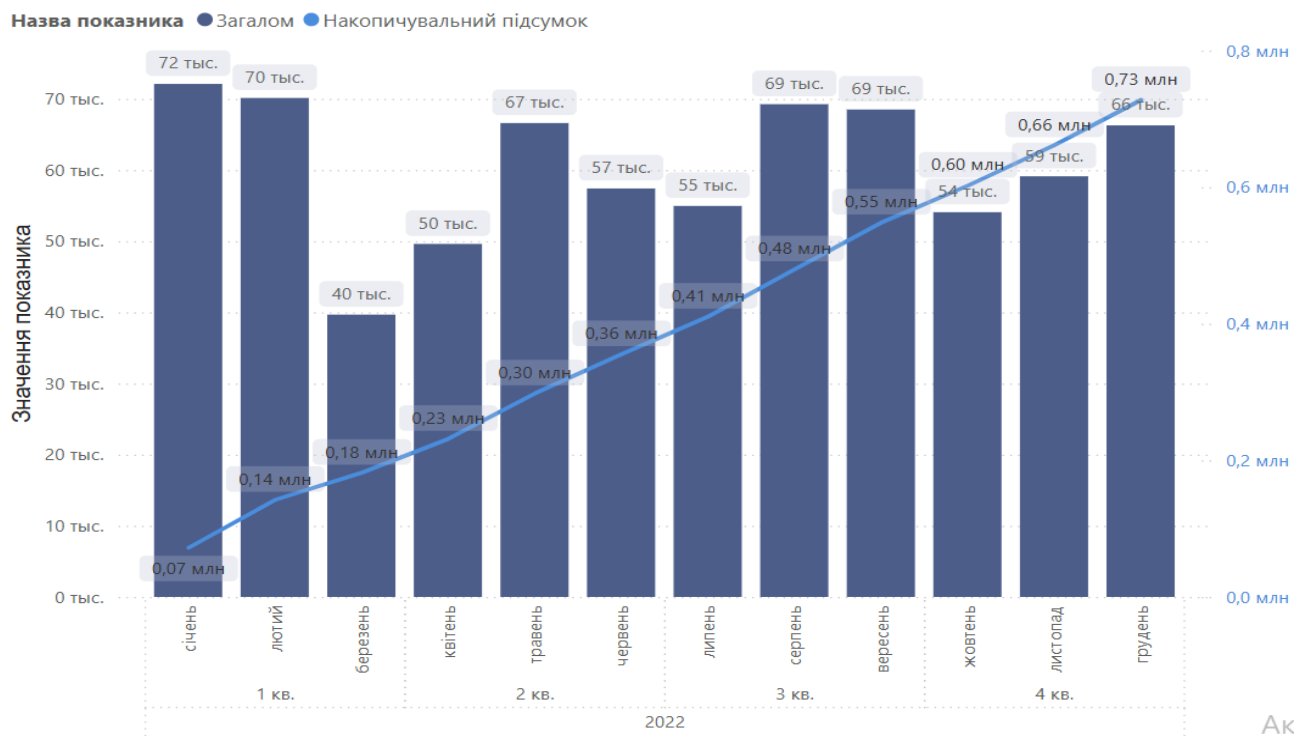


Рис. 2.1.3. Статистика ведення електронних медичних записів в ЕСОЗ

[39]

У 2023 році станом на грудень було зареєстровано 1 167 млн. електронних медичних записів по відвідуванню лікарів, що підтверджує дуже високий попит на медичні послуги [39] (див. Рис. 2.1.4.).

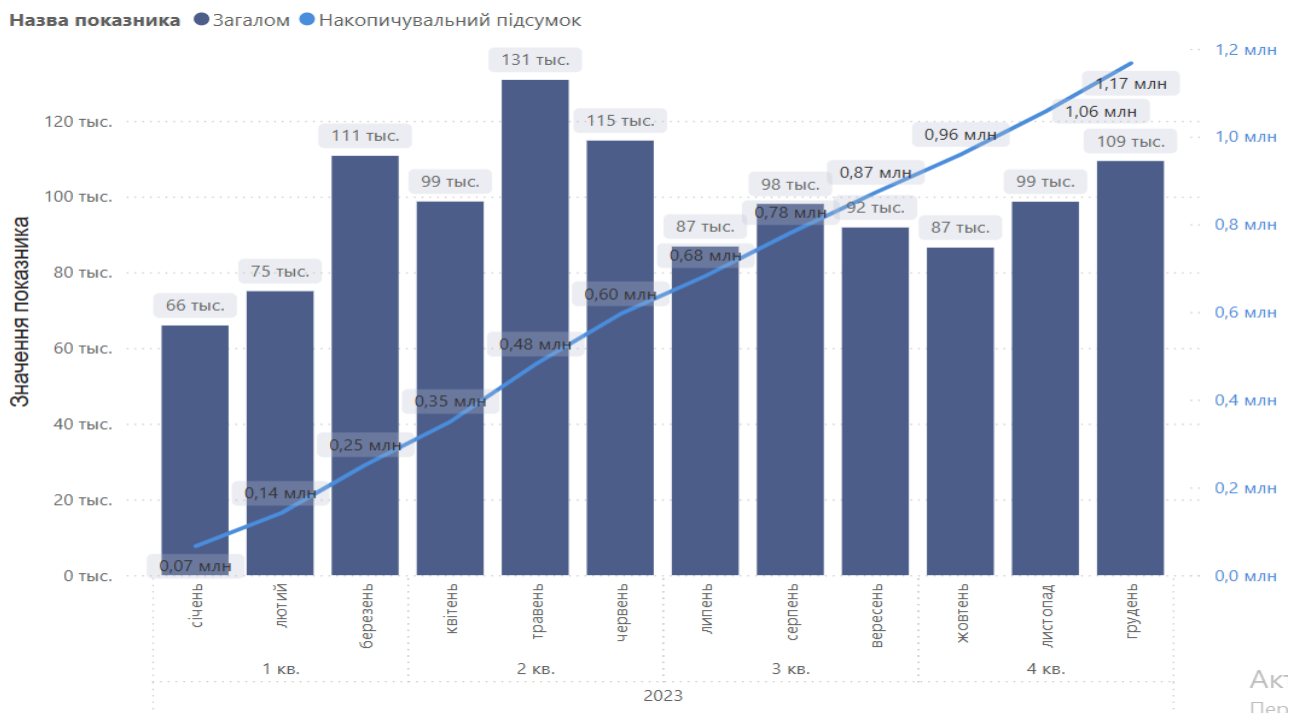


Рис. 2.1.4. Статистика ведення електронних медичних записів в ЕСОЗ

[39]

Крім того, кількість візитів лікарів на дому зросла до 42 345 у 2022 році, що свідчить про підвищення потреби в виїзній медичній допомозі [39]. Аналогічні спостереження присутні і у 2023 роках – з 42 345 до 54 350. Це доволі велика різниця та серйозний виклик.

КНП «ЦПМСД «Північний» РМР надає також безпосередньо відповіді на запити та звернення, в часовому вимірі кількість таких звернень виглядала наступним чином [39]:

За I півріччя 2023 року

На підприємство надійшло 45 звернень громадян. Звернення стосуються наступних питань: щодо відшкодування вартості лікарських засобів – 43 звернення; щодо забезпечення санаторно-курортною путівкою – 1 звернення; щодо забезпечення лікарськими засобами ВПО – 1 звернення.

За III квартал 2023 року

На підприємство надійшло 20 звернень громадян. Звернення стосуються питання щодо відшкодування вартості лікарських засобів.

За I квартал 2024 року

За I квартал 2024 року на підприємство надійшло 13 звернень громадян. Звернення стосуються питання щодо відшкодування вартості лікарських засобів.

За II квартал 2024 року

За II квартал 2024 року на підприємство надійшло 22 звернення громадян. Звернення стосуються питання щодо відшкодування вартості лікарських засобів, надання медичної довідки та надання підгузків.

За III квартал 2024 року

На підприємство надійшло 25 звернень громадян. Звернення стосуються наступних питань: щодо відшкодування вартості лікарських засобів – 22 звернення;

щодо надання підгузків для лежачої – 1 звернення;
щодо надання направлення на медико-соціальну експертну комісію – 2 звернення.

Усі звернення розглянуті згідно чинного законодавства. Наслідки розгляду всіх звернень позитивні.

Заклад також активно займається лабораторними дослідженнями: у 2021 році було проведено 859 013 таких досліджень; у 2022 році було проведено 985 112 таких досліджень; у 2023 році було проведено 969 873 таких досліджень. Це показує здатність медичних працівників адаптуватися до запитів населення та надавати необхідні послуги [39].

КНП «ЦПМСД «Північний» працює на основі договорів, укладених між пацієнтами та лікарями, що забезпечує прозорість у наданні медичних послуг (Див. Рис. 2.1.5.). Зокрема, це дозволяє пацієнтам мати чітке уявлення про свої права та можливості отримання медичної допомоги.

Розподіл кількості договорів, станом на 29.11.2024

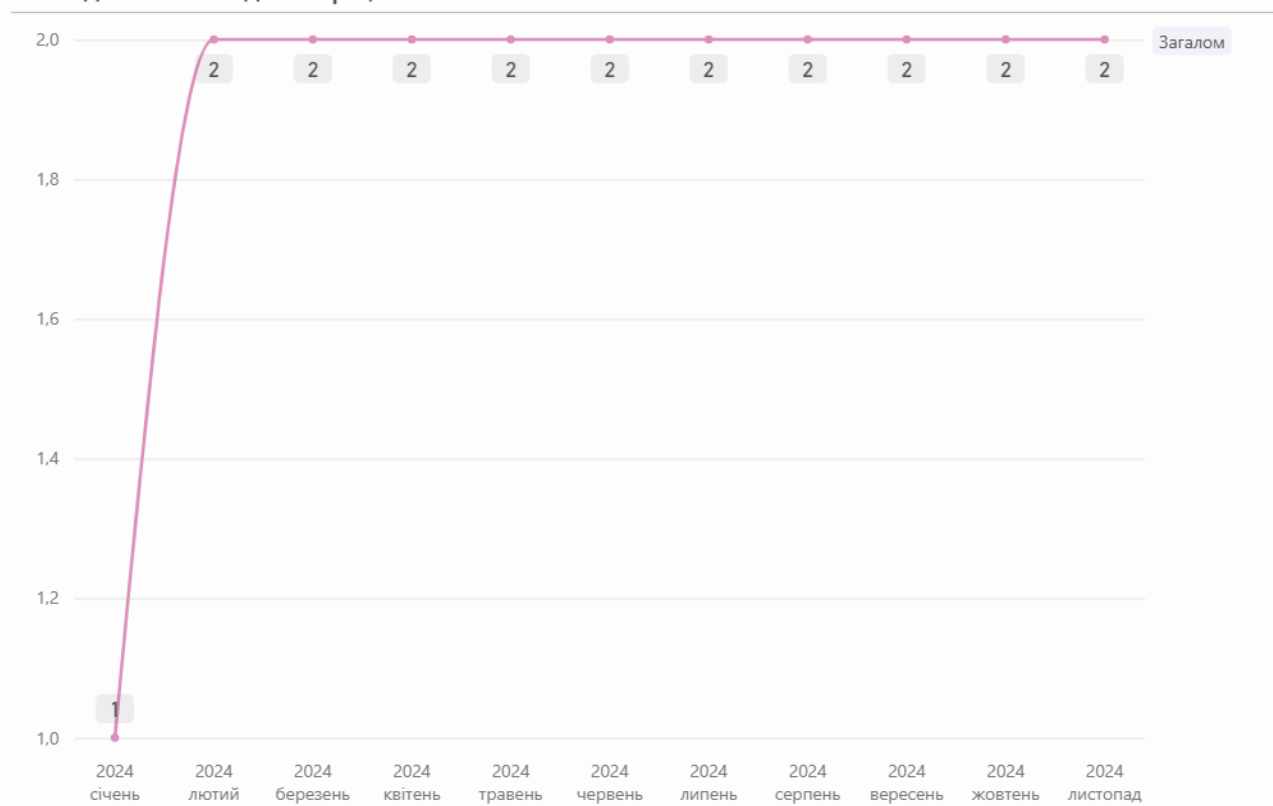


Рис. 2.1.5. Укладені договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій станом на 29.11.2024 рік [39]

КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги «Центральний» Рівненської міської ради (ЦПМСД «Центральний») є ключовим закладом, що забезпечує первинну медичну допомогу жителям Рівного. Основна мета закладу полягає в наданні якісних медичних послуг, доступних для всіх верств населення.

Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги «Центральний» розпочало свою історію у 1944 році, коли в місті Рівне було відкрито першу міську поліклініку в приміщенні на вулиці Соборній, 94. Ця поліклініка стала єдиною медичною установою, що надавала послуги у повоєнний час, і до 1 січня 2006 року функціонувала як поліклініка № 2 центральної міської лікарні [40].

Після реорганізації в 2006 році поліклініка отримала статус юридичної особи під назвою поліклініка № 2 Рівненської міської ради. У 2016 році заклад змінив свою назву на «Центр первинної медико-санітарної допомоги «Центральний», що підкреслює його сучасний підхід до надання медичних послуг.

Структура КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги «Центральний»:

1. Директор
2. Медичний директор
3. Заступник медичного директора
4. Відділення з надання вторинної амбулаторної медичної допомоги
5. Відділення денного стаціонару
6. Амбулаторії загальної практики – сімейної медицини
 - Амбулаторія №1
 - Амбулаторія №2
 - Амбулаторія №3
 - Амбулаторія №4
 - Амбулаторія №5

7. Амбулаторія загальної практики – сімейної медицини №6

8. Клініко-діагностична лабораторія [40].

Таким чином, структура КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги «Центральний» відображає комплексний підхід до організації первинної медичної допомоги та забезпечує доступність медичних послуг для населення міста Рівне.

Основні напрямки діяльності центру включають організацію профілактичних заходів та забезпечення надання первинної медичної допомоги мешканцям міста. Заклад активно працює над зниженням захворюваності, інвалідності та смертності населення, особливо у випадках серцево-судинних, туберкульозу, ВІЛ/СНІДу та онкологічних захворювань. Це досягається через обстеження та надання медичних послуг відповідно до затверджених державних стандартів.

Відвідувачі центру відзначають затишну атмосферу, яка створює комфорт для пацієнтів та сприяє ефективній роботі лікарів. У закладі панує спокій, що дозволяє людям без тривоги очікувати свого виклику. Працівники центру досконало знайомі з історією своїх пацієнтів і уважно ставляться до їхніх потреб. Лікарі виконують свої обов'язки сумлінно, надаючи невідкладну медичну допомогу та займаючись профілактикою захворювань, що підкреслює важливість даного закладу в системі охорони здоров'я міста[40].

ЦПМСД «Центральний» має кілька амбулаторій, які обслуговують різні райони міста. У закладі працюють лікарі загальної практики, педіатри, а також фахівці в галузі стоматології, що дозволяє забезпечити комплексний підхід до здоров'я пацієнтів. Лікарі проводять профілактичні огляди, діагностику, лікування захворювань та організують виїзні медичні бригади.

Заклад надає широкий спектр медичних послуг, включаючи консультації, вакцинації, лабораторні дослідження та догляд на дому. З 2021 по 2023 роки ЦПМСД «Центральний» зареєстрував значну кількість відвідувань, що підтверджує високий попит на первинну медичну допомогу. Зокрема, заклад

активно проводить профілактичні кампанії, що сприяють підвищенню обізнаності населення про здоров'я.

В період з 01.01.2022 по 31.12.2023 роки вакцинацію було проведено 82 995 громадянам, що складає 97, 2% від загальної кількості населення населеного пункту.

Зобразимо схематично динаміку ведення медичних заходів з вакцинації (див. Рис. 2.1.6.).

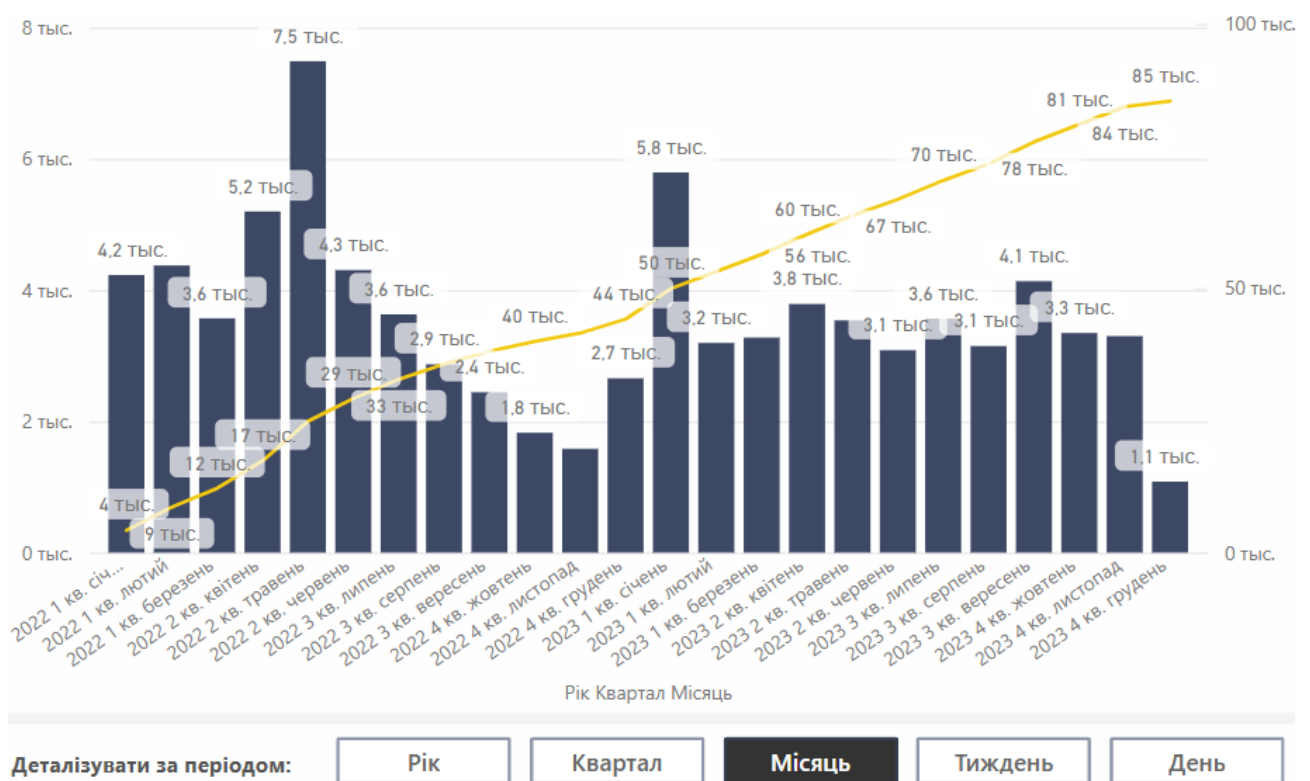


Рис. 2.1.6. Динаміка ведення медичних заходів з вакцинації [40].

У 2021 році заклад також організував 14 905 виїздів медичних бригад на домівки пацієнтів, що свідчить про зростаючу потребу в мобільній медичній допомозі. Натомість показники за 2022-23 роки значно виросли, з 14 905 виїздів до 25 874. Лабораторні дослідження стали ще одним важливим аспектом діяльності, з більш ніж 800 000 тестів, проведених у 2021 році, що забезпечує пацієнтів оперативними та точними результатами [40].

Станом на 01.01.2023 по 31.12.2023 було зареєстровано 1 285 млн. електронних медичних записів по відвідуванню лікарів, що підтверджує дуже високий попит на медичні послуги [40] (див. Рис. 2.1.7.)

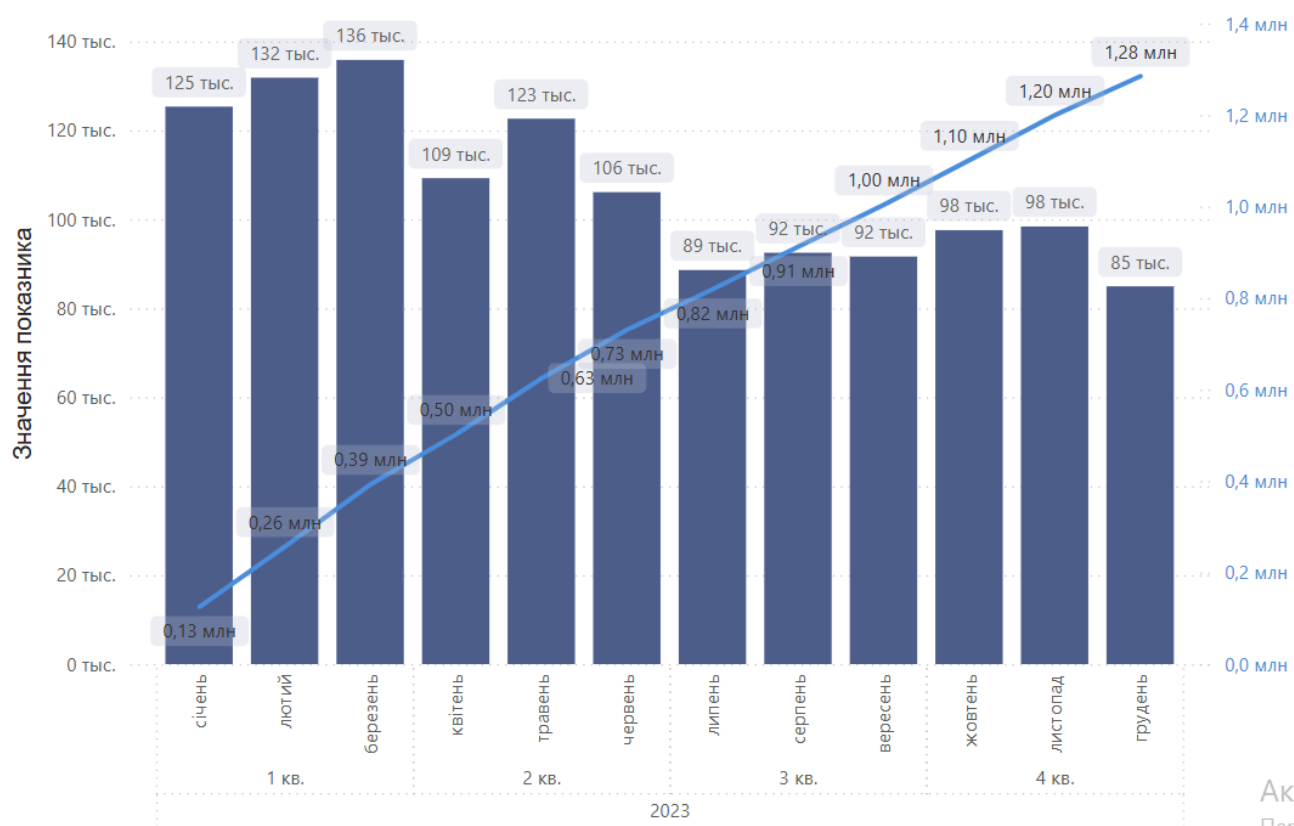


Рис. 2.1.7. Статистика ведення електронних медичних записів в ЕСОЗ

[40]

ЦПМСД «Центральний» активно впроваджує сучасні технології в процес надання медичних послуг. Пацієнти можуть записуватися на прийом до лікаря онлайн, що значно спрощує доступ до медичних послуг. Заклад також забезпечує пацієнтів інформацією про їх права та можливості, що сприяє формуванню довіри до медичної системи.

КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги «Ювілейний» Рівненської міської ради (ЦПМСД «Ювілейний») також є важливим медичним закладом, який надає первинну медичну допомогу жителям Рівного [41]. Основна мета закладу полягає в забезпеченні доступу до якісних медичних послуг та сприянні здоров'ю населення.

ЦПМСД «Ювілейний» має кілька структурних підрозділів, включаючи амбулаторії та клініки, що забезпечують медичне обслуговування на первинному рівні. Структура закладу включає:

1. Амбулаторія № 1 це основний підрозділ, що надає послуги з загальної практики та сімейної медицини.
2. Амбулаторія № займається профілактикою та лікуванням захворювань, надає консультації лікарів різних спеціальностей.
3. Амбулаторія №3 пропонує широкий спектр медичних послуг, включаючи діагностику та лікування.
4. Амбулаторія №4 орієнтована на забезпечення медичного обслуговування жителів свого району з акцентом на профілактичні заходи.
5. Амбулаторія №5 включає в себе команди лікарів загальної практики, що надають медичні послуги та обслуговують пацієнтів.
6. Амбулаторія «Пересопниця» обслуговує населення в селі Пересопниця, забезпечуючи доступ до первинної медичної допомоги.
7. Амбулаторія «Тинне». Розташована в селі Тинне, також надає первинну медичну допомогу жителям регіону[41].

Структура КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги «Ювілейний» дозволяє ефективно організувати медичне обслуговування,

забезпечуючи доступність та якість первинної медичної допомоги для населення.

У закладі працюють лікарі загальної практики, педіатри, фахівці з неврології, терапії, та стоматології. Кожен лікар відповідає за конкретний район, що дозволяє забезпечити безперервність і доступність медичних послуг. ЦПМСД «Ювілейний» надає широкий спектр послуг, зокрема профілактичні огляди, вакцинації, лікування хронічних захворювань, а також лабораторні дослідження. Заклад активно займається профілактичною роботою серед населення, організовуючи медичні акції та кампанії для підвищення обізнаності про здоров'я [41].

У 2022 році ЦПМСД «Ювілейний» зафіксував значний обсяг наданих медичних послуг, включаючи тисячі консультацій та лікувань. Особливу увагу заклад приділяє сучасним підходам у лікуванні, запроваджуючи нові методики і технології в практику. Заклад активно впроваджує електронні медичні системи, які дозволяють пацієнтам записуватися на прийом до лікарів онлайн, що підвищує зручність обслуговування. ЦПМСД «Ювілейний» також забезпечує пацієнтів інформацією про їх права та можливості, що сприяє формуванню довіри до медичних послуг.

Станом на 01.01.2022 по 31.12.2022 було зареєстровано 1 786 млн. електронних медичних записів по відвідуванню лікарів, що підтверджує дуже високий попит на медичні послуги [41] (див. Рис. 2.1.8.)

Станом на 01.01.2023 по 31.12.2023 було зареєстровано 1 034 млн. електронних медичних записів по відвідуванню лікарів, що підтверджує дуже високий попит на медичні послуги [41] (див. Рис. 2.1.9.)



Рис. 2.1.8. Статистика ведення електронних медичних записів в ЕСОЗ
[41]

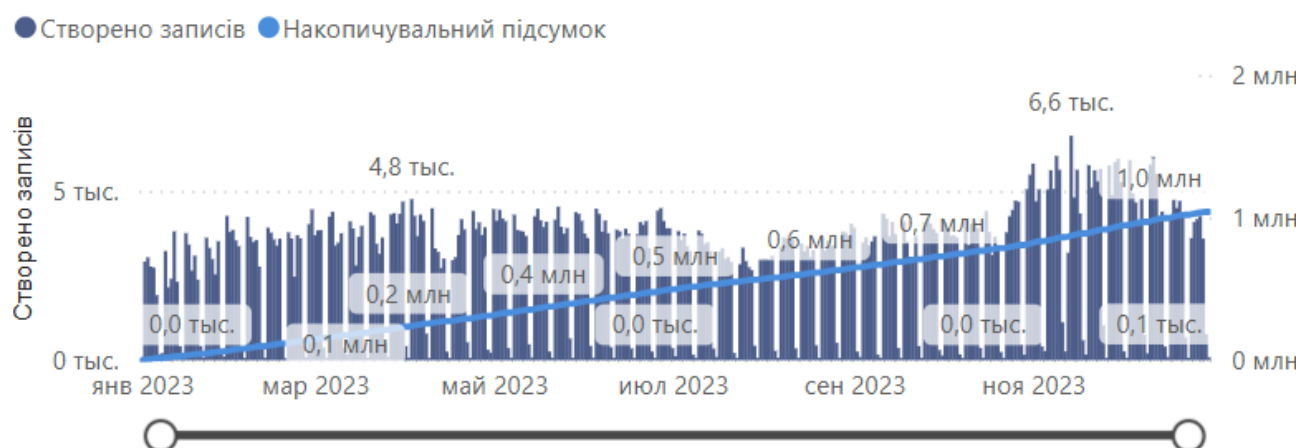


Рис. 2.1.9. Статистика ведення електронних медичних записів в ЕСОЗ
[41]

В період з 01.01.2022 по 31.12.2023 роки вакцинацію було проведено 11 813 громадянам, що складає 95, 3% від загальної кількості населення населеного пункту.

Зобразимо схематично динаміку ведення медичних заходів з вакцинації (див. Рис. 2.1.10.).

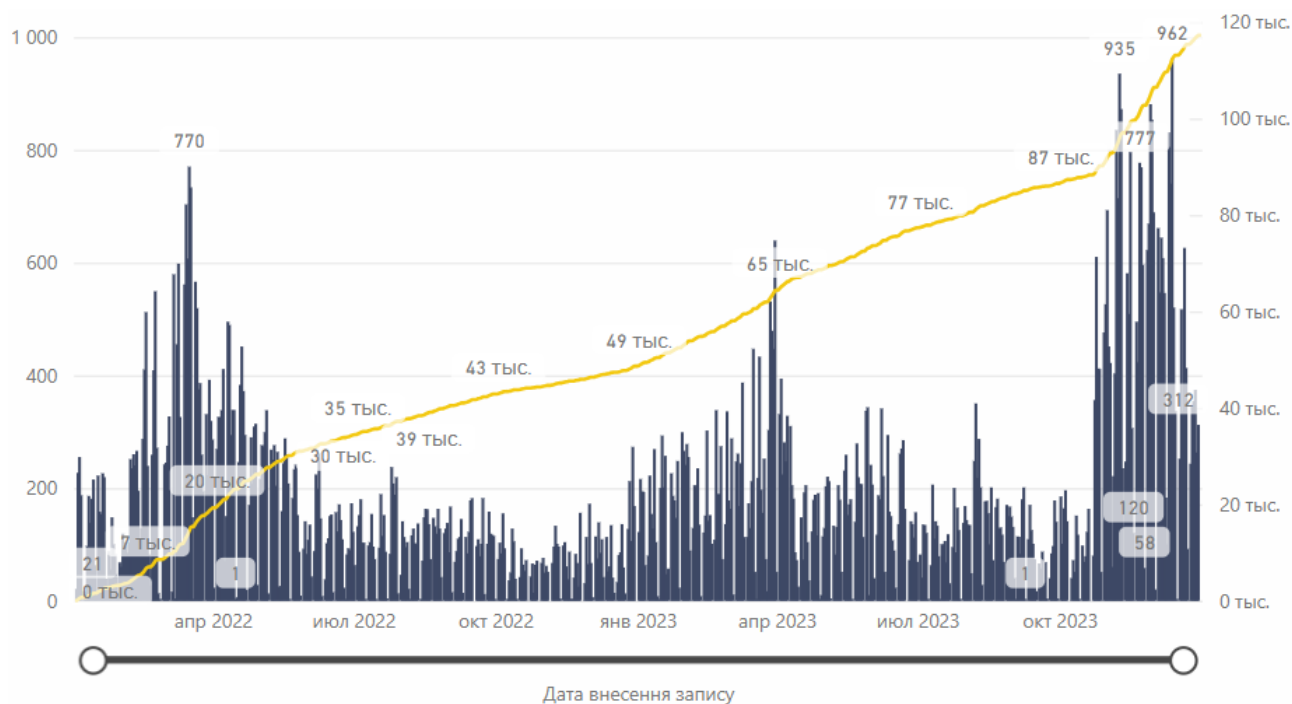


Рис. 2.1.10. Динаміка ведення медичних заходів з вакцинації [41].

В період з 01.01.2023 по 31.10.2024 роки вакцинацію було проведено 140 975 громадянам, що складає 95,8 % від загальної кількості населення населеного пункту (див. Рис. 2.1.11.).

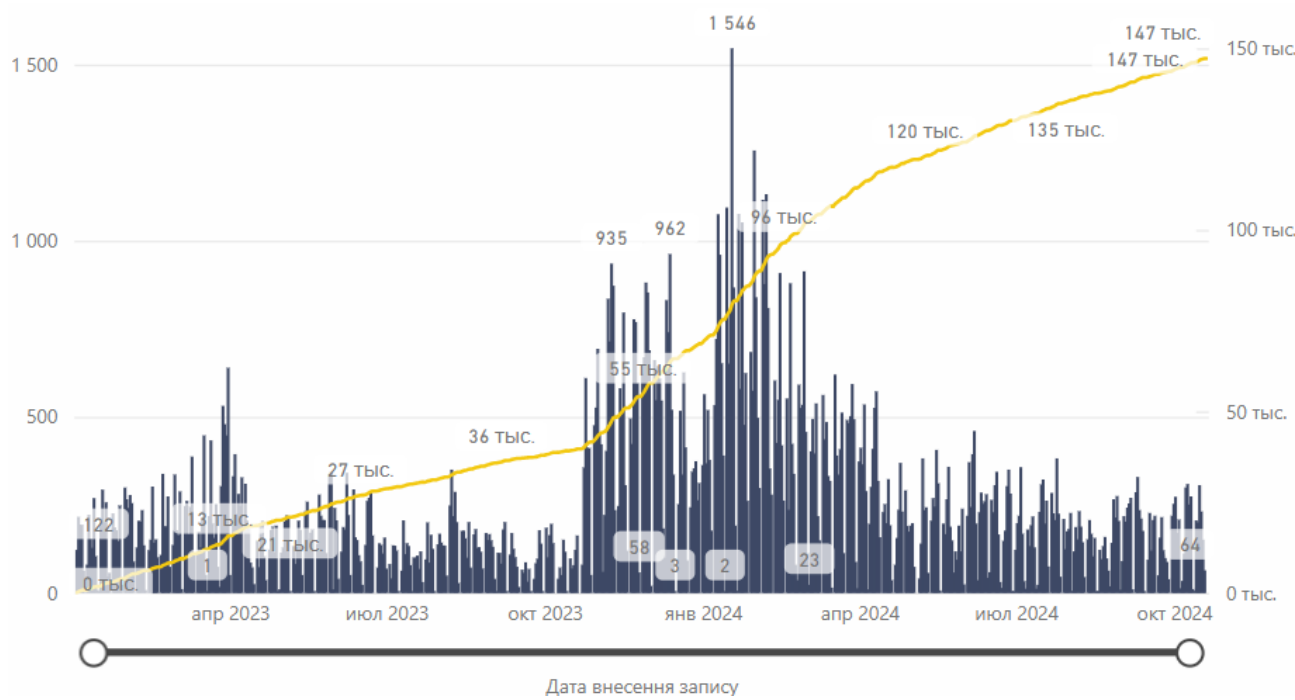


Рис. 2.1.11. Динаміка ведення медичних заходів з вакцинації [41].

Зобразимо схематично показники досягнення універсального охоплення населення медичними послугами на рівні первинної медичної допомоги в розрізі 1 кварталу 2022 року Рівненська область (Див. Рис. 2.1.12.).

Назва індикатору	Забезпеченість лікарями ПМД (на 100 тис. населення)			Частка осіб, які подали декларації про вибір лікаря ПМД (%)			Щільність місць надання ПМД (на 100 тис. населення)			Щільність центрів ПМД (на населення)	
Область	Чисельник	Знаменник	Індикатор	Чисельник	Знаменник	Індикатор	Чисельник	Знаменник	Індикатор	Чисельник	Знаменник
РІВНЕНСЬКА	803	1 151 570	69,7	1 033 055	1 151 570	89,7 %	338	1 151 570	29,4	102	1 151 570
Всього	803	1 151 570	69,7	1 033 055	1 151 570	89,7 %	338	1 151 570	29,4	102	1 151 570

Рис. 2.1.12. Досягнення універсального охоплення населення медичними послугами на рівні первинної медичної допомоги в розрізі 1 кварталу 2022 року Рівненська область [39]

Для порівняння зобразимо схематичні дані за інші квартали (Див. Рис. 2.1.13., 2.1.14.).

Назва індикатору	Забезпеченість лікарями ПМД (на 100 тис. населення)			Частка осіб, які подали декларації про вибір лікаря ПМД (%)			Щільність місць надання ПМД (на 100 тис. населення)			Щільність центрів ПМД (на населення)	
Область	Чисельник	Знаменник	Індикатор	Чисельник	Знаменник	Індикатор	Чисельник	Знаменник	Індикатор	Чисельник	Знаменник
РІВНЕНСЬКА	856	1 151 570	74,3	1 065 121	1 151 570	92,5 %	343	1 151 570	29,8	111	1 151 570
Всього	856	1 151 570	74,3	1 065 121	1 151 570	92,5 %	343	1 151 570	29,8	111	1 151 570

Рис. 2.1.13. Досягнення універсального охоплення населення медичними послугами на рівні первинної медичної допомоги в розрізі 4 кварталу 2022 року
Рівненська область [39]

Назва індикатору	Забезпеченість лікарями ПМД (на 100 тис. населення)			Частка осіб, які подали декларації про вибір лікаря ПМД (%)			Щільність місць надання ПМД (на 100 тис. населення)			Щільність центрів ПМД (на населення)	
Область	Чисельник	Знаменник	Індикатор	Чисельник	Знаменник	Індикатор	Чисельник	Знаменник	Індикатор	Чисельник	Знаменник
РІВНЕНСЬКА	840	1 151 570	72,9	1 056 648	1 151 570	91,8 %	340	1 151 570	29,5	104	1 151 570
Всього	840	1 151 570	72,9	1 056 648	1 151 570	91,8 %	340	1 151 570	29,5	104	1 151 570

Рис. 2.1.14. Досягнення універсального охоплення населення медичними послугами на рівні первинної медичної допомоги в розрізі 4 кварталу 2023 року
Рівненська область [39]

Як бачимо із таблиці динаміки, чисельник забезпеченості лікарями ПМД з кожним роком зростає.

2.2. Аналіз державного фінансування та підтримки закладів первинної медичної допомоги у Рівному

Система охорони здоров'я в Україні викликає глибоке занепокоєння серед населення, оскільки багато українців відчувають страх перед нею. Незважаючи на те, що громадяни витрачають значні кошти на медичні послуги, часто вони стикаються із застарілими інфраструктурами, ненадійною якістю обслуговування та ігноруванням їхніх прав як пацієнтів. Така ситуація не лише порушує конституційні гарантії доступу до медичної допомоги, а й негативно впливає на загальний рівень здоров'я та економічний добробут країни.

Система фінансування охорони здоров'я в Україні переважно залежить від бюджетних коштів, отриманих через податки. Важливо зазначити, що

видатки на лікування не пов'язані з особистими внесками пацієнтів. Нова стратегія фінансування передбачає перехід до моделі, де оплата буде здійснюватися за фактично надані медичні послуги, а не за кількість ліжок або персоналу в закладах охорони здоров'я. Ця концепція передбачає, що фінансування «слід за пацієнтом», а не за інфраструктурою.

Запровадження державного гарантованого пакета медичних послуг стане важливим кроком у реформах. Цей пакет міститиме чітко визначений обсяг медичної допомоги, який буде доступний усім громадянам. Вартість лікування покриватиметься частково або повністю системою медичного страхування, а пацієнти матимуть можливість здійснювати співоплату за необхідні послуги.

Незважаючи на ці зміни, на початкових етапах реформи контроль за фінансуванням залишатиметься за органами державної влади та місцевого самоврядування. Згодом планується переходити до моделі єдиного національного замовника медичних послуг, що сприятиме більшій прозорості та ефективності [15, с.180].

Крім того, необхідно розвивати електронні системи для збору та аналізу медичних і фінансових даних, що дозволить не лише реалізувати принцип «гроші слідують за пацієнтом», а й забезпечити інтеграцію різних рівнів медичної допомоги. Важливо, щоб реформи відбувалися поступово, з урахуванням соціального захисту медичних працівників і належної підготовки кадрів. Тільки так можна забезпечити успішну реалізацію нової моделі охорони здоров'я в Україні, відповідаючи на сучасні виклики та потреби населення.

Розглянемо показники оплати надавачам послуг із медичної допомоги за програмою медичних гарантій за останні роки м. Рівне [35] (табл.2.1.)

Таблиця 2.1.

Оплати надавачам послуг із медичної допомоги за програмою медичних гарантій 2018-2024 рр. (млн. грн.)

Назва закладу	Звітні роки						
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
ЦПМСД «Північний»	8,74	34,5	37,79	43,21	51,74	51,92	43,40
ЦПМСД «Центральний»	10,89	43,77	49,27	68,44	88,34	86,07	70,04
ЦПМСД «Ювілейний»	10,13	39,47	43,30	48,62	60,74	59,35	47,42

[35]

З таблиці вбачаються зміни в оплаті надавачам медичних послуг у динаміці, проаналізуємо тенденції та можливі причини змін. 2018 рік став відправною точкою для всіх трьох закладів. ЦПМСД «Північний» отримав 8,74 млн. грн., ЦПМСД «Центральний» – 10,89 млн. грн., а ЦПМСД «Ювілейний» – 10,14 млн. грн. У 2019 році фінансування зросло для всіх закладів, зокрема, найбільше зростання показав ЦПМСД «Центральний», що отримав 43,77 млн. грн. У 2020 році тенденція зростання фінансування продовжилась. ЦПМСД «Північний» зріс до 37,79 млн. грн., ЦПМСД «Центральний» – до 49,27 млн. грн., а ЦПМСД «Ювілейний» – до 43,30 млн. грн. Це свідчить про позитивні зміни в державному фінансуванні медичних закладів [35].

2021 рік став ще більш вдалим, знову демонструючи зростання для всіх закладів. ЦПМСД «Північний» отримав 43,21 млн. грн., ЦПМСД «Центральний» – 68,44 млн. грн., а ЦПМСД «Ювілейний» – 48,62 млн. грн. Зростання показників у цьому році, ймовірно, пов'язане з підвищенням потреб у медичних послугах через пандемію COVID-19. Однак, у 2022 році фінансування досягло свого піку. ЦПМСД «Північний» отримав 51,74 млн. грн., ЦПМСД «Центральний» – 88,34 млн. грн., а ЦПМСД «Ювілейний» – 60,74 млн. грн. Це свідчить про те, що заклади продовжували адаптуватися до нових умов і збільшувати обсяги наданих послуг. З 2023 року починається зниження

фінансування. ЦПМСД «Північний» отримав 51,92 млн. грн., ЦПМСД «Центральний» – 86,07 млн. грн., а ЦПМСД «Ювілейний» – 59,35 млн. грн. Ці показники, хоча й залишаються високими, вже не досягають рівнів 2022 року [35].

2024 рік продовжує цю тенденцію: фінансування для ЦПМСД «Північний» зменшилось до 43,99 млн. грн., ЦПМСД «Центральний» – до 70,04 млн. грн., а ЦПМСД «Ювілейний» – до 47,42 млн. грн. Загалом, усі три заклади зафіксували зниження фінансування в порівнянні з попереднім роком [35].

Зобразимо це схематично.

Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій станом на 2023 рік становлять 51 915 944 млн. грн. (Див. рис. 2.2.1.).

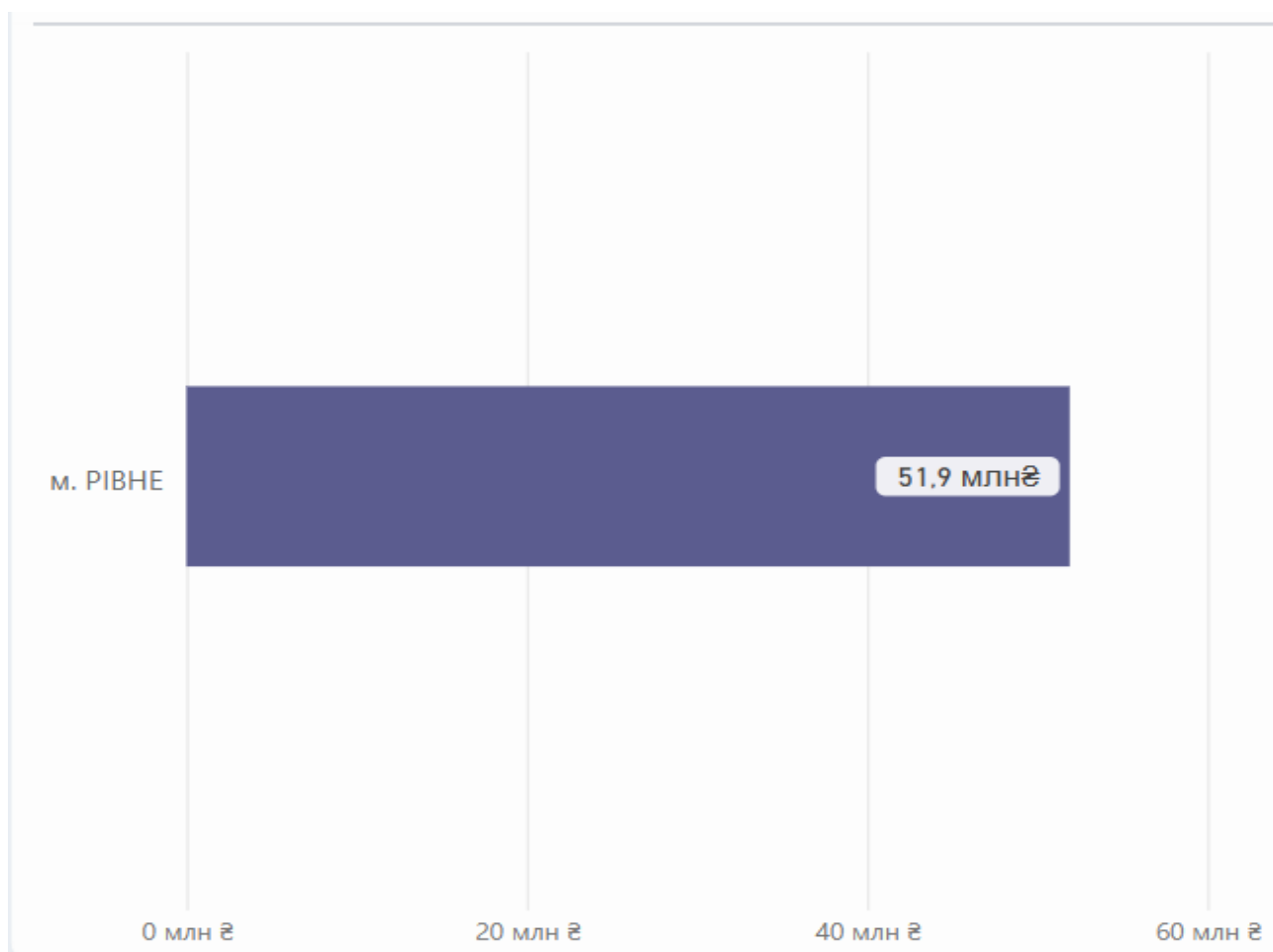


Рис. 2.2.1. Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій [39]

Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій станом на 2023 рік становлять 47 679 785 млн. грн. (Див. рис. 2.2.2.).

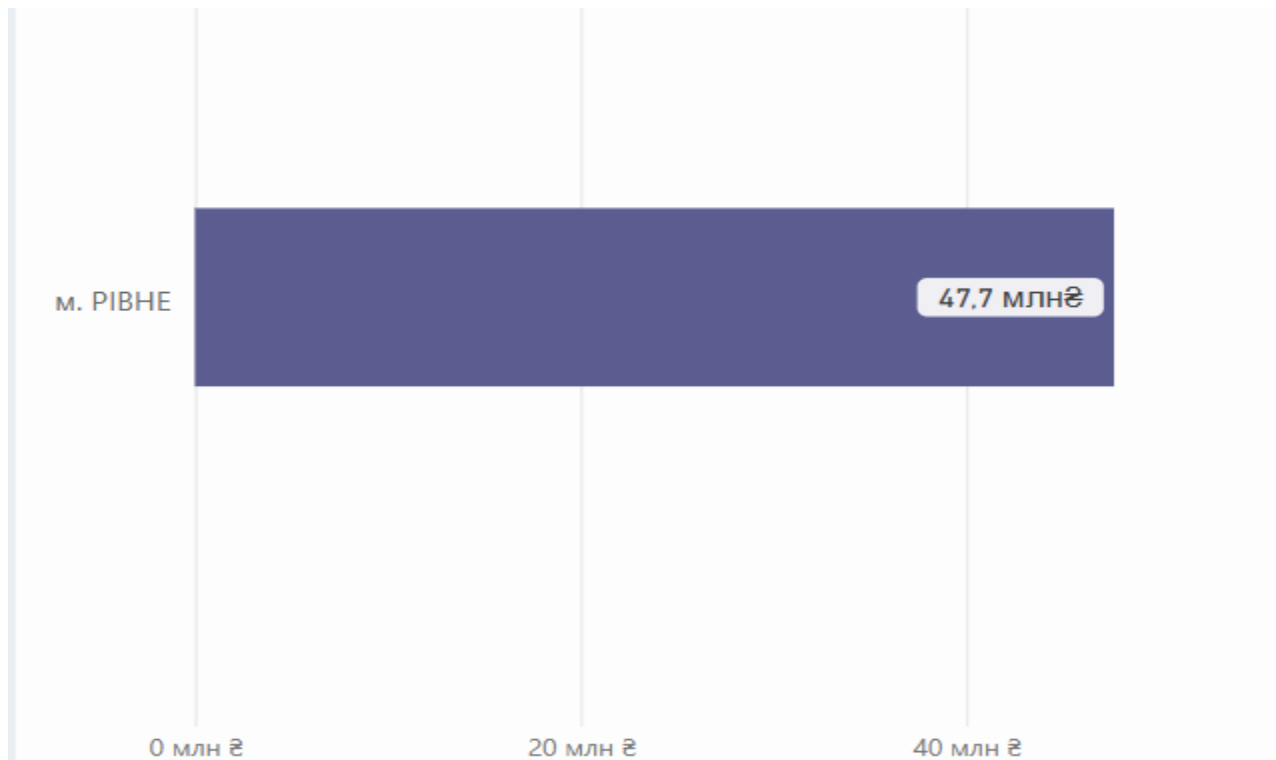


Рис. 2.2.2. Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій [39]

На основі представлених даних можна зробити висновок, що протягом 2018-2022 років спостерігалось значне зростання фінансування для всіх трьох ЦПМСД, що свідчить про позитивні зміни в системі охорони здоров'я. Однак, у 2023-2024 роках ми спостерігаємо тенденцію до зниження фінансування, що може свідчити про перегляд пріоритетів у державному бюджеті через війну та про зміну умов надання медичних послуг. Ці зміни можуть вплинути на доступність та якість медичної допомоги, що потребує подальшого моніторингу та аналізу з метою забезпечення стабільності та ефективності системи охорони здоров'я в Україні.

Аналіз динаміки оплат, здійснених НСЗУ за договорами з надавачами медичних послуг, свідчить про незначне зниження обсягу фінансування у 2023 році порівняно з 2022 роком для більшості закладів. Ця тенденція відображає поточні зміни у розподілі коштів або коригування фінансових потоків для забезпечення послуг. ЦПМСД «Північний» продемонстрував стабільність у надходженнях, отримавши 51,74 млн. грн. у 2022 році та 51,92 млн. грн. у 2023 році. Це незначне зростання вказує на збереження попереднього рівня фінансування, що свідчить про постійну затребуваність його послуг або ефективне обґрунтування фінансових потреб [18].

ЦПМСД «Центральний» відзначився незначним зменшенням фінансування з 88,34 млн. грн. у 2022 році до 86,07 млн. грн. у 2023 році. Це зниження може вказувати на перерозподіл ресурсів на інші заклади або зміни у кількості та структурі наданих послуг, але не є критичним для загального функціонування закладу.

Зобразимо це схематично.

Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій станом на 2023 рік становлять 86 071 268 млн. грн. (Див. рис. 2.2.3.).

Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій станом на 2024 рік становлять 76 913 857 млн. грн. (Див. рис. 2.2.4.).



Рис. 2.2.3. Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій [40]

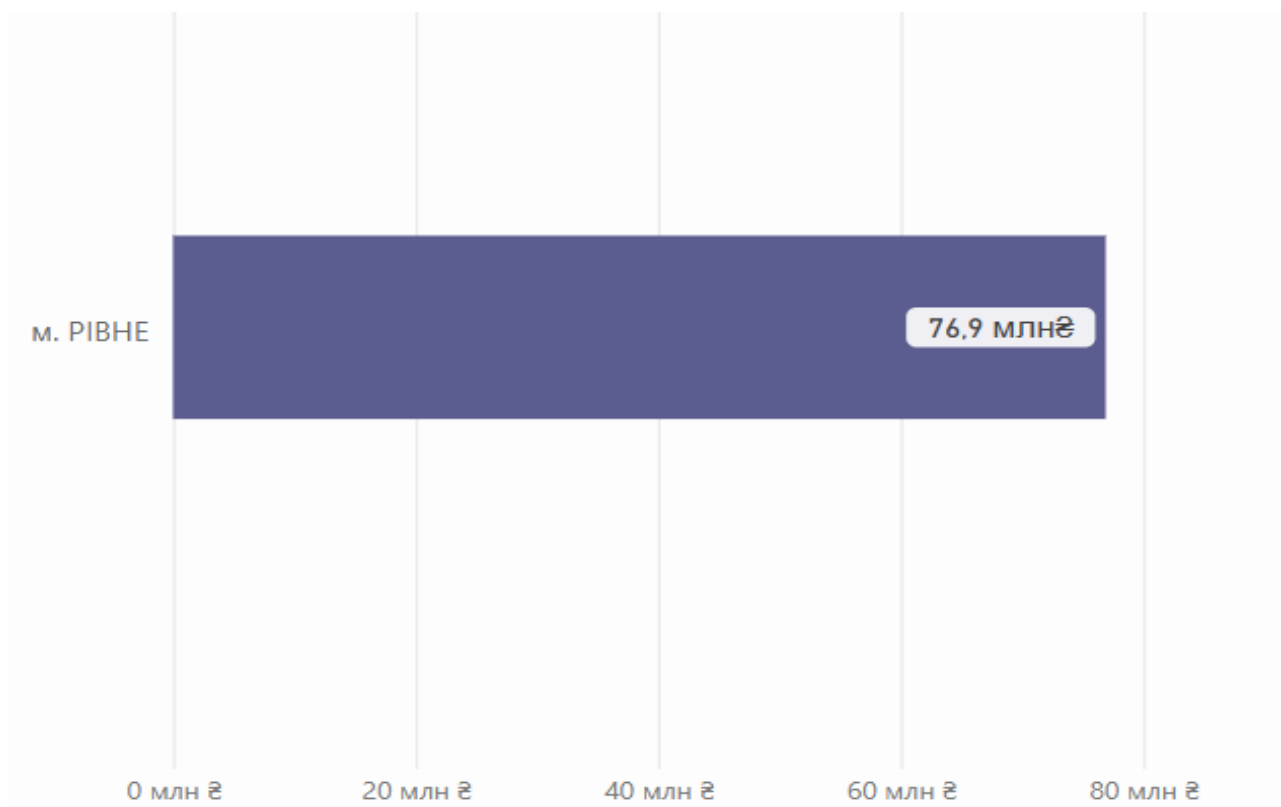


Рис. 2.2.4. Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій [40]

ЦПМСД «Ювілейний» також зазнав невеликого зниження обсягу фінансування: з 60,74 млн. грн. у 2022 році до 59,35 млн. грн. у 2023 році. Це може свідчити про зменшення кількості послуг або незначне скорочення програми фінансування для цього закладу. Таким чином, загальний тренд для всіх трьох закладів демонструє стабільність у фінансуванні з боку НСЗУ, із незначним зменшенням у 2023 році, що, ймовірно, пов'язано з коригуванням бюджету [18].

Зобразимо це схематично.

Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій станом на 2023 рік становлять 59 352 988 млн. грн. (Див. рис. 2.2.5.).

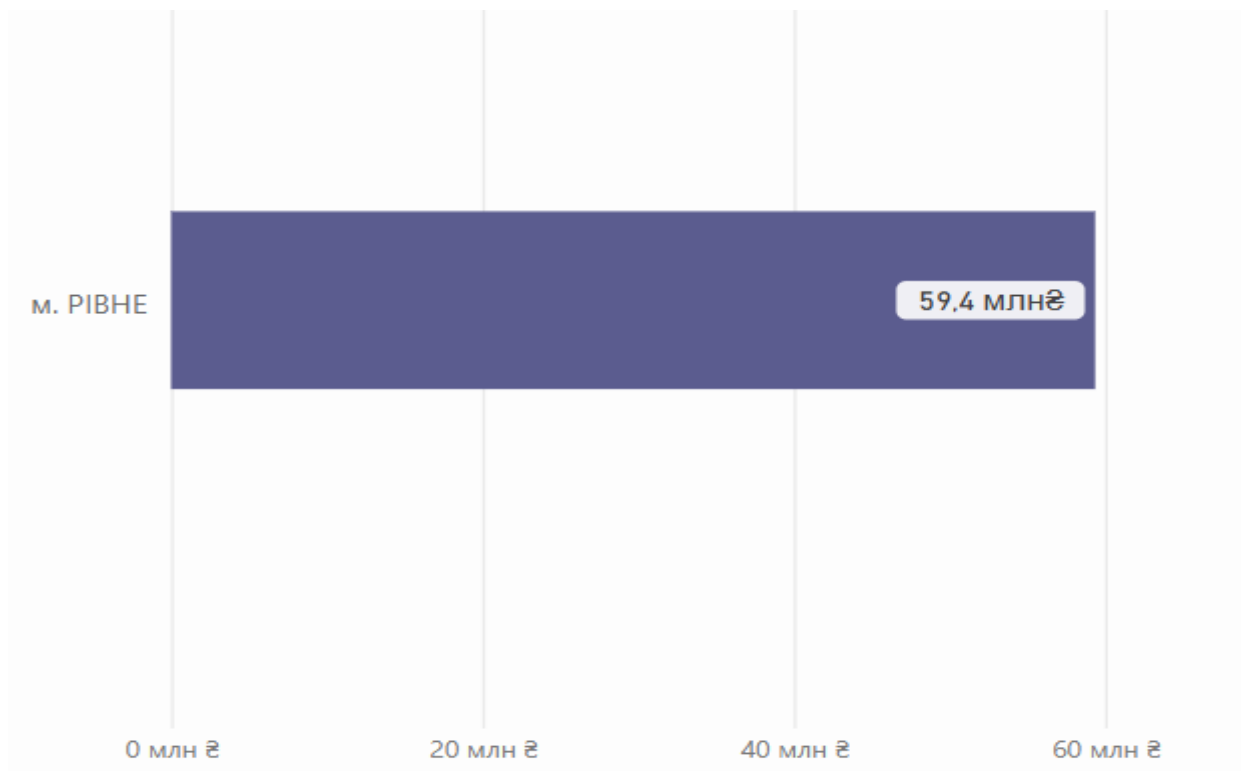


Рис. 2.2.5. Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій [18]

Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій станом на 2024 рік становлять 52 083 702 млн. грн. (Див. рис. 2.2.6.).

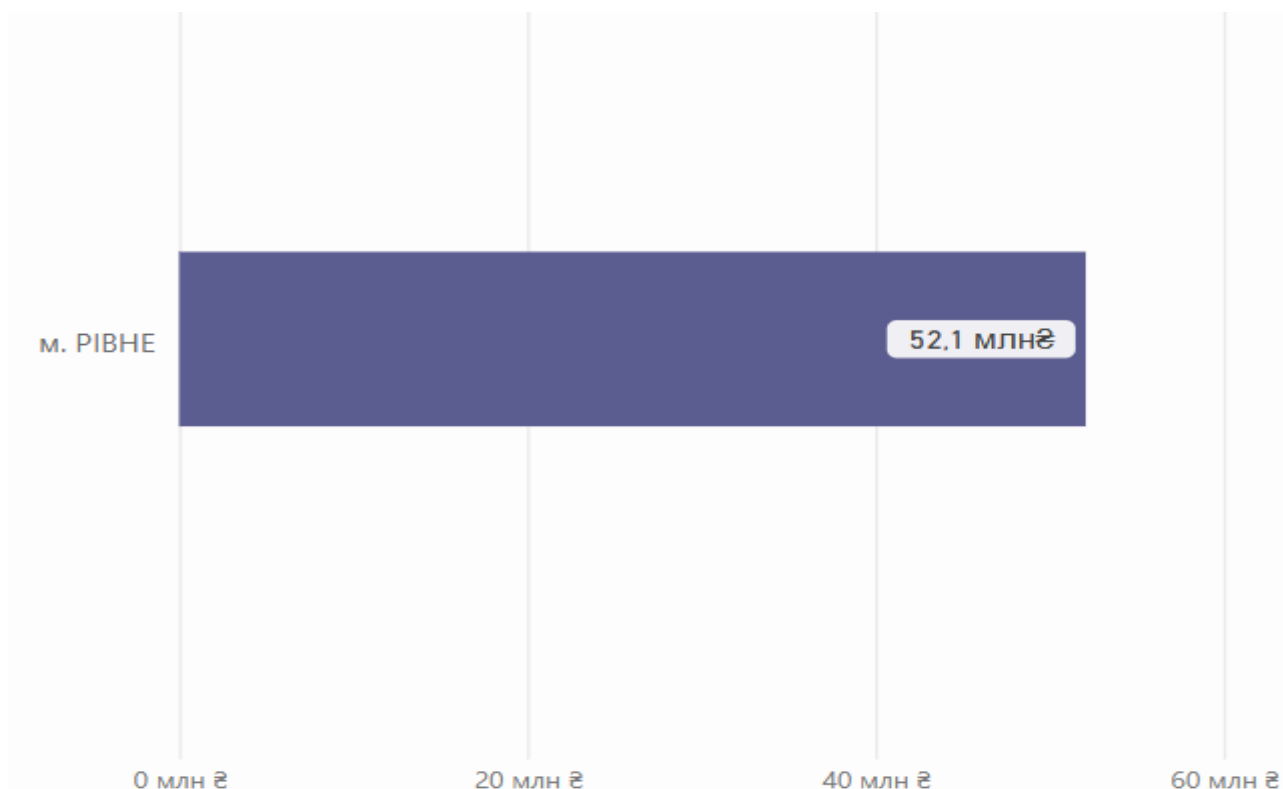


Рис. 2.2.6. Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій [18]

Аналіз фінансування за програмою медичних гарантій в 2024 році на прикладі трьох центрів первинної медико-санітарної допомоги «Північний», «Центральний» і «Ювілейний» показує, як розподіляються кошти серед пакетів медичних послуг для кожного закладу, відображаючи їх пріоритети та особливості роботи. Основний обсяг фінансування кожного з трьох ЦПМСД спрямовано на пакет «Первинна медична допомога»: найбільше коштів виділено ЦПМСД «Центральний» (68,05 млн. грн.), далі йдуть «Ювілейний» (55,07 млн. грн.) і «Північний» (52,04 млн. грн.). Це свідчить про пріоритетність надання первинної медичної допомоги та високий попит на ці послуги [18].

Зобразимо схематично оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій станом на 2023-24 роки у ЦПМСД «Центральний», «Північний» та «Ювілейний». становлять 374 017 544 млн. грн. (Див. рис. 2.2.7.).

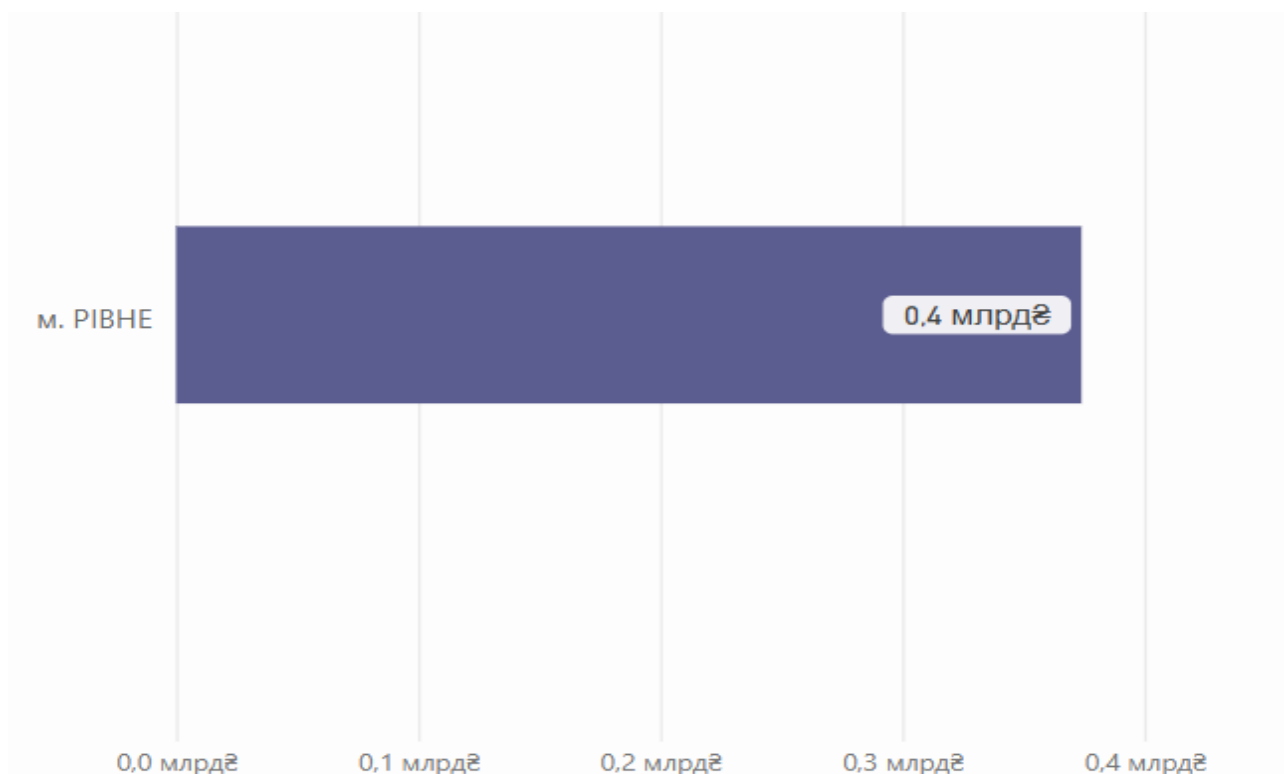


Рис. 2.2.7. Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій [18]

Щодо специфічних послуг, зокрема, супроводу пацієнтів з психічними розладами та туберкульозом, у ЦПМСД «Центральний» фінансування значно вище, ніж у «Північного» чи «Ювілейного». Наприклад, на супровід та лікування психічних розладів у «Центральному» виділено 1,25 млн. грн., що суттєво більше порівняно з іншими закладами. Це свідчить про більшу кількість пацієнтів з такими потребами або активніше залучення «Центрального» до спеціалізованих послуг.

Що стосується підтримки осіб із розладами внаслідок вживання опіоїдів, «Центральний» знову має найбільший обсяг фінансування – 15,20 млн. грн., що значно перевищує цей показник в інших закладах. Це свідчить про активну участь ЦПМСД «Центральний» у наданні замісної підтримувальної терапії.

Мобільна паліативна допомога та кадрове забезпечення також отримали більше фінансування в ЦПМСД «Центральний» і «Ювілейний», що може вказувати на спеціалізацію цих закладів у сфері надання паліативної допомоги. Наприклад, на мобільну паліативну допомогу у «Центральному» виділено 1,70

млн. грн., а в «Ювілейному» – 1,16 млн. грн. [18]. Крім того, «Ювілейний» має значну підтримку на езофагогастродуоденоскопію та колоноскопію (796,78 тис. грн.), що свідчить про наявність сучасного обладнання та фокусування на діагностичних послугах.

Отже, загальний аналіз показує, що первинна медична допомога залишається основною статтею фінансування для всіх закладів. Однак, ЦПМСД «Центральний» виділяється широким спектром спеціалізованих послуг із підтримки психічного здоров'я та терапії при опіоїдній залежності, тоді як «Ювілейний» акцентує увагу на діагностичних і паліативних послугах.

За результатами діяльності трьох центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) за перші два квартали 2024 року можна відзначити певні особливості щодо їх грошових коштів та фінансових інвестицій.

На початок звітної періоду фінансові резерви у вигляді грошових коштів суттєво відрізнялися між закладами. Так, ЦПМСД «Центральний» мав на старті 7,01 тис. грн., ЦПМСД «Ювілейний» – 17,78 тис. грн., тоді як у ЦПМСД «Північний» цей показник дорівнював нулю. Це може свідчити про відмінності в попередньому фінансуванні та накопичених коштах кожного закладу [12].

Протягом двох кварталів 2024 року ЦПМСД «Центральний» мав найбільші надходження, отримавши 51,3 млн. грн., що є значним приростом порівняно з іншими закладами. ЦПМСД «Ювілейний» отримав 36,55 млн. грн., тоді як ЦПМСД «Північний» – лише 6,5 млн. грн. Така різниця може свідчити про більший обсяг послуг, наданих «Центральним» та «Ювілейним», або про додаткове фінансування, отримане ними для розширення послуг [12].

Що стосується витрат, ЦПМСД «Ювілейний» також відзначився найвищими витратами – 36,90 млн. грн., витративши майже всі отримані кошти, тоді як ЦПМСД «Центральний» витратив лише 6,5 млн. грн. із загальної суми надходжень. Це може вказувати на обережну фінансову політику або планування великих витрат на майбутні періоди. ЦПМСД «Північний» також повністю використав свої надходження, витративши 6,5 млн. грн. [12]

Загалом, за підсумками першого півріччя 2024 року ЦПМСД «Центральний» та ЦПМСД «Ювілейний» мали значні фінансові надходження та продемонстрували різні підходи до витрат: «Ювілейний» активно витрачав кошти, тоді як «Центральний» зберіг частину фінансів на майбутні потреби.

Аналіз державного фінансування закладів первинної медичної допомоги у м. Рівне свідчить про значне зростання обсягів фінансування з 2018 до 2022 року, що відображає успіхи реформи охорони здоров'я та потреби, зокрема, викликані пандемією COVID-19. Така модель фінансування, у якій кошти слідують за пацієнтом, а не залежать від кількості персоналу чи ліжок, сприяє покращенню доступу до медичних послуг та їх якості. Зокрема, основну частину фінансування спрямовано на пакети «Первинна медична допомога», що відповідає високому попиту серед населення, хоча окремі заклади, наприклад ЦПМСД «Центральний», отримують додаткові ресурси на супровід пацієнтів із психічними розладами та терапію при опіоїдній залежності, підкреслюючи їхню спеціалізацію.

Однак, із 2023 року спостерігається стабілізація та поступове зниження фінансування. Це пов'язано із загальними економічними викликами та бюджетними обмеженнями в умовах воєнних витрат, що змушує переглядати пріоритети державної підтримки. У 2024 році центри первинної медико-санітарної допомоги продемонстрували різні підходи до управління фінансами: наприклад, ЦПМСД «Ювілейний» витрачав отримані кошти активніше, тоді як ЦПМСД «Центральний» зберіг частину фінансів для майбутніх потреб. Таким чином, хоча загальна підтримка первинної медичної допомоги залишається пріоритетом, тенденція до зниження фінансування може мати негативний вплив на доступність та якість послуг, що потребує подальшого моніторингу для забезпечення стабільності медичної системи.

2.3. Проблеми та перспективи державного регулювання первинної медичної допомоги на місцевому рівні

Питання реформування системи охорони здоров'я та необхідність удосконалення фінансового механізму стали предметом досліджень багатьох українських науковців. Л. Криничко та О. Мотайло, наприклад, вказують на проблему відсутності чітких показників для оцінки результативності розподілу бюджетних коштів на всіх рівнях управління та у медичних закладах, що суттєво знижує ефективність використання ресурсів [29, с.94]. Д. Драгунов наголошує, що в Україні тривалий час бракує належних фінансових інструментів підтримки медичних закладів, що ускладнює розвиток галузі та формує дефіцит кваліфікованого персоналу [16, с.171].

На думку В. Чорної, будь-яке скорочення бюджету під час реформування, спрямованого на підвищення ефективності, матиме негативний вплив на якість медичного обслуговування та може знизити мотивацію до подальших змін у системі охорони здоров'я. Це, у свою чергу, може привести до погіршення якості медичних послуг і загального занепаду медичної сфери [56, с.48].

В. Лехан, Л. Крячкова та М. Заярський підкреслюють, що реформи в сфері охорони здоров'я часто виявляються недостатньо системними й послідовними, а також мають фрагментарний характер. Вони вважають, що ключовою проблемою є вплив політичної ситуації на реформи та відсутність комплексної стратегії, яка б враховувала ризики, пов'язані з реалізацією змін. Додаткові труднощі виникають через прогалини в нормативно-правовій базі, зокрема, брак відповідності з конституційними положеннями, а також через недостатню кількість фахівців, здатних професійно управляти трансформаціями у цій галузі [30, с.7].

М. Беланюк, О. Радзієвська та Т. Маньгора, обговорюючи трансформації первинної медичної допомоги, звертають увагу на перекваліфікацію терапевтів та педіатрів у сімейних лікарів, яких критично бракує, особливо в менших населених пунктах. Цей процес, на їхню думку, може призвести до лікувально-

діагностичних помилок, адже він відбувається за умов обмеженої підготовки. До того ж, система скерування від сімейного лікаря до вузьких спеціалістів може затримувати доступ до медичних послуг та створювати передумови для корупції, що загрожує своєчасності та якості медичного обслуговування населення [2, с.124].

Ефективність фінансування української системи охорони здоров'я залежить від врахування кількох ключових аспектів. Передусім, важливо забезпечити надання медичних послуг відповідно до реальних потреб населення, особливо враховуючи постійно високий рівень звернень, який зростає під час кризових періодів, таких як епідемії, стихійні лиха чи військові конфлікти. Крім того, в багатьох країнах, навіть із розвиненою економікою, де частка видатків на охорону здоров'я становить 8–15% ВВП, бюджет цієї сфери часто залишається дефіцитним, що вимагає постійного нарощування фінансування.

Цей дефіцит пояснюється значним обсягом запитів на медичну допомогу, необхідністю швидкого реагування на гострі ситуації та високою вартістю медичних препаратів і обладнання. Також українська система охорони здоров'я є складною та багатокомпонентною, де безліч функціональних зв'язків і рівнів комунікації потребують скоординованого управління та оновлення. Це ускладнює процес реформування, оскільки система має природний супротив до змін і потребує тривалого періоду для впровадження будь-яких новацій.

В Україні триває процес реформування застарілої радянської системи охорони здоров'я, яка була створена для умов планової економіки та відома як модель Семашка. У сучасних реаліях цей підхід поступово замінюється новою системою, заснованою на досвіді західних країн, зокрема, Великої Британії, яка демонструє успішний приклад державного фінансування охорони здоров'я. Це реформування передбачає оновлення правової бази та розробку необхідних нормативно-правових актів для стабільного функціонування нових медичних інституцій [1, с. 138].

На користь адаптації британської моделі вплинуло те, що вона, як і Семашківська, заснована на принципах державного фінансування. Це значно спрощує перехідний процес для медичних працівників і пацієнтів завдяки схожій основі обох моделей. Основна мета впровадження моделі Беверіджа в Україні – забезпечення рівноправного доступу до медичних послуг для всіх громадян. Такий підхід передбачає надання базового пакета медичних послуг безкоштовно, що захищає пацієнтів від непосильних витрат на медицину, незалежно від їхнього соціального статусу чи рівня ризику.

Ще одна важлива ціль – це підвищення якості медичних послуг в умовах обмежених фінансових ресурсів. Британська модель фінансування ґрунтується на діяльності єдиного закупівельного агентства – Національної служби здоров'я, яка є державним страховиком і забезпечує надання гарантованого переліку медичних послуг. За аналогією, в Україні створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ), яка фінансується з державного бюджету та закуповує медичні послуги, укладаючи контракти з державними і приватними медичними закладами.

НСЗУ повинна прагнути до максимально ефективного використання державних коштів, спрямовуючи зусилля на покращення здоров'я громадян, підвищення фінансової захищеності та поліпшення якості і доступності медичних послуг. Щоб впливати на діяльність постачальників медичних послуг, НСЗУ застосовує такі інструменти, як стратегічне планування закупівель, контрактування медичних установ і стимулювання лікарів до покращення надання послуг [37, с.116].

На нашу думку, впровадження британської моделі фінансування охорони здоров'я в Україні є раціональним рішенням. Досвід Великобританії показує, що жодна держава не зможе ефективно покривати медичні потреби населення без стійкого фінансування з бюджету. Використання британського підходу дозволяє чітко розмежувати функції між постачальниками та організаціями, які закуповують послуги, що дає можливість ефективніше використовувати державні кошти. Цей підхід також створює передумови для розвитку

медичного страхування та залучення приватних партнерів до системи охорони здоров'я України.

Після переходу від постатейного кошторисного фінансування закладів охорони здоров'я (модель Семашко) до моделі Беверіджа, в якій оплата відбувається за фактичні результати, вводиться принцип «гроші слідують за пацієнтом». Це означає, що фінансування отримують конкретні медичні послуги, а не сама інфраструктура закладів охорони здоров'я.

Для ефективного впровадження цієї нової моделі необхідно постійно вдосконалювати електронну систему охорони здоров'я e-Health. Ця платформа забезпечує збір та обмін медичною та фінансовою інформацією, що дозволяє здійснювати аналіз стану здоров'я пацієнтів, розробляти оптимальні плани закупівлі медичних послуг і раціонально використовувати бюджетні кошти. Важливо також продовжувати діджиталізацію системи охорони здоров'я в Україні для ефективного моніторингу, аналізу та коригування процесів надання медичних послуг [42, с.190]

Проте, основною проблемою британської моделі є її залежність від бюджетного фінансування. Це призводить до ризику, що в умовах дефіциту державних коштів перелік гарантованих медичних послуг може бути скорочений, змушуючи пацієнтів оплачувати медичні послуги самотійно. Орієнтація на первинний рівень медичної допомоги є безумовною перевагою британської системи охорони здоров'я. Дослідження підтверджують, що приблизно 70-80% медичних потреб людини на протязі життя можуть бути задоволені виключно в рамках первинної медичної допомоги. Саме тому під час початкового етапу реформи охорони здоров'я в Україні акцент був зроблений на первинну медичну допомогу.

Згідно з основними принципами українського законодавства в сфері охорони здоров'я, первинна медична допомога охоплює надання консультацій, діагностику та лікування найпоширеніших захворювань, травм, отруєнь і фізіологічних станів, зокрема під час вагітності. Вона також включає проведення профілактичних заходів, направлення пацієнтів на вторинний або

третинний рівень медичної допомоги, коли це необхідно, а також надання невідкладної допомоги при психічних чи фізичних розладах, які не потребують термінового втручання.

Основним завданням постачальників ПМД є забезпечення населення комплексними та інтегрованими послугами, які характеризуються безперервністю та орієнтованістю на пацієнта [24]. Ці послуги повинні задовольняти потреби людей у відновленні та підтриманні здоров'я, запобіганні захворюванням, зменшенні потреби в госпіталізації та поліпшенні якості життя. Надавачами первинної медичної допомоги можуть бути медичні заклади різних форм власності, а також фізичні особи-підприємці, які мають відповідну ліцензію на медичну практику. Наразі система надання первинної медичної допомоги в Україні побудована на основах британської моделі, адаптованих для місцевих умов.

Ключовими аспектами цієї системи є доступність, безпечність, своєчасність і ефективність надання медичних послуг. Це означає, що пацієнти повинні мати змогу отримувати медичну допомогу швидко, а лікування й обстеження мають проводитися з максимальною вигодою та мінімізацією ризиків виникнення помилок [24].

Крім того, важливим елементом є принцип недискримінації, що гарантує пацієнтам право вибору лікаря, незалежно від статі, раси, національності, місця проживання або соціального статусу. Це забезпечує особистісний підхід до кожного пацієнта і його потреб. Економічна ефективність також грає важливу роль, адже первинна медична допомога повинна бути організована таким чином, щоб ресурси використовувалися раціонально і без витрат, що не приносять користі.

З огляду на досвід Великої Британії, в Україні впроваджено змішану модель фінансування надавачів первинної медичної допомоги. Основна частина фінансування формується через капітаційну ставку – певну суму, що виділяється на одного пацієнта, зареєстрованого у конкретного лікаря, що спеціалізується на загальній практиці або сімейній медицині. Ця ставка може

коригуватися за рахунок коефіцієнтів, які враховують статевовікову структуру пацієнтів та особливості регіону, зокрема в умовах складної географії, як, наприклад, у гірських або сільських місцевостях. При такій моделі фінансування надавачі первинної медичної допомоги отримують регулярні виплати на кожну особу, для забезпечення медичних послуг відповідно до затвердженого переліку гарантій [13, с.129].

Згідно з українським законодавством, зокрема Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», тарифні ставки та коригувальні коефіцієнти визначаються центральним органом виконавчої влади, відповідальним за формування політики у сфері охорони здоров'я, у тісній співпраці з органами, які займаються бюджетною та фінансовою політикою. Щороку обсяг фінансування програми медичних гарантій визначається в Законі про Державний бюджет України та складає не менше 5% від ВВП країни, що гарантує захищеність видатків для цієї програми.

Важливо зазначити, що до базової капітаційної ставки можуть бути додані бонуси за досягнення певних показників, визначених у договорах на надання первинної медичної допомоги. Наприклад, це можуть бути доплати за високу вакцинацію населення або участь у скринінгових програмах [53, с.49].

З економічної точки зору, капітаційне фінансування є ефективним інструментом для контролю та прогнозування витрат у системі охорони здоров'я України. Це фінансування, навіть за умов обмеженої конкуренції серед постачальників первинної медичної допомоги, сприяє раціональному використанню ресурсів та їх справедливому розподілу. При цьому розмір фінансування визначається на основі прогнозованого обсягу послуг, що дозволяє забезпечити баланс між попитом і пропозицією в медичному секторі.

Національна служба здоров'я України виконує ряд важливих функцій, які мають значний фінансовий вплив. Серед них виділяються наступні:

- оцінка фінансової звітності постачальників медичних послуг, що дозволяє виявити тенденції та забезпечити прозорість у витратах;

– здійснення моніторингу та реалізація заходів для ефективного і цільового використання бюджетних коштів, передбачених програмою медичних гарантій [33, с.112].

Реформа системи охорони здоров'я в Україні має кілька ключових напрямків, які потребують уваги та розробки. По-перше, важливим аспектом є підвищення якості медичних послуг та обслуговування, що безпосередньо впливає на задоволеність пацієнтів. Наступним кроком є впровадження стандартизації медичної допомоги, а також акредитація та ліцензування медичних установ, що забезпечить їх відповідність сучасним вимогам.

Соціальне медичне страхування також має стати невід'ємною частиною цієї реформи, адже воно здатне значно поліпшити доступ до медичних послуг для населення. Децентралізація і автономізація медичних закладів дозволять забезпечити більшу гнучкість у управлінні та фінансуванні.

Фінансування медичних установ потребує перегляду, щоб забезпечити стабільність та ефективність надання послуг. Регулювання цін на лікарські засоби стане важливим елементом контролю витрат пацієнтів, в той час як профілактика, діагностика та лікування певних захворювань повинні отримувати особливу увагу в рамках цієї реформи.

Первинна медична допомога відіграє критично важливу роль у забезпеченні доступності медичних послуг для населення та є основою системи охорони здоров'я. Проте в умовах реформування, яке відбувається в Україні, існує безліч проблем, що ускладнюють ефективність функціонування первинної медичної допомоги.

Одна з найгостріших проблем – нерівність у доступності медичних послуг. У віддалених сільських районах існує брак кваліфікованих спеціалістів, що призводить до обмеженого доступу до медичної допомоги. У великих містах ситуація дещо краща, але і там існують райони з недостатньою кількістю медичних установ. Також важливим аспектом є фінансування. Багато територіальних громад не мають можливостей забезпечити належний рівень медичних послуг через брак фінансових ресурсів, що впливає на матеріально-

технічну базу медичних закладів. Це, в свою чергу, негативно позначається на якості надання медичних послуг, адже недостатнє фінансування призводить до відсутності необхідного обладнання, медикаментів і ресурсів.

Кадрова проблема також залишається невирішеною. Дефіцит лікарів загальної практики, особливо в сільській місцевості, ускладнює надання необхідної медичної допомоги. Низькі зарплати, важкі умови праці та відсутність перспектив для кар'єрного зростання відштовхують молодих спеціалістів від роботи в первинній ланці, що поглиблює кадрову кризу. Кількість медичних працівників, які готові працювати в умовах села, залишається на критично низькому рівні, що знижує загальну ефективність надання первинної медичної допомоги [49].

Законодавчі та адміністративні бар'єри також негативно впливають на систему. Складні процедури та непрозорі механізми регулювання фінансування створюють труднощі для медичних закладів. Багато установ стикаються з бюрократичними перепонами, які затримують процеси отримання коштів, що необхідні для забезпечення належної роботи медичних закладів. В результаті цього виникає нерегулярність у фінансуванні, що позначається на можливостях закладів надавати якісну допомогу.

Крім того, недостатня інтеграція сучасних інформаційних технологій у систему охорони здоров'я є важливим чинником, що стримує розвиток первинної медичної допомоги. Впровадження електронних медичних записів, систем телемедицини та інших інноваційних рішень могло б значно поліпшити доступність та ефективність медичних послуг. Проте для цього необхідні інвестиції, а також навчання медичного персоналу, що є ще одним викликом для держави.

Попри ці проблеми, існують і перспективи, які можуть позитивно вплинути на розвиток первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Одним із ключових напрямків є підвищення фінансування. Збільшення видатків на первинну медичну допомогу дозволить медичним закладам модернізувати свою інфраструктуру, підвищити зарплати медичних працівників, що, у свою чергу,

може призвести до покращення якості надання медичних послуг. Важливо, щоб уряд забезпечив рівномірний розподіл ресурсів між регіонами, аби уникнути нерівності у доступності медичних послуг.

Необхідно також розробити ефективні стратегії для залучення молодих спеціалістів до роботи в первинній медичній допомозі. Можливість отримання житлових субсидій, підвищення зарплат та створення умов для професійного розвитку можуть стимулювати молодих лікарів залишатися та працювати в сільських і віддалених районах. Це не лише забезпечить необхідний кадровий ресурс, але й покращить якість надання медичних послуг у таких регіонах [49].

Державне регулювання первинної медичної допомоги може бути значно покращено за рахунок спрощення адміністративних процедур та підвищення прозорості у фінансуванні. Наявність чітких, зрозумілих правил та механізмів надання фінансування медичним закладам сприятиме зменшенню бюрократичних затримок і забезпечить медичним установам необхідні ресурси для ефективної роботи. Необхідно також активізувати роботу з впровадження сучасних інформаційних технологій, що дозволить оптимізувати процеси надання медичних послуг і покращити доступність інформації для пацієнтів.

Успішна реалізація цих заходів вимагатиме зусиль з боку держави, місцевих органів влади та медичних закладів. Співпраця всіх учасників процесу дозволить створити більш ефективну систему первинної медичної допомоги, що відповідатиме потребам населення. З урахуванням глобальних викликів у сфері охорони здоров'я, таких як пандемії та зміни клімату, важливо також запроваджувати інноваційні підходи та адаптувати систему до нових умов.

Таким чином, державне регулювання первинної медичної допомоги на місцевому рівні в Україні потребує комплексного підходу. Вирішення існуючих проблем та реалізація перспективних ініціатив можуть суттєво поліпшити якість медичних послуг, що надаються населенню, та забезпечити доступність медичної допомоги для всіх верств населення, незалежно від місця проживання.

Висновки до розділу 2

Заклади первинної медичної допомоги в Рівному відіграють ключову роль у забезпеченні медичних послуг для населення. На базі комунальних неприбуткових підприємств функціонує 34 медичні заклади, які обслуговують населення через укладені договори з Національною службою здоров'я України. Професіонали, що працюють у цих закладах, забезпечують медичну допомогу відповідно до підписаних декларацій, що сприяє ефективному доступу до лікування та профілактичних заходів. З огляду на статистику, 273355 активних декларацій, зокрема серед різних вікових та статевих груп, свідчить про широкий охоплення медичними послугами.

Основні медичні установи, такі як КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги «Північний», «Центральний» і «Ювілейний», забезпечують доступність медичних послуг через розвинену мережу амбулаторій. Ці заклади пропонують широкий спектр послуг, починаючи від базових консультацій і діагностики до лікування хронічних захворювань. Впровадження електронних систем обліку дозволяє пацієнтам зручно записуватися на прийом, що суттєво підвищує ефективність обслуговування. Завдяки активній участі в державних програмах заклади сприяють підвищенню обізнаності населення про здоров'я, що є важливим аспектом в профілактиці захворювань.

Значний попит на медичні послуги, підтверджений статистикою відвідувань лікарів та кількістю виїзних бригад, свідчить про ефективність системи первинної медичної допомоги в Рівному. Крім того, заклади активно адаптуються до потреб населення, надаючи не лише лікувальні послуги, але й проводячи профілактичні кампанії. Це підкреслює важливість цих медичних установ у формуванні здорового суспільства та забезпеченні доступності медичної допомоги для всіх верств населення. Успішна діяльність закладів первинної медичної допомоги стає запорукою підвищення загального рівня здоров'я населення та покращення якості медичних послуг у місті.

Аналіз системи охорони здоров'я в Україні вказує на серйозні проблеми, які потребують термінового вирішення. Попри значні витрати населення на медичні послуги, пацієнти стикаються із застарілою інфраструктурою, ненадійною якістю обслуговування та порушенням прав, що негативно позначається на загальному рівні здоров'я громадян. Перехід до нової моделі фінансування, заснованої на принципі «гроші слідують за пацієнтом», є важливим кроком у напрямку поліпшення доступу до медичних послуг і підвищення їх якості. Впровадження державного гарантованого пакета медичних послуг також має стати основою для реформи, проте його реалізація вимагатиме пильного контролю за використанням бюджетних коштів.

Ситуація з фінансуванням медичних закладів у Рівному свідчить про динамічні зміни у бюджетному забезпеченні. Період з 2018 по 2022 рік демонструє значне зростання фінансування для центрів первинної медико-санітарної допомоги, що підтверджує успіхи в реформах охорони здоров'я, особливо на фоні викликів пандемії COVID-19. Проте, вже з 2023 року спостерігається стабілізація і навіть зниження фінансування, що може бути наслідком економічних викликів, пов'язаних з війною. Важливо забезпечити подальший моніторинг цих тенденцій, оскільки зміни у фінансуванні можуть негативно вплинути на доступність та якість медичних послуг.

Підсумовуючи, реформи в охороні здоров'я в Україні потребують комплексного підходу, що включає модернізацію інфраструктури, підвищення ефективності використання фінансових ресурсів та врахування соціальних потреб медичних працівників. Зараз, коли система охорони здоров'я стикається з новими викликами, важливо розробити стратегії, які забезпечать стабільність та ефективність у наданні медичних послуг. Тільки таким чином можна досягти суттєвих поліпшень у сфері охорони здоров'я, що, зрештою, позитивно вплине на добробут суспільства.

Реформа системи охорони здоров'я в Україні є складним і багатогранним процесом, який вимагає комплексного підходу до вирішення численних проблем, що виникають на різних етапах реалізації змін. Важливим аспектом

цього процесу є визнання недостатньої ефективності існуючих фінансових механізмів, що призводить до нерівномірного доступу до медичних послуг та їх низької якості, особливо в сільських районах. Питання фінансування медичних установ, кадрового забезпечення та правового регулювання залишаються на порядку денному, і їх вирішення потребує зусиль з боку держави та медичних організацій.

Основними викликами, з якими стикається первинна медична допомога, є дефіцит кваліфікованих спеціалістів, нерівномірність ресурсного забезпечення та складності з фінансуванням. Це створює загрози для своєчасності та якості надання медичних послуг, адже в умовах обмеженого бюджету важливо, щоб усі регіони отримували достатню підтримку. Водночас, розширення фінансування і впровадження нових технологій можуть значно покращити ситуацію, забезпечивши необхідні умови для ефективної роботи медичних закладів.

Перспективи розвитку системи охорони здоров'я в Україні, зокрема первинної медичної допомоги, залежатимуть від реальних зусиль у напрямку підвищення фінансування, впровадження стандартів якості та залучення нових спеціалістів. Стратегічні ініціативи, такі як соціальне медичне страхування, децентралізація та модернізація інфраструктури, можуть забезпечити більш ефективну організацію медичних послуг. Однак, для досягнення цих цілей необхідно проводити систематичну роботу з усунення існуючих бар'єрів, включаючи законодавчі, адміністративні та інформаційні, що заважають розвитку медичної сфери в Україні.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В МІСТІ РІВНЕ

3.1. Шляхи підвищення ефективності державного регулювання діяльності закладів первинної медичної допомоги

Протягом останніх п'яти років в Україні проведено суттєві зміни в системі охорони здоров'я, які дозволили значно зміцнити первинну ланку медичної допомоги. В рамках нової урядової ініціативи, що визначає Стратегію розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року [34], сформульовані чіткі цілі для подальшого вдосконалення.

Ключовим аспектом якісного надання медичних послуг є наявність компетентних, добре підготовлених та мотивованих медичних працівників, які сприяють покращенню загального стану здоров'я населення.

Серед інноваційних підходів та перспектив розвитку первинної ланки медичної допомоги виділяються:

1. Залучення фахівців. Перші результати медичної реформи в первинній ланці демонструють, що на неї покладено багато важливих завдань, які виходять за межі традиційної лікувальної діяльності. Серед цих завдань – профілактика, вакцинація, збір статистичних даних та активна інформаційна взаємодія з пацієнтами. Усе це ускладнює роботу лікаря, тому без підтримки медичних сестер ефективно виконати ці функції стає практично неможливо. Оскільки підготовка лікарів є тривалим та витратним процесом, логічним кроком буде делегування частини обов'язків медсестрам [3, с.71].

Необхідно розробити різнорівневу систему повноважень медсестер. За даними ВООЗ, в деяких країнах існує до 15 і більше категорій сестринських посад з різними рівнями підготовки. Поглиблена освіта та практичний досвід медсестер дозволяють їм розширювати свої повноваження в різних напрямках і

спеціалізаціях. У багатьох країнах набуває популярності практика отримання вищої освіти в галузі медсестринства.

Розширення повноважень медсестер може включати надання послуг з догляду за паліативними пацієнтами та літніми людьми, а також активну участь у профілактичній роботі серед населення. Наприклад, в Канаді існують медсестри громади з розширеними функціями, які здійснюють відвідування пацієнтів на дому. Це рішення фінансово під силу місцевим бюджетам, які часто не можуть утримувати власні лікарні. Залучення медсестер громади знижує навантаження на систему екстреної медичної допомоги.

У європейських країнах, де реалізовані медичні системи, схожі на нашу, медичні сестри та брати мають розширені повноваження на первинному рівні. Вони не є простими асистентами лікарів, а повноцінно беруть участь у процесі лікування. Вони можуть самостійно проводити огляди, вакцинацію, а в окремих випадках навіть призначати лікування і виписувати рецепти, а також проводити мотиваційне консультування [4, с.122].

Запит на ці зміни має ініціювати керівництво медичних закладів, яке повинно усвідомити економічну вигоду від розширення функцій медсестер та інвестувати у цю ініціативу свій час і ресурси.

В рамках Україно-швейцарського проєкту «Розвиток медичної освіти» проведено опитування, яке відображає готовність до змін у повноваженнях медичних сестер у сфері первинної медичної допомоги. Результати показали, що 59% управлінців та 45% лікарів підтримали ідею делегування частини обов'язків медсестрам.

У 2022 році команда проєкту розпочала реалізацію пілотного проєкту «Медична сестра з розширеними повноваженнями» у семи закладах охорони здоров'я по всій Україні. Основною метою цього проєкту є покращення доступу до якісних послуг первинної медичної допомоги шляхом надання медичним сестрам нових навичок і повноважень. Однією з ключових змін, що плануються, є впровадження роздільного прийому пацієнтів лікарями та медсестрами в закладах ПМД [4].

Цей проєкт акцентує увагу на важливих аспектах підготовки медичних сестер, включаючи покращення їхніх клінічних та комунікаційних навичок. Освітні заходи також спрямовані на розвиток командної роботи між медичними сестрами та лікарями, що має стати основою для ефективного надання медичних послуг. Невдовзі така практика буде впроваджена по всій території України, що обіцяє позитивні зміни в системі охорони здоров'я країни.

2. Інтегрована модель. Назва «Інтегрована медична допомога» (далі – ІМД) походить від латинського слова «integer», яке означає «цілісний». Основною метою ІМД є вдосконалення пацієнтського досвіду шляхом формування ефективних зв'язків, спільних цілей і підходів у рамках комплексної мережі закладів охорони здоров'я, що діють у злагодженій і скоординованій манері [9, с.143].

Пацієнти прагнуть бути сприйнятими як цілісні особистості, тому інтегровані послуги, які орієнтовані на індивіда, акцентують увагу на потребах людей, а не лише на лікуванні хвороб. Ця система дозволяє зменшити фрагментацію в охороні здоров'я та забезпечити кращу координацію між надавачами послуг. Як результат, медична допомога стає більш адекватною до вимог пацієнтів, пропонуючи цілісний досвід лікування, що враховує їхні потреби на всіх етапах медичного обслуговування – від первинної допомоги до спеціалізованої.

Кожен заклад охорони здоров'я, незалежно від форми власності чи джерел фінансування, є важливою частиною інтегрованої системи, через яку мешканці громади отримують медичні послуги. Якість та доступність цих послуг, як фінансова, так і логістична, безпосередньо впливають на загальний стан здоров'я населення [55, с.119]. Однак, на самопочуття людини впливають не тільки медичні фактори. Дослідження, проведене американськими вченими, показує, що стан здоров'я на 50% визначається способом життя (ментальне здоров'я, харчування, умови праці, житлові умови, освіта тощо), на 20% – екологічними факторами, на 20% – генетикою і лише на 10% – системою охорони здоров'я. При цьому, 15% усіх смертей зумовлені екологічними

ризиками, 22% – неправильним харчуванням, 3% – недостатньою фізичною активністю та 3% – недоїданням у дитинстві [9, с.144].

Основні цілі такої концепції включають:

- поліпшення здоров'я дітей та молоді;
- підтримку літніх людей для подовження їх фізичного благополуччя та незалежності;
- допомогу особам із хронічними захворюваннями або проблемами психічного здоров'я;
- ефективне використання спільних ресурсів громади, щоб забезпечити швидкий доступ до допомоги.

Для реалізації цієї концепції важливо залучити не лише первинну медичну допомогу, місцеве самоврядування, пацієнтські організації та наглядові ради, але й широкий спектр стейкхолдерів, що сприятиме успішному досягненню поставлених цілей.

На прикладі Великої Британії, де реалізується новітній підхід до медичного обслуговування, завдання підтримки пацієнтів покладено не лише на лікарів та високоосвічених медсестер, але й на працівників соціальних служб. Ці «медичні координатори» виконують ключову роль у супроводі пацієнтів, як в межах закладів охорони здоров'я, що належать громадам, так і за їх межами. Вони забезпечують зв'язок між пацієнтом та необхідними спеціалістами, процедурами, а також громадськими та соціальними організаціями. Координатори вважають процес лікування пацієнта цілісним, що включає всі етапи його медичної допомоги [29, с.95].

Ефективна співпраця між різними учасниками госпітального кластеру може значно знизити витрати, якщо акцент буде зроблено на запобіганні загострення хронічних захворювань і швидкому реагуванні на гострі стани. Партнерство з організаціями поза медичним сектором відкриває можливості для поліпшення здоров'я громадян через комплексний підхід. Наприклад, ініціативи, спрямовані на підтримку дітей дошкільного віку, можуть суттєво підвищити їхнє ментальне і фізичне благополуччя.

Додатково, залучення сусідніх громад, неурядових організацій і міжнародних проєктів може допомогти в відновленні людського капіталу та покращенні здоров'я населення. Це не лише інвестиція в майбутнє, а й важливий крок для забезпечення економічної стабільності та соціального добробуту в країні.

В Україні вже функціонують «Інтегровані центри», які надають всебічну медичну допомогу особам, постраждалим від військових дій, демонструючи важливість комплексного підходу у сфері охорони здоров'я. Унікальність сучасної моделі медичних послуг полягає в її адаптивному підході до потреб людей, які постраждали від воєнних дій. Для забезпечення максимальної доступності цієї допомоги в Україні, Інтегровані центри створюються на основі Центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД). Сімейні лікарі, які працюють у ЦПМСД, часто є першими спеціалістами, до яких звертаються внутрішньо переміщені особи, жертви насильства та військових конфліктів [37, с.39].

Ці центри надають безкоштовні послуги, які охоплюють не лише медичну допомогу, а й консультації психологів, соціальних працівників та юристів. Команди фахівців в Інтегрованих центрах зосереджуються на підтримці ментального здоров'я, а також на вирішенні соціальних та юридичних проблем клієнтів.

Протягом року реалізації проєкту було створено Інтегровані центри в таких містах, як Одеса, Миколаїв, Запоріжжя, Дніпро, Харків та Херсон, у загальному – 10 таких установ. Вони надають комплексну підтримку постраждалим від війни, гендерно зумовленого насильства та внутрішньо переміщеним особам, пропонуючи одночасно медичні, психосоціальні та юридичні послуги. За даними станом на 30 вересня 2023 року, понад 51 000 осіб з числа ВПО та місцевих мешканців отримали понад 140 000 різних соціально-психологічних послуг, включаючи кейс-менеджмент та підтримку у сфері психічного здоров'я [36, с.57].

Одним із напрямків розвитку інтегрованої медицини є мультидисциплінарний підхід, що вимагає істотних змін у кадровій політиці та фінансуванні. Згідно з аналітичним звітом ВООЗ, «Фінансування первинної медичної допомоги в Україні: аналіз ситуації та політичні міркування», для розширення обсягу первинної медичної допомоги потрібні нові моделі обслуговування та збільшення фінансування. Важливо, щоб діагностичні послуги були доступні якомога ближче до місць проживання пацієнтів, оскільки це допоможе зменшити потреби у пересуванні та бар'єри для доступу.

Такі питання тісно пов'язані з актуальними процесами в Україні, зокрема, децентралізацією та військовою агресією з боку Росії. Інтегрована медична допомога може бути розглянута як важливий інструмент для покращення медичних послуг у віддалених громадах, зокрема в сільській місцевості. Одним із можливих рішень є трансформація закладів охорони здоров'я, які не увійшли до спроможної мережі, у клініки громади, що поєднуюватимуть первинну та вторинну амбулаторну допомогу, або ж покращення функцій ЦПМСД через розширення їх діагностичних та спеціалізованих послуг [37].

Однак, впровадження таких змін вимагатиме перегляду нормативної бази, глибшого аналізу ситуації та широкого громадського обговорення.

3. Телемедицина. Зростаюча популярність дистанційних консультацій робить медичні послуги більш доступними та зручними для пацієнтів, що особливо актуально в умовах сучасних викликів. Телемедицина стає дедалі важливішою у сучасному медичному середовищі, особливо з огляду на новітні технології та віддалену діагностику, що особливо корисно для мешканців віддалених регіонів. Вона забезпечує можливість раннього виявлення захворювань, що має вирішальне значення, коли фізична присутність пацієнта на прийомі лікаря є складною. Завдяки онлайн-моніторингу лікарі можуть контролювати стан пацієнтів, що страждають на хронічні захворювання, і зменшити кількість необхідних повторних візитів.

Крім того, телемедицина оптимізує використання медичних ресурсів, знижуючи навантаження на лікувальні установи і надаючи доступ до медичних

послуг у умовах обмежених ресурсів. За потреби, лікарі можуть спілкуватися з іншими фахівцями для консультацій, що особливо важливо при складних патологіях. Розвиток телемедицини відкриває нові горизонти для покращення доступності медичних послуг та вдосконалення системи охорони здоров'я в Україні [13, с.129].

В Україні основи регулювання телемедицини визначаються рядом нормативних актів, таких як Закон України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я» [38], який містить основні положення щодо медичної допомоги, а також Постанова КМУ «Про затвердження Переліку медичних послуг, які можуть бути надані за допомогою телекомунікацій». Важливою є також «Концепція розвитку телемедицини в Україні на 2021-2023 роки», яка підкреслює значення інтеграції телекомунікацій у медичну практику.

Офіційно телекомунікаційні послуги включені у вимоги до контрактування на 2024 рік у пакеті «Первинна медична допомога». З огляду на збільшення числа пацієнтів, які потребують комплексних послуг, а також на загальне погіршення стану здоров'я населення через війну, питання розвитку інтеграційної медицини стає особливо актуальним.

Одним із ключових етапів є впровадження єдиного державного порталу Е-Здоров'я, який покликаний об'єднати медичні дані з різних закладів та забезпечити доступ до них як лікарям, так і пацієнтам. Уряд активно працює над стандартизацією електронних медичних записів, що сприяє їх безпеці та сумісності [36, с.58].

На підставі наказу МОЗ № 587 від 28.02.2020 всі заклади охорони здоров'я повинні вносити дані до електронної системи. У 2023 році НСЗУ запровадила п'ять пакетів первинної медичної допомоги, в рамках яких медичні працівники зобов'язані своєчасно і коректно вносити інформацію в електронну систему охорони здоров'я, оскільки від цього залежить обсяг фінансування.

Однак, виникають труднощі, пов'язані з реалізацією цієї концепції, зокрема, неготовність медичного персоналу до роботи з великими обсягами даних, технічні проблеми в системі, а також недостатній рівень комп'ютерної

грамотності, особливо серед лікарів старшого віку. Важливими залишаються питання конфіденційності та безпеки медичних записів, які потребують постійної уваги та вдосконалення [36, с.59].

4. Електронні медичні записи. Ця інновація сприяє спрощенню обміну інформацією між медичними працівниками та підвищує доступність даних для всіх учасників процесу охорони здоров'я.

Ці заходи не лише підвищують ефективність надання медичних послуг, але й формують нову якість медичної допомоги для населення України.

Кожна територіальна громада має на меті значно поліпшити якість медичних послуг, які надаються її мешканцям. Для оцінки цієї якості доцільно звернутися до визначення ВООЗ, що виділяє сім основних параметрів: ефективність, безпечність, своєчасність, справедливість, орієнтованість на пацієнта, фінансова ефективність та інтегрована допомога. Ефективність передбачає досягнення оптимальних результатів за найменший час та без надмірних втручань. Безпечність є критично важливим аспектом, оскільки має на меті мінімізувати ризики та шкоду, які можуть виникнути в процесі медичної допомоги. На жаль, проблема безпеки пацієнтів залишається однією з найактуальніших у будь-якій системі охорони здоров'я. Не менш важливою є своєчасність, яка визначається скороченням часу очікування на медичну допомогу.

Орієнтованість на пацієнта передбачає надання медичних послуг, що відповідають потребам окремих осіб. Проблеми доступності лікарських послуг залишаються значними. З метою формування системи охорони здоров'я, яка максимально відповідає потребам населення та усунення нерівностей у доступі до якісної медичної допомоги, реалізується медична реформа. Основна мета цієї реформи полягає в створенні нової моделі, де фінансування слідує за пацієнтом. Це покликане покращити показники здоров'я населення та забезпечити фінансовий захист від непередбачених витрат на медичні послуги.

Кульмінацією цієї реформи стало ухвалення закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який запровадив

гарантований пакет медичних послуг під назвою Програма медичних гарантій (ПМГ) та створив Національну службу здоров'я України (НСЗУ) в ролі стратегічного закупівельника. Наприкінці 2020 року 68% державних витрат на охорону здоров'я було сконцентровано в рамках ПМГ. Незважаючи на це, органи місцевого самоврядування продовжують відігравати важливу роль у фінансуванні медичних установ, адже вони відповідають за оплату комунальних послуг і можуть забезпечувати додаткові ресурси для поточних та капітальних витрат [31, с.38].

Різноманітність ресурсів та готовності спрямовувати їх на охорону здоров'я в різних громадах також сприяє нерівності у фінансуванні. Для її зменшення уряд міг би розглянути можливість включення витрат на комунальні послуги медичних закладів до складу ПМГ, а також інтегрувати фінансування закладів четвертинної ланки медичної допомоги до цієї програми.

3.2. Оптимізація взаємодії державних органів та місцевих громад у сфері первинної медичної допомоги

З метою розробки стратегії оптимізації взаємодії між державними органами та місцевими громадами у сфері первинної медичної допомоги України, ми застосували комплексний підхід та системний аналіз для дослідження функціонування системи організаційного вдосконалення управління в цій сфері.

Одним із ключових аспектів є належна організація роботи, що дозволяє підвищити професійний рівень працівників, які займаються наданням первинної медичної допомоги, та сприяє відповідності сучасним стандартам та економічним умовам. Важливим є також розвиток організаційної структури, яка б забезпечила ефективну взаємодію між медичними закладами та громадами.

Вважаємо, що особливо важливим є забезпечення всебічного розвитку кадрів у системі безперервної професійної освіти. Це включає покращення

знань, професійних навичок та умінь медичного персоналу, а також раціональне використання їхнього потенціалу. Для цього необхідно налагодити тісну співпрацю між державними органами та місцевими громадами, що сприятиме розвитку професійної освіти в медичній сфері.

З метою підвищення ефективності управління первинною медичною допомогою пропонується використовувати організаційно-економічну модель, яка складається з організаційно-функціональних блоків. Ці блоки повинні взаємодіяти один з одним, впливаючи на загальну ефективність системи управління медичними кадрами. Такий підхід дозволяє розглядати систему управління медичними кадрами як підсистему, що включає різні елементи, такі як медичні заклади, підрозділи та команди, які виконують конкретні завдання у сфері охорони здоров'я [51].

Система управління кадрами закладів охорони здоров'я формулюється на основі умов та основних чинників, які на неї впливають. Важливими елементами цієї системи є стратегія, кадрова політика, а також застосування принципів і методів управління. Згідно з проведеним аналізом, основні напрями реалізації ефективної кадрової політики в сфері первинної медичної допомоги можна узагальнити у чотири ключові блоки:

1. Створення єдиної системи управління персоналом, яка забезпечить ефективну взаємодію між державними органами та медичними закладами, а також встановлення системи винагороди та мотивації для медичних працівників.

2. Оптимізація діяльності кадрової служби медичних закладів шляхом підвищення професійного рівня працівників кадрових відділів та вдосконалення організаційної структури управління.

3. Спрямовування роботи кадрової служби на підвищення професійного рівня керівників і спеціалістів у сфері первинної медичної допомоги, що відповідатиме сучасним стандартам і економічним умовам.

4. Організація та вдосконалення роботи з кадровим резервом керівників системи охорони здоров'я та лікарського персоналу, що сприятиме сталому розвитку медичних установ і поліпшенню якості надання медичних послуг.

Таким чином, оптимізація взаємодії державних органів та місцевих громад у сфері первинної медичної допомоги є ключовим фактором, який вплине на підвищення ефективності системи охорони здоров'я в Україні.

Оптимізація взаємодії державних органів та місцевих громад у сфері первинної медичної допомоги є важливим напрямком розвитку системи охорони здоров'я. Вважаємо, що одним з ключових аспектів цього процесу є забезпечення всебічного розвитку кадрів у контексті безперервної професійної освіти, вдосконалення знань, професійних навичок та умінь медичних працівників, а також раціональне використання їхнього потенціалу [24].

Для досягнення ефективного управління кадрами в закладах охорони здоров'я, зокрема у сфері первинної медичної допомоги, доцільно застосувати організаційно-економічну модель, що складається з організаційно-функціональних блоків. Ці блоки не лише взаємодіють між собою, але й мають безпосередній вплив на ефективність системи управління персоналом в цілому. Таке бачення дозволяє розглядати управління кадрами як підсистему в межах більшої системи охорони здоров'я, включаючи відділення та підрозділи, які виконують специфічні завдання в управлінні персоналом.

Для підвищення ефективності роботи медичних установ у сфері первинної медичної допомоги важливо вирішити ряд ключових завдань. Серед них:

- раціональне використання наявних трудових ресурсів і оптимізація робочих процесів медичного персоналу;
- впровадження сучасних медичних технологій;
- створення ефективних систем оплати праці для працівників охорони здоров'я;
- встановлення адекватних норм навантаження на персонал;
- навчання та підвищення кваліфікації кадрів [24].

Також важливо забезпечити чітку комунікацію між державними органами та місцевими громадами, щоб сприяти координації дій і ефективному впровадженню реформ. Взаємодія на всіх рівнях управління допоможе виявити потреби громади, адаптувати медичні послуги до цих потреб і забезпечити високий рівень доступності та якості первинної медичної допомоги для населення. Успішна реалізація цих заходів сприятиме підвищенню довіри громадян до медичної системи та поліпшенню загального стану здоров'я населення.

Результати нашого дослідження підтверджують необхідність оптимізації взаємодії державних органів та місцевих громад у сфері первинної медичної допомоги. Для забезпечення ефективності та якості надання медичних послуг важливо впровадити комплекс заходів, спрямованих на покращення управлінських процесів у медичній сфері. Наша пропозиція охоплює такі ключові аспекти:

1. Встановлення прозорих механізмів фінансування – створення справедливої системи матеріального стимулювання, яка б враховувала внесок медичних працівників, що забезпечить більш ефективне використання бюджетних коштів і сприятиме підвищенню рівня заробітної плати.

2. Покращення планування та обліку робочого часу – ефективне використання робочого часу працівників дозволить оптимізувати процеси надання медичних послуг та зменшити навантаження на персонал.

3. Регламентація посадових обов'язків – чітке визначення прав, обов'язків та видів відповідальності медичного персоналу, що дозволить уникнути непорозумінь та підвищить якість обслуговування пацієнтів.

4. Система професійного розвитку – впровадження мотиваційних механізмів для безперервної професійної освіти працівників охорони здоров'я, що сприятиме підвищенню їх кваліфікації та вдосконаленню медичних послуг.

5. Створення представницьких органів – формування органів, що включають штатних працівників, для активної участі у вирішенні оперативних

питань управління, що сприятиме підвищенню прозорості та ефективності управлінських процесів на місцевому рівні.

Ці заходи можуть значно поліпшити взаємодію між державними органами та місцевими громадами у сфері первинної медичної допомоги, забезпечивши доступ до якісних медичних послуг для населення.

Використання інформаційно-комп'ютерних технологій в сучасній електронній системі охорони здоров'я є важливим фактором для оптимізації взаємодії між державними органами та місцевими громадами в сфері первинної медичної допомоги. Це підвищує актуальність організаційно-економічної моделі управління, дозволяючи забезпечити ефективність функціонування медичних закладів у реальному часі та враховуючи конкретні ситуації, а також вплив зовнішніх і внутрішніх факторів [25, с.22].

Сьогодні особливо важливо, щоб система первинної медичної допомоги могла швидко реагувати на глобальні виклики, такі як повномасштабна військова агресія, демографічні зміни, міграційні процеси, а також тривожні показники ментального здоров'я суспільства. Це вимагає від державних органів і місцевих громад активної координації, спільного аналізу даних і оперативного реагування на потреби населення.

Інформаційні системи планування та обліку робочого часу медичних працівників повинні бути інтегровані у загальну структуру управління первинною медичною допомогою. Це забезпечить чітке визначення функцій та відповідальностей, що сприятиме ефективній роботі закладів охорони здоров'я. В умовах сучасних викликів надзвичайно важливо мати комплексну систему управління, яка швидко адаптується до змін соціально-економічного середовища, враховує потреби як медичних закладів, так і їхніх працівників, та відповідає високим медичним і організаційним стандартам.

Таким чином, оптимізація взаємодії державних органів та місцевих громад у сфері первинної медичної допомоги є ключем до створення ефективної системи охорони здоров'я, яка буде здатна задовольнити потреби населення в умовах постійно змінюваного зовнішнього середовища.

Представимо власні бачення щодо моделі оптимізації взаємодії державних органів та місцевих громад у сфері первинної медичної допомоги у табл.3.1. Ця модель містить ключові елементи, завдання, методи реалізації та очікувані результати.

Таблиця 3.1

Модель оптимізації взаємодії державних органів та місцевих громад у сфері
первинної медичної допомоги

Елемент моделі	Завдання	Методи реалізації	Очікувані результати
1. Інформаційні технології	Забезпечити обмін даними між державними органами та громадами	– Впровадження електронних систем обліку та звітності – Розробка мобільних додатків для доступу до медичних послуг	– Підвищення оперативності інформаційного обміну – Поліпшення доступу до медичних послуг
2. Координація дій	Забезпечити злагоджену роботу між різними рівнями управління	– Регулярні наради та семінари – Створення міжвідомчих комісій	– Підвищення ефективності управлінських рішень – Зменшення дублювання функцій
3. Потреби громади	Визначити реальні потреби населення у первинній медичній допомозі	– Соціологічні опитування – Аналіз статистичних даних про захворюваність	– Зростання задоволеності населення медичними послугами – Підвищення ефективності медичних програм
4. Навчання медичних працівників	Підвищити кваліфікацію медичних працівників у відповідності до нових стандартів	– Проведення тренінгів і навчальних курсів – Обмін досвідом з міжнародними організаціями	– Поліпшення якості медичних послуг – Збільшення довіри населення до медичних установ
5. Фінансова підтримка	Забезпечити достатнє фінансування для реалізації програм первинної медичної допомоги	– Участь у державних програмах фінансування – Пошук додаткових джерел фінансування (гранти, інвестиції)	– Зміцнення матеріально-технічної бази медичних установ – Розширення доступу до медичних послуг
6. Моніторинг та оцінка	Оцінити ефективність впроваджених змін та їх вплив на систему охорони здоров'я	– Впровадження системи моніторингу показників здоров'я населення – Регулярні звіти та аналіз результатів	– Удосконалення управлінських рішень на основі даних – Забезпечення стійкості системи охорони здоров'я

Джерело: Сформовано автором на основі опрацьованої літератури.

Оптимізація взаємодії між державними органами та місцевими громадами у сфері первинної медичної допомоги є критично важливим елементом забезпечення ефективності та доступності медичних послуг для населення. Вона ґрунтується на декількох ключових принципах:

1. інтеграції учасників;
2. ефективній комунікації;
3. використанні інформаційних технологій
4. адаптивності до змін
5. оцінці та моніторингу.

За цією моделлю передбачається активна участь усіх ключових гравців – від державних органів до медичних закладів та громад. Ця інтеграція забезпечує всебічне розуміння потреб населення і дозволяє формувати зважені рішення. Створення чітких комунікаційних каналів між учасниками сприяє швидкому обміну інформацією, що є важливим для своєчасного реагування на виклики у сфері охорони здоров'я. Це дозволяє оперативно вирішувати питання, пов'язані з організацією медичних послуг.

Інноваційні інформаційно-комп'ютерні технології забезпечують автоматизацію процесів управління та обліку, що підвищує ефективність роботи медичних установ. Це дозволяє не лише зменшити адміністративні витрати, але й підвищити якість надання медичних послуг. Модель враховує швидкі зміни в соціально-економічному середовищі, демографічні зміни та потреби населення. Вона забезпечує гнучкість у підходах до управління первинною медичною допомогою, що дозволяє ефективно реагувати на нові виклики. Запровадження системи оцінки ефективності взаємодії дозволяє здійснювати постійний моніторинг якості надання медичних послуг та задоволеності населення. Це, в свою чергу, стимулює вдосконалення процесів та підвищення стандартів.

Таким чином, ця модель є основою для створення цілісної, адаптивної та ефективної системи первинної медичної допомоги, що відповідає потребам сучасного суспільства та сприяє покращенню здоров'я населення.

3.3. Впровадження міжнародного досвіду в систему первинної медичної допомоги міста Рівне

В умовах глобалізації та постійних змін у сфері охорони здоров'я України, зокрема місту Рівне, необхідно звернути увагу на міжнародний досвід у галузі первинної медичної допомоги. Це є важливим кроком для підвищення якості медичних послуг, ефективності їх надання та забезпечення доступності для всіх верств населення.

На нашу думку, перш за все, впровадження міжнародного досвіду передбачає адаптацію найкращих практик, які продемонстрували свою ефективність у різних країнах. Одним із важливих аспектів є інтеграція сімейної медицини, що забезпечує комплексний підхід до здоров'я пацієнтів. В міжнародній практиці широко використовуються моделі, які акцентують увагу на профілактиці, ранньому виявленні захворювань і забезпеченні безперервності медичної допомоги. Це може бути реалізовано через створення мультидисциплінарних команд, що об'єднують різних фахівців, таких як лікарі загальної практики, медсестри, соціальні працівники та психологи, які працюють над забезпеченням комплексного лікування та підтримки пацієнтів.

Крім того, важливим елементом є використання сучасних інформаційно-комунікаційних технологій для поліпшення доступу до медичних послуг. Міжнародний досвід свідчить про ефективність електронних медичних карт, телемедицини та онлайн-консультацій, які сприяють зменшенню черг, покращенню взаємодії між лікарем та пацієнтом, а також знижують витрати на медичне обслуговування. В Рівному впровадження ІКТ може значно полегшити доступ до інформації про медичні послуги, графіки прийому лікарів, результати обстежень та лікування.

Також варто звернути увагу на міжнародні рекомендації щодо підготовки та безперервного навчання медичних працівників. Впровадження системи безперервного професійного розвитку, як це практикується в країнах з розвиненою системою охорони здоров'я, дозволить лікарям та медсестрам Рівного підвищити свої кваліфікації, знання та навички. Регулярні тренінги, участь у семінарах та конференціях, обмін досвідом з міжнародними фахівцями – все це допоможе покращити якість надання медичних послуг.

Не менш важливим є залучення громади до процесу планування та управління медичними послугами. Міжнародна практика показує, що активна участь населення в цих процесах сприяє підвищенню довіри до медичної системи та покращенню якості наданих послуг. В Рівному це може бути реалізовано через створення комітетів з питань охорони здоров'я, які будуть включати представників місцевих громад, лікарів та експертів.

Важливо також врахувати культурні, соціальні та економічні особливості міста Рівне при впровадженні міжнародного досвіду. Необхідно адаптувати існуючі моделі до специфіки місцевого населення, забезпечуючи при цьому збереження їхньої доступності та ефективності. Тому проведення соціологічних досліджень та анкетування населення стане важливим кроком у розумінні потреб пацієнтів та відповідному коригуванні наявних програм.

Впровадження міжнародного досвіду в систему первинної медичної допомоги міста Рівне може спиратися на конкретні практики з таких країн, як Франція, Великобританія, Німеччина та Японія, які вже досягли значних успіхів у цій сфері.

У Франції успішно реалізовано модель «медичних домівок» (*maisons de santé*), що об'єднує різних фахівців у межах одного закладу. Це дозволяє пацієнтам отримувати комплексну медичну допомогу, знижує витрати на лікування і підвищує ефективність лікувального процесу. Медичні домівки пропонують послуги лікарів загальної практики, спеціалістів, а також психологів і соціальних працівників. У Рівному можна розглянути можливість

створення подібних установ, які б забезпечували інтегровану медичну допомогу, враховуючи потреби місцевого населення.

Великобританія має багаторічний досвід у використанні системи загальної практики, де лікарі загальної практики виступають первинною ланкою медичного обслуговування. Вони забезпечують не лише лікування, а й профілактичні заходи, медичне навчання та підтримку пацієнтів. Зокрема, у Великобританії активно впроваджуються електронні медичні картки, які дозволяють лікарям швидко отримувати доступ до медичної інформації пацієнтів. Рівне може взяти до уваги цей підхід, запровадивши електронні медичні картки, що спростять ведення медичної документації та підвищать ефективність комунікації між лікарями та пацієнтами.

Німеччина відома своєю системою високої якості медичних послуг, що забезпечується через сильну координацію між первинною та вторинною медичною допомогою. Німецька модель передбачає постійний моніторинг якості надання медичних послуг та впровадження механізмів для зворотного зв'язку від пацієнтів. Це дозволяє оперативно вносити зміни в практику, спираючись на потреби населення. Для Рівного варто було б впровадити аналогічні механізми зворотного зв'язку, що сприятиме поліпшенню якості медичних послуг та адаптації до змінюваних потреб громади.

Японія демонструє вражаючі результати у сфері профілактики та раннього виявлення захворювань через активну участь населення у програмах охорони здоров'я. Японська модель акцентує увагу на здоровому способі життя та регулярних медичних оглядах, що дозволяє знижувати рівень захворюваності. У Рівному варто запровадити подібні програми, які б заохочували жителів проходити регулярні медичні обстеження та навчали їх здоровим звичкам, що у свою чергу сприятиме підвищенню загального рівня здоров'я населення.

Варто відзначити, що Європейський досвід свідчить про наявність значної різноманітності у підходах до організації надання медичних послуг у тій чи іншій країні та до їх фінансування. Так, у Європі в середньому частка

державних видатків на охорону здоров'я складає 72,9%. Найвища питома вага державних витрат на охорону здоров'я спостерігається в таких країнах як Монако, Норвегія, Велика Британія, Люксембург, Швеція, Чехія, Румунія, Хорватія та Естонія (88,5%; 85%; 84%; 83,5%; 81,3%; 84%; 80,3%; 80,1% та 78,7% відповідно). Такий підхід дає можливість стимулювати зростання медичних послуг для населення. Разом з тим, часто пацієнт не має можливості сам вибрати медичний заклад чи лікаря, тому що все вирішується в централізованому порядку, а також сама медична система має схильність до монополізму стосовно надання медичних послуг [58].

Загалом, у світі функціонує три основні моделі системи охорони здоров'я:

- приватна модель (найбільш повно представлена у США);
- страхова модель (здебільшого представлена у європейських країнах, зокрема, у Швейцарії, Бельгії, Австрії та Франції, а також у Японії та у деяких країнах Латинської Америки);
- державна модель (найповніше представлена у Великобританії).

Приватна модель охорони здоров'я характеризується наданням медичних послуг за рахунок власних коштів громадян та приватного страхування, при цьому ринок відіграє ключову роль у задоволенні попиту на медичні послуги, а єдина національна система медичного страхування відсутня. У цій моделі фінанси зосереджені у приватних комерційних страхових компаніях (страхових фондах) і при потребі використовуються медичними установами. Загалом, за рахунок приватних коштів фінансується більш ніж 50% видатків на медичну сферу. Публічне управління надання медичних послуг здійснюється в децентралізованому порядку, а держава задовольняє ринок і надає медичні послуги лише соціально незахищеним верствам населення (пенсіонерам, малозабезпеченим, безробітним). Усі інші категорії населення отримують медичні послуги відповідно до процедур приватного страхування. Держава захищає діяльність страхових компаній та контролює допуск та доступ медичних технологій на ринок [58].

Страхова модель, яку ще називають моделлю Бісмарка, спрямована на регулювання страхування здоров'я і поєднує в собі систему державного регулювання та соціальних гарантій і відносини на ринку медичних послуг. В країнах, де функціонує ця модель, практично все населення залучене до програм обов'язкового медичного страхування, які фінансуються за рахунок страхових фондів, сформованих за участю держави. При цьому пацієнти мають свободу у виборі постачальників медичних послуг та компаній, які здійснюють страхування, а вирішальну роль у розподілі коштів відіграють комерційні страхові фонди або приватні некомерційні компанії. Публічне управління у страховій моделі медичного обслуговування має ознаки децентралізації, зважаючи на велику кількість суб'єктів страхового ринку. При цьому держава не відіграє вирішальну роль, як у моделі Семашко, вона лише визначає якість страхових послуг, контролюючи таким чином діяльність суб'єктів на ринку. Медичні послуги надаються установами різної форми власності, але переважають приватні некомерційні установи, і більшість медичних послуг оплачуються за обов'язковим переліком. Загалом, приватне страхування відіграє додаткову роль на ринку медичних послуг, який є дуже розвиненим порівняно із ринком, який регулюється державою [58].

Державна модель системи охорони здоров'я передбачає значну участь державних органів влади у процесі функціонування медичної сфери. Її ще називають модель Семашко-Беверіджа. В рамках цієї моделі податкові надходження є основним джерелом фінансування надання медичних послуг, які для населення надаються на безоплатній основі. При цьому частка сукупних витрат з громадських джерел у ВВП, як правило, становить 8–11% [59]. Характерними ознаками публічного управління надання медичних послуг у країнах, де функціонує модель Семашко-Беверіджа, є високий ступінь централізації, при цьому більша частина медичних послуг надається державними лікувально-профілактичними установами.

Приватні лікарі теж присутні на ринку медичних послуг, але їм відведена другорядна роль [58]. Основним джерелом фінансування надання медичних

послуг населенню є державний бюджет, а різноманітні платежі та приватне страхування відіграють додаткову роль при оплаті за надані послуги.

Таким чином, складається ситуація, що держава одночасно виконує роль продавця і покупця медичних послуг, покриваючи значну частину витрат на обслуговування пацієнтів і в той же час контролюючи приватні медичні установи та клініки, надаючи їм бюджетні кошти для їх функціонування.

Цей контроль здійснюється медичними професійними організаціями, під час якого відбувається встановлення державою правил щодо допуску суб'єктів на ринок, обсягів медичних послуг, їх вартості та якості, а також відшкодувань шкоди пацієнтам, які постраждали внаслідок недобросовісної поведінки лікарів [58].

Розглянуті моделі системи охорони здоров'я у світі у чистому вигляді не функціонують, адже поряд із державною системою часто розвивається напрям приватного медичного страхування. Здебільшого держава впливає та контролює діяльність організацій, що надають медичні та страхові послуги.

Аналіз європейського досвіду публічного управління надання медичних послуг свідчить, що система охорони здоров'я жодної країни не базується на розглянутій вище моделі в чистому вигляді і жодна модель не є універсальною. Кожній з моделей охорони здоров'я притаманне лише одне джерело фінансування і найважливішим фактором стабільності системи є вільне охоплення населення можливістю доступу до якісних медичних послуг. Щодо оплати за медичні послуги, то багаторічний міжнародний досвід говорить, що для суспільства дуже ризикованим і найменш ефективним способом фінансування охорони здоров'я є пряма оплата лікування хворих людей, зважаючи на високу вартість медичних послуг. Тому страхова модель системи охорони здоров'я доводить свою ефективність за рахунок існування чітких правил попередньої оплати певних медичних послуг, що надаються при захворюванні людини.

Отже, європейський досвід надання медичних послуг доводить раціональність змішаної форми охорони здоров'я, в основі якої лежить

гармонійне поєднання обов'язкового медичного страхування та бюджетного фінансування медицини як додаткового джерела фінансування. Про це свідчить успішний досвід функціонування, наприклад, німецької чи французької систем охорони здоров'я. В сучасному суспільстві, зважаючи на його турбулентність та виникнення щораз нових викликів, існує потреба адекватних підходів до фінансування системи охорони здоров'я, адже аналіз міжнародного досвіду показує, що на сьогодні у кожній із існуючих моделей є лише одне джерело фінансування. Цілком зрозуміло, що будучи стратегічною галуззю, охорона здоров'я має бути стійкою до можливих несприятливих подій, таких як війни, техногенні та природні лиха, спалахи інфекційних захворювань тощо, наслідки яких вимагають миттєвого реагування, що, у свою чергу, потребує відповідної системи фінансування.

Отже, впровадження міжнародного досвіду в систему первинної медичної допомоги міста Рівне є важливим етапом у реформуванні охорони здоров'я. Це дозволить не лише підвищити якість медичних послуг, а й забезпечити їх доступність для всіх верств населення, враховуючи потреби та очікування пацієнтів. Активне залучення громади, використання сучасних технологій, інтеграція фахівців та безперервне навчання медичних працівників – це ті ключові елементи, які сприятимуть створенню ефективної та адаптивної системи охорони здоров'я в місті.

Висновки до розділу 3

Протягом останніх п'яти років в Україні в системі охорони здоров'я відбулися суттєві зміни, спрямовані на зміцнення первинної ланки медичної допомоги. У рамках нової урядової ініціативи визначено Стратегію розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, яка ставить за мету вдосконалення медичних послуг. Основним акцентом є забезпечення наявності кваліфікованих та мотивованих медичних працівників, що безпосередньо вплине на загальний стан здоров'я населення. Важливими аспектами реформи є делегування частини обов'язків медсестрам, що дозволить покращити ефективність надання медичних послуг.

У рамках інноваційних підходів до первинної медичної допомоги значну роль відіграє інтегрована модель, яка забезпечує цілісний підхід до лікування пацієнтів та сприяє покращенню координації між медичними закладами. Інтегрована медична допомога акцентує увагу на індивідуальних потребах пацієнтів, що дозволяє зменшити фрагментацію в охороні здоров'я. Це вимагає залучення різних стейкхолдерів, зокрема соціальних служб, для створення спільної системи підтримки, яка охоплює всі аспекти медичного обслуговування.

Телемедицина також займає важливе місце в модернізації медичних послуг в Україні, забезпечуючи доступ до медичної допомоги для пацієнтів у віддалених регіонах. Запровадження електронних медичних записів та державного порталу Е-Здоров'я спрощує обмін інформацією між медичними працівниками та підвищує доступність даних. Загалом, ці інновації сприяють підвищенню якості медичних послуг, зменшенню витрат на лікування та покращенню здоров'я населення, що є ключовими цілями реформи системи охорони здоров'я в Україні.

Оптимізація взаємодії між державними органами та місцевими громадами у сфері первинної медичної допомоги є важливим кроком у покращенні медичних послуг в Україні. Основою цього процесу є застосування

комплексного підходу та системного аналізу, що дозволяє оцінити ефективність існуючих механізмів управління та виявити необхідні зміни. Ключовим аспектом є розвиток кадрового потенціалу, що включає підвищення кваліфікації медичних працівників, вдосконалення організаційної структури та забезпечення безперервної професійної освіти. Це сприятиме не лише поліпшенню якості медичних послуг, а й відповіді на сучасні виклики, такі як зростаючі потреби населення та зміни в соціально-економічному середовищі.

Наступним важливим аспектом є створення організаційно-економічної моделі, що базується на інтеграції різних учасників системи охорони здоров'я. Ця модель передбачає чітку взаємодію між медичними закладами, державними органами та місцевими громадами. Завдяки сучасним інформаційним технологіям, які забезпечують автоматизацію процесів управління, можна суттєво зменшити адміністративні витрати та покращити доступ до медичних послуг. Запровадження системи моніторингу та оцінки ефективності дозволить своєчасно реагувати на потреби населення та вдосконалювати процеси надання медичних послуг.

Загалом, оптимізація взаємодії між державними органами та місцевими громадами в сфері первинної медичної допомоги сприяє створенню адаптивної та ефективної системи охорони здоров'я, яка здатна відповідати на виклики сучасності. Важливими елементами цієї моделі є активна участь усіх ключових учасників, ефективна комунікація та інноваційні підходи до управління. Реалізація запропонованих заходів допоможе забезпечити високий рівень доступності та якості медичних послуг для населення, що, у свою чергу, позитивно вплине на загальний стан здоров'я українців.

У контексті глобалізації та змін у сфері охорони здоров'я, місту Рівне необхідно інтегрувати міжнародний досвід у галузі первинної медичної допомоги. Адаптація успішних практик з інших країн може суттєво підвищити якість медичних послуг, їх доступність та ефективність. Важливо врахувати інтеграцію сімейної медицини, яка передбачає комплексний підхід до лікування

пацієнтів через створення мультидисциплінарних команд, що об'єднують фахівців різних профілів.

Крім того, впровадження сучасних інформаційно-комунікаційних технологій, таких як електронні медичні картки і телемедичні послуги, є важливим кроком для покращення доступу до медичних послуг. Це сприятиме зменшенню черг та покращенню взаємодії між лікарями і пацієнтами, знижуючи витрати на медичне обслуговування. Водночас, постійне навчання медичних працівників через тренінги та обмін досвідом з міжнародними фахівцями допоможе підвищити їхню кваліфікацію та якість надання медичних послуг.

Важливим аспектом є активна участь громади в плануванні та управлінні медичними послугами, що підвищує довіру до медичної системи. Залучення населення до цих процесів, адаптація моделей до місцевих потреб та проведення соціологічних досліджень дозволять забезпечити ефективність та доступність медичних послуг у Рівному. Таким чином, інтеграція міжнародного досвіду створить основи для формування адаптивної та ефективної системи охорони здоров'я в місті.

ВИСНОВКИ

На підставі проведеного дослідження було зроблено ряд висновків:

1. Державне регулювання в галузі охорони здоров'я України є ключовим елементом, що визначає організацію, фінансування та надання медичних послуг. Сутність цього регулювання полягає в забезпеченні доступності, якості та ефективності медичної допомоги для всіх верств населення. У рамках державної політики охорони здоров'я реалізуються різноманітні програми та ініціативи, які спрямовані на покращення стану здоров'я громадян, профілактику захворювань, а також на підтримку інновацій у медичній сфері. Зокрема, важливим аспектом є формування нормативно-правової бази, яка регулює діяльність медичних закладів та їх взаємодію з пацієнтами.

Особливістю державного регулювання в Україні є його комплексний підхід, що передбачає інтеграцію різних рівнів управління, починаючи від центральних органів виконавчої влади до місцевих структур. Це забезпечує гнучкість та адаптацію медичних послуг до конкретних потреб регіонів. Також, в останні роки спостерігається тенденція до децентралізації, що дозволяє місцевим органам влади більш активно брати участь у формуванні та реалізації політики охорони здоров'я. Разом з цим, процеси реформування системи охорони здоров'я сприяють впровадженню сучасних стандартів, новітніх технологій та моделей фінансування, які відповідають міжнародним практикам.

У підсумку, державне регулювання в галузі охорони здоров'я України відіграє вирішальну роль у формуванні якісної та доступної медичної системи. З урахуванням особливостей соціально-економічного розвитку країни, важливо забезпечити сталість і ефективність регуляторних механізмів, що дозволить адаптувати систему охорони здоров'я до викликів часу і потреб населення. Важливими завданнями залишаються підвищення рівня довіри до медичних установ, вдосконалення управлінських механізмів та активне залучення громади до процесів прийняття рішень у сфері охорони здоров'я.

2. Нормативно-правове забезпечення діяльності закладів первинної медичної допомоги в Україні є ключовим елементом, що визначає ефективність та якість надання медичних послуг. Воно ґрунтується на системі законів, підзаконних актів, регламентів та програм, які формують правову базу для функціонування медичних установ і забезпечення прав пацієнтів. Основний законодавчий акт – Закон України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я» визначає принципи організації медичної системи, права та обов'язки учасників процесу.

Система регулювання охоплює різні рівні управління: центральний, регіональний та місцевий, що забезпечує адаптацію загальних вимог до специфіки кожного регіону. Нормативні акти, затверджені Міністерством охорони здоров'я, формують стандарти надання первинної медичної допомоги, що сприяє забезпеченню якості та доступності медичних послуг. Програмні документи, такі як стратегія розвитку первинної медичної допомоги, підкреслюють важливість інтеграції новітніх технологій і підходів у медичну практику.

Актуальність постійного вдосконалення нормативно-правового забезпечення обумовлена швидкими змінами в медичній сфері, технологічним прогресом і новими викликами, такими як пандемії. Система регулювання повинна бути гнучкою та адаптивною, щоб реагувати на нові потреби населення.

Таким чином, успішна реалізація нормативно-правового забезпечення закладів первинної медичної допомоги сприятиме підвищенню якості медичних послуг, доступності допомоги для населення та забезпеченню безпеки пацієнтів. Тому важливо продовжувати роботу над вдосконаленням цієї системи, з огляду на потреби суспільства та виклики сучасності.

3. Дослідження міжнародного досвіду державного регулювання закладів первинної медичної допомоги демонструє важливі аспекти, які можуть бути враховані при реформуванні системи охорони здоров'я в Україні. Уряди різних країн застосовують різні моделі фінансування та організації медичних

послуг, що відображає їх соціально-економічні умови та культурні особливості. Основні моделі, такі як страхова (модель Бісмарка), державна (модель Беверіджа) та приватна, показують, що успішне регулювання може здійснюватися через ефективну інтеграцію державного та приватного секторів, а також через солідарне фінансування, що забезпечує доступність медичних послуг для всіх громадян.

Особливу увагу слід приділити підготовці та кваліфікації медичних працівників, оскільки якість первинної медичної допомоги безпосередньо залежить від рівня їхньої професійної підготовки та можливостей самостійного прийняття рішень. Наприклад, у Нідерландах та Франції лікарі проходять тривалу перепідготовку, що сприяє розвитку їхніх навичок у профілактиці захворювань та управлінні здоров'ям пацієнтів. Важливим є також підхід до управлінських практик: країни, які запроваджують контрактно-конкурсний механізм призначення керівників медичних установ, досягають більшої ефективності в управлінні закладами охорони здоров'я.

Узагальнюючи міжнародний досвід, можна стверджувати, що для успішного державного регулювання первинної медичної допомоги в Україні важливо запроваджувати адаптовані моделі, які б враховували специфіку національної системи охорони здоров'я, сприяли децентралізації управлінських процесів і забезпечували участь громади у процесах прийняття рішень. Ключовими аспектами для досягнення ефективності є чітке фінансування, навчання та підтримка медичних працівників, а також активна роль пацієнтів у контролі якості медичних послуг.

4. На основі проведеного аналізу державного регулювання діяльності закладів первинної медичної допомоги м. Рівне можна зробити кілька ключових висновків. По-перше, система первинної медичної допомоги в Рівному є складовою частиною загальноукраїнської медичної реформи, що реалізується через укладання договорів між закладами охорони здоров'я та Національною службою здоров'я України. Це забезпечує фінансування надання

медичних послуг, що, в свою чергу, позитивно впливає на доступність та якість медичної допомоги для населення.

По-друге, значна частина населення міста вже підписала декларації з лікарями, що свідчить про активне залучення громадян до процесу вибору лікаря та надання медичних послуг. Статевий та віковий розподіл декларацій демонструє різноманітність пацієнтських категорій, що потребують медичних послуг, та можливість закладів реагувати на ці потреби. По-третє, заклади первинної медичної допомоги, такі як КНП «ЦПМСД «Північний», «Центральний» та «Ювілейний», надають широкий спектр медичних послуг, що охоплює профілактичні огляди, вакцинації, лікування хронічних захворювань, а також виїзну медичну допомогу. Це свідчить про комплексний підхід до забезпечення здоров'я населення.

По-четверте, активне впровадження електронних систем обліку та онлайн-запису на прийом дозволяє значно підвищити ефективність обслуговування пацієнтів, зменшити черги та забезпечити доступність медичних послуг. Останнім, але не менш важливим аспектом є участь закладів у державних програмах, спрямованих на покращення здоров'я населення, що підкреслює соціальну відповідальність медичних установ у забезпеченні профілактики захворювань та освіти пацієнтів.

Дані аналізу фінансування ЦПМСД «Північний», «Центральний» і «Ювілейний» свідчать про суттєве зростання обсягів фінансування до 2022 року, що підтверджує позитивні зміни у системі охорони здоров'я. Однак, з 2023 року спостерігається тенденція до зниження фінансування, що може бути наслідком перегляду державних пріоритетів у зв'язку з економічними викликами.

Крім того, важливою особливістю є те, що хоча загальне фінансування залишається високим, розподіл коштів між закладами свідчить про їхню спеціалізацію та здатність адаптуватися до потреб населення. Наприклад, ЦПМСД «Центральний» отримує більші кошти на надання спеціалізованих

послуг, таких як супровід пацієнтів із психічними розладами, що підкреслює його роль у забезпеченні комплексного підходу до охорони здоров'я.

В цілому, незважаючи на наявні досягнення, ситуація у сфері первинної медичної допомоги в місті Рівне вимагає постійного моніторингу та коригування державної політики, щоб гарантувати доступність і якість медичних послуг для населення, а також врахувати соціальні потреби та виклики, з якими стикається система охорони здоров'я України в умовах сучасних реалій.

Таким чином, можна стверджувати, що заклади первинної медичної допомоги м. Рівне відіграють важливу роль у системі охорони здоров'я, реалізуючи принципи доступності, якості та безперервності медичних послуг. Систематичне державне регулювання, що забезпечує фінансування, організацію та контроль за якістю медичних послуг, створює передумови для ефективного функціонування закладів охорони здоров'я на первинному рівні.

5. Ефективність державного регулювання діяльності закладів первинної медичної допомоги може бути підвищена за рахунок впровадження системних реформ у фінансуванні та управлінні медичними установами. Одним із основних шляхів є перехід до більш прозорої та конкурентоспроможної моделі фінансування, що передбачає, зокрема, розвиток механізмів, які забезпечать реальне «гроші слідують за пацієнтом» – оплата надавачів послуг повинна залежати від якості та кількості фактично наданих медичних послуг. Це дозволить не лише покращити доступ до медичних послуг, але й стимулювати заклади до підвищення якості обслуговування, адже їх фінансування стане безпосередньо пов'язаним з результатами роботи.

Крім того, важливим кроком у підвищенні ефективності державного регулювання є розробка та впровадження єдиних стандартів якості медичних послуг, що дозволить забезпечити рівний доступ до необхідної медичної допомоги для всіх громадян. У цьому контексті особливу роль можуть відігравати електронні системи, які дозволяють здійснювати моніторинг надання послуг, а також забезпечувати зворотний зв'язок від пацієнтів. Завдяки

таким технологіям можливо швидше виявляти проблеми у системі, адаптувати стратегії регулювання відповідно до потреб населення та забезпечувати своєчасне реагування на виклики.

Нарешті, необхідно звернути увагу на підготовку кадрів та підвищення кваліфікації медичних працівників. Інвестиції в навчання та розвиток медичного персоналу сприятиме підвищенню професійного рівня та покращенню якості медичних послуг. Спільні програми між державою, закладами охорони здоров'я та навчальними закладами можуть стати ефективним інструментом для забезпечення сталого розвитку системи охорони здоров'я. Тільки комплексний підхід, що поєднує фінансові, організаційні та освітні реформи, дозволить досягти значних покращень у державному регулюванні діяльності закладів первинної медичної допомоги в Україні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Барзилович А.Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. Інвестиції: практика та досвід. 2020. № 2. С. 134-140.
2. Беланюк М.В., Радзієвська О. Г., Маньгора Т. В. Трансформація системи охорони здоров'я в Україні. Інформація і право. 2019. № 4 (31). С. 119-128.
3. Богачевський О. П. Методи стратегічного управління у галузі охорони здоров'я. Актуальні проблеми інноваційної економіки. 2020. № 3. С. 67–75.
4. Бойко С.Г. Фінансово-економічне забезпечення сфери охорони здоров'я зарубіжних країн: досвід для України. Стратегічні пріоритети. 2019. №3-4 (51). С. 119-125.
5. Борщ В.І. Сучасна парадигма державного регулювання системи управління у сфері здоров'я. URL: <http://baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/download/90/2273/4905-1?inline=1>.
6. Бурцева О.Є. Трансформація системи охорони здоров'я як складової національної безпеки України. Вісник економічної науки України. 2020. № 2 (39). С.123-127.
7. Вівсянник О.М. Значення та функції міжнародних організацій в інституційній системі державного регулювання охорони здоров'я: монографія. Рівне: Волинські обереги. 2022. 212 с.
8. Вовк С.М. Системні трансформації охорони здоров'я: монографія. Донецький державний університет управління, МОН України. Кривий Ріг: вид. Р. А. Козлов. 2017. 315 с.
9. Воробйов В.В. Досвід провідних країн світу в управлінні сферою охорони здоров'я. Форум права. 2011. № 2. С. 139–146.

10. Горачук В.В. Акредитація як інструмент підвищення якості медичної допомоги. Oral and general health. 2023. Т. 4. № 1. С. 6–9.
11. Грицко О.Р., Пеканець С.Р. Моделі та тенденції розвитку державно-приватного партнерства в охороні здоров'я. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування. 2022. Том 33 (72). № 3. С. 46-53.
12. Грошові кошти та поточні фінансові інвестиції за 1-2 квартал 2024 року. <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/1-hc>
13. Дацій Н.В., Драган І.В., Малахова Т.В. Ефективні зарубіжні моделі публічного управління системою охорони здоров'я. Інвестиції: практика та досвід. 2023. №20. С. 128-132.
14. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. кол. авт.; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтеєвої; за заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. Київ: НАДУ. 2013. 424 с.
15. Драган І.В., Дацій Н.В., Драган І.О. Вплив фінансового механізму державного регулювання на розвиток галузі охорони здоров'я в Україні. Інвестиції: практика та досвід. 2023. №22. С. 179-184.
16. Драгунов Д.М. Фінансові інструменти стратегічного розвитку сфери охорони здоров'я в умовах цифрової економіки: дис. д-ра філософії: 072. Національний університет «Чернігівська політехніка». Чернігів. 2021. 271 с.
17. Європейська хартія прав пацієнта від 2002 р. URL: www.eesc.europa.eu/self-and-coregulation/documents/codes/private/085-private-act.pdf.
18. Звіт про доходи та витрати надавачів медичних послуг (окремі показники). URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/1-hc>.
19. Зима І.Я. Історичний контекст формування основ державного управління охороною здоров'я європейської цивілізації. Вісник НУВГП. Серія: Економічні науки. 2019. Вип. 1 (47). С. 47-55.

20. Зима І.Я. Механізми інституційної трансформації державного управління охороною здоров'я. Рівне. 2019. 248 с.
21. Іванов Ю.Б., Бережна Ю.В. Інструментарій державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні. Економіка і регіон. 2014. № 4. С. 101–106.
22. Історія медицини: курс лекцій для магістрів 1-3 курсів медичних факультетів денної форми навчання галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальностей 221 «Стоматологія», 222 «Медицина», 228 «Педіатрія» / уклад. І. Г. Утюж, М. О. Мегрелішвілі. Запоріжжя: ЗДМУ. 2021. 132 с.
23. Камінська Т. Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я в Україні. Економічна теорія та право. № 1(20) 2015.
24. Качан Я., Римар Ж. Основні завдання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Актуальні питання у сучасній науці. 2023. № 4(10). URL: [https://doi.org/10.52058/2786-6300-2023-4\(10\)-110-120](https://doi.org/10.52058/2786-6300-2023-4(10)-110-120).
25. Князевич В.М. Вплив охорони здоров'я на формування національної безпеки держави. Матеріали щорічної науково-практичної конференції за міжнародною участю «Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в умовах загроз національній безпеці України». 2017. Київ. 23 березня. 208 с.
26. Когут І.А. Проблеми та перспективи фінансування системи охорони здоров'я. Збірник наукових праць Таврійського державного агротехнологічного університету (економічні науки). 2013. № 1 (1). С. 248-257.
27. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 %254к/96ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>.
28. Криничко Л. Р. Державне управління системою охорони здоров'я в умовах реформування: проблеми теорії та методології: монографія. Житомир: Вид. О. О. Євенок. 2020. 320 с.
29. Криничко Л., Мотайло О. Нові підходи до фінансування системи охорони здоров'я. Аспекти публічного управління. 2021. Т. 9. № 2. С. 86–100.

30. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. Здоров'я нації. 2018. № 4 (52) С. 5-11.
31. Лехан В.М., Надутий К.О., Гриценко Л.О. Оцінка діяльності замовника медичних послуг керівниками закладів первинної медичної допомоги. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2021. № 3. С. 36–41.
32. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу). URL: Режим доступу: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf>.
33. Набхан О.В., Моїсеєнко Р.О. Державне управління сферою охорони здоров'я як складова соціальної безпеки держави. Інвестиції: практика та досвід. 2021. №5. С. 110-116.
34. Національна стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Стратегія/UKRHealthStrategyFeb24.2022.pdf>.
35. Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій. Національна служба здоров'я України: е-Дані. URL: <https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard/pmg-pay>.
36. Оптимізація процесів управління у сфері громадського здоров'я на основі комплексного підходу/Л.М. Романюк, Н.Є. Романюк, Н.В. Вавілова, Н.О. Слободян, Н.М. Ковальова. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2024. № 1 (99). С.56-63.
37. Осадчук О.В. Особливості функціонування медичної сфери в умовах воєнного стану. Студентські наукові читання – 2021: Матеріали Міжфакультетської студентської науково-практичної конференції «Студентські наукові читання – 2021» за результатами I туру Всеукраїнського конкурсу студентських наукових робіт. у 2 томах. Т. 2. Житомир: Поліський національний університет. 2021. 476 с.

38. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 №2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.

39. Офіційний сайт КНП ЦПМСД «Північний». URL: <https://pivnichnyi.rv.ua/>

40. Офіційний сайт КНП ЦПМСД «Центральний». URL: <https://centr.rv.ua/>

41. Офіційний сайт КНП ЦПМСД «Ювілейний». URL: <https://yuvileiny.rv.ua/>

42. Притула М.О., Пархоменко-Куцевіл О.І. Обґрунтування системи охорони здоров'я як основи забезпечення національної безпеки України. Інвестиції: практика та досвід. 2023. №6. С. 187-193.

43. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України від 06.04.2017 р. № 2002VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/200219>

44. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення: Постанова КМУ від 28 березня 2018 р. № 391. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF#Text>.

45. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 р. № 504. URL: http://moz.gov.ua/uploads/0/4207-dn_20180319_504.pdf.

46. Про захист прав споживачів: Закон України від 12.05.1991 № 1023-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1023-12>.

47. Про ратифікацію Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони: Закон України від

16.09.2014 р. № 1678-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1678-18#Text>.

48. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. Розпорядження КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1013 р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/249626689>.

49. Сазонець І.Л., Зима І.Я. Визначення проблем та основних напрямів реформування системи охорони здоров'я України. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2018. № 18. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1343>

50. Селівестрова Л.С. Тенденції розвитку страхового ринку України. Товари і ринки. 2018. № 1. С. 135—144.

51. Сіташ Т.Д. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: тенденції та реформування. Механізм регулювання економіки. 2016. № 1. С. 166.

52. Сучасний стан реалізації договорів державно-приватного партнерства та державних інвестиційних проєктів у сфері охорони здоров'я/ С.Є.Клименко, З.В.Лашкул, Н.Я.Мотовиця, Л.Д. Ярова. Економіка та держава. 2022. № 2. С. 68-74.

53. Тулай О., Нитка С. Фінансування первинної медичної допомоги: реалії та проблеми імплементації британського досвіду в Україні. Світ фінансів. 2021. №4(69). С.39-52.

54. Устінов О.В. Міжнародний досвід реформування первинної медичної допомоги. Болгарія. URL: www.umj.com.ua/uk/publikatsia-21048-mizhnarodnij-dosvid-reformuvannya-pervinnoi-medichnoi-dopomogi-bolgariya.

55. Ханіна О.І. Аналіз складових системи державного управління інноваційною трансформацією охорони здоров'я. Інвестиції: практика та досвід. 2023. №21. С. 118-121.

56. Чорна В.В. Порівняльний аналіз фінансування сфери охорони здоров'я України та країн Європейського Союзу. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2021. № 1 (87). С. 45-49.

57. Чоудрі С. Особливості державного регулювання сфери охорони здоров'я України. Інвестиції: практика та досвід. 2021. № 20. С.125-129.
58. Бойко О., Хижинська Г. Апробація зарубіжного досвіду активізації медичного страхування в Україні. Причорноморські економічні студії. 2018. Вип. 27. С. 93–97.
59. Філіпова Н. В. Досвід європейських країн у фінансуванні охорони здоров'я. Вісник Хмельницького національного університету. 2020. №6. С.315–320. DOI: <https://doi.org/10.31891/2307-5740-2020-288-6-52>
60. Міжнародний досвід реформування первинної медичної допомоги. Молдова. URL: www.umj.com.ua/uk/publikatsia-21628-mizhnarodnij-dosvid-reformuvannya-pervinnoi-medichnoi-dopomogi-moldova.
61. Міжнародний досвід реформування первинної медичної допомоги. Чехія. URL: www.umj.com.ua/uk/publikatsia-22698-mizhnarodnij-dosvid-reformuvannya-pervinnoi-medichnoi-dopomogi-chexiya.