

*Пояснювальна записка  
до кваліфікаційної магістерської роботи*

магістр  
(рівень вищої освіти)

на тему:

**УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО  
РЕГУЛЮВАННЯ В СФЕРІ  
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА  
ПРИКЛАДІ МІСТА РІВНЕ**

Виконав: студент 6 курсу, групи ПУА-61м  
спеціальності 281 «Публічне  
управління та адміністрування»  
освітньої програми  
«Державна служба»

Данилюк Андрій Володимирович

Керівник: к.е.н., доцент кафедри публічного  
управління, адміністрування та  
інформаційної діяльності

Антонова Світлана Євгеніївна

Рецензент: д.держ.упр., в.о. завідувача кафедри  
публічного управління,  
адміністрування та інформаційної  
діяльності

Тихончук Леся Хотіївна

Ім'я користувача:  
Андрій Володимирович Данилюк

ID перевірки:  
1013342987

Дата перевірки:  
22.12.2022 13:38:03 EET

Тип перевірки:  
Doc vs Library

Дата звіту:  
22.12.2022 13:40:30 EET

ID користувача:  
8277

Назва документа: Danyliuk\_Andrii\_Volodymyrovych\_Publichne\_upravlinnia\_ta\_administruvannia.doc

Кількість сторінок: 95 Кількість слів: 21099 Кількість символів: 171355 Розмір файлу: 23.15 MB ID файлу: 1013103835

## 18.3% Схожість

Найбільша схожість: 2.66% з джерелом з Бібліотеки (ID файлу: 1009314895)

Пошук збігів з Інтернетом не проводився

18.3% Джерела з Бібліотеки

853

Сторінка 97

## 25.6% Цитат

Цитати

61

Сторінка 98

Вилучення списку бібліографічних посилань вимкнене

## 0% Вилучень

Немає вилучених джерел

## Модифікації

Виявлено модифікації тексту. Детальна інформація доступна в онлайн-звіті.

Замінені символи

11

## ЗМІСТ

|                                                                                                                              |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ВСТУП .....                                                                                                                  | 6   |
| РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СФЕРИ<br>ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....                                            | 9   |
| 1.1. Сутність державного регулювання в сфері охорони здоров'я .....                                                          | 9   |
| 1.2. Організаційно-правове забезпечення державного регулювання в сфері<br>охорони здоров'я.....                              | 19  |
| 1.3. Зарубіжний досвід державного регулювання сфери охорони здоров'я .....                                                   | 29  |
| Висновки до розділу 1 .....                                                                                                  | 44  |
| РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ<br>ЗДОРОВ'Я М.РІВНЕ .....                                             | 46  |
| 2.1. Сучасний стан сфери охорони здоров'я в м.Рівне.....                                                                     | 46  |
| 2.2.Оцінка ефективності державного регулювання сфери охорони здоров'я в<br>м.Рівне .....                                     | 56  |
| 2.3. Фінансове забезпечення державного регулювання сфери охорони здоров'я в<br>м.Рівне .....                                 | 65  |
| Висновки до розділу 2 .....                                                                                                  | 72  |
| РОЗДІЛ 3 ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СФЕРИ<br>ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....                                              | 75  |
| 3.1. Вдосконалення системи державного регулювання охорони здоров'я на<br>основі співпраці з міжнародними організаціями ..... | 75  |
| 3.2. Перспективи розвитку охорони здоров'я в м.Рівне.....                                                                    | 79  |
| 3.3. Заходи удосконалення державного регулювання охорони здоров'я в<br>Україні .....                                         | 85  |
| Висновки до розділу 3 .....                                                                                                  | 93  |
| ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ.....                                                                                                  | 95  |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....                                                                                              | 100 |

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Сфера охорони здоров'я завжди була однією з ключових сфер національної економіки. За її допомогою держава здатна впливати на зростання тривалості життя населення, рівень захворюваності, а також продуктивність праці і, відповідно, на результативність функціонування національної економіки. В умовах глобалізації світової економіки, міграції значної частини світового населення, прискорення соціально-економічних процесів, роль сфери охорони здоров'я значно зростає, вона стає впливовим інструментом нівелювання можливих загроз стану безпеки життєдіяльності суспільства. Державне регулювання сфери охорони здоров'я є однією з найважливіших складових державної політики країни, оскільки інтегрує стан охорони здоров'я суспільства та результативність національної економіки в єдине ціле.

Сфера охорони здоров'я є однією з провідних сфер національної економіки, ефективне функціонування якої дає змогу забезпечити здоров'я нації, національну економічну безпеку та національні економічні інтереси. Проте, розвиток відносин у сфері охорони здоров'я протягом останніх років не можна назвати стабільним, що обумовлено відсутністю дієвих форм державного регулювання сфери. У відповідності до статті 49 Конституції України обов'язком держави є забезпечення права громадян на охорону здоров'я шляхом використання всіх засобів державного регулювання сфери.

Актуальність теми дослідження полягає в тому, що ефективне державне регулювання в сфері охорони здоров'я, суттєво впливає на економічне та соціальний стан всієї країни загалом.

У дослідженні проблем удосконалення механізмів державного регулювання в сфері охорони здоров'я можна виокремити наукові праці таких авторів: С. Антонюка, О.В. Баєвої, Ю.В. Бережної, О.В. Бобришевої, В.К. Весельського, З.С. Гладуна, В.Д. Долота, Л.А. Дудки, О.А. Євтушенка, Ю.Б.

Іванова, В.В. Ляховченка, В.М. Пашкова, О.В. Поживілової, Я.Ф. Радиш, М.М. Шутова, Я.О. Янчак та інших.

**Мета дипломної роботи** – дослідження та розробка практичних рекомендацій щодо удосконалення державного регулювання в сфері охорони здоров'я на прикладі міста Рівного.

Для досягнення мети визначено такі **завдання**:

- розкрити сутність державного регулювання в сфері охорони здоров'я;
- охарактеризувати організаційно-правове забезпечення державного регулювання в сфері охорони здоров'я;
- розглянути зарубіжний досвід державного регулювання сфери охорони здоров'я;
- проаналізувати сучасний стан сфери охорони здоров'я м. Рівне;
- провести оцінку ефективності державного регулювання сфери охорони здоров'я м. Рівного;
- розглянути фінансове забезпечення державного регулювання сфери охорони здоров'я м. Рівне;
- запропонувати шляхи вдосконалення системи державного регулювання охорони здоров'я на основі співпраці з міжнародними організаціями;
- розкрити перспективи розвитку охорони здоров'я м. Рівне;
- навести заходи удосконалення державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні

**Об'єктом дипломної роботи** є процес державного регулювання в сфері охорони здоров'я міста Рівного.

**Предметом дослідження** є теоретико-методологічні основи та практичні аспекти удосконалення державного регулювання в сфері охорони здоров'я.

**Методи дослідження.** Для досягнення поставленої в кваліфікаційній роботі мети були використані загальнонаукові та спеціальні методи наукового

дослідження: аналізу та синтезу, систематизації, компаративний, класифікації, термінологічний, проблемно-орієнтовний.

***Інформаційну базу дослідження*** становлять: закони України, укази Президента України, постанови Кабінету Міністрів України; довідкові та інструктивні матеріали; наукові праці різних жанрів інших авторів; періодичні видання; інформаційні матеріали, розміщені в мережі Інтернет.

***Практичне значення результатів дослідження:*** полягає у розробці та науковому обґрунтуванні рекомендацій щодо напрямів удосконалення державного регулювання в сфері охорони здоров'я.

***Структура роботи.*** Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 1.1. Сутність державного регулювання в сфері охорони здоров'я

Державне управління і державне регулювання – два окремі види державно-владної діяльності. Державне управління передбачає прямий управлінський вплив на об'єкти управління з використанням адміністративно-владних повноважень та методів, що відзначаються директивними вказівками, обов'язковими для виконання. Державне регулювання ж передбачає лише встановлення певних обмежень, меж діяльності об'єктів, в яких вони можуть вільно функціонувати. Воно спрямоване не тільки на об'єкт управління як такий, а й на середовище його існування, тим самим відрізняючись від державного управління широтою владного впливу [45].

В Постанові Кабінету Міністрів України Про затвердження Національної економічної стратегії на період до 2030 року зазначено : « у сфері охорони здоров'я населення державне регулювання передбачає встановлення загальних правил і порядку здійснення медичної діяльності, зокрема надання медичної допомоги, відповідальності за дотримання цих правил, включає вплив держави та її органів на діяльність органів і закладів охорони здоров'я. Воно повинно базуватися на легітимно визначеній стратегії суспільного розвитку, державних медичних програмах, медичних стандартах та механізмі обов'язкового їх виконання, державному контролю та адміністративно-правовому примусі. Так як державне регулювання суспільних відносин здійснюється, в основному, через прийняття відповідних актів законодавства, то, на нашу думку, є підстави іменувати його державно-правовим регулюванням. При цьому слід зазначити, що в арсеналі впливу на суспільні відносини у держави, крім правових, активно використовуються й інші засоби регулювання – організаційні, фінансові, кадрові та ін. » [37].

На сайті Міністерство юстиції України вказано, що: «здійснення медичної діяльності в національній системі охорони здоров'я забезпечується за рахунок механізмів державного регулювання в межах державної політики. Отже, державне регулювання в сфері охорони здоров'я передбачає формування загальних норм та правил здійснення медичної діяльності, тобто медичної допомоги, визначення відповідальності за дотримання цих правил, впливу уряду та його органів на діяльність закладів охорони здоров'я » [34].

За думкою В.В. Шевчук: « у напрямках державного регулювання охорони здоров'я знаходять відображення способи і форми реалізації соціальних обов'язків у сфері охорони здоров'я населення, стратегія та пріоритети зміцнення здоров'я та профілактики захворювань » [46, с.109].

Таким чином, державне регулювання має базуватися на добре встановлених національній політиці та стратегіях розвитку промисловості, національних програмах і стандартах охорони здоров'я, а також механізмах забезпечення дотримання, національного контролю та примусового виконання. Влада повинна використовувати не тільки правові засоби, а й організаційний, фінансовий, кадровий вплив. Тому національне регулювання у сфері охорони здоров'я має базуватися на державному бюджеті, податковій, кредитно-фінансовій та інвестиційній системах, національній науково-технічній політиці, тобто регулювати сферу за допомогою різноманітних нормативно-правових актів та інструментів: державного бюджету, державний контроль, податкова система, стандарти, тарифи тощо .

Як зазначає Ридзель Ю.М. : « головною метою державного регулювання відносин у сфері охорони здоров'я має бути зміцнення здоров'я людей, профілактика різноманітних захворювань, надання висококваліфікованої медичної допомоги, поліпшення якості життя і збереження генофонду українського народу. Вказана діяльність повинна бути спрямована на зміцнення здоров'я населення України, збереження генофонду української нації, що є однією з важливіших цілей держави та її органів влади. Завдання державно-правового регулювання у цій сфері полягає у можливості впливати на розвиток

об'єктів медичної сфери всіх форм власності, здійснювати контроль за наданням ними високоякісних медичних послуг для вирішення соціальних проблем, пов'язаних зі здоров'ям, законодавчо гарантувати рівні умови діяльності медичних закладів, підприємств та організацій » [45, с.78].

Основні поняття побудови системи охорони здоров'я визначені в Статті 4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [5]:

- «визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;
- дотримання прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;
- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної і реабілітаційної допомоги та інших послуг в сфері охорони здоров'я;
- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;
- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я, медичної та реабілітаційної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в сфері охорони здоров'я;
- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний, медичний та реабілітаційний підхід до охорони здоров'я;
- багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;

– децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі» [5].

Приятельчук О. А. зазначає, що: « тип системи охорони здоров'я, визначений в Законі, базується на принципах англійської моделі та поступово знаходить відображення в законодавстві та медичній практиці в різних формах, таких як сімейне та приватне медичне обслуговування, страхування, комплексне медичне обслуговування, високі соціальні стандарти, фінансуванні з різних джерел коштів » [32].

Як зазначає Клименко П. : « аналіз низки програмних документів та актів законодавства, що діють у сфері охорони здоров'я населення, дозволяє вважати, що завданнями державного регулювання відносин у цій сфері є:

- здійснення активної демографічної політики, спрямованої на стимулювання народжуваності і зниження смертності;
- забезпечення доступності медичної допомоги для населення;
- забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення;
- запровадження ефективної системи багатоканального фінансування сфери охорони здоров'я, поетапне збільшення державних асигнувань у сферу охорони здоров'я;
- створення умов для формування та стимулювання здорового способу життя;
- інтенсивний розвиток медичної та фармацевтичної промисловості, в тому числі медичного приладобудування, виробництва лікарських засобів та виробів медичного призначення, здешевлення їх вартості та ін. » [16, с.55].

Правовою основою державного регулювання є, по-перше, функція управління, яка здійснюється прямими та непрямыми засобами, по-друге – функція контролю, та по-третє – функція застосування адміністративно-господарських санкцій. При цьому основними засобами адміністративного регулювання можна вважати передбачені ст. 12 Господарського Кодексу

України засоби регуляторного впливу держави на діяльність суб'єктів господарювання, а саме: ліцензування, патентування, сертифікація, стандартизація тощо. Крім того, створення суб'єкта господарювання або негосподарюючого суб'єкта неможливе без використання публічних засобів впливу, які використовують із метою реалізації публічних інтересів [15].

Костенко Н. І., Марцинковський В. О. вказують на те, що : « розвиток системи охорони здоров'я (СОЗ) в Україні після здобуття країною незалежності можна розділити на чотири періоди:

- 1) 1991–2000 рр.,
- 2) 2000–2010 рр.;
- 3) 2010–2013 рр.
- 4) з 2014 р. і до теперішнього часу » [19, с.45].

Характеристика першого періоду. В перше десятиріччя після проголошення незалежності реформи в системі охорони практично не проводилися. Головні зусилля уряду України і Міністерства охорони здоров'я (МОЗ), як центрального виконавчого органу влади в сфері охорони здоров'я були спрямовані на запобігання розвалу сформованої системи охорони здоров'я і збереження мінімального рівня соціальних гарантій забезпечення населення медичною допомогою [36].

Клименко П. відзначає, що : другий період – визначення основних напрямків та механізмів реформування СОЗ. На рубежі століть вітчизняними та міжнародними експертами за підтримки міжнародних організацій проводилася робота з визначення основних напрямків та апробації ключових механізмів реформування СОЗ. У 2001 р. за підтримки фонду «Відродження» були обґрунтовані провідні напрямки розвитку української охорони здоров'я [36], з їх подальшим відпрацюванням та розробкою відповідних рекомендацій Уряду під егідою Світового банку та Європейської комісії в 2004–2005 рр. » [16].

Костюк В. С. наголошує, що: « конкретизації розвитку окремих видів та інструментів надання медичної допомоги, розробці та запровадженню нових механізмів фінансування була присвячена низка міжнародних проектів за

підтримки Європейської комісії: «Профілактичні та первинні заходи охорони здоров'я України, Києва та ряду областей» (2002–2004 рр.), «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні» (2003–2006 рр.), «Підтримка розвитку системи медичних стандартів в Україні» (2004–2006 рр.), «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» (2007–2009 рр.) » [20].

Матеріали зазначених досліджень широко використовувалися при прийнятті нормативних актів, спрямованих на реформування СОЗ в Україні. Першим таким документом стала Концепція розвитку охорони здоров'я населення України (затверджена Указом Президента України від 7.12.2000 р. №1313/2000), яка досі є чинною, хоча більшість її положень вже застаріли. Ідеї щодо подальшого розвитку перетворень СОЗ отримали у низці постанов уряду [35].

Однак широкомасштабних реформ у сфері охорони здоров'я в Україні, на відміну від більшості інших постсоціалістичних країн, до 2010 р. не проводилося. Разом з тим часткові реформи в окремих секторах охорони здоров'я здійснювалися. Вони переважно були локальними і мали фрагментарний характер.

Приятельчук О. А. зазначає, що : « третій період – проведення масштабної реформи СОЗ в пілотних регіонах. В політичних та експертних колах мусується теза про те, що за весь період незалежності реформи СОЗ в Україні не проводилися взагалі або проводилися неефективно. Проте в 2010 р. в рамках президентської Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентно спроможна економіка, ефективна держава» були розпочаті масштабні перетворення в українській здоровоохороні. Змістовне наповнення реформ базувалося на ретельно проаналізованих та узагальнених вітчизняними та закордонними експертами з урахуванням національної специфіки даних доказового менеджменту, передового досвіду країн з найбільш успішними системами охорони здоров'я, матеріалах проєктів ЄС та Єврокомісії в сфері охорони здоров'я, які реалізовувалися в Україні в період 2003–2009 рр. » [32].

Виходячи з того, що в Україні не було досвіду проведення широкомасштабних багатоаспектних перетворень в секторі охорони здоров'я, для відпрацювання форм і механізмів реформи та мінімізації можливих її негативних наслідків попередня апробація основних складових згідно з прийнятим спеціальним законом здійснювалася на експериментальних майданчиках – пілотних областях [12].

Ридзель Ю.М. зазначає, що : « в якості пілотів було обрано 4 регіони: аграрний (Вінницька область), два індустріальних (Дніпропетровська, Донецька області) та столичний (м. Київ). Чисельність осіб, що мешкали на території пілотних регіонів складала 26,7 населення України, що дозволило забезпечити репрезентативність отриманих результатів. Урядом та МОЗ у 2011–2012 рр. була розроблена нормативно правова база щодо проведення перетворень, яка корегувалася на основі даних моніторингу з врахуванням думки органів місцевої влади, медичної спільноти та населення » [45, с.90].

В праці [23] визначено, що : « в процесі реалізації пілотних проектів було доведено доцільність та ефективність:

1) розмежування первинної та вторинної медичної допомоги, пріоритетного розвитку ПМД на засадах загальної практики – сімейної медицини, створення центрів ПМСД з розвинутою мережею амбулаторій в містах і сільській місцевості;

2) об'єднання (пулінгу) фінансових ресурсів для надання вторинної та екстреної допомоги на регіональному рівні;

3) запровадження системи маршрутизації пацієнтів до закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), що відповідають важкості і складності захворювання, та створення лікарень інтенсивного лікування як провідних закладів госпітальних округів;

4) впровадження (за умов методичного удосконалення) оплати праці за обсяги та якість роботи;

5) запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою з використанням порівняльних (референтних) цін і реімбурсації » [23].

Ридзель Ю.М. зазначає, що : « четвертий (сучасний) період – комплексне реформування системи охорони здоров'я – розпочався після певної паузи, яка була обумовлена необхідністю вироблення новим урядом підходів до реформування галузі. Вже перші кроки були спрямовані на зменшення впливу адміністративних методів та збільшення гнучкості управління. Так, вперше в історії країни у 2015 р. було запроваджено цільове фінансування охорони здоров'я з державного бюджету у вигляді медичної субвенції, дозволено урядом фінансування ЗОЗ одночасно з державного та місцевого бюджетів та/або одночасно з різних бюджетів, МОЗ України було скасовано наказ, згідно з яким штати ЗОЗ повинні формуватися в залежності від ресурсного забезпечення (розміру ліжкового фонду тощо) » [45].

Костюк В. С. наголошує, що : « бачення реформи, розрахованої на 2016–2020 рр., було сформовано і схвалено урядом у формі Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я , якою фактично було продовжено з істотними корективами курсу реформ попереднього періоду з зосередженням на фінансово економічній компоненті. Ключова ідея реформи полягає в остаточному переході від Семашківської моделі фінансування інфраструктури до фінансування за результатами діяльності. До числа основних змін, передбачених реформою належать: впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги; пулінг бюджетних коштів для фінансування державних гарантій на національному рівні зі створенням центрального органу виконавчої влади – Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як єдиного закупівельника медичних послуг; перехід від утримання мережі медичних закладів до стратегічної закупівлі медичних послуг на договірних засадах; автономізація постачальників медичної допомоги з набуттям більшістю з них статусу некомерційних медичних підприємств та запровадження електронної системи охорони здоров'я (e-Health) » [20, с.55].

Також було удосконалено систему державного регулювання цін на лікарські засоби та розширено спектр захворювань з включенням серцево судинних захворювань, бронхіальної астми та цукрового діабету другого типу, на які поширюється механізм реімбурсації – повного або часткового відшкодування вартості ліків [2, с.77].

Основні методи державного регулювання, що використовуються національними владними органами узагальнено автором у табл. 1.1.

Таблиця 1.1

Комплекс методів державного регулювання у сфері охорони здоров'я  
України [29]

| Адміністративні<br>(директивні)<br>методи                                                                                                          | Економічні методи                                                       |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                    | Прямі<br>економічні<br>методи                                           | Непрямі економічні методи, направлені на стимулювання                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                    |                                                                         | Розширення<br>пропозиції та<br>підвищення якості                                                                                                                          | Розширення платоспроможного<br>попиту на товари та послуги на<br>ринку                                                                                                                                                                                                                              |
| 1. Ринок медичних послуг                                                                                                                           |                                                                         |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Ліцензування<br>діяльності.<br>Акредитація та<br>реєстрація<br>закладів<br>охорони<br>здоров'я.<br>Стандартизація<br>якості<br>медичних<br>послуг. | Державні<br>видатки на<br>фінансування<br>сфери<br>охорони<br>здоров'я. | Звільнення від<br>оподаткування ППП<br>окремих закладів<br>охорони здоров'я<br>державної власності.<br>Звільнення закладів<br>охорони здоров'я від<br>земельного податку. | Звільнення від оподаткування<br>ПДВ операцій з надання<br>медичних послуг. Включення до<br>складу витрат платника ППП<br>витрат на охорону здоров'я.<br>Виключення з розрахунку<br>загального місячного<br>оподаткування доходу платника<br>ПДФО вартості товарів та послуг<br>на охорону здоров'я. |

Продовження табл.1.1

| 1                                                                                                                                                                                | 2                                                                                                                                      | 3                                                                                                                                                                                                       | 4                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. Ринок медичного обладнання, технологій та новацій у галузі охорони здоров'я                                                                                                   |                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                  |
| Захист прав інтелектуальної власності шляхом патентування об'єктів інтелектуальної власності.                                                                                    | Фінансова підтримка за рахунок державних видатків на наукові медичні дослідження.                                                      | -                                                                                                                                                                                                       | Звільнення від оподаткування акцизним податком операцій з реалізації легкових автомобілів для інвалідів;                                                                                                         |
| 3. Фармацевтичний ринок                                                                                                                                                          |                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                  |
| Реєстрація та стандартизація якості лікарських засобів і виробів медичного призначення; Ліцензування діяльності з виробництва, оптової, роздрібно торгівля лікарськими засобами. | Фінансова підтримка за рахунок державних видатків на закупівлю лікарських засобів і виробів медичного призначення.                     | Виключення з переліку платників збору за впровадження деяких видів підприємницької діяльності аптек, провадження діяльності щодо постачання лікарських засобів з придбанням пільгового торгового пакету | Застосування зниженої ставки ПДВ до операцій з експорту/імпорту лікарських засобів. Звільнення від оподаткування митом фармацевтичної продукції. Застосування зниженої ставки ПДВ до операцій з експорту/імпорту |
| 4. Ринок медичного страхування                                                                                                                                                   |                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                  |
| Ліцензування діяльності зі страхування                                                                                                                                           | Діяльність Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та профес. захворювань                                   | -                                                                                                                                                                                                       | Включення до витрат платника ППП внесків на страхування здоров'я, обов'язковість якого передбачена законодавством.                                                                                               |
| 5. Ринок праці медичного персоналу та ринок освітніх послуг у сфері охорони здоров'я                                                                                             |                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                  |
| Ліцензування діяльності та акредитація освітніх закладів. Стандартизація якості освітніх послуг.                                                                                 | Фінансова підтримка за рахунок державних видатків підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації та оплати праці медичних кадрів | -                                                                                                                                                                                                       | -                                                                                                                                                                                                                |

\*Джерело: складено автором за [29]

Коломієць О. О. відмічає, що : « у межах державного регулювання у галузі охорони здоров'я можна виділити два напрямки:

- направлені на вирішення політичних завдань;
- направлені на вдосконалення механізмів управління.

Перший – політичний – аспект полягає в досягненні соціальних та економічних цілей.

Другий – управлінський – аспект стосується механізмів управління охороною здоров'я, які мають змішану природу, відображаючи складність взаємовідносин між постачальниками послуг » [18].

Вони спрямовані на більш ефективне та раціональне використання фінансових, матеріальних та кадрових ресурсів галузі та регулюють: якість надання медичних послуг та ефективність діяльності закладів охорони здоров'я; доступ до медичних послуг (у тому числі шляхом впровадження відповідної податкової політики), постачальники, поведінка платників, ринок медичних послуг і фармацевтичних препаратів, діяльність адміністраторів закладів охорони здоров'я, лікарів та іншого медичного персоналу. Крім того, він виступає за сприяння державно-приватному партнерству та тристоронній моделі співпраці між соціальним, політичним і фінансовим секторами у сфері охорони здоров'я для досягнення основних цілей і завдань, поставлених перед системою охорони здоров'я. Крім того, він виступає за формування стратегічної основи та сприяння створенню відповідної основи для її реалізації на окремих соціальних і структурних рівнях. Крім того, він виступає за участь громадськості та співпрацю в питаннях планування, управління, фінансування тощо у сфері охорони здоров'я.

## 1.2. Організаційно-правове забезпечення державного регулювання в сфері охорони здоров'я

Управління системою охорони здоров'я здійснюється Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України та іншими центральними органами виконавчої влади, до складу яких входять місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування, Академія медичних наук України [5].

Аналіз організаційної структури національної системи охорони здоров'я підтверджує, що в Україні система охорони здоров'я створена за принципом

вертикального підпорядкування. Схематично організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я представлена на рис. 1.1.

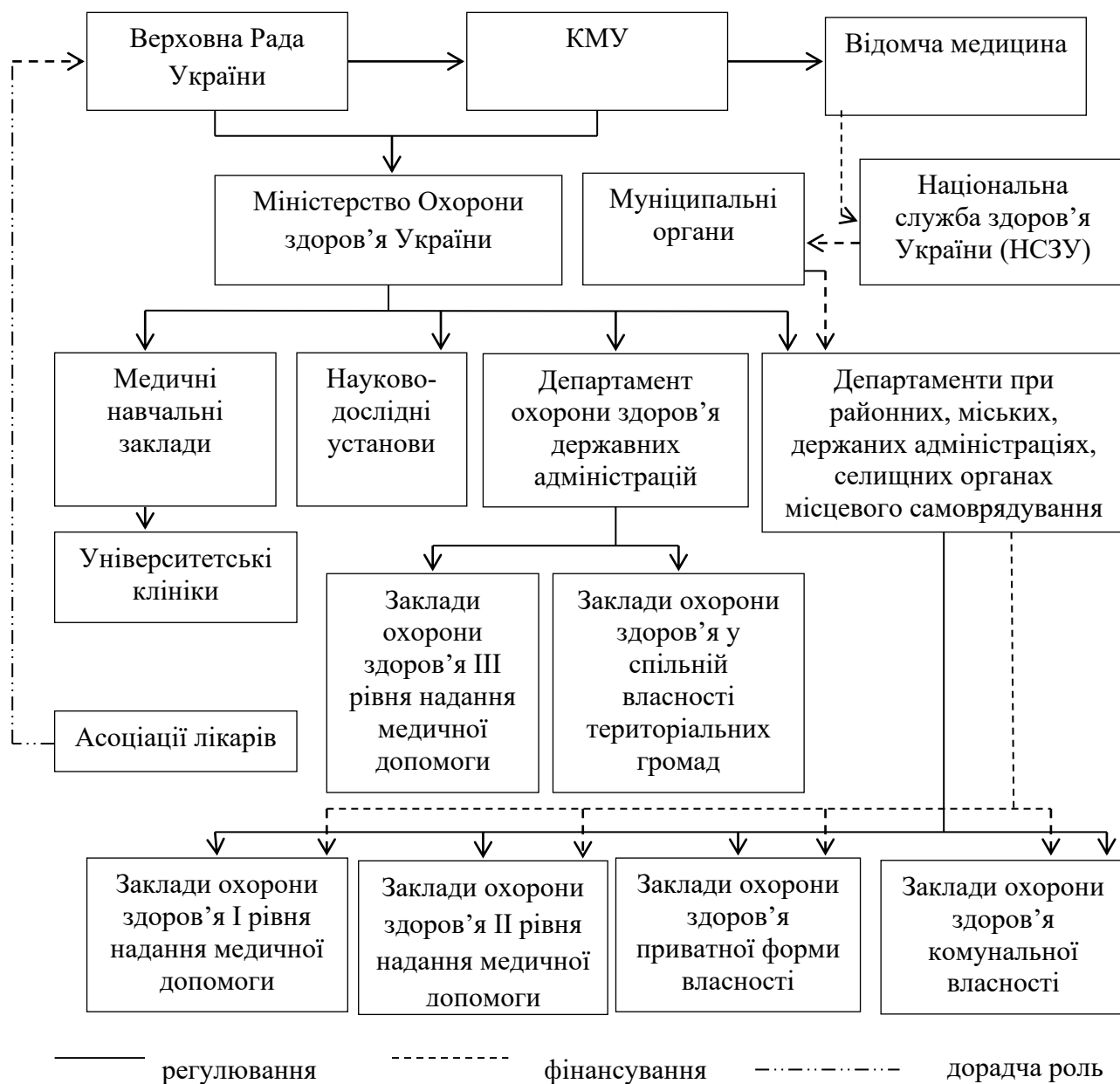


Рис. 1.1. Організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я України [33]

На наступному рис.1.2. представлено суб'єкти, які наділені консультативно-дорадчими повноваженнями у сфері охорони здоров'я, належать:

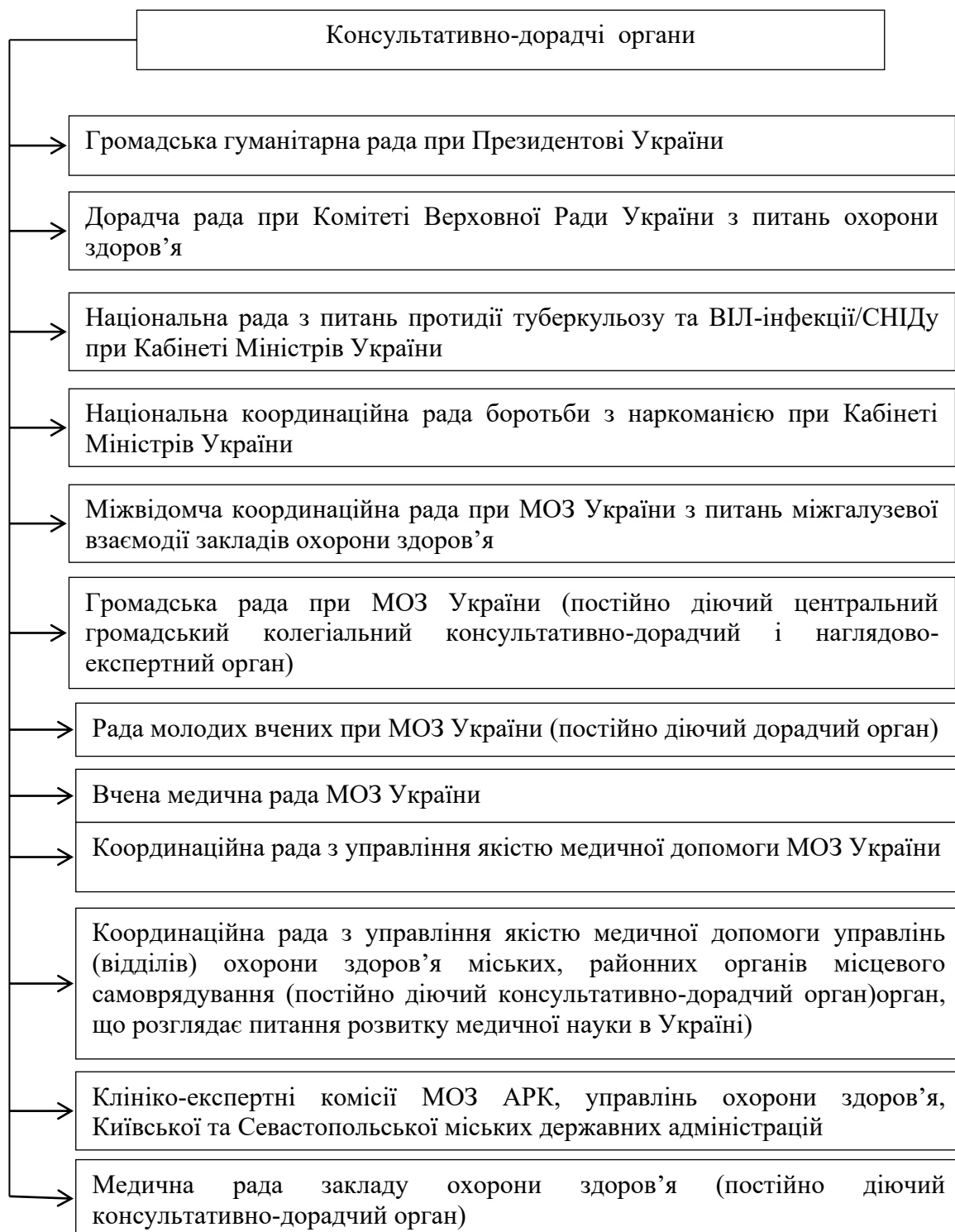


Рис.1.2. Суб'єкти, які наділені консультативно-дорадчими повноваженнями у сфері охорони здоров'я

Джерело: складено автором на основі [17]

« Вищим законодавчим органом у сфері охорони здоров'я є Верховна Рада України, яка формує нормативно-законодавчу базу функціонування та

фінансування сфери охорони здоров'я України. Уряд України є вищою виконавчою ланкою, яка делегувала повноваження щодо стратегічного планування, вироблення політики та стратегії розвитку і реформування, а також поточного управління, визначення обсягів фінансування, закупівлі ліків та розподілу їх за деякими програмами Міністерству охорони здоров'я » [11].

Книш С. В. зазначає, що : « міністерству охорони здоров'я підпорядковані вищі та середні навчальні заклади, науково-дослідні установи у сфері охорони здоров'я, а також департаменти охорони здоров'я обласних державних адміністрацій. Департаментам при обласних державних адміністраціях підпорядковані управління / департаменти при районних, міських державних адміністраціях та селищних та сільських органах місцевого самоврядування, заклади охорони здоров'я третинного рівня, заклади охорони здоров'я у спільній власності територіальних громад, а також приватної форми власності » [17].

« Департаменти при обласних державних адміністраціях здійснюють планування діяльності та поточне керівництво усіма підпорядкованими об'єктами. Управлінням та департаментам при районних, міських державних адміністраціях та селищних та сільських органах місцевого самоврядування підпорядковані заклади охорони здоров'я первинного та / чи вторинного рівня, заклади охорони здоров'я, підпорядковані на правах комунальної власності, а також заклади приватної форми власності » [44].

« Міністерство охорони здоров'я, обласні та районні департаменти та управління охорони здоров'я здійснюють моніторинг діяльності закладів охорони здоров'я, свого підпорядкування, а також є відповідальні за якість надання медичної допомоги. Реалізація контролю якості здійснюється переважно за допомогою адміністративних методів державного регулювання, а саме протоколів лікування, механізмів ліцензування та акредитації діяльності закладів охорони здоров'я, сертифікації медичного персоналу (лікарів). Вимоги щодо якості надання медичних послуг є рівними як для приватних, так і державних закладів » [44].

У складі Міністерства охорони здоров'я України діють консультативні та дорадчі органи, кваліфікаційні, наукові, а також науково-кваліфікаційні комісії. Міністерству безпосередньо підпорядковані науково-дослідні установи з питань охорони здоров'я та високоспеціалізованої медичної допомоги [7].

Сенюта І. стверджує, що : « особливістю національної системи охорони здоров'я є безпосереднє підпорядкування вищих медичних навчальних закладів освіти як Міністерству освіти та науки України, так і Міністерству охорони здоров'я. Заклади вищої освіти можуть мати власні університетські клініки – третинна ланка надання медичної допомоги (наприклад, у підпорядкуванні Одеському національному медичному університету знаходяться Університетська клініка та Багатопрофільний медичний центр), де здійснюється підготовка медичних фахівців, наукова діяльність і надання висококваліфікованої медичної допомоги. Іншою особливістю є наявність відомчої медицини, що також фінансується за кошти державного бюджету та обслуговує вузьку професійну групу (в Україні це медичне відділення Державного управління справами). Проте реформа охорони здоров'я передбачає ліквідацію відомчої медицини з метою формування єдиного медичного простору та рівних можливостей для всіх груп населення » [47, с.199].

Сенюта І. зазначає, що : ліквідація відомчої медицини передбачається на етапі трансформації механізму фінансування вторинної та третинної ланки медичної допомоги. У межах організаційно-функціональної системи також здійснює свою діяльність Національна служба здоров'я України (НСЗУ), яка виконує функції єдиного національного закупівельника медичних послуг. Це новостворена структура (перший етап реформування галузі) » [47, с.202].

В табл.1.2. представлено характеристику основних функцій суб'єктів державного регулювання охорони здоров'я України.

Таблиця 1.2

Характеристика основних функцій суб'єктів державного регулювання  
охорони здоров'я України

| №  | Суб'єкти державного регулювання охорони здоров'я України | Характеристика функціональних обов'язків у сфері охорони здоров'я                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 2                                                        | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 1. | Верховна Рада України                                    | «формує державну політику про охорони здоров'я через закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження загальнодержавних програм охорони здоров'я».                                                  |
| 2. | Президент України                                        | «несе особисту відповідальність за реалізацію державної політики охорони здоров'я, виступає гарантом влади, проводить у життя державну політику охорони здоров'я та здійснює інші повноваження, передбачені Конституцією».                                                                                                                                                                                                                                        |
| 3. | Кабінет Міністрів України                                | «організує розробку та здійснення державних цільових програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у сфері охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також у межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади в сфері охорони здоров'я». |
| 4. | Міністерство охорони здоров'я України                    | «у межах своєї компетенції планує і здійснює заходи щодо реалізації державної політики України, виконання програм у галузі охорони здоров'я та у сфері розвитку медичної науки».                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 5. | Інші міністерства та відомства України                   | «Міністерство внутрішніх справ України, Міністерство інфраструктури України, Міністерство оборони України, Служба безпеки України, які мають свої власні медичні служби, що забезпечують медичними і профілактичними послугами відповідні категорії службовців та членів їх сімей. Державна кримінально-виконавча служба України є відповідальною за організацію медичних та профілактичних заходів усередині пенітенціарної системи».                            |
| 6. | Національна служба здоров'я України                      | «реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення; виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій; внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення».                                                                       |

Продовження табл.1.2

| 1  | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7. | Верховна Рада АР Крим, Рада Міністрів АР Крим, обласні ради, обласні державні адміністрації (ОДА), управління охорони здоров'я ОДА, Київська та Севастопольська міські ради, Київська та Севастопольська міські державні адміністрації, управління охорони здоров'я Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій | «забезпечення реалізації державної політики охорони здоров'я на відповідних територіях, і передані їм в управління рішеннями вищих органів державної влади та районними чи обласними радами заклади охорони здоров'я державної власності та заклади охорони здоров'я, що перебувають у спільній власності територіальних громад (республіканські Автономної Республіки Крим та обласні лікарні, діагностичні центри тощо)». |
| 8. | Районні ради, районні державні адміністрації, центральні районні лікарні, сільські, селищні ради                                                                                                                                                                                                                                  | «реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених законодавством».                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 9. | Міські ради, виконавчі комітети міських рад, управління (відділи) охорони здоров'я міських рад                                                                                                                                                                                                                                    | «здійснюють управління закладами охорони здоров'я, організацію медичного обслуговування населення, забезпечують доступність медичного обслуговування, розвиток лікувальних закладів усіх форм власності».                                                                                                                                                                                                                   |

*Джерело: складено автором на основі [23, 25, 31]*

Сенюта І. наголошує, що : « окрім державних органів, які мають безпосереднє відношення до сфери охорони здоров'я, система отримує контрольні-управлінські функції інших державних органів, а саме «Президента України (зокрема, крізь призму діяльності Адміністрації Президента України, Ради національної безпеки і оборони України), Верховної Ради України (зокрема, Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я), Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, Кабінету Міністрів України (зокрема, через діяльність профільних міністерств та інших центральних органів виконавчої влади), Генеральної прокуратури України та її органів на місцях, а також органів судової системи України » [47, с.220].

Шевчук В.В. вказує на те, що : « основи державної політики в галузі охорони здоров'я встановлює Верховна Рада України шляхом встановлення

конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, основних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення відповідна кредитна система – фінансові, податкові, митні та інші регулюючі органи, затверджують національні плани охорони здоров'я » [58, с.17].

« На сучасному етапі розвитку нашої держави як правової і соціальної питання вдосконалення законодавчої бази у сфері охорони здоров'я характеризується особливою гостротою та актуальністю. Одним із пріоритетних напрямів утвердження соціальної справедливості у нашій країні має бути вдосконалення національної системи охорони здоров'я, підвищення якості медичного обслуговування населення до рівня високорозвинутих країн. Щоб досягти таких показників, необхідно провести радикальну реформу охорони здоров'я, яка у першу чергу повинна спрямовуватися на створення належної і дієвої правової бази. Для досягнення цих цілей необхідна докорінна реформа охорони здоров'я, яка насамперед має бути спрямована на створення належної та ефективної законодавчої бази » [2, с.255].

« Незважаючи на значні позитивні зміни та прогрес у розробці та прийнятті нових законів, статутів, актуалізації чинного законодавства про охорону здоров'я, ми все ще говоримо про недосконалість законодавчої бази у сфері охорони здоров'я. Проте він цілком відповідає сучасним потребам, а в правовому нагляді є прогалини та недоліки. Чинне законодавство України про загальну та спеціальну медичну допомогу не враховує специфіку відносин у галузі, відсутній концептуальний інструментарій, необхідний для закріплення фактичних та юридичних уявлень учасників правовідносин щодо охорони здоров'я, також відзначаємо відсутність поінформованості адвокатів про загальну практику медицини, що ускладнює їх роль у вирішенні «медичних справ » [56].

Правове регулювання системи охорони здоров'я здійснюється Конституцією України, Основами законодавства України про охорону здоров'я, Законами України «Про забезпечення санітарного та епідемічного

благополуччя населення», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», «Про психіатричну допомогу», «Про лікарські засоби» та іншими законодавчими актами, прийнятими відповідно до них. Так, стаття 49 Конституції України гарантує право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Конституційне право на охорону здоров'я дає змогу кожному дієздатному громадянину самостійно обирати законні шляхи і засоби для досягнення стану повного фізичного і соціального благополуччя [16].

Владзимирський, А. В. вказує на те, що : « також право на охорону здоров'я регламентується ст. 283 Цивільного Кодексу (ЦК) України, де зазначається, що охорона здоров'я забезпечується системною діяльністю державних та інших організацій, передбаченою Конституцією України та законом. Керівними принципами задля забезпечення високоякісної та ефективної системи охорони здоров'я в Україні є: захист прав людини; верховенство права; належне врядування на всіх рівнях державного управління; участь громадськості, бізнесу та соціальних партнерів; інтеграція політики та управління; використання найкращих з наявних знань, які покладено у різні нормативні акти щодо розвитку системи охорони здоров'я України » [4].

Баєва О.В. зазначає, що : « всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) класифікує законодавство, що стосується системи охорони здоров'я на основі шести компонентів: «медична допомога та медичні послуги, трудові ресурси охорони здоров'я, інформаційні системи охорони здоров'я, фінансування (системи охорони здоров'я), доступ до основних лікарських засобів і медичних виробів, лідерство/ управління » [2, с.177].

Враховуючи правоінтеграційні процеси, що відбуваються в Європі та світі, участь України у них, виділимо наступну класифікацію законодавства у сфері охорони здоров'я: законодавство, що базується на міжнародно-правових нормах (міжнародний рівень); норми національного законодавства

(національний рівень); норми законодавства щодо визначення регіональних особливостей реагування галузі охорони здоров'я на сучасні виклики (регіональний рівень) [8].

« До норм національного законодавства України можна віднести «Національну економічну стратегію, Стратегію економічної безпеки, Стратегію із створення безбар'єрного простору, Стратегію людського розвитку, Національну стратегію у сфері прав людини та ін. » [10].

« Національну економічну стратегію на період до 2030 року затверджено постановою Кабінету міністрів України (КМУ) від 03 березня 2021 №179. Вказаним документом окреслено довгострокову економічну візію, принципи і цінності, ключові напрями економічного розвитку та за кожним з 20 напрямів – стратегічні цілі, шляхи їх досягнення з урахуванням наявних і потенційних викликів і бар'єрів, а також основні завдання державної економічної політики та цільові індикатори на період до 2030 року » [19].

Стратегію економічної безпеки України на період до 2025 року, яка визначає шляхи досягнення цілей і реалізації пріоритетів національних інтересів у сфері забезпечення економічної безпеки, затверджено Указом Президента України від 11 серпня 2021 року № 347/2021 [35]. Метою вказаного документу є визначення стратегічного курсу у сфері забезпечення економічної безпеки, спрямованого на реалізацію Стратегії національної безпеки України «Безпека людини – безпека країни», затвердженої Указом Президента України від 14 вересня 2020 року № 392. Відповідно до вищевказаного документу «Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека – найвища соціальна цінність в Україні. Реалізація цієї норми Конституції України – головна ціль державної політики національної безпеки» [35].

Функціонування та подальший розвиток нормативно-правового механізму забезпечення сфери охорони здоров'я залежить від дієвих інститутів в цієї сфері та виконання зобов'язань всіх зацікавлених осіб. А також, подальший розвиток сфери охорони здоров'я залежить від скорішого подолання наслідків війни та загроз від інфекційних та інших захворювань,

збалансованої співпраці міжнародних на українських інституцій на всіх рівнях публічного управління [11].

У контексті забезпечення національних економічних інтересів України реалізація Стратегії зорієнтована, зокрема, на досягнення Цілей сталого розвитку України на період до 2030 року, затверджених Указом Президента України від 30 вересня 2019 року № 722.

У сфері охорони здоров'я поширені документи щодо регіонального розвитку охорони здоров'я. До нормативно-законодавчої бази, яка розробляється та затверджується безпосередньо на рівні регіонів, відносяться: стратегії, комплексні обласні програми, галузеві програми, обласні програми, обласні цільові соціальні програми та ін. [48].

### 1.3. Зарубіжний досвід державного регулювання сфери охорони здоров'я

Шутов М.М. зазначає, що : « зарубіжна практика надання медичних послуг свідчить про те, що реалізація гуманітарної, людино-орієнтованої парадигми глобального економічного розвитку та соціального прогресу, заснованої на якості людських ресурсів, має сприяти реалізації основного права людини на життя і здоров'я, а отже, довголіття. Міжнародні організації, такі як: Організація Об'єднаних Націй, Європейський Союз, Світовий банк, Європейський банк реконструкції та розвитку, Всесвітня організація охорони здоров'я, останнім часом, приділяють значну увагу показникам ефективності формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я, оцінюючи згідно них рівень розвитку різних країн світу, в цілому » [59].

« Перша країна, яка заслуговує на увагу є Японія в якій існує чотири рівні управління охороною здоров'я: уряд, префектури, медичні центри та місцеві (міські та сільські) органи влади. Їхню діяльність координує Міністерство охорони здоров'я та соціального захисту населення. У структурі органів місцевого самоврядування створюються департаменти охорони здоров'я, які відповідають за управління місцевими програмами розвитку охорони здоров'я.

Префектури та великі муніципалітети створюють медичні центри (кожен центр обслуговує приблизно 100 000 жителів), які фінансуються як державними, так і місцевими органами влади. Варто додати, що для Японії характерна «сильна» система публічного управління сфери фінансування охорони здоров'я та медичного страхування» [40].

Попова Т., Орлова Н.С. зазначають, що : « система охорони здоров'я Японії тісно пов'язана з роботою місцевих органів влади. Основними установами, пов'язаними з системою охорони здоров'я Японії, є: «Бюро політики у сфері охорони здоров'я, Бюро медичних послуг, Бюро фармацевтичної продукції і продовольчої безпеки, Бюро трудових стандартів, Соціальне забезпечення і Бюро жертв війни, Бюро здоров'я і добробуту для літніх людей, Бюро медичного страхування і Бюро пенсійного забезпечення. Японія є капіталістичною країною, саме тому охорона здоров'я у ній обходиться недешево. Проте слід зауважити, що близько 90% витрат громадян покриває державна система медичного страхування. Варто також додати, що наразі Японія ввела заборону на доходи страхових компаній за медичні послуги, а також обмеження на оплату праці лікарів, які допускають серйозні помилки в обслуговуванні пацієнтів » [33].

Муляр Г. наголошує на те, що : « заслуговує на увагу Німецька система управління охороною здоров'я, яка базується на добре структурованому медичному страхуванні, що складається з державного медичного страхування та приватного страхування. Державне страхування має близько 89% населення; приватне страхування – 9% німців; 2% населення отримують медичну допомогу за спеціальними державними програмами (військові, поліцейські). Якщо говорити про фактичний внесок основного страхування до загальних витрат на охорону здоров'я то він становить понад 60%. Крім того, кошти надходять з інших частин національної системи страхування (з пенсійних фондів, страхування від нещасних випадків на виробництві). Гроші також надходять з державної скарбниці. Внески на державне медичне страхування збираються лікарняними фондами (незалежними органами місцевого

самоврядування), що стосується державного органу то він контролює та керує їх діяльність. На федеральному рівні системою охорони здоров'я керує Федеральне міністерство охорони здоров'я та соціального забезпечення, яке також має поліси загального державного медичного страхування (в основному пов'язані з справедливістю, комплексністю, а також наданням і фінансуванням послуг соціального здоров'я) » [26].

Акіуама М., Уоо В. К. А відмічають, що : « правове регулювання всієї німецької системи соціального забезпечення в основному базується на Соціальному кодексі, п'ята книга якого безпосередньо стосується державного медичного страхування. Слід підкреслити, що основним джерелом фінансування охорони здоров'я в Німеччині є регіональні та федеральні лікарняні фонди (*gesetzliche Krankenkassen*), які збирають внески та фінансують охорону здоров'я на рівні державного соціального забезпечення. Усі лікарні неприбутковими організаціями, які зобов'язані сплачувати членські внески та мають право визначати розміри, необхідні для покриття витрат. До переваг німецької системи охорони здоров'я можна віднести високу якість медичної допомоги, сучасне медичне обладнання в профілактичних закладах, відповідну кваліфікацію медичного персоналу і, головне, доступність медичної допомоги для всіх. Система медичного страхування надає населенню широкий спектр безкоштовних послуг, включаючи амбулаторне та стаціонарне лікування, надання ліків за рецептом, забезпечення медичним обладнанням, оплату проїзду до медичного закладу » [61].

Камінська Т. зазначає, що : « цікавим для нашої країни також є досвід Великобританії де основна частина фінансування надходить з державного бюджету і розподіляється зверху по управлінській вертикалі. «Централізоване фінансування також допомагає «стримувати» зростання витрат на лікування. Проте існують і недоліки громадського здоров'я, такі як: схильність до монополізму, відсутність вибору лікаря чи лікарні для пацієнта. Система страхування ґрунтується на принципах солідарності. Контролювати використання страхових коштів можуть страхові компанії та страхувальники.

Також застраховані особи можуть обрати лікаря та медичний заклад. Фінансування таких систем здійснюється з трьох джерел: страхові внески підприємців (відрахування з доходу); страхові внески працівників (відрахування із заробітної плати); державні кошти. Основним постачальником медичних послуг є Національна служба охорони здоров'я (National Health Service, NHS), яка звітує перед Департаментом (Міністерством) охорони здоров'я » [13].

Камінська Т. зазначає, що : «Національна служба охорони здоров'я Великобританії забезпечує мешканців практично всіма необхідними медичними послугами, стаціонарними препаратами та іншими медичними витратами, на безоплатній основі. Також передбачено додаткові пільги для соціально незахищених та малозабезпечених верств населення. Наприклад, від оплати ліків повністю звільняються громадяни до 16 років, особи до 60 років, студенти до 19 років, хворі на особливі захворювання, військові пенсіонери та інваліди війни » [13].

Акіуама М., Уоо В. К. А відмічають, що : « великобританії вдалося створити медичну галузь без посередників (страхових компаній), зробивши її однією з найефективніших у світі. Для реформування механізмів державного управління системою охорони здоров'я України можна скористатися перевагами британської системи, такими як доступність медичних послуг, простота їх отримання та ступінь зусиль щодо максимально ефективного використання наявних ресурсів » [61].

Наступною країною, яка також заслуговує на увагу слід вважати Францію, адже вона вже не один рік зберігає першість в сфері медицини за результатами рейтингу Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основними критеріями цього рейтингу, до якого входить 191 країна, є доступність та ефективність медичних послуг.

Вчена А. Паршикова наголошує, що: « у Франції базовий рівень загального обов'язкового соціального страхування забезпечується через систему страхових фондів, переважно прив'язаних до місця роботи. Формально

ці фонди є приватними компаніями, але вони «жорстко» регулюються та контролюються державою » [29].

А. Паршикова зазначає, що : « лікарні у Франції поділяються на державні та приватні, останні у свою чергу на комерційні та некомерційні. Завдяки вдосконаленій системі медичного страхування вони однаково доступні та відрізняються наданням медичних послуг. Наприклад, усі клінічні лікарні є державними установами, а клінічні послуги зазвичай надаються приватними постачальниками медичних послуг. У Франції існує багато великих науково-дослідних установ, що лікують одночасно. Практично всі лікарні належать до муніципалітетів міст та підпорядковуються адміністративним радам під головуванням мерів. Доцільно зазначити, що Алексі Струве, директор Агентства «Бізнес Франс» при Посольстві Франції в Україні вважає, що за останні роки французька система охорони здоров'я стала чи не однією з найкращих у світі. В основному це було досягнуто за рахунок успішного вирішення таких завдань, як: забезпечення загального охоплення, доступ без «списків очікування», свобода вибору і задоволення потреб пацієнта » [29].

Проте Алексі Струве додає, що з'єднання системи обов'язкового і добровільного медичного страхувань, що охоплює відшкодування співплатежів, здійснюваних у рамках державної системи, а, також, придбання лікарських препаратів та медичних послуг, котрі не в повній мірі покриваються державною системою, призвели до низького рівня особистих витрат громадян і високого рівня споживання медичної допомоги.

Вивчаючи міжнародний досвід застосування телемедичних технологій, слід зазначити, що результати її впровадження мають у цей час не тільки соціальні результати, а й показали свою економічну ефективність. Так, за даними АТА (American Telemedicine Association – Американська асоціація телемедицини) у системі надання первинної медикосанітарної допомоги у 2017 році телемедичні технології активно використовуються для режиму спілкування в «реальному часі», передачі фото та відео матеріалу, який має лікувально-діагностичне значення, а так само використовується система

відеозвітів від пацієнтів. Дистанційно проводиться моніторинг основних клінічних показників, таких як контроль рівня цукру в крові, артеріального тиску, частоту серцевих скорочень. Впроваджено систему регулярних online-консультацій «пацієнт-лікар», у ході яких пацієнт забезпечує необхідними знання з профілактики, режиму виконання рекомендації тощо. Крім цього, телемедичні технології застосовані всередині системи охорони здоров'я з метою підвищення кваліфікації співробітників за допомогою online-семінарів та консультацій зі спеціалізованими центрами [65].

Однією з провідних країн із впровадження телекомунікаційних засобів у охорону здоров'я є Японія. За даними JTТА (Japanese Telemedicine and Telecare Association) одним із шляхів розвитку телемедицини може стати її поділ за профілем пацієнтів та профілем лікувально-діагностичного моніторингу. Дані наведені у табл. 1.3.

Таблиця 1.3

Профіль телемедичної технології, її завдання та перспективи застосування (згідно з Japanese Telemedicine and Telecare Association) [68]

| № | Вид телемедицини          | Можливість застосування                                                                                                                                                                         | Перспективи застосування                                                                                                        |
|---|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 2                         | 3                                                                                                                                                                                               | 4                                                                                                                               |
| 1 | Телерадіологія            | Використовується діагностичний пристрій, що передає дані з можливістю їх візуалізації                                                                                                           | Цей вид стає дедалі більш популярним головним чином через можливість консультації з колегами за межами одного регіону (держави) |
| 2 | Телемоніторинг            | Використовується діагностичний пристрій з можливістю контролю в реальному часі певних клінічних параметрів з можливістю їх передачі та інтерпретації                                            | Користується стабільним попитом для регулярного (щоденного) контролю                                                            |
| 3 | Телемедицина для вагітних | Використовується у важкодоступних районах, де немає можливості регулярного огляду лікарем акушером-гінекологом та проведення кардіотокографії. Дані заносяться до перинатальної історії хвороби | Враховуючи важливість моніторингу в системі «мати-плід», широта застосування цього виду має тенденції до розширення             |
| 4 | Домашня телемедицина      | Використання дистанційного відео (аудіо) консультування під час візиту медичної сестри до пацієнта                                                                                              | Має тенденцію до усунення акцентів щодо відповідальності від лікаря до середнього медичного персоналу                           |

Продовження табл.1.3

| 1 | 2                 | 3                                                                                                                                                  | 4                                                                                                                                                                                            |
|---|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 | Телепатронаж      | Використання дистанційної можливості проведення консультацій для здійснення кваліфікованого догляду вдома пацієнтів із віддалених місць проживання | Дана технологія дозволяє підвищити якість догляду вдома пацієнтів, які потребують медичного догляду. Розширення її застосування дозволяє знизити ризики рецидиву та ускладнень захворювання. |
| 6 | Телеофтальмологія | Використання дистанційної можливості для проведення консультацій з провідними спеціалістами та проведення догляду вдома                            | Враховуючи загальну тенденцію до підвищення проблем, пов'язаних із захворюванням очей, дана технологія розширює межі свого застосування.                                                     |

З таблиці видно, що спектр застосування телемедичних технологій може бути широким. Оцінюючи економіко-соціальну ефективність застосування даних технологій, варто зазначити, що в обох країнах регулярно проводиться оцінка результатів її впровадження. Результати ряду оцінок економічної ефективності застосування телемедичних технологій у США та Японії представлені в табл.1.4.

Таблиця 1.4

Оцінка економічної ефективності застосування телемедичних технологій у США та Японії [63]

| № | Телемедична технологія                                                                                                                                                          | Ефективність економічна                                                                                          |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Консультація у режимі реального часу, проведення загального огляду пацієнта                                                                                                     | Вартість проведення огляду нижче більш ніж у 10 разів порівняно зі стандартним оглядом                           |
| 2 | Діагностика очного дна (стандартна процедура)                                                                                                                                   | Вартість однієї процедури знижена більш ніж в 1,5 рази (з 77,8 \$ до 49,95 \$)                                   |
| 3 | Моніторинг серцево-судинної системи за допомогою інформаційних технологій                                                                                                       | Вартість сеансу (консультації) знизилася більш ніж у 5,5 разів (з 599,28 \$ до 107,55 \$)                        |
| 4 | Контроль за станом пацієнта, який живе у віддаленій місцевості за допомогою віддаленого моніторингу медичною сестрою при захворюваннях серцево-судинної та ендокринної системи. | Зниження вартості консультації (амбулаторної) до 371\$ при серцево-судинних захворюваннях, гіпертонії та діабеті |
| 5 | Контроль за станом пацієнта, який проживає у віддаленій місцевості за допомогою віддаленого моніторингу медичною сестрою при наданні паліативної допомоги                       | Зниження витрат за один випадок протягом року становила понад 5000\$                                             |

Застосування телемедицини передбачає як наявність зв'язку «лікар-пацієнт» у форматі консультацій режиму реального часу, а й створення високотехнологічного устаткування діагностики. Наприклад – для сільських населених пунктів із віддаленим доступом із функцією очного звернення до лікаря. Одним із прикладів такого обладнання є модуль телемедицини H4D, розроблений у Франції. Пацієнт, перебуваючи всередині цього модуля, може пройти загальний огляд, виміряти антропометричні дані, а й провести діагностику з допомогою апарату ЕКГ. Також передбачено обстеження ЛОР-органів і очного дна, взяття на аналіз крові з пальця. Поряд із зручністю та відносною дешевизною методу дистанційного спостереження існує низка проблем, пов'язаних із прийняттям населення цієї технології [67].

Проведене дослідження в Сабугейро показало, що реалізація застосування телемедицини не завжди досягає заявлених цілей. Спостерігалися пацієнти не виявляли підвищеного «запопадливості» виконувати рекомендації та дотримуватися рекомендованого режиму, але при цьому дослідження показало високий рівень прихильності пацієнтів до новітньої технології (понад 80% пацієнтів висловилися позитивно щодо моніторингу та віддаленого консультування). Труднощі виникали у використанні телекомунікаційного обладнання через похилого віку та низьку освіченість [64].

Розвиток телемедицини з часом стає більш актуальним для країн з економікою, що розвиваються. У Бразилії, країні, де населення обмежене у доступі до медичних послуг, впровадження технології для віддалених місць проживання здобуло успіх. Наочним є досвід роботи телемедичної мережі в бразильському штаті Мінас-Жераїс. Співробітники центру проводять віддалене консультування у первинній медико-санітарній ланці, поєднуючи лікарів із фахівцями з державних університетів. Швидке зростання мережі обумовлено тим, що в муніципалітетах, де раніше консультація фахівця з державних університетів була не доступна більшості населення, з'явилася можливість пройти віддалену діагностику, не виїжджаючи за межі місця проживання. Якщо у 2016 році було здійснено лише 65 000 віддалених консультацій, то вже у 2014

році кількість досягла понад 800 000. Основним консультативно-діагностичним профілем є проведення віддаленої ЕКГ-діагностики та консультацій у режимі реального часу. Позитивно оцінювали роботу мережі більше 95% користувачів, що говорить про високу затребуваність та ефективність даного методу передачі даних [63].

Необхідність розвивати телемедичні технології має різні причини. Якщо країнах з розвиненою економікою і високим рівнем життя розвиток цієї технології зумовлено прагнення уряду знизити витрати на охорону здоров'я і розширити зони досяжності первинної медико-санітарної допомоги в межах колишнього бюджету, то в країнах з економікою, що розвивається, і нижчим рівнем життя – це реальний спосіб «дотягнути» будь-яку більш-менш кваліфіковану медичну послугу до віддалених муніципалітетів. Зважаючи на те, що телемедицина реалізує не лише завдання віддалених консультацій, а й сприяє віддаленому скринінгу та виявленню захворювань на ранніх етапах, варто визнати той факт, що розвиток та застосування цієї технології буде лише розширитися. Бенефіціар тут є обидві сторони. Держава реалізує свою соціальну відповідальність щодо громадян, які проживають у важкодоступних поселеннях, а жителі, які бачили лікаря можливо лише на сторінках газет або екрані телевізора, можуть відчувати медичну турботу. З розвитку глобального ринку медичних послуг слід чекати «уберізації» цієї галузі і швидше за все телемедичні послуги протягом найближчих десятиліть матимуть транснаціональний характер. Нерівномірність розподілу медичних послуг на даний час у періоді глобалізації, що прискорюється, буде згладжуватися, чому безсумнівно сприяє розмивання «інформаційних» кордонів [68].

Планування впровадження телемедицини на національному або обласному рівнях доцільно здійснювати на основі аналізу Національного контексту електронної охорони здоров'я.

Товариство інформаційних та управлінських систем охорони здоров'я HIMSS (Healthcare Information and Management Systems Society) розробило модель розвитку телемедицини відповідно до рівня використання програмно-

апаратного забезпечення, архітектури та функціональності, яка включає 8 стадій.

« Якщо рівень розвитку електронної охорони здоров'я відповідає першій стадії еволюції системи, в стратегічному відношенні, план впровадження повинен бути орієнтований на створення сприятливих умов впровадження телемедицини. Для другої стадії пріоритетними мають бути правові, політичні та нормативні аспекти впровадження телемедицини. На третій стадії основну увагу слід приділяти аналізу задоволеності користувачів, моніторингу та оцінці функціонування телемедицини » [4].

« Управління – це необхідна умова для успішного впровадження телемедицини на національному рівні. Державні органи повинні створити координаційну групу для управління і контролю за реалізацією проекту повноцінного впровадження телемедицини, діяльність якої повинна бути підкріплена політичними рішеннями, законодавчими і правовими актами » [17].

Координаційна група повинна виконувати ряд функцій:

- « узгодження Національної стратегії телемедицини з цілями і політикою охорони здоров'я країни, забезпечення пріоритетів системи охорони здоров'я, які враховують рівність, етику і права людини;
- постановку національних стратегічних цілей в області телемедицини та їх досягнення в рамках чітко сформульованих і прозорих рішень, прав і підзвітності; – забезпечення стабільності розвитку телемедицини в Україні;
- допомога в подоланні обмежень, які можуть існувати в обласних управліннях охороною здоров'я » [4] .

Національна ініціатива з розвитку телемедицини повинна ґрунтуватися на національних цілях охорони здоров'я та національній концепції електронної охорони здоров'я, тому керівники координаційної групи повинні бути підзвітними Міністерству охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я, в рамках впровадження телемедицини, має взаємодіяти з Міністерством освіти і науки.

Владзимирський, А. В. зазначає, що : « наступний етап – це призначення керівного комітету для підтримки керівництва та супроводу стратегічних рішень Міністерства охорони здоров'я, як керівника розвитку телемедицини в Україні. Цей комітет повинен мати повноваження на рівні міністерства та включити представників державних і приватних структур для представлення інтересів усіх зацікавлених сторін » [4].

Наступними кроками, з нашої точки зору, можуть стати:

1. «Декомпозиція комплексу заходів за напрямками діяльності функціональних команд. Кожен такий напрямок має своє коло завдань, пріоритети, цілі реалізації та спрямованість.

2. Розробка планів за кожним напрямком діяльності та синтез комплексного плану дій. Плани за напрямками інтегруються в загальний план дій щодо впровадження телемедицини, з урахуванням стратегічних пріоритетів і рекомендацій національної системи охорони здоров'я.

3. Визначення загальних вимог до ресурсів. Оцінка якості, вартості і доступності необхідних навичок і знань для реалізації комплексного плану дій з урахуванням існуючого середовища електронної охорони здоров'я дозволяє виявити потенційні обмеження: якість, вартість і доступність вищевказаних ресурсів, чи є вони місцевими або зарубіжними.

4. Коригування плану з урахуванням фінансових обмежень. Повне фінансове забезпечення реалізації комплексного плану розвитку телемедицини проблематично через обмеженість ресурсів, властиву багатьом країнам. Тому необхідно сформулювати узагальнене уявлення про обсяг і часові рамки потенційного фінансування і скорегувати комплексний план так, щоб він був реалістичним і здійсненим в даному контексті.

5. Визначення етапів реалізації комплексного плану. Комплексний план розбивається на етапи, відповідно до фаз його реалізації, що дає можливість краще зрозуміти результати, які необхідно досягти в рамках кожного етапу і ступінь реалізації виконання більш широких завдань » [4].

Національний орган управління електронною охороною здоров'я повинен доручити розробку Національної інфраструктури електронної охорони здоров'я, та визначити сукупність територіально розподілених державних і корпоративних медичних інформаційних систем і телемедичних мереж: каналів передачі даних, засобів комутації та управління інформаційними потоками, ліній зв'язку. Також необхідно визначити організаційні структури, правові та нормативні механізми, що забезпечують ефективне функціонування інформаційної інфраструктури, що створить основу для подальшого розвитку телемедицини [60].

Для ефективного функціонування системи телемедицини інформаційна інфраструктура повинна забезпечувати:

- « своєчасний доступ користувачів (за прийнятний для них час) до необхідної їм інформації;
- достовірність (повноту, точність, адекватність, цілісність) інформації;
- конфіденційність інформації;
- захист інформації від несанкціонованого доступу;
- розмежування відповідальності за порушення законних прав (інтересів) інших суб'єктів інформаційних відносин та встановлених правил поведінки з інформацією;
- можливості здійснення безперервного контролю та управління процесами обробки і передачі інформації » [55].

Розробка інформаційної інфраструктури вимагає кваліфікованих людських ресурсів, стандартів інформаційних технологій охорони здоров'я та функціональної сумісності, а також постійного та сталого фінансування, підтримуваного співпрацею всіх зацікавлених сторін, включаючи уряд, приватні організації, постачальників, фахівців у галузі охорони здоров'я та пацієнтів.

При визначенні вартості впровадження телемедицини слід враховувати наступні види витрат:

- « Витрати на утримання команди проекту телемедицини: зарплата, посібники, витрати на відрядження, канцелярські та інші витрати, пов'язані з командою проекту і людськими ресурсами.

- Витрати на інфокомунікаційну інфраструктуру. Придбання медичного обладнання, апаратного та мережевого обладнання, витрати на розробку або придбання програмного забезпечення, а також витрати на вебхостинг.

- Експлуатаційні витрати. Витрати на супровід програмного забезпечення, заміну або удосконалення обладнання, а також технічне обслуговування обладнання.

- Витрати на навчання. Навчання медичного персоналу (користувачів) та їх мотивація важливі для нівелювання опору змінам професійної діяльності та забезпечення успішності впровадження телемедицини.

- Витрати, пов'язані з втратою продуктивності. Як показує досвід впровадження телемедицини, на початку експлуатації системи, спостерігається тимчасове зниження продуктивності, пов'язане з необхідністю адаптації користувачів до нових умов роботи » [4].

До ключових принципів фінансової моделі окупності інвестицій слід віднести:

- для фінансування з державного бюджету – визначити умови беззбитковості інвестицій;

- для приватних інвесторів – визначити нормативні рівні рентабельності інвестицій шляхом встановлення узгоджених з інвестором норм прибутку [17].

« Розвиток персоналу – ключова умова успішного розвитку телемедицини. Для планування розвитку персоналу необхідно: - встановити рівень компетентності медичного персоналу, який буде залучатися до сфери телемедицини; - визначити достатність кадрового персоналу для впровадження телемедичних проектів; - визначити майбутні потреби в персоналі для подальшого розвитку телемедицини; - розробити план заходів та програми підвищення кваліфікації медичного персоналу та підготовки кадрів » [25].

Для забезпечення системи охорони здоров'я відповідними кадрами для розвитку телемедицини, необхідне ефективне кадрове планування. Кадрове планування має включати:

- « Аналіз рівнів освіти та виявлення недоліків сучасної освітньої практики.
- Стандартизацію цілей і компетенцій освіти, навчальних програм і робочих місць в різних областях країни.
- Розробку карт необхідних навичок та освітніх заходів.
- Поліпшення освіти для медпрацівників та нарощування кадрового потенціалу.

Стратегії розвитку національних або регіональних кадрових ресурсів для подальшого розвитку телемедицини в Україні повинні, з нашої точки зору, включати:

- Підвищення рівня знань, навичок у галузі медичної інформатики при формальному та неформальному навчанні працівників охорони здоров'я.
- Розробку, за участю зацікавлених сторін, освітніх програм і навчальних планів для підготовки клінічних фахівців в області медичної інформатики.
- Співпрацю з місцевими медичними університетами та університетами, в яких будуть впроваджуватися нові освітні програми.
- Створення національних освітніх програм, органів з акредитації та професійної сертифікації фахівців медичних інфокомунікаційних систем» [56].

В Україні можна зазначити такі проблеми при використанні телемедицини, які й досі не вирішено.

1. «Перша проблема пов'язана з відповідністю використання телемедицини в Україні юридичним законам. На сьогодні, на жаль, існує плутанина щодо її юридичного регулювання. В Україні впровадження телемедицини регулюють наказ МОЗ України № 681 та ДСТУ України щодо захисту інформації, але вони не збігаються в деяких пунктах (Наказ МОЗ, 2015; Законопроект, 2010). Недостатність розвитку нормативної бази та відсутність

міжнародних стандартів призводять, на жаль, до великої кількості неякісних і ненадійних рішень.

2. Друга проблема пов'язана з необхідністю в сучасних важких економічних умовах враховувати вартість апаратного та програмного забезпечення телемедицини. Зауважимо, що воно має бути економічно вигідним не тільки для комерційних, а й для державних лікувальних закладів. Крім того, програмно-апаратні засоби повинні мати простий інтерфейс для користувачів, зокрема лікарів та пацієнтів.

3. Брак кваліфікованих кадрів, здатних якісно і оперативно взаємодіяти з системами телемедицини. Головна проблема, з якою стикаються національні системи охорони здоров'я, – це нерівномірний розподіл медичних фахівців. Саме тому спільна робота медичних працівників і ефективний доступ до інформації є двома найбільш перспективними областями, здатними найближчим часом підтримати впровадження великомасштабних інновацій в секторі охорони здоров'я.

4. Великий розрив між потенційними можливостями телемедицини та масштабами її практичного використання. В ході дослідження, проведеного дослідницькою організацією PSRAI, респонденти особливо виділили рішення телемедицини, підкресливши, що такі рішення здатні викликати великомасштабну трансформацію національних систем охорони здоров'я. Під цим терміном розуміють нові способи спільного використання інформації, спільної роботи і доставки послуг за допомогою різноманітних інформаційних і комунікаційних технологій. Розробці простих і ефективних ділових процесів в галузі охорони здоров'я можуть допомогти рішення, що поєднують обмін даними з підтримкою людської взаємодії. До таких технологій відноситься спільна робота в області діагностики та лікування, електронний обмін даними пацієнтів, а також віддалене навчання медичного персоналу. При цьому лише 9% відзначили, що спільна робота фахівців і використання електронних даних вже набули широкого поширення.

5. Проблема забезпечення сумісності та стандартизації пристроїв технологій, що застосовуються у сфері телемедицини.

6. Неготовність пацієнтів до використання нового виду медичного обслуговування (в якійсь мірі цей пункт пов'язаний з попереднім).

7. Послуги телемедицини часто не покриваються жодним видом страхування» [58].

Таким чином, незважаючи на потенційне підвищення якості надання медичних послуг, ефективності діяльності системи охорони здоров'я в цілому, забезпечення безпеки даних, автоматизації рутинних процесів, існує ряд перешкод на шляху впровадження телемедицини в клінічну практику.

### Висновки до розділу 1

Державне регулювання системи управління у сфері охорони здоров'я – це системний, планомірний вплив державних інституцій та інститутів на діяльність суб'єктів макроекономічного середовища охорони здоров'я, враховуючи стабільні умови функціонування ринкового механізму господарювання, основною метою якого є дотримання пріоритетної лінії державної політики щодо фінансового, економічного та соціального зростання індикаторів національного макроекономічного середовища охорони здоров'я, враховуючи пріоритет заходів із збереження та зміцнення здоров'я людського капіталу країни.

Основними суб'єктами державного регулювання охорони здоров'я в Україні є Верховна Рада України та Уряд, центральні органи виконавчої влади, серед яких Міністерство охорони здоров'я України, а також місцеві органи виконавчої влади, до яких належать департаменти охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, департаменти охорони здоров'я міських рад, які здійснюють функції управління охороною здоров'я в країні. Діяльність цих органів регламентуються ст. 13 та ст. 14 Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я».

Зарубіжна практика надання медичних послуг свідчить про те, що реалізація гуманітарної, людино-орієнтованої парадигми глобального економічного розвитку та соціального прогресу, заснованої на якості людських ресурсів, має сприяти реалізації основного права людини на життя і здоров'я, а отже, довголіття. Міжнародні організації, такі як: Організація Об'єднаних Націй, Європейський Союз, Світовий банк, Європейський банк реконструкції та розвитку, Всесвітня організація охорони здоров'я, останнім часом, приділяють значну увагу показникам ефективності формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я, оцінюючи згідно них рівень розвитку різних країн світу, в цілому.

## РОЗДІЛ 2

### АНАЛІЗ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я М.РІВНЕ

#### 2.1. Сучасний стан сфери охорони здоров'я в м. Рівне

Медична допомога мешканцям Рівненської громади надається у 9 закладах охорони здоров'я (КНП «Центральна міська лікарня», КНП «Міська дитяча лікарня», КНП «Пологовий будинок», КНП ЦПМСД «Центральний», КНП ЦПМСД «Північний», КНП ЦПМСД «Ювілейний», КНП «МСП», КНП «МДСП», КНП «Міська лікарня № 2»). Забезпечення якісної кваліфікованої медичної допомоги всіх верств населення – основне завдання закладів охорони здоров'я територіальної громади.

В табл.2.1. представлено стан охорони здоров'я м. Рівне за 2019-2021 роки.

Таблиця 2.1

#### Стан охорони здоров'я м. Рівне за 2019-2021 роки

| № | Назва показника                          | 2019 рік |      |             | 2020 рік |      |             | 2021 рік |      |             |
|---|------------------------------------------|----------|------|-------------|----------|------|-------------|----------|------|-------------|
|   |                                          | План     | Факт | % виконання | План     | Факт | % виконання | План     | Факт | % виконання |
| 1 | 2                                        | 3        | 4    | 5           | 6        | 7    | 8           | 9        | 10   | 11          |
| 1 | Укомплектованість спеціалістами:         |          |      |             |          |      |             |          |      |             |
|   | – лікарі всіх спеціальностей, осіб       | 912      | 691  | 75,7        | 686,5    | 913  | 132,9       | 686,5    | 949  | 138,2       |
|   | у тому числі на 10 тисяч населення, осіб | 37       | 28,4 | 76,8        | 28,2     | 37,5 | 132,9       | 28,2     | 38   | 134,8       |
|   | –середній медперсонал, осіб              | 1705     | 1344 | 78,8        | 1344     | 1574 | 117,1       | 1344     | 1534 | 114,1       |
|   | у тому числі на 10 тисяч населення, осіб | 69,1     | 55,3 | 80,0        | 55,3     | 64,9 | 117,3       | 55,3     | 61,3 | 110,9       |

Продовження табл.2.1

| 1 | 2                                                        | 3    | 4     | 5     | 6     | 7     | 8     | 9     | 10    | 11    |
|---|----------------------------------------------------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 2 | Кількість лікарняних закладів, од.                       | 9    | 9     | 100,0 | 9     | 9     | 100,0 | 9     | 9     | 100,0 |
| 3 | Кількість лікарняних ліжок, од.                          | 1170 | 1160  | 99,2  | 1160  | 1164  | 100,3 | 1160  | 1119  | 96,5  |
|   | у тому числі на 10 тисяч населення, од.                  | 47,4 | 47,7  | 100,6 | 47,7  | 47,9  | 100,4 | 47,7  | 44,8  | 93,9  |
| 4 | Амбулаторно-поліклінічні заклади, тис.відвід. за зміну   | 5,7  | 5,4   | 94,7  | 5,5   | 3,0   | 54,6  | 5,5   | 3,7   | 67,3  |
|   | у тому числі на 10 тисяч населення, відвідувань за зміну | 231  | 221,8 | 96,0  | 228,3 | 120,6 | 52,8  | 228,3 | 147,2 | 64,5  |

*Джерело: складено автором згідно даних [43]*

Як видно з даних табл.2.1. у 2021 році збільшилась кількість лікарів всіх спеціальностей порівняно з 2020 роком на 36 осіб, план у 2021 році виконано на 138,2 % за даним показником. Кількість середнього медичного персоналу у 2021 році зменшилась на 40 осіб, порівняно з 2020 роком, плану 2021 за даним показником виконано на 114,1%.

На графіку 2.1. представлено динаміку кількості лікарняних ліжок в м. Рівне за останні три роки. Як видно, у 2021 році зменшилась кількість лікарняних ліжок на 45 одиниць порівняно з 2020 роком, план виконання даного показника у 2021 році склав 96,5%, за планом прогнозувалось 1160 одиниць. У 2020 році порівняно з 2019 роком кількість лікарняних ліжок збільшилась на 4 одиниці, план виконання в 2020 році склав 100,3%. Одним з основних напрямків підвищення ефективності використання ліжкового фонду стаціонарів є розвиток стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги населенню. На сьогодні в місті Рівному діяльність стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги населенню організована на базі деяких Центрів

ПМСД, міських лікарень по обслуговуванню, як дорослого, так і дитячого населення та пологового будинку. Щорічно кількість пролікованих в денних стаціонарах збільшується та у 2020 році кількість пацієнтів пролікованих в умовах денного стаціонару зменшилась з 473,1 у 2019 році до 209,5 на 10 тис. населення у звітному році. Також зменшилась кількість хворих пролікованих у стаціонарах вдома.

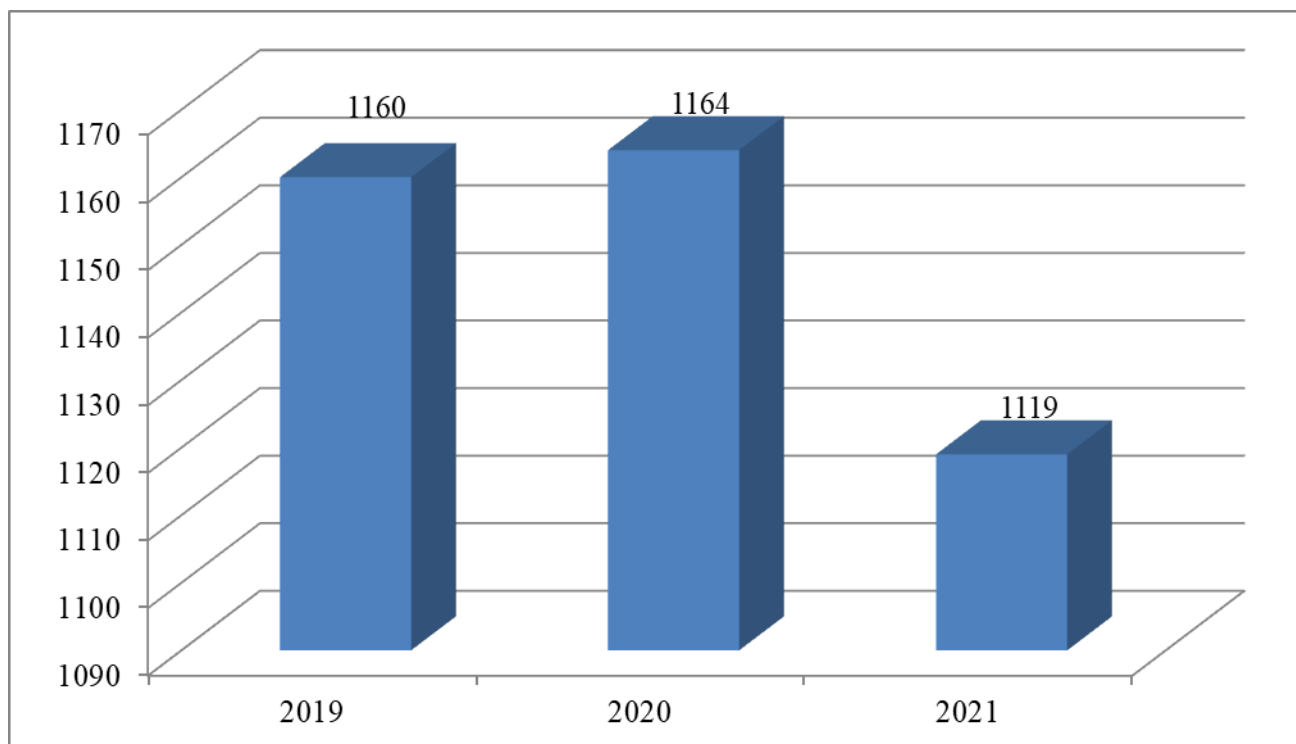


Рис.2.1. Динаміка кількості лікарняних ліжок в м. Рівне за 2019-2021 роки, одиниць

За рахунок оптимізації проведеної у 2021 році в закладах охорони здоров'я Рівненської міської ради скоротилась кількість ліжок цілодобового перебування населення. Так у 2021 році показник забезпеченості населення стаціонарними ліжками становить 44,8 на 10 тис. населення проти 46,6 у 2020 році. Зменшення ліжкового фонду відбулось за рахунок оптимізації стаціонарних ліжок у КНП «Пологовий будинок» РМР та КНП «Центральна міська лікарня» РМР. За звітний період зросла кількість хворих пролікованих хворих в стаціонарах закладів охорони здоров'я Рівненської міської ради.

Обмежувальні заходи, що впроваджені в закладах охорони здоров'я м. Рівного сприяли підвищенню рівня хірургічної активності, адже на стаціонарних ліжках передбачених для лікування хворих з хірургічною патологією отримували лікування саме пацієнти, які потребували хірургічного втручання. Так, протягом звітного періоду покращила свої показники діяльності хірургічна служба, як на стаціонарному, так і на амбулаторному рівнях: у 2021 році проведено 8 210 оперативних втручань у стаціонарних умовах проти 7 454 у 2020 році та 8 215 оперативних втручань проведено в амбулаторних умовах закладів охорони здоров'я Рівненської міської ради у 2021 році проти 7 366 у 2020 році. Серед позитивних показників роботи хірургічної служби слід відмітити, що у серпні на базі КНП «Міська дитяча лікарня» РМР вперше за останніх 30 років розпочали проводити загально-хірургічні оперативні втручання.

На рис.2.2. представлено динаміку відвідувачів за зміну амбулаторно-поліклінічних закладів за 2019-2021 роки.

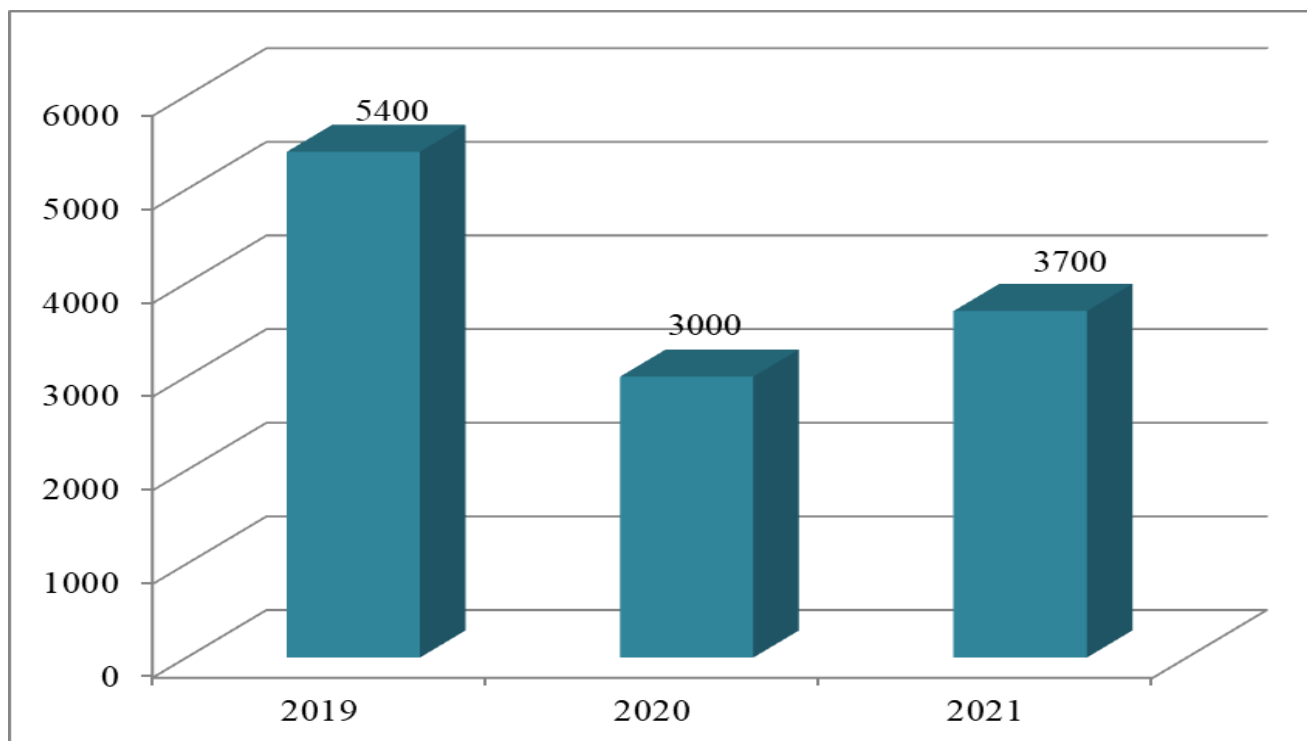


Рис.2.2. Динаміка відвідувачів за зміну амбулаторно-поліклінічних закладів за 2019-2021 роки, осіб

Як, видно у 2020 році зменшилась кількість відвідувань амбулаторно-поліклінічних закладів на 2400 особи за зміну, значне зменшення відвідувань в заклади охорони здоров'я, зумовлене карантинними заходами по боротьбі з коронавірусною інфекцією, що впроваджені в закладах охорони здоров'я міста. У 2021 році кількість відвідувачів за зміну амбулаторно-поліклінічних закладів збільшилась на 700 осіб.

Аналізуючи демографічну ситуацію, яка є в громаді впродовж 2021 року – показник народжуваності становить 11,3 на 1,0 тис. населення (в 2020 році – 10,5), показник смертності серед населення, що отримує медичні послуги в закладах охорони здоров'я Рівненської міської ради – 9,8 на 1 тис. населення проти 8,0 серед рівнян в 2020 року, природній приріст складає +1,5. Щорічно серед структури смертності населення, що отримують медичні послуги в закладах охорони здоров'я Рівненської міської ради перше місце займають захворювання системи кровообігу 55,8 % (2020 рік – 64,6 % серед населення м. Рівного), друге – хвороби органів дихання 22,6 % (2020 рік – 8,5 % серед населення м. Рівного), третє – новоутвори 16,1 % (2020 рік – 18,6 % серед населення м. Рівного).

Протягом звітної періоду кількість відвідувань на одного жителя становила 8,5 проти 6,2 у 2020 році. У 2020 році невисокий рівень відвідувань в заклади охорони здоров'я зумовлений посиленими карантинними заходами по боротьбі з коронавірусною інфекцією, що запроваджені в закладах охорони здоров'я міста. Карантинні обмеження застосовувались і у 2021 році, однак пристосування до роботи закладів охорони здоров'я Рівненської міської ради в карантинних умовах та відсутність жорстких «локдаунів» сприяли підвищенню показників та покращенню якості роботи у 2021 році. Так, покращився і показник відвідувань пацієнтів на дому: показник відвідувань на дому на 1 тис. населення у 2021 становить 237,1 проти 150,9 за 2020 рік.

Збільшення звернень в заклади охорони здоров'я у 2021 році призвело до покращення діагностувань захворювань. У звітному році зафіксовано підвищення рівня первинної захворюваності. Так, показник первинної

захворюваності серед населення м. Рівного становить 2 323,3 на 1 тис. населення проти 1 700,0 у 2020 році. Враховуючи збільшення захворюваності, в тому числі і серед населення 0-17 років, у звітному періоді зріст і показник первинної дитячої інвалідності та станом на 31.12.2021 становить 21,4 проти 17,0 на 10 тис. дитячого населення у 2020 році.

Протягом 2020 року кількість відвідувань на одного жителя суттєво знизилась за рахунок тимчасової заборони виконання планових заходів, та становить 6,2 проти 10,5 в 2019 році, значно знизився показник відвідувань на дому з 333,1 в 2019 році на 1 тис. населення до 150,9 в даному звітному періоді. Зменшення відвідувань на дому відбулось, як за рахунок впроваджених обмежувальних заходів з метою запобігання поширення COVID-19, так і за рахунок зміни законодавчих актів та впровадження медичної реформи на первинному рівні надання допомоги.

У звітному періоді дещо зменшилась кількість виїздів бригадами пунктів невідкладної медичної допомоги.

Відповідно до планів перспективного розвитку сімейної медицини (далі – ЗПСМ), з червня 2020 року на базі КНП “Міська лікарня № 2” Рівненської міської ради запрацювало відділення загальної практики-сімейної медицини. Наприкінці травня 2020 року закладом підписано договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій по пакету медичних послуг “Первинна медична допомога”. Розпочинаючи з 1 червня 2020 року 2 лікарі первинного рівня надання медичної допомоги КНП “Міська лікарня № 2” РМР розпочали процес підписання декларацій з пацієнтами на медичне обслуговування на первинному рівні.

Впроваджуючи етапи реформування галузі охорони здоров'я на первинному рівні в місті Рівному Центри первинної медико-санітарної допомоги зареєстровані в електронній системі обміну медичною інформацією (eHealth). В електронній системі обміну медичною інформацією (eHealth) на сьогодні зареєстровано 168 лікарів первинного рівня надання медичної допомоги, що укладають декларації з пацієнтом, з них 119 лікарів ЗПСМ, 7

лікарів-терапевтів та 42 лікаря-педіатра. Станом на 01.01.2021 в ЦПМСД міста Рівного 94 лікарів-спеціаліста первинного рівня надання медичної допомоги досягли рекомендованого об'єму пацієнтів на медичне обслуговування. Станом на 9:00 год. 31.12.2020 в Центрах ПМСД міста Рівного 217 126 осіб заключили декларацію з лікарями первинного рівня надання медичної допомоги.

З 01.04.2019 Національна програма “Доступні ліки”, завдяки якій пацієнти, що страждають на хвороби серцево-судинної системи, бронхіальну астму та цукровий діабет II типу можуть отримати безоплатно або з частковою оплатою лікарські засоби для лікування вищезазначених недуг, перейшла під адміністрування Національної служби здоров'я України, а всі її процеси стали автоматизованими, що регламентовано постановами Кабінету Міністрів України від 27.02.2019 №№ 134, 135, 136. З 01.04.2019 в центрах первинної медико-санітарної допомоги міста Рівного пацієнти, які підписали декларацію з лікарем первинного рівня надання медичної допомоги, можуть отримати електронний рецепт по програмі реімбурсації “Доступні ліки”. З початку періоду та станом на 31.12.2020 в закладах охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги міста Рівного виписано 134 632 електронних рецепти.

Щодо надання медичної допомоги вагітним, роділлям та породіллям в 2021 році – кількість проведених переривань вагітності у звітному періоді складає 347 випадків (311 у 2020 році), показник кесарського розтину на 1 000 пологів у 2021 році складає 194,9 проти 190,6 у 2020 році. У 2021 році зареєстровано 32 багатоплідних пологів (у 2020 році – 45).

Протягом звітного року покращили свої показники діяльності усі діагностичні підрозділи закладів охорони здоров'я Рівненської міської ради.

У 2021 році в закладах охорони здоров'я Рівненської міської ради продовжувала свою діяльність система електронної реєстратури та забезпечувалась робота з формування електронних амбулаторних карток пацієнта, видавались електронні направлення на діагностичні та консультативні обстеження та стаціонарні лікування, впровадилась видача електронного лікарняного листка в закладах охорони здоров'я Рівненської міської ради.

Загалом, заклади охорони здоров'я Рівненської міської ради у 2021 році обіймали лідируючі позиції в організації надання медичної допомоги та функціонування закладу. Зокрема, КНП «Пологовий будинок» РМР відзначений Міністерством охорони здоров'я України як заклад, що отримав найбільше виплат за квітень-червень від Національної служби здоров'я України серед 613 медичних закладів по всій Україні за пакетом медичних послуг «Ведення вагітності в амбулаторних умовах», а КНП «Центр ПМСД «Ювілейний» РМР увійшов у ТОП-20 найкращих закладів первинного рівня надання медичної допомоги України та посів 5 місце в номінації «Кращий заклад первинної медико-санітарної допомоги» згідно Всеукраїнської відзнаки «Public Health Awards-2021». У конкурсі на кращий клінічний випадок в рамках II Міжнародного конгресу «Від народження до зрілості: міждисциплінарний підхід у збереженні здоров'я людини» перемогу здобули сімейні лікарі КНП «ЦПМСД «Північний» РМР з клінічним випадком, який стосувався ускладнень після COVID-19.

У 2021 році КНП «Міська лікарня» РМР успішно пройшла сертифікацію системи управління якістю і відповідає вимогам національного стандарту ДСТУ ISO 9001:2015.

Також, у вересні 2021 року підтвердження сертифікації системи управління якістю на відповідність вимогам національного стандарту ДСТУ ISO 9001:2015 отримало управління охорони здоров'я виконавчого комітету Рівненської міської ради.

Усі заклади охорони здоров'я Рівненської міської ради забезпечені необхідною комп'ютерною технікою та підключенням до мережі Інтернет. Для впровадження електронних інструментів, передбачених МОЗ України, в ЗОЗ м. Рівне впроваджено медичні інформаційні системи, що дозволяють підписання декларацій з пацієнтом, виписування електронного рецепту та видачі електронного листка непрацездатності та електронного направлення.

Забезпеченість комп'ютерною технікою на усіх рівнях надання меддопомоги населенню міста Рівного становить:

- КНП «ЦМЛ» РМР – 99%;
- КНП «МДЛ» РМР – 90%;
- КНП «Пологовий будинок» РМР – 95%;
- КНП «МЛ № 2» РМР – 92%;
- КНП «МДСП» РМР – 100%;
- КНП «МСП» РМР – 20%;
- КНП «Центр ПМСД «Центральний» РМР – 100%;
- КНП «Центр ПМСД «Північний» РМР – 91%;
- КНП «Центр ПМСД «Ювілейний» РМР – 100%.

Включення в роботу електронної реєстратури, вузьких спеціалістів та лабораторних діагностичних відділень:

- КНП «ЦМЛ» РМР – 100%;
- КНП «МДЛ» РМР – 100%;
- КНП «Пологовий будинок» РМР – 100%;
- КНП «МЛ № 2» РМР – 100%;
- КНП «МДСП» РМР – 100%;
- КНП «МСП» РМР – 100 %;
- КНП «Центр ПМСД «Центральний» РМР – 100%;
- КНП «Центр ПМСД «Північний» РМР – 100%;
- КНП «Центр ПМСД «Ювілейний» РМР – 100%.

Заклади охорони здоров'я Рівненської міської ради зареєстровані в електронній системі обміну медичною інформацією (eHealth). На виконання наказів Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» (зі змінами), № 504 від 19.03.2018 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» та з метою активної роботи закладів охорони здоров'я в ході підписної кампанії, управлінням охорони здоров'я виконавчого комітету Рівненської міської ради підготовлено відповідний наказ, згідно якого

в Центрах ПМСД міста Рівного облаштовані спеціальні місця для підписання Декларацій з пацієнтами.

З 01.04.2019 року Національна програма «Доступні ліки» перейшла під адміністрування Національної служби здоров'я України (далі – НСЗУ), а всі її процеси стали автоматизованими, що регламентовано постановами Кабінету Міністрів України від 27.02.2019 № 135, 136, 134. З 01.04.2019 року в Центрах ПМСД м. Рівного пацієнти, які підписали декларацію з лікарем первинного рівня надання медичної допомоги, можуть отримати електронний рецепт по програмі реімбурсації «Доступні ліки».

З 01.04.2019 року функціонали медичних інформаційних систем в закладах охорони здоров'я міста, по наданню первинної медичної допомоги, дозволили без технічних затримок розпочати процес формування електронних рецептів.

На сьогодні в заклади охорони здоров'я м. Рівного лікарями здійснюються записи в електронні медичні картки пацієнта.

Враховуючи етапи трансформації галузі охорони здоров'я з 1 квітня 2020 року – стартували нові правила медичного обслуговування для вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) ланки медичної допомоги.

З 1 жовтня 2021 року препарати інсуліну включили в державну програму реімбурсації «Доступні ліки». Пацієнти з діабетом отримують інсуліни за електронним рецептом безоплатно або з незначною доплатою в будь-якій аптеці, яка працює за договором з Національною службою здоров'я України.

Для проведення моніторингу і своєчасного коригування заходів з імунопрофілактики застосовується програмне забезпечення «УкрВак» та проводяться щомісячні і річні звіти про виконання щеплень по місту. Питання охоплення профілактичними щепленнями дітей різних вікових груп проти туберкульозу, дифтерії, кашлюку, правця, поліомієліту, кору, краснухи, епідемічного паротиту знаходиться на контролі в керівників закладів охорони здоров'я міста та управління охорони здоров'я виконавчого комітету Рівненської міської ради.

## 2.2. Оцінка ефективності державного регулювання сфери охорони здоров'я в м. Рівне

Проблеми державного регулювання охорони здоров'я наразі є надзвичайно актуальними, оскільки саме держава в особі органів виконавчої влади та місцевого самоврядування несе відповідальність перед громадянами за забезпечення охорони здоров'я. При цьому держава, виконуючи регулятивні функції, створює нормативно-правові акти, застосовує засоби регулювання та здійснює відповідний контроль з подальшим застосуванням адміністративно-господарських санкцій.

Зважаючи на це, в м. Рівне реалізацію державної політики сфери охорони здоров'я здійснює управління охорони здоров'я виконавчого комітету Рівненської міської ради (надалі – Управління), яке створюється і ліквідовується Рівненською міською радою (надалі – радою) в межах затвердженої структури та чисельності апарату ради та її виконавчих органів [12].

На рис.2.3 представлено структуру управління сфери охорони здоров'я Рівненської міської ради.

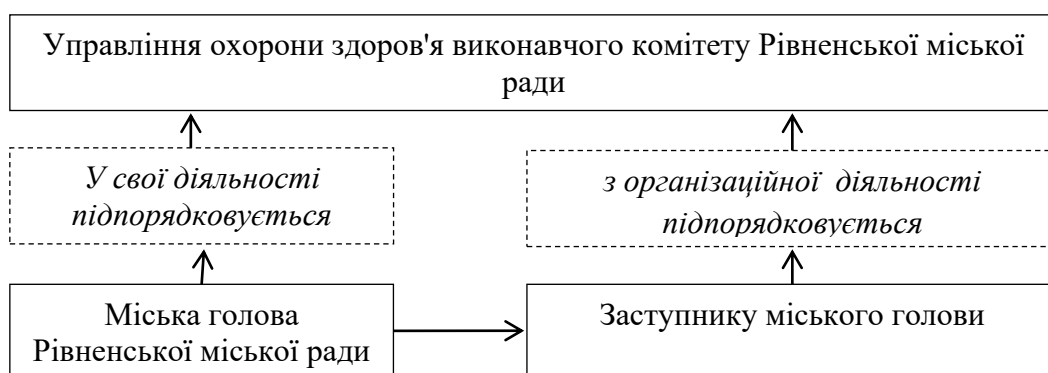


Рис.2.3. Структуру управління сфери охорони здоров'я Рівненської міської ради [12]

Управління є виконавчим органом ради, підзвітним і підконтрольним раді та її виконавчому комітету, а з питань здійснення делегованих повноважень –

відповідним органам державної виконавчої влади. У своїй діяльності Управління безпосередньо підпорядковується міському голові, а з організаційної діяльності – заступнику міського голови, відповідно до розподілу функціональних повноважень. Управління є уповноваженим виконавчим органом ради, який здійснює управління (координацію) установами, закладами, організаціями та підприємствами сфери охорони здоров'я комунальної власності територіальної громади міста Рівне.

Управління у своїй діяльності керується Конституцією України, Законами України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, наказами Міністерства охорони здоров'я України, рішеннями Рівненської міської ради та її виконавчого комітету, розпорядженнями міського голови, розпорядженнями Рівненської облдержадміністрації, цим Положенням та іншими нормативними актами.

Під час виконання покладених на нього завдань Управління взаємодіє з іншими структурними підрозділами ради, а також підприємствами, установами, організаціями та об'єднаннями громадян.

Метою діяльності Управління є реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я на території міста Рівне, забезпечення прав членів територіальної громади міста у сфері охорони здоров'я, забезпечення відповідно до закону розвитку медичного обслуговування, вдосконалення лікувальних закладів, організація роботи щодо удосконалення кваліфікації кадрів шляхом створення сприятливих умов для функціонування комунальних некомерційних підприємств – закладів охорони здоров'я міста.

Завдання Управління:

- 1) «управління та координація діяльності комунальних некомерційних підприємств – закладів охорони здоров'я міста;
- 2) прогнозування розвитку мережі комунальних некомерційних підприємств – закладів охорони здоров'я міста;
- 3) забезпечення виконання актів законодавства в галузі охорони здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на збереження

навколишнього природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, а також додержання нормативів професійної діяльності в галузі охорони здоров'я, стандартів надання медичної допомоги;

4) інформаційна та методична підтримка діяльності установ, закладів, організацій та підприємств сфери охорони здоров'я усіх форм власності, розташованих у місті Рівному;

5) участь у формуванні і реалізації кадрової політики у сфері охорони здоров'я в інтересах територіальної громади міста;

6) сприяння матеріально-технічному забезпеченню комунальних некомерційних підприємств – закладів охорони здоров'я міста;

7) забезпечення зв'язку та взаємодії із громадськістю та засобами масової інформації;

8) забезпечення у межах своїх повноважень реалізації Політики і цілей у сфері управління якістю та функціонування системи управління якістю у виконавчому комітеті та виконавчих органах міської ради відповідно до вимог міжнародних стандартів» [12].

При Управлінні діє інформаційно-аналітичний центр. Управління очолює начальник, який призначається та звільняється з посади розпорядженням міського голови.

В сфері охорони здоров'я м. Рівне діють такі місцеві програми:

1. Міська програма «Здоров'я рівнян» на 2018-2022 роки.
2. Програма забезпечення лікувально-профілактичних закладів міста Рівного імплантами та інструментарієм для надання медичної допомоги хворим із ураженням органів опори та руху на 2017-2021 роки».
3. Міська програми запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2017- 2021 роки

В табл. 2.2. представлено заходи Міської програма «Здоров'я рівнян» на 2018-2022 роки виконані за 2021 рік.

Таблиця 2.2

Заходи Міської програма «Здоров'я рівнян» на 2018-2022 роки виконані  
за 2021 рік.

| № з/п | Перелік заходів програми                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | План на рік | Скоригований план на рік | Профінансовано з початку року |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------|-------------------------------|
| 1     | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 3           | 4                        | 5                             |
| 1.    | Виконання соціальних гарантій для пільгових категорій рівнян у частині безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів                                                                                                                                                                                                                  | 6540,7      | 8230,0                   | 8156,1                        |
| 2.    | Забезпечення лікарськими засобами хворих на рідкісні (орфанні) захворювання                                                                                                                                                                                                                                                                    | 3583,3      | 3443,8                   | 3443,8                        |
| 3.    | Зміцнення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 0,0         | 51434,6                  | 50844,9                       |
| 4.    | Забезпечення закладів охорони здоров'я – комунальних некомерційних підприємств безперебійним тепло-, водо-, електро-, газо- постачанням.                                                                                                                                                                                                       | 27931,1     | 42293,3                  | 41616,3                       |
| 6.    | Забезпечення створення належних умов функціонування інших закладів у сфері охорони здоров'я (інформаційно-аналітичний центр) (заробітна плата з нарахуванням, поточне утримання)                                                                                                                                                               | 2497,0      | 2497,0                   | 2496,7                        |
| 8.    | Забезпечення витратними матеріалами та виробами медичного призначення для проведення рентгенологічних та інших діагностичних обстежень жителів міста до завершення реформування медичної галузі                                                                                                                                                | 125,0       | 131,1                    | 127,7                         |
| 9.    | Забезпечення клініко-діагностичних, бактеріологічної, цитологічної лабораторій реактивами та іншими витратними матеріалами та виробами медичного призначення для проведення досліджень до завершення реформування медичної галузі                                                                                                              | 200,0       | 200,0                    | 199,9                         |
| 12.   | Забезпечення діяльності медичної комісії для проведення медичних оглядів, обстеження і визначення ступеня придатності до військової служби громадян України призовного віку                                                                                                                                                                    | 2577,0      | 2777,0                   | 2777,0                        |
| 13.   | Забезпечення проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів працівників бюджетної сфери                                                                                                                                                                                                                                               | 200,0       | 22,4                     | 22,4                          |
| 14.   | Забезпечення запасу лікарських засобів, крові та її компонентів в стаціонарах для надання невідкладної допомоги хворим                                                                                                                                                                                                                         | 0,0         | 2321,7                   | 2321,7                        |
| 15.   | Забезпечення медикаментами, витратними матеріалами та виробами медичного призначення для надання невідкладної допомоги хворим з серцево-судинними захворюваннями, проведення діагностичних коронарографій та інтервенційних втручань жителям міста Рівного понад гарантований державою безоплатний пакет медичних послуг та лікарських засобів | 4500,0      | 4500,0                   | 4499,8                        |

Продовження табл.2.2

| 1     | 2                                                                                                                                                                                                | 3       | 4        | 5        |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|----------|
| 16.   | Забезпечення витратними матеріалами надання стоматологічної допомоги                                                                                                                             | 306,0   | 224,2    | 224,2    |
| 17.   | Забезпечення проведення зубопротезування пільгових категорій населення                                                                                                                           | 2000,0  | 2300,0   | 2300,0   |
| 18.   | Забезпечення осіб з інвалідністю і дітей з інвалідністю технічними та іншими засобами найбільшої компенсації функцій ушкоджених органів з метою медичної та соціальної реабілітації              | 0,0     | 1576,3   | 1575,9   |
| 19.   | Забезпечення створення належних умов для надання медичної допомоги мешканцям міста до завершення реформування медичної галузі                                                                    | 0,0     | 737,0    | 736,6    |
| 20.   | Проведення заходів запобігання поширенню коронавірусної інфекції COVID-19                                                                                                                        | 7325,0  | 8444,5   | 8395,0   |
| 21.   | Забезпечення функціонування амбулаторії загальної практики сімейної медицини № 8 (сmt. Квасилів) КНП «ЦПМСД «Центральний» РМР в частині оплати праці з нарахуванням до укладення договору з НСЗУ | 0,0     | 354,0    | 354,0    |
| 22.   | Забезпечення створення належних умов для надання стоматологічної допомоги мешканцям міста (заробітна плата з нарахуванням, поточне утримання) до завершення реформування медичної галузі         | 25729,9 | 25824,5  | 25813,7  |
| 23.   | Фінансова підтримка здійснення обстеження, диспансерного спостереження та реабілітації осіб, які займаються фізичною культурою та спортом                                                        | 0,0     | 400,0    | 400,0    |
| Разом |                                                                                                                                                                                                  | 83515,0 | 157711,4 | 156305,7 |

*Джерело: складено автором згідно даних [50]*

Джерелами фінансування вище зазначених заходів, є кошти місцевого бюджету. Відповідно до даних табл. 2.2. можна побачити, що Міська програма «Здоров'я рівнян» у 2021 році була виконана у повному обсязі, що говорить про ефективне регулювання сфери охорони здоров'я в м.Рівне. Нижче наведено більш детальний опис по виконанню програми.

З 2018 року всі заклади охорони здоров'я міста Рівного завершили процес автономізації та перетворились на комунальні некомерційні підприємства:

– Рішенням сесії Рівненської міської ради від 01.06.2018 року № 4461 «Про припинення комунальних закладів охорони здоров'я внаслідок їх реорганізації та створення комунальних некомерційних підприємств» три центри первинної медико-санітарної допомоги (далі – Центри ПМСД) м.

Рівного та дві стоматологічні поліклініки по наданню медичної допомоги дорослому та дитячому населенню перетворено у комунальні некомерційні підприємства (далі – КНП);

– Рішенням сесії Рівненської міської ради № 4741 від 16.08.2018 «Про припинення внаслідок реорганізації комунальних закладів охорони здоров'я та створення комунальних некомерційних підприємств» центральну міську лікарню м. Рівного, міську лікарню № 2, міську дитячу лікарню та пологовий будинок Рівненської міської ради перетворено у комунальні некомерційні підприємства [50].

Слід відзначити, що у 2021 році Управління охорони здоров'я виконавчого комітету Рівненської міської ради впровадило та профінансувало такі заходи:

1. «Проведено реорганізації закладів охорони здоров'я відповідно до вимог чинного законодавства.
2. Впровадження інформаційних технологій в закладах охорони здоров'я м. Рівного.
3. Збільшення частки населення що обслуговується лікарями загальної практики-сімейної медицини та впровадження класифікатора ІСРС-2.
4. Забезпечення кабінетів функціональної діагностики амбулаторно-поліклінічних закладів діагностичним обладнанням.
5. Забезпечення своєчасного охоплення щепленням цільових груп населення згідно з календарем щеплень та за епідемічними показаннями (в разі необхідності) проти дифтерії, правця, туберкульозу, поліомієліту, кашлюку, кору, епідемічного паротиту, краснухи, гемофільної інфекції.
6. Надання вторинної медичної допомоги в закладах охорони здоров'я відповідно до вимог галузевих стандартів.
7. Забезпечення хворих в стаціонарах закладів охорони здоров'я - комунальних некомерційних підприємств харчуванням в межах норм, передбачених чинним законодавством, до завершення реформування медичної галузі.

8. Створення перинатального центру II рівня акредитації на базі КНП «Пологовий будинок» РМР, підтримка шкіл свідомого батьківства.

9. Впровадження методик ранньої діагностики онкологічних захворювань певних вікових груп та застосування скринінгових програм.

10. Забезпечено роботу та витратними матеріалами цитологічну та гістологічну служби закладів охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги.

11. Забезпечення медикаментами, витратними матеріалами та виробами медичного призначення для надання невідкладної допомоги хворим з серцево-судинними захворюваннями, проведення діагностичних коронарографій та інтервенційних втручань жителям міста Рівного понад гарантований державою безоплатний пакет медичних послуг та лікарських засобів.

12. Забезпечення проведення тропонінового тесту хворим на серцево-судинні захворювання в ході надання невідкладної медичної допомоги.

13. Продовження роботи над формуванням електронного Реєстру хворих на цукровий діабет.

14. Забезпечення зубопротезування пільгових категорій населення.

15. Забезпечення витратними матеріалами надання стоматологічної допомоги відповідно до Національного переліку основних лікарських засобів (постанова Кабінету Міністрів України від 16.03.2017 № 180 «Про внесення змін та визначення такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України») понад гарантований державою безоплатний пакет медичних послуг та лікарських засобів.

16. Забезпечення повного охоплення періодичними рентгенологічними обстеженнями декретованих контингентів та організованого населення, організація лабораторного обстеження осіб з підозрою на туберкульоз.

17. Забезпечення медичного страхування медпрацівників на випадок інфікування СНІДом та гепатитом В на робочому місці.

18. Забезпечення діагностики та лікування опортуністичних інфекцій хворих на ВІЛ/СНІД.

19. Розвиток паліативної допомоги в м. Рівному.

20. Виконання соціальних гарантій для пільгових верств населення.

21. Забезпечення осіб з інвалідністю і дітей з інвалідністю технічними та іншими засобами найбільшої компенсації функцій ушкоджених органів з метою медичної та соціальної реабілітації (постанова Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 № 1301 «Про затвердження Порядку забезпечення осіб з інвалідністю і дітей з інвалідністю технічними та іншими засобами»)

22. Здійснено заходи стосовно використання йодованої солі дитячим населенням шляхом введення її до раціонів харчування у закладах охорони здоров'я.

23. Вжито заходів щодо профілактики ожиріння у дітей шляхом проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення.

24. Вжито заходів щодо виявлення ожиріння у дітей шляхом проведення навчання лікарів з питань застосування таблиць вікових індексів маси тіла у дітей, затверджених наказом МОЗ України від 03.02.2009 № 55 «Про затвердження протоколів лікування дітей з ендокринними захворюваннями».

25. Забезпечено навчання педагогічного персоналу в загальноосвітніх закладах, інших дитячих установах з питань цукрового діабету у дітей, в тому числі надання першої невідкладної медичної допомоги.

26. Проведено санітарно-освітньої роботи з метою ранньої діагностики, лікування та профілактики онкологічних, ендокринологічних та серцево-судинних захворювань, що приводять до ранньої інвалідизації населення.

27. Продовжено облаштування закладів охорони здоров'я м. Рівного для вільного доступу людей з обмеженими фізичними можливостями (туалети, пандуси, дверні пройми, «жовте маркування»).

28. Проведено заходи щодо запобігання поширенню коронавірусної інфекції COVID-19 (придбання медичного обладнання, засобів індивідуального захисту, дезінфікуючих засобів, засобів діагностики, лікування та вакцинування, здійснення заохочення медичних працівників та працівників закладів охорони здоров'я за роботу, пов'язану із запобіганням розповсюдженню коронавірусної інфекції COVID-19, видатки на оплату проїзду та харчування медичних працівників та працівників закладів охорони здоров'я, робота яких пов'язана із запобіганням розповсюдженню коронавірусної інфекції COVID-19, добровільне страхування медичних працівників та працівників закладів охорони здоров'я, які працюють в умовах підвищеного ризику інфікування коронавірусною інфекцією COVID-19 під час виконання ними професійних обов'язків, та інше) » [50].

З 01.01.2020 року відповідно до наказів управління охорони здоров'я виконавчого комітету Рівненської міської ради від 30.09.2019 № 124 «Про реорганізацію Комунального некомерційного підприємства «ЦПМСД «Ювілейний» Рівненської міської ради та Комунального некомерційного підприємства «Міська лікарня №2» Рівненської міської ради», від 30.09.2019 № 125 «Про реорганізацію Комунального некомерційного підприємства «ЦПМСД «Центральний» Рівненської міської ради, Про реорганізацію Комунального некомерційного підприємства «ЦПМСД «Північний» Рівненської міської ради та Комунального некомерційного підприємства «Центральна міська лікарня» Рівненської міської ради» завершено реорганізацію вторинної ланки надання медичної допомоги.

Три центри надання первинної медико-санітарної допомоги міста Рівного з 01 жовтня 2018 року укладають договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій та отримують фінансування з Національної служби здоров'я України. Продовжуючи впровадження чергового етапу трансформації галузі охорони здоров'я з 1 квітня 2020 року усі заклади вторинного рівня надання медичної допомоги м. Рівного підписують договори з Національною службою здоров'я України та отримують фінансування з НСЗУ.

### 2.3. Фінансове забезпечення державного регулювання сфери охорони здоров'я в м. Рівне

Фінансове забезпечення державного регулювання сфери охорони здоров'я в м. Рівне є важливим аспектом для ефективного розвитку даної сфери та здійсненню необхідного регулювання нею.

В табл. 2.2. представлено видатки місцевого бюджету м. Рівне за 2019-2021 роки.

Таблиця 2.2

Видатки місцевого бюджету на охорону здоров'я м. Рівне за 2019-2021 роки, тис. грн.

| Показник                          | Роки      |           |           | Абсолютне відхилення, (+,-) |               | Відносне відхилення (%) |               |
|-----------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------------------------|---------------|-------------------------|---------------|
|                                   | 2019      | 2020      | 2021      | 2020/<br>2019               | 2021/<br>2020 | 2020/<br>2019           | 2021/<br>2020 |
| Охорона здоров'я                  | 349445,8  | 192839,5  | 154651,2  | -156606                     | -38188,3      | -44,82                  | -19,80        |
| Всього видатків місцевого бюджету | 2522262,7 | 2183915,4 | 3128777,8 | -338347                     | 944862,4      | -13,41                  | 43,26         |

*Джерело: складено та розраховано автором на основі [43]*

З даних таблиці 2.2. можна зробити висновок, що у 2021 році сума видатків на охорону здоров'я м. Рівного складає 154651,2 тис. грн. що на 38188,3 тис. грн менше ніж у 2020 році, або на 19,8%. В 2020 році сума видатків на охорону здоров'я складала 192839,5 тис. грн., що на 156606 тис. грн менше ніж у 2019 році.

Для наочності отриманих даних, на рис.2.4. представимо динаміку видатків на охорону здоров'я м. Рівне за останні три роки.

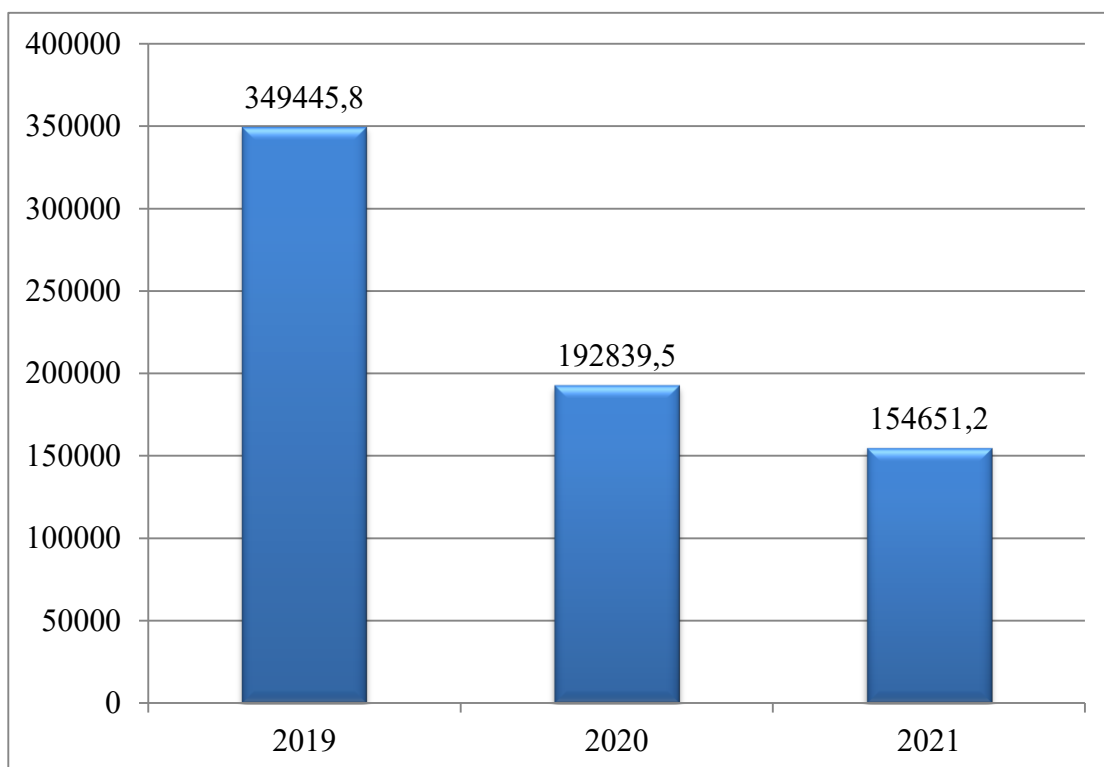


Рис. 2.4. Динаміка видатків на охорону здоров'я м. Рівне за останні три роки.

Наступним кроком на рис. 2.5. представимо динаміку структуру видатків на охорону здоров'я в місцевому бюджеті м. Рівне за 2019-2021 роки.

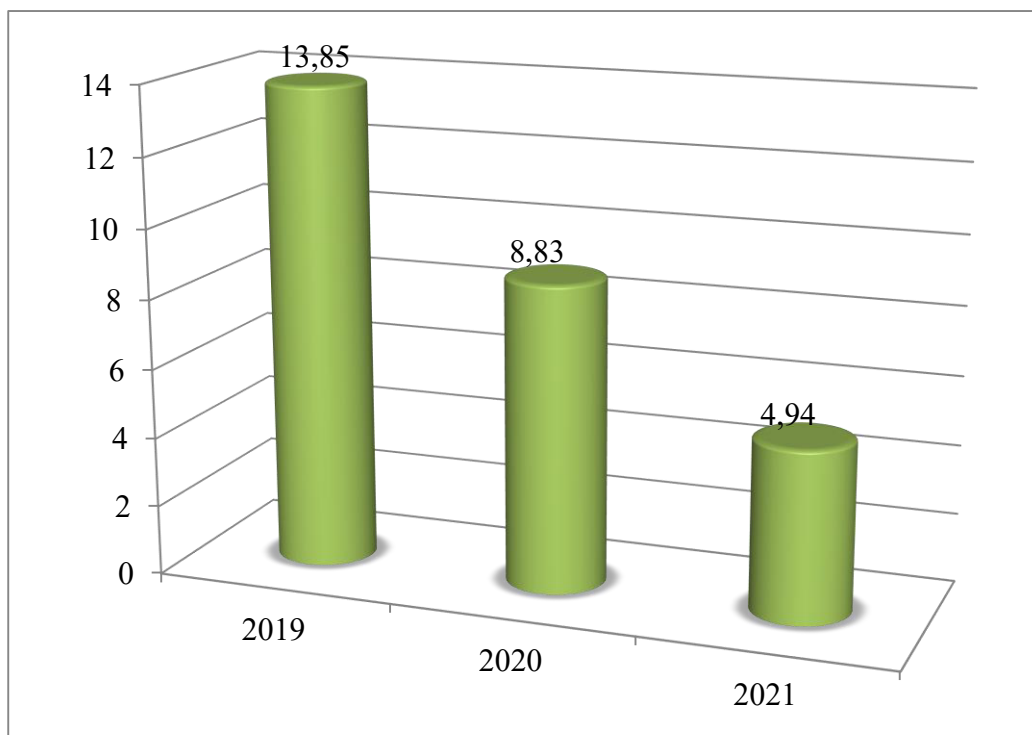


Рис.2.5. Динаміка структури видатків на охорону здоров'я в місцевому бюджеті м. Рівне за 2019-2021 роки

Отже, в 2021 році видатки на охорону здоров'я складали 4,94% від суми всіх видатків місцевого бюджету, це на 3,89% менше ніж у 2020 році. Найбільше в структурі видатків місцевого бюджету, видатки на охорону здоров'я складали у 2019 році, а саме 13,85%.

На підтримку комунальних некомерційних підприємств-закладів охорони здоров'я міста у 2021 році з бюджету Рівненської міської територіальної громади надійшло 106,5 млн грн. Для покращення фінансування закладами охорони здоров'я міста залучено коштів в сумі 71,9 млн грн, з них на медикаменти та товари медичного призначення витрачено 15,8 млн грн.

У 2021 році на придбання обладнання і предметів довгострокового користування для закладів охорони здоров'я міста з місцевого бюджету передбачено видатків на суму 37,3 млн грн. У звітному році за рахунок виділених коштів придбано для КНП «Пологовий будинок» Рівненської Міської Ради височастотний апарат ШВЛ, гістероскопічну стійку, лінійний датчик до УЗД апарату, цифрову мобільну рентгенівську систему, транспортний кювет, насос шприцевий, томбоеластограф загалом на суму 10,0 млн грн. Для КНП «Центральна міська лікарня» Рівненської Міської Ради придбано колоноскоп, апарат для моніторингу внутрічерепного тиску, артроскопічну стійку, електронно-оптичний перетворювач, набір нейрохірургічних інструментів, спектральний оптико-когерентний томограф загалом на суму 17,2 млн грн. Для КНП «Міська лікарня № 2» Рівненської Міської Ради придбано цисторезектоскоп, дозатор кисню із зволоженням та цифровий рентгенапарат на загальну суму 3,25 млн грн. Для КНП «Міська дитяча лікарня» Рівненської Міської Ради придбано відеогастродуоденоскоп, ехо-електроенцефалограф, холтер ЕКГ, дефібрилятор-монітор, апарат ШВЛ загалом витрачено 5,1 млн грн. КНП «ЦПМСД «Північний» Рівненської

Міської Ради придбано автоматичний гематологічний аналізатор з автоматичною подачею вартістю 860,0 тис. грн.

На проведення капітальних ремонтів та реконструкцій приміщень закладів охорони здоров'я міста у 2021 році з місцевого бюджету виділено 15,6 млн грн. У звітному періоді розпочато капітальний ремонт даху інфекційного корпусу та реконструкцію частини хірургічного корпусу з добудовою 4-го поверху Рівненської центральної міської лікарні на вул. М. Карнаухова, 25а в м. Рівному, виконано реконструкцію системи медичного газопостачання (кисню) та капітальний ремонт будівлі (утеплення фасадів, заміна покрівлі, вікон та входних дверей) КНП «Міська лікарня № 2» Рівненської міської ради на вул. Олександра Олеся, 13, м. Рівне, виконано капітальний ремонт приміщень пологового відділення № 1 стаціонарного корпусу КНП «Пологовий будинок» РМР, виготовлено проєктно-кошторисну документацію на капітальний ремонт двох пасажирських ліфтів ПП 404А, проведено капітальний ремонт системи пожежної сигналізації, оповіщення про пожежу, передавання тривожних сповіщень та капітальний ремонт внутрішніх інженерних мереж КНП «ЦПМСД «Ювілейний» Рівненської Міської Ради у м. Рівне на вул. Макарова, 3. Виконано капітальний ремонт будівлі, покрівлі даху та входу амбулаторії ЗПСМ № 8 КНП «ЦПМСД «Центральний» Рівненської Міської Ради за адресою: смт Квасилів, Рівненського району, Рівненської області, вул. Молодіжна, 22а, виконано реконструкцію будівлі (влаштування ліфта) КНП «ЦПМСД «Північний» Рівненської Міської Ради на вул. Фабрична, 10 в м. Рівне [12].

На сьогодні, першочерговим завданням галузі охорони здоров'я міста є запобігання поширенню коронавірусної інфекції, яка внесена до переліку особливо небезпечних інфекцій. На виконання заходів пов'язаних із запобіганням виникнення надзвичайної ситуації спричиненої коронавірусною інфекцією COVID-19, а це придбання засобів та приладдя для дезінфекції, засобів індивідуального захисту (маски, респіратори, рукавички, халати,

костюми, захисні щитки, тощо) витрачено 7,3 млн грн коштів бюджету Рівненської міської територіальної громади.

У 2021 році в галузі охорони здоров'я міста Рівного реалізовано три проєкти в рамках Програми «Громадський бюджет Рівненської міської територіальної громади на 2016–2024 роки», а саме: «Облаштування інсультного центру на базі ЦМЛ реабілітаційним обладнанням» – витрачено 999,6 тис. грн, «Реновація громадських приміщень (коридору та зони очікування) АЗПСМ № 3, № 4 КНП »ЦПМСД «Північний» – витрачено 916,5 тис. грн, «Сучасне відділення здорової дитини в КНП ЦПМСД »Ювілейний» – запорука здоров'я підростаючого покоління» – витрачено 970,8 тис. грн [12].

Враховуючи епідемічну ситуацію, що склалась в Україні, в тому числі і у м. Рівному з поширення гострої респіраторної інфекції спричиненої коронавірусом COVID-19, відповідно до засідання Комісії з питань техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій міста Рівного від 12.03.2020 розпорядженням міського голови від 12.03.2020 № 266-р «Про попередження розповсюдження нової коронавірусної інфекції (COVID-19) та введення обмежувальних заходів на території міста Рівного» введено обмежувальні заходи з 13 березня, які тривають і до сьогодні.

Відповідно до наказів управління охорони здоров'я Рівненської облдержадміністрації КНП »Центральна міська лікарня» Рівненської Міської Ради визнано закладом охорони здоров'я першої хвилі надання медичної допомоги хворим на COVID-19 у Рівненській області. До другої хвилі – увійшла КНП »Міська лікарня № 2» Рівненської Міської Ради [12].

При погіршеннях епідемічної ситуації у Рівненській територіальній громаді та з метою недопущення занесення та поширення гострої респіраторної інфекції спричиненої коронавірусом COVID-19 наказами управління охорони здоров'я виконавчого комітету Рівненської міської ради в закладах охорони здоров'я м. Рівного вводяться обмежувальні заходи: обмежується плановий прийом пацієнтів та планові діагностичні / лабораторні обстеження,

призупиняється планова госпіталізація у стаціонарні відділення та денні стаціонари, застосовуються обмеження відвідувань пацієнтів у цілодобових стаціонарних відділеннях, проводиться консультування вагітних які перебувають на обліку в жіночих консультаціях в телефонному режимі, розводяться потоки пацієнтів із соматичною патологією та ознаками ГРВІ, забезпечується консультування хворих в телефонному режимі сімейними лікарями, проводиться інформаційно-роз'яснювальна робота з пацієнтами із груп ризику в телефонному режимі, виділяються окремі номери телефонів для інформування населення щодо профілактики гострих респіраторних захворювань, в тому числі і коронавірусну інфекцію, розроблені додаткові графіки роботи медичного персоналу відповідно до епідемічної ситуації з урахуванням можливості збереження ресурсу медичних працівників, проводиться температурний скринінг працівникам закладів охорони здоров'я та пацієнтам, які звертаються в заклади охорони здоров'я тощо [12].

Фінансова підтримка місцевої влади, належна організація надання медичної допомоги та своєчасно впроваджені заходи із запобігання поширенню коронавірусної інфекції дозволили утримувати показник летальності від COVID-19 у м. Рівному на найнижчому рівні (1,4-1,7 %) в Україні. З початку епідемічного періоду поширення коронавірусної хвороби у м. Рівному та станом на 31.12.2021, за даними закладів охорони здоров'я міста, одужали від COVID-19 понад 38 тисяч рівнян, ще 547 осіб перебували на лікуванні, із них 89 під цілодобовим спостереженням медиків.

Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 24 грудня 2020 року № 3018 «Дорожня карта з впровадження вакцини від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, і проведення масової вакцинації у відповідь на пандемію COVID-19 в Україні у 2021-2022 роках» з березня 2021 року в територіальній громаді розпочалась вакцинальна сесія. В закладах охорони здоров'я Рівненської міської ради створено пункти щеплень та організовано мобільні бригади для забезпечення проведення імунізації населення у відповідь пандемії COVID-19. Окрім того, з

метою пришвидшення темпів вакцинації від COVID-19 та збільшення доступності до вакцинації від коронавірусної інфекції населення, у м. Рівному створено тимчасові пункти та центри вакцинації на базі торговельних та розважальних центрів, комунальних та державних установ та організацій. Процес вакцинації забезпечено 7 днів на тиждень (без вихідних). Окрім того, в теплий період року розгортались мобільні пункти вакцинації від COVID-19, які забезпечували вакцинацію пацієнтів у всіх спальних районах міста. Станом на 31.12.2021, медиками закладів охорони здоров'я Рівненської міської ради щеплено проти коронавірусної інфекції 85 801 особу, другу дозу вакцини (ревакцинацію) отримали 75 592 особи [12].

З метою покращення доступності надання медичної допомоги, в місті Рівному розвивається сімейна медицина. Сімейна медицина – перспективний напрямок галузі охорони здоров'я, який дозволяє надавати медичну допомогу населенню від народження і протягом всього життя, проводити профілактичну роботу спрямовану на зміцнення здоров'я у кожній сім'ї. З 2006 року вперше в місті на базі поліклініки № 3 (на сьогодні це КНП «Центр ПМСД «Ювілейний» Рівненської Міської Ради) відкрито відділення сімейної медицини. В травні 2012 року розпочала роботу амбулаторія сімейного лікаря в районі Тинне міста Рівного, а у 2018 році відкрито відокремлену амбулаторію Центру ПМСД «Ювілейний» на базі Міської лікарні № 2. Окрім того, з метою розвитку сімейної медицини у м. Рівному з 2020 року на базі КНП «Міська лікарня № 2» РМР та КНП «Міська дитяча лікарня» Рівненської Міської Ради з квітня 2021 року відкрито відділення сімейної медицини, де на сьогодні лікарі первинного рівня надання медичної допомоги підписують декларації про медичне обслуговування з населенням. З метою доступності населення до первинної медичної допомоги Центри ПМСД м. Рівного мають відокремлені амбулаторії загальної практики-сімейної медицини. На сьогодні понад 90 % мешканців територіальної громади обрали для себе лікаря в міських медичних закладах міста Рівного [12].

Беручи до уваги включення до штатного розпису закладу КНП »ЦПМСД «Центральний» Рівненської Міської Ради лікарів-спеціалістів вузького профілю та спроможність надання амбулаторної вторинної медичної допомоги, Центром ПМСД »Центральний» м. Рівного заключено угоду з НСЗУ з пакету медичних послуг «Медична допомога дорослим та дітям в амбулаторних умовах». Так, з 24.05.2021 в КНП »ЦПМСД «Центральний» РМР, що на сьогодні заключив найбільшу кількість декларацій із пацієнтами (близько 96 тисяч), здійснюють прийом і лікарі-спеціалісти з функціональної діагностики, рентгенолог, невролог, кардіолог, офтальмолог, хірург, ЛОР, інфекціоніст, пульмонолог, уролог. Таким чином, на сьогодні, пацієнти які обрали собі лікаря в КНП »ЦПМСД «Центральний» Рівненської Міської Ради без витрачання додаткового часу на доїзд мають можливість отримати консультацію вузького спеціаліста (при потребі) за направленням сімейного лікаря в одному лікувальному закладі [12].

В 2021 році у КНП «ЦМЛ» РМР проведено 671 коронарографія, із них за бюджетні кошти – 659. Хворі з гострим інфарктом міокарда на 100% забезпечені коронарографічними наборами. За звітний період серед населення м. Рівного показник смертності від інфарктів міокарда становить 10,2 % серед усіх померлих в КНП «ЦМЛ» РМР. В закладах охорони здоров'я Рівненської Міської Ради проводяться заходи по зниженню захворюваності та фатальних ускладнень від серцево-судинних захворювань. Показник смертності населення від хвороб системи кровообігу, щорічно займає левову частку у структурі смертності населення в цілому.

## Висновки до розділу 2

Отже, медична допомога мешканцям Рівненської громади надається у 9 закладах охорони здоров'я (КНП »Центральна міська лікарня», КНП »Міська дитяча лікарня», КНП »Пологовий будинок», КНП ЦПМСД »Центральний», КНП ЦПМСД »Північний», КНП ЦПМСД «Ювілейний», КНП »МСП», КНП »МДСП», КНП »Міська лікарня № 2»). Забезпечення якісної

кваліфікованої медичної допомоги всіх верств населення – основне завдання закладів охорони здоров'я територіальної громади. У 2021 році збільшилась кількість лікарів всіх спеціальностей порівняно з 2020 роком на 36 осіб, план у 2021 році виконано на 138,2 % за даним показником. У 2021 році зменшилась кількість лікарняних ліжок на 45 одиниць порівняно з 2020 роком, план виконання даного показника у 2021 році склав 96,5%, за планом прогнозувалось 1160 одиниць. Одним з основних напрямків підвищення ефективності використання ліжкового фонду стаціонарів є розвиток стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги населенню. На сьогодні в місті Рівному діяльність стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги населенню організована на базі деяких Центрів ПМСД, міських лікарень по обслуговуванню, як дорослого, так і дитячого населення та пологового будинку.

Відповідно до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» управління охорони здоров'я виконавчого комітету Рівненської міської ради (надалі – Управління) створюється і ліквідовується Рівненською міською радою (надалі – радою) в межах затвердженої структури та чисельності апарату ради та її виконавчих органів. Управління є виконавчим органом ради, підзвітним і підконтрольним раді та її виконавчому комітету, а з питань здійснення делегованих повноважень – відповідним органам державної виконавчої влади. У своїй діяльності Управління безпосередньо підпорядковується міському голові, а з організаційної діяльності – заступнику міського голови, відповідно до розподілу функціональних повноважень. Управління є уповноваженим виконавчим органом ради, який здійснює управління (координацію) установами, закладами, організаціями та підприємствами сфери охорони здоров'я комунальної власності територіальної громади міста Рівне.

У 2021 році сума видатків на охорону здоров'я м.Рівного складає 154651,2 тис.грн. що на 38188,3 тис.грн менше ніж у 2020 році, або на 19,8%. В 2020 році сума видатків на охорону здоров'я складала 192839,5 тис.грн., що на 156606 тис.грн менше ніж у 2019 році. Видатки на охорону здоров'я складають

4,94% від всіх місцевих видатків м.Рівне, по структурі вони зменшились на 3,89% у 2021 році порівняно з 2002 роком. Фінансова підтримка місцевої влади, належна організація надання медичної допомоги та своєчасно впроваджені заходи із запобігання поширенню коронавірусної інфекції дозволили утримувати показник летальності від COVID-19 у м. Рівному на найнижчому рівні (1,4-1,7 %) в Україні. З початку епідемічного періоду поширення коронавірусної хвороби у м. Рівному та станом на 31.12.2021, за даними закладів охорони здоров'я міста, одужали від COVID-19 понад 38 тисяч рівнян, ще 547 осіб перебували на лікуванні, із них 89 під цілодобовим спостереженням медиків.

### РОЗДІЛ 3

## ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### 3.1. Вдосконалення системи державного регулювання охорони здоров'я на основі співпраці з міжнародними організаціями

« Сучасна діяльність міжнародних та національних неурядових організацій спрямована на імплементацію європейських принципів організації охорони здоров'я » [3, с.54].

Європейська система охорони здоров'я тісно функціонує з головною медичною організацією світу – Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ). Діяльність ВООЗ носить універсальний характер, але більшою мірою, вона все ж є майданчиком для переговорів представників різних країн та регіонів світу з метою винесення на розгляд світової спільноти консолідованої думки з приводу глобальних проблем медичної сфери.

Діяльність ВООЗ як універсальної організації в сфері охорони здоров'я не може охопити весь спектр медичної діяльності. Існують більш вузькопрофільні організації, які професійно та ретельно розглядають питання профілактики, боротьби з окремими захворюваннями. До таких організацій слід віднести такі вузькопрофільні організації, як Міжнародна федерація діабету (IDF), Міжнародне агентство з дослідження раку (IARC), Міжнародне товариство з вивчення діабету у дітей і підлітків (ISPAD), Всесвітня асоціація дій по захисту дитячого харчування (IBFAN), Європейська рада ресусцитації (ERC), Американська психіатрична асоціація (APA) та інші організації. Такі організації значною мірою формують режими лікування захворювань на основі розробки рекомендацій та проектів протоколів лікування.

Система державного управління охороною здоров'я України також активно співпрацює з міжнародними організаціями в багатьох напрямках. Р. Грицко консолідує та виокремлює такі напрямки в контексті співпраці з МОЗ

України. Головними за його думкою є наступні кроки, які зробило МОЗ України в напрямі посилення громадського здоров'я у відповідності до світових інтеграційних вимог та разом з міжнародними організаціями:

- прийнято політичне рішення щодо повернення функцій епіднагляду до Міністерства охорони здоров'я України;
- створено Центр громадського здоров'я (далі Центр), обрано його генерального директора та забезпечується приєднання до нього лабораторних центрів; розроблено і погоджено проект концепції реформування системи громадського здоров'я;
- проведено оцінку Європейською Комісією та Європейським центром контролю за захворюваннями з питань системи епіднагляду за інфекційними захворюваннями;
- проведено оцінку сфери безпеки крові (відповідно до проєкту Світового банку); продовжується оцінка лабораторної мережі з метою подальшої оптимізації;
- приєднання до міжнародної ініціативи «Глобальний порядок денний з питань здоров'я», проведено оцінку його Міжнародною робочою групою, напрацьовується дорожня карта імплементації;
- відновлено співпрацю з США щодо програми з питань біобезпеки, розпочалася підготовка до впровадження електронної інтегрованої системи спостереження за захворюваннями;
- ініційовано відновлення розробки нової Концепції розбудови системи біобезпеки та біозахисту [60].

Україна та ЄС розвивають співробітництво в галузі охорони здоров'я.

Сторони розвивають співробітництво в галузі охорони здоров'я з метою підвищення рівня його безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання.

Співробітництво, зокрема, охоплює такі сфери:

а) зміцнення системи охорони здоров'я України та її потенціалу, зокрема шляхом впровадження реформ, подальшого розвитку первинної медико-санітарної допомоги та навчання персоналу;

б) попередження і контроль над інфекційними хворобами, такими як ВІЛ/СНІД і туберкульоз, підвищення готовності до ризику спалахів високо патогенних хвороб та імплементацію Міжнародних медико-санітарних правил;

с) попередження та контроль за неінфекційними хворобами шляхом обміну інформацією та найкращими практиками, пропагування здорового способу життя, визначення основних детермінант здоров'я та проблем в галузі охорони здоров'я, наприклад здоров'я матері і дитини, психічне здоров'я, алкогольна, наркотична та тютюнова залежність, зокрема імплементацію Рамкової конвенції з контролю над тютюном 2003 року;

д) якість та безпечність субстанцій людського походження, зокрема крові, тканини та клітин;

е) інформація та знання в галузі охорони здоров'я, у тому числі керуючись підходом «охорона здоров'я у всіх політиках держави».

Із цією метою Сторони обмінюються інформацією та найкращими практиками і здійснюють інші спільні заходи, в тому числі в рамках підходу «охорона здоров'я у всіх політиках» та поступової інтеграції України в європейські мережі охорони здоров'я. Україна поступово наближує своє законодавство та практику до принципів *acquis* ЄС, зокрема у сфері інфекційних хвороб, служб крові, трансплантації тканин і клітин, а також тютюну.

Міністерство охорони здоров'я України спільно зі Світовим банком провели громадські слухання щодо запуску нового проєкту у сфері охорони здоров'я України – «Зміцнення системи охорони здоров'я та збереження життя».

Повномасштабне вторгнення росії принесло безліч втрат та руйнувань. Щоденно ворожа російська армія обстрілює мирні міста та цивільне населення, продовжується руйнація інфраструктури, в тому числі й медичної. У деяких

регіонах через постійні обстріли надання звичних медичних послуг населенню значно ускладнилось. Впровадження даного проєкту дасть змогу підтримати національну систему охорони здоров'я та впоратися з післявоєнними викликами.

«З перших днів війни МОЗ та Світовий банк продовжують активну співпрацю. У попередні роки ми разом працювали над системними реформами галузі та удосконалювали нормативну базу. Продовжується робота над зміцненням професійних знань і умінь медиків. Разом ми посилили спроможність України протидіяти поширенню коронавірусної інфекції. Надійна підтримка Світового банку стала особливо відчутною у надзвичайно складний період протистояння України в повномасштабній військовій агресії росії. Один із проєктів було підготовлено в перші дні війни і реалізовано в рекордно короткий термін – за кілька тижнів. Це був унікальний досвід для проєктів Світового банку. Завдяки цьому ми змогли забезпечити заклади охорони здоров'я України критично необхідним обладнанням», – сказала заступниця міністра охорони здоров'я України Ірина Микичак [26].

Також заступниця міністра зазначила, що у новому проєкті першочергові кроки Міністерство спрямує на забезпечення стійкості національної системи охорони здоров'я, підтримку закладів первинної медичної допомоги та лікарень, відновлення доступу пацієнтів до основних медичних послуг та задоволення попиту на послуги охорони психічного здоров'я і реабілітації.

Відповідно до «Швидкої оцінки завданої шкоди та потреб на відновлення», підготованої урядом України, Світовим банком та Європейською комісією, загальні потреби сектору охорони здоров'я, включаючи накопичену шкоду інфраструктурі та збитки сектору охорони, оцінюються в 15,1 млрд доларів США.

На думку експертів, для України це буде унікальний і надихаючий досвід, адже відновлення системи охорони здоров'я починається у складні часи, коли війна ще триває. Підготовка до майбутнього відновлення базуватиметься на

експертних оцінках втрат і потреб, із використанням ресурсів Світового банку та залученням інших міжнародних партнерів, які прагнуть допомагати Україні.

Україна та Світовий банк підписали протокол переговорів щодо залучення позики на суму €100 млн та грант Глобального фонду фінансування на суму \$10 млн (GFF Grant) для реалізації цього проекту.

«Кошти будуть направлені на реалізацію комплексу невідкладних заходів для повернення до стабільної роботи системи охорони здоров'я, відновлення зруйнованих чи пошкоджених війною медичних закладів, їх модернізацію та підвищення ефективності», — зазначив Міністр [46].

Також кошти планують направити на наступні напрями роботи:

- задоволення нових потреб в охороні психічного здоров'я та реабілітації;
- подальше вдосконалення та посилення первинної медико-санітарної допомоги;
- модернізацію та підвищення ефективності стаціонарної допомоги;
- розбудову потенціалу, підтримку інновацій, розвиток електронної системи охорони здоров'я.

Основні заходи з реалізації проекту планується здійснити у 2023-2024 роках. Загальна потреба у фінансуванні цього проекту оцінюється в розмірі близько \$500 млн [46].

### 3.2. Перспективи розвитку системи охорони здоров'я в м. Рівне

Основні напрямки розвитку охорони здоров'я в м. Рівне.

#### 1. Забезпечення доступності первинної медичної допомоги.

На початку 2020 року жителі міста, оцінюючи 22 муніципальні сфери і послуги, одні з найнижчих оцінок поставили медичним закладам - 2.6 балів за 5-ти бальною шкалою (нижчі бали лише у 4 інших сфер/послуг: дороги, паркування, доступ для людей з інвалідністю, промисловість). Найчастіше громадяни звертаються до закладів первинної медичної допомоги (сімейних лікарів, дільничних терапевтів/педіатрів). І саме на основі роботи «первинної» ланки формується оцінка медичної сфери міста. На початок 2021 року у місті

працювало 16 надавачів первинної медичної допомоги (ПМД), з яких 9 - приватної форми власності. Запровадження прямих договірних відносин надавачів ПМД з Національною службою здоров'я України посилило адміністративну автономність перших та створило фінансові стимули для підвищення якості медичного обслуговування. Водночас залишається актуальним завдання розбудови мережі (див. карту), тобто фізичне наближення до місця проживання (у рамках пішохідної доступності) місць надання первинної меддопомоги. Наразі 201 лікар «первинки» працюють у 36 місцях надання меддопомоги (у т.ч. 34 лікарі у 10 приватних). Завдання підвищення доступності, окрім відкриття і оснащення нових амбулаторій, місць надання ПМД та забезпечення доступу людей з обмеженими фізичними можливостями, полягає і у ефективному використанні електронних сервісів (е-черги, е-рецепту та ін) та моніторингу задоволеності пацієнтів після отримання ПМД.

## 2. Запобігання серцево-судинним та онкологічним хворобам.

Як і по Україні в цілому, у місті десятиріччями зберігається загрозлива ситуація, коли дві третини всіх випадків смерті спричинені серцево-судинними і судинно-мозковими захворюваннями. Водночас куріння, вживання алкоголю, надмірна вага, неправильне харчування й недостатня фізична активність вважаються основними поведінковими детермінантами багатьох хронічних та неінфекційних хвороб у сучасному світі. Це ті фактори, на які кожен може вплинути самостійно та завдяки усуненню яких можна запобігти значній частці інвалідності та передчасних смертей. Іншими словами - стан здоров'я людини залежить не тільки від біологічних факторів, навколишнього та соціального середовища, а й від того, чи становить власне здоров'я людини для неї цінність. Саме це визначає, якою мірою людина готова піклуватися про нього, дотримуватися здорового способу життя. Тому нагальною видається потреба в розгортанні відповідної інформаційно-профілактичної роботи на місцевому рівні, застосовуючи міжсекторальний підхід. Важлива роль належить лікарям первинної медичної допомоги, які зобов'язані проводити відповідні профілактичні заходи своїм пацієнтам. Окрему увагу варто приділити

доступності локацій для заняття фізкультурою, позаяк Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує практикувати дорослим хоча б 150 хв фізичних навантажень середньої інтенсивності на тиждень.

3. Зменшення смертності та інвалідності від неінфекційних хвороб. Рівень серцево-судинної, ендокринної, онкологічної захворюваності у місті, що веде до ранньої інвалідизації населення, залишається на високому рівні. Продовжує зростати смертність від серцево-судинної патології (до 40,5 на 10 тис жителів). При цьому значної частини смертей можна було запобігти за належної домедичної та медичної допомоги. Інструментом для зменшення смертності від інфаркту міокарда та інсультів є впровадження новітніх технологій радикального лікування коронарних катастроф інтервенційним відкриттям коронарних артерій. Водночас їх застосування є ефективним протягом нетривалого періоду часу після появи перших симптомів (т.зв. «терапевтичне вікно»). Тому критично важливим є навчання усіх жителів, починаючи з школярів молодших класів, алгоритму дій у випадку появи симптомів інсульту та інфаркту. На наступному етапі необхідно забезпечити вчасне прибуття бригади екстреної медичної допомоги та адресну доставку пацієнта до відповідного закладу медичної допомоги.

4. Окремої уваги потребує розвиток послуг реабілітації для пацієнтів після інфаркту/інсульту.

забезпечення закладів/підрозділів для надання соціально-медичної та соціально-психологічної допомоги соціально вразливим верствам населення (самотнім, людям похилого віку, особам, які опинилися у складних життєвих обставинах).

Одним з важливих етапів формування механізму державного управління охороною здоров'я були парламентські слухання на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні», що відбулися 16 грудня 2015 року. Підсумком проведення Парламентських слухань стала Постанова Верховної Ради України «Про Рекомендацій парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні». У відповідності до цієї Постанови всі органи державної

влади України отримали завдання щодо системної роботи з впровадження нових відносин в системі охорони здоров'я. Окремо слід визначити рекомендації Парламентських слухань для органів місцевого самоврядування. Зокрема, в Постанові визначено наступне: місцевим органам виконавчої влади та органам місцевого самоврядування у межах їхніх повноважень:

1) з урахуванням проведення адміністративно-територіальної реформи, об'єднання територіальних громад вжити заходів щодо: оптимізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу, відповідно до потреб населення у медичній допомозі різних видів та інтенсивності; інтеграції медичних закладів у лікарсько-госпітальні об'єднання з подальшою спеціалізацією лікарень; розвитку мережі реабілітаційних центрів, хоспісних закладів (виділень) та надання палативно допомоги відповідно до потреб та можливостей регіонів; створення в рамках системи соціального

2) при формуванні місцевих бюджетів передбачати кошти на виконання програм у сфері охорони здоров'я (з урахуванням потреб регіонів), на розвиток матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я всіх рівнів медичної допомоги, оновлення медичного обладнання та спеціалізованого санітарного транспорту, запровадження сучасних та ефективних медичних технологій діагностики, лікування, реабілітації пацієнтів відповідно до затверджених протоколів і стандартів медичної допомоги.

3) сприяти впровадженню у закладах охорони здоров'я всіх рівнів енергозберігаючих технологій та альтернативних видів опалення.

4) у процесі реорганізації закладів охорони здоров'я забезпечувати неухильне дотримання прав та гарантій їх працівників, встановлених трудовим законодавством, не допускати незаконних і безпідставних звільнень працівників.

5) забезпечити проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи з громадами з питань реформування системи охорони здоров'я, мети, змісту та очікуваних результатів цієї реформи, а також попередні громадське

обговорення рішень, пов'язаних з медичною реформою, та прозорість їх прийняття.

б) посилити співпрацю з громадськими організаціями та волонтерським рухом у питаннях організації та забезпечення медичної допомоги мешканцям відповідних територій [3, с.133].

Перелічені напрями розвитку системи охорони здоров'я поетапно запроваджуються в Рівненській області. Рівненська область є одним з регіонів України, які відрізняються наявністю певних проблем у сфері організації охорони здоров'я. Такий стан регіональної системи охорони здоров'я зумовлений наявністю великою кількістю населення, яке проживає в сільській місцевості і не має безпосереднього доступу до великих об'єктів охорони здоров'я. Область характеризується унікальною ситуацією, що пов'язана з високим рівнем народжуваності населення, чого ми не можемо спостерігати в інших регіонах України. Системна трансформація охорони здоров'я, що проходить в Україні, повною мірою поширюється і на Рівненську область [3, с.134].

Одним з найбільш вагомих здобутків етапу реформування системи охорони здоров'я є участь Рівненської області у великому проекті Світового банку «Покращення охорони здоров'я на службі у людей. В рамках проекту було створено експериментальний кластер, в який входять Рівненська, Закарпатська, Волинська, Львівська, Полтавська, Вінницька, Дніпропетровська, Запорізька області [3, с.134].

Основні очікувані результати діяльності кластеру:

1) «формування нових правових та інституціональних засад розвитку системи фінансового забезпечення у сфері охорони Здоров'я;

2) забезпечення раціонального використання державних Фінансів та зміцнення фінансової дисципліни, зростання ступеня прозорості процесів формування та виконання бюджетів у сфері охорони здоров'я, оперативного реагування на виникнення або загрозу виникнення ризиків неефективного використання державних фінансів та фінансових порушень;

3) забезпечення автономії державних та комунальних закладів охорони здоров'я з наданням ним:

- свободи контрагування та можливостей самостійно вирішувати питання оперативного перерозподілу коштів між різними напрямками витрат;
- права самостійно забезпечувати управління людськими ресурсами (планування кількості та добір персоналу, вдосконалення методів його діяльності та мотивації його професійного розвитку);
- права самостійно забезпечувати управління матеріально-технічними ресурсами та відповідними інвестиціями (кількість ліжок та інтенсивність їх використання, ефективність використання обладнання, приміщень тощо);
- самостійно визначати показники ефективності та продуктивності своєї діяльності та застосувати їх при у процесі планування своєї подальшої діяльності та при оплаті праці персоналу:

4) перехід від моделі фінансування державних та комунальних закладів охорони здоров'я на основі їх утримання за рахунок коштів відповідних бюджетів до моделі фінансування за надані ними послуги відповідно до договорів про медичне обслуговування населення, в умовах яких заклади охорони здоров'я отримують стимули до підвищення якості медичної допомоги та економічної ефективності процесу її надання;

5) забезпечення більшої гнучкості та фінансової стабільності державних та комунальних закладів охорони здоров'я в умовах ринку за рахунок: - надання їм можливості поряд із своєю основною діяльністю з надання гарантованих державою безоплатних медичних послуг населенню за державні кошти здійснювати в межах законодавства додаткову господарську діяльність з надання платних медичних послуг з інвестуванням отриманих при цьому додаткових фінансових ресурсів у подальший розвиток своєї основної діяльності та поліпшення оплати праці персоналу; надання їм можливості розміщувати вільні кошти на депозитних рахунках у банках та отримувати

інвестиційні кредити під гарантії власника (органу управління), необхідні для забезпечення розвитку своєї основної діяльності;

б) створення умов для розвитку конкуренції у середовищі постачальників медичних послуг як інструменту підвищення якості та ефективності у сфері медичного обслуговування;

8) підвищення загального рівня виконання вимог законодавства у частині реалізації конституційного права людини на охорону здоров'я та медичну допомогу» [3, с.136].

### 3.3. Заходи удосконалення державного регулювання охорони здоров'я в Україні

Зазначимо, що, оскільки, система охорони здоров'я є суспільним благом, її ефективність визначається не лише тим, наскільки раціонально (з точки зору розподілу товарів і послуг) використовуються її ресурси, а й тим, наскільки існуючий механізм її фінансування забезпечує реалізацію основних соціальних цілей державної політики, сформованої у країні, серед яких варто виділити: забезпечення доступності до медичних ресурсів, задоволення нагальних потреб населення у лікуванні та догляді, сприяння соціальній інтеграції тощо.

Показники прогресивності та ефективності впроваджуваних реформ в Україні повинні включати в себе кількісні індикатори, що свідчать про збільшення доступності медичних послуг, підвищення їхньої якості та покращення умов роботи лікарів та медичного персоналу. Показники прогресивності і ефективності реформування системи охорони здоров'я з врахуванням досвіду європейських країн систематизовані на рис.3.1.



Рис.3.1. Показники прогресивності і ефективності реформування системи охорони здоров'я з врахуванням досвіду європейських країн

Розглянемо детальніше досвід яких саме європейських країн може бути використаний урядом України при реформуванні діючих механізмів публічного управління системою охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я Сполучених Штатів Америки є вартісною як роботодавцям, так і громадянам, що ускладнює повноцінне надання медичних послуг усьому населенню. Але, разом з тим, ця система є світовим лідером за багатьма позиціями: якість медичних послуг, кваліфікація медичного персоналу, лікування конкретних захворювань, фундаментальні дослідження у галузі медицини, використання новітніх технологій тощо. У Сполучених Штатах Америки створена організація системи охорони здоров'я на основі висококонкурентних та орієнтованих на споживачів підходів, що сприяє високому рівню надання медичної допомоги населенню та підвищенню професіоналізму лікарів. Це, у свою чергу, може бути використано для створення ефективної системи охорони здоров'я в Україні.

Слід, також, зазначити, що досвід Сполучених Штатів Америки може бути застосований в Україні і для вдосконалення законодавства щодо:

- фінансування програм надання медичної допомоги фізичним особам з низьким рівнем доходу;
- розширення мережі закладів охорони здоров'я в областях;
- розвитку оптимального механізму стимулювання роботи медичних працівників;
- покриття витрат від реалізації державних програм, створених для профілактики захворювань тощо.

Вищезазначені зміни можуть бути одним із етапів поступового впровадження змішаної моделі фінансування системи охорони здоров'я в Україні та подальшого охоплення медичним страхуванням всього працездатного населення.

Також, в Україні слід оптимізувати національні програми профілактики захворювань, які включатимуть оптимізацію загальноосвітньої освіти з питань гігієни, обов'язкових медичних оглядів та контролю за перебігом деяких видів захворювань, наслідків вакцинації тощо. Це має зменшити рівень захворюваності населення та витрати на охорону здоров'я, не погіршуючи якість медичного обслуговування, у цілому. Прикладом позитивного виконання програм профілактики захворювань є Японія, яка стала однією із не багатьох країн із високим рівнем тривалості життя (86 років для жінок та 79 років для чоловіків).

В Україні, як і у Великобританії, держава створює умови для ефективної та доступної медичної допомоги для всіх громадян. Медична допомога надається безкоштовно у державних та муніципальних закладах охорони здоров'я; існуюча мережа таких установ не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку медичних установ усіх форм власності<sup>262</sup>. Крім того, Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»<sup>263</sup> передбачено отримання громадянами необхідних медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів Державного бюджету України, спрямованих на реалізацію програми медичних гарантій від медичних

працівників. Однак, відповідно до ч. 3 ст. 4 цього Закону медичні послуги та лікарські засоби, що не входять до програми медичних гарантій, не підлягають оплаті за рахунок Державного бюджету України, передбаченого для виконання програми медичних гарантій.

Відповідно до ст. 10 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»<sup>264</sup> для всієї території України встановлюються єдині тарифи на оплату медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів, що надаються пацієнтам за програмою медичних гарантій. Оплата за єдиним тарифом гарантується всім медичним працівникам відповідно до укладених угод про охорону здоров'я.

Однак цей закон встановлює часткову оплату за медичні послуги. Тому, крім цих тарифів, слід встановити максимальні ціни на медичні послуги, що надаються приватними медичними закладами. Такі тарифи, наприклад, в Японії регулюються на державному рівні, тому пацієнти не відчують різниці при зверненні до державного чи приватного медичного закладу.

Ключовим у досвіді європейських країн, зокрема, у Великобританії, є механізми публічного адміністрування захистом прав людини, особливо вразливих та незахищених верств населення: неповнолітніх, інвалідів, пенсіонерів та інших. Виходячи з цього, доцільно розробляти та впроваджувати державні медичні програми для підтримки пенсіонерів з метою збільшення середньої тривалості життя в Україні, а, також, для підтримки активності населення України у «третьому віці».

Реформування охорони здоров'я в Україні, практично, неможливе без визначення пріоритетів публічного управління його системою. Спираючись на досвід Британської системи охорони здоров'я, а, також, враховуючи досвід інших розвинених країн, власні помилки, можна виділити такі пріоритетні завдання: запровадження механізму оплати медичних послуг за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», доступність медикаментів та підвищення уваги та обізнаності, з боку громадськості, про дії влади, направлені на реформування

механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в Україні, у контексті європейського виміру.

Держава, зі свого боку, має змінювати підходи до фінансування системи охорони здоров'я: не зосереджуватися, насамперед, на виділенні коштів для оплати «стін» медичних закладів та комунальних послуг, а на наданні медичних послуг, які потребують пацієнти. Зазвичай, це первинна та невідкладна медичні допомоги. Це має стати «двигуном» змін на вторинному та третинному рівнях надання медичних послуг.

Стратегія «медичної допомоги, орієнтованої на людину» реалізується у Європейському регіоні. Комплексний характер допомоги надається через існуючий широкий спектр послуг з лікування, реабілітації та профілактики, які безпосередньо надаються лікарями первинної медичної допомоги або є спеціально організованими в інших установах. Суть цієї стратегії зводиться, в кінцевому рахунку, до таких напрямів як:

- формування ринку медичних послуг та передача йому основних регуляторних функцій з поступовим відходом держави від процесів управління діяльністю закладів охорони здоров'я;
- посилення регуляторних функцій держави в умовах розвитку ринкових механізмів публічного управління системою охорони здоров'я, що особливо важливо для обмеження негативного впливу ринку на доступність медичної допомоги;
- формування інтегрованих структур, що сприяють економічному зростанню медичної галузі тощо.

Стратегія «медичної допомоги, орієнтованої на людину», в основному, реалізується у країнах, що здійснюють ринково орієнтовані реформи соціальної сфери, в цілому, як це має місце в сучасній Україні. В умовах здійснення таких реформ, надзвичайно важливо посилити регулюючу роль держави як головного гаранта доступності та безпеки медичної допомоги. Адже забезпечення якості медичних послуг залишається ключовим викликом для закладів охорони здоров'я та показником їх конкурентоспроможності.

Роль органів управління щодо гарантування якості системи охорони здоров'я полягає у забезпеченні умов для формування та раціонального використання відповідного ресурсного потенціалу (матеріально-технічного, людського та ін.), а, також, у стимулюванні інноваційних моделей управління якістю. Необхідність посилення державного регулювання у сфері охорони здоров'я послужила основою для впровадження наступних конкретних стратегій, що включають формування «регульованої конкуренції» як між медичними установами, так і між страховиками медичних послуг.

Зазначимо, що, в останні роки, відбувся поступовий перехід української системи охорони здоров'я до страхової моделі її формування. Однак, кількість захворювань зростає, рівень та якість медичних послуг суттєво не покращуються, фінансовий стан медичного персоналу залишає бажати кращого, що потребує реформування системи медичного страхування в Україні, а, також, дослідження зарубіжного досвіду з даного питання щодо його впровадження у нашої країні.

Серед позитивних аспектів організації системи загальнообов'язкового медичного страхування у Німеччині, які слід використовувати в Україні при реформуванні механізмів публічного управління системою охорони здоров'я є наступні:

- оплата медичних послуг, що надаються лікарями, здійснюється на основі бальної системи оцінки рівня наданих ними послуг, що виключає можливість зловживань з боку медичних працівників;
- здатність особи, дохід якої перевищує встановлену суму, вийти із системи загальнообов'язкового страхування та перейти у приватний страховий сектор;
- здатність працівника надавати медичне страхування членам своєї сім'ї, які не працюють;
- можливість вільного вибору страхової компанії, лікаря, медичного закладу та ін.

Високий рівень розвитку обов'язкового соціального медичного страхування, за винятком Німеччини, характерний для таких країн як: Франція, Чехії, Нідерланди та деяких інших країн, де частка витрат на цей вид страхування, у загальній сумі витрат на охорону здоров'я, складає близько 90%. На відміну від Німеччини, страховиком у Франції є Національна страхова організація, тому обов'язкове медичне страхування приймає централізовану форму. Усі основні французькі програми медичного страхування реалізуються на практиці Національним фондом медичного страхування та відповідними місцевими структурами.

У процесі реформування сфери охорони здоров'я України розглядається можливість запровадження загальнообов'язкового медичного страхування та використання змішаної бюджетно-страхової системи фінансування галузі. У випадку паралельного існування державної та комерційної медицини, можливе виникнення чесної конкурентної боротьби на ринку послуг, що сприятиме підвищенню рівня якості надання медичної допомоги, у пацієнтів буде можливість вільно вибирати лікаря та медичний заклад, а держава виконуватиме функцію контролю за ціноутворенням медичних послуг та підготовкою кадрів.

Загальнонаціональна система охорони здоров'я України, у таких умовах, має фінансуватись за рахунок бюджету та забезпечувати пацієнтів мінімальним гарантованим пакетом медичних послуг. У разі незадоволеності громадян державним закладом охорони здоров'я, можна буде звернутись за наданням медичної допомоги у приватний заклад. У такій ситуації пацієнт, який зацікавлений у збереженні свого здоров'я, поступово стає рівноправним партнером держави та лікаря.

Досвід країн Європи доводить пряму залежність ефективності функціонування медичних систем країни від існуючої ситуації на ринку страхування. Комерційні та недержавні заклади охорони здоров'я займають майже половину ринку надання медичних послуг, що забезпечує право вільного вибору пацієнтом виконавця із надання медичного обслуговування.

Держава, у такому випадку, в основному, виконує функцію щодо регулювання процесів формування та розвитку медичної системи. На нашу думку, правильно вибрана модель фінансування галузі охорони здоров'я, яка адаптивно пристосовується до політичної та соціально-економічної ситуації у державі, сприятиме успішному реформуванню сфери охорони здоров'я та досягненню необхідного рівня якості надання медичної допомоги для збереження здоров'я нації. Тому, вкрай важливим для держави є пошук нових джерел фінансування сфери охорони здоров'я та поступовий перехід до страхової моделі її фінансування.

Вважаємо, що обов'язкове медичне страхування, як один із видів джерел фінансування галузі охорони здоров'я, для стимулювання його розвитку, потребує таких заходів:

1) з метою реалізації принципу використання різних джерел фінансування системи охорони здоров'я необхідні: сприяння розвитку добровільного медичного страхування та функціонуванню лікарняних кас; ширше застосування ресурсного потенціалу комерційних медичних закладів.

2) з метою застосування офіційних співоплат за надані громадянам медичні послуги необхідне: встановлення пільг з податку на прибуток громадянам, які отримують медичні послуги у комерційних закладах охорони здоров'я.

3) з метою підвищення рівня якості медичної допомоги, цілеспрямованого використання коштів та державного контролю за цим процесом необхідне: сприяння розвитку функціонування лікарняних кас, залучення до даного процесу установ та суб'єктів господарської діяльності, незалежно від форм власності. Підприємство, установа, чи організація, в такому випадку, сплачує частину, або повний розмір, внесків за власних працівників.

4) з метою ширшого застосування медичного страхування необхідні: зниження вартості послуг із страхування; запровадження механізмів фінансування страховими організаціями загальнонаціональних профілактичних

заходів, які направлені на зниження рівня захворюваності та поліпшення самопочуття, здоров'я громадян, що скоротить кількість страхових випадків.

Основні переваги впровадження в Україні системи обов'язкового медичного страхування систематизовані на рис.3.2.



Рис.3.2. Переваги впровадження в Україні системи обов'язкового медичного страхування

Для впровадження системи обов'язкового медичного страхування в Україні необхідно створити нову нормативну базу для її ефективного функціонування, а, також, розробити відповідні протоколи надання медичної допомоги, що набуває особливої актуальності через підписану Угоду про Асоціацію між Європейським Союзом та Україною.

### Висновки до розділу 3

Отже, на основі аналізу ефективних практик функціонування систем охорони здоров'я у європейських країнах можна визначити принципи, які важливі для формування національної системи механізмів публічного управління охороною здоров'я в Україні, серед яких:

- налагоджений процес взаємодії між державою, приватним сектором та самими громадянами;
- збалансований розподіл повноважень з охорони здоров'я між державними та місцевими органами влади;
- організація системи охорони здоров'я на основі високої конкуренції та орієнтації на споживача;
- доступність медичних послуг, зручність у їх отримання шляхом ефективного використання наявних ресурсів;
- створення та розвиток системи медичного страхування.

Загалом можна зробити висновок, що на основі досвіду розвинених країн світу, визначено 10 завдань за допомогою яких можна реалізувати основні удосконалення механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в Україні, серед яких: надання господарської самостійності та запровадження автономізації усіх медичних установ галузі; формування та впровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я на усіх рівнях надання медичної допомоги; забезпечення умов для розвитку медичної інфраструктури у сільській місцевості; трансформація механізму державних закупівель медичних препаратів із застосуванням методу прямої закупки лікарських засобів у виробників без участі посередників; запровадження нових клінічних протоколів надання медичної допомоги з урахуванням міжнародних вимог; забезпечення сприятливих умов для розвитку вільної конкуренції на ринку медичних виробів та лікарських засобів, а, також, спрощення процедури їх ліцензування; створення нових відділень надання екстреної медичної допомоги та оптимізація роботи відповідної диспетчерської служби.

## ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

На основні поставлених завдань у магістерській роботі можна зробити наступні висновки:

1. Державне регулювання системи управління у сфері охорони здоров'я – це системний, планомірний вплив державних інституцій та інститутів на діяльність суб'єктів макроекономічного середовища охорони здоров'я, враховуючи стабільні умови функціонування ринкового механізму господарювання, основною метою якого є дотримання пріоритетної лінії державної політики щодо фінансового, економічного та соціального зростання індикаторів національного макроекономічного середовища охорони здоров'я, враховуючи пріоритет заходів із збереження та зміцнення здоров'я людського капіталу країни.

2. Основними суб'єктами державного регулювання охорони здоров'я в Україні є Верховна Рада України та Уряд, центральні органи виконавчої влади, серед яких Міністерство охорони здоров'я України, а також місцеві органи виконавчої влади, до яких належать департаменти охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, департаменти охорони здоров'я міських рад, які здійснюють функції управління охороною здоров'я в країні. Діяльність цих органів регламентуються ст. 13 та ст. 14 Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я».

3. Зарубіжна практика надання медичних послуг свідчить про те, що реалізація гуманітарної, людино-орієнтованої парадигми глобального економічного розвитку та соціального прогресу, заснованої на якості людських ресурсів, має сприяти реалізації основного права людини на життя і здоров'я, а отже, довголіття. Міжнародні організації, такі як: Організація Об'єднаних Націй, Європейський Союз, Світовий банк, Європейський банк реконструкції та розвитку, Всесвітня організація охорони здоров'я, останнім часом, приділяють значну увагу показникам ефективності формування механізмів

публічного управління системою охорони здоров'я, оцінюючи згідно них рівень розвитку різних країн світу, в цілому.

4. Медична допомога мешканцям Рівненської громади надається у 9 закладах охорони здоров'я (КНП «Центральна міська лікарня», КНП «Міська дитяча лікарня», КНП «Пологовий будинок», КНП ЦПМСД «Центральний», КНП ЦПМСД «Північний», КНП ЦПМСД «Ювілейний», КНП «МСП», КНП «МДСП», КНП «Міська лікарня № 2»). Забезпечення якісної кваліфікованої медичної допомоги всіх верств населення – основне завдання закладів охорони здоров'я територіальної громади. У 2021 році збільшилась кількість лікарів всіх спеціальностей порівняно з 2020 роком на 36 осіб, план у 2021 році виконано на 138,2 % за даним показником. У 2021 році зменшилась кількість лікарняних ліжок на 45 одиниць порівняно з 2020 роком, план виконання даного показника у 2021 році склав 96,5%, за планом прогнозувалось 1160 одиниць. Одним з основних напрямків підвищення ефективності використання ліжкового фонду стаціонарів є розвиток стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги населенню. На сьогодні в місті Рівному діяльність стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги населенню організована на базі деяких Центрів ПМСД, міських лікарень по обслуговуванню, як дорослого, так і дитячого населення та пологового будинку.

5. Проаналізувавши ефективність державного регулювання охорони здоров'я встановлено, що управління охорони здоров'я виконавчого комітету Рівненської міської ради є виконавчим органом ради, підзвітним і підконтрольним раді та її виконавчому комітету, а з питань здійснення делегованих повноважень – відповідним органам державної виконавчої влади. У своїй діяльності Управління безпосередньо підпорядковується міському голові, а з організаційної діяльності – заступнику міського голови, відповідно до розподілу функціональних повноважень. Управління є уповноваженим виконавчим органом ради, який здійснює управління (координацію) установами, закладами, організаціями та підприємствами сфери охорони

здоров'я комунальної власності територіальної громади міста Рівне. В сфері охорони здоров'я м. Рівне діють такі місцеві програми: Міська програма «Здоров'я рівнян» на 2018-2022 роки; програма забезпечення лікувально-профілактичних закладів міста Рівного імплантатами та інструментарієм для надання медичної допомоги хворим із ураженням органів опори та руху на 2017-2021 роки»; міська програми запобігання та лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань на 2017- 2021 роки.

6. Було проаналізовано фінансування Міської програми «Здоров'я рівнян», і відмічено, що дана програма у 2021 році була виконана у повному обсязі, що говорить про ефективне регулювання сфери охорони здоров'я в м.Рівне. Нижче наведено більш детальний опис по виконанню програми. Джерелами фінансування вище зазначених заходів, є кошти місцевого бюджету. У 2021 році сума видатків на охорону здоров'я м.Рівного складає 154651,2 тис.грн. що на 38188,3 тис.грн менше ніж у 2020 році, або на 19,8%. В 2020 році сума видатків на охорону здоров'я складала 192839,5 тис.грн., що на 156606 тис.грн менше ніж у 2019 році. Видатки на охорону здоров'я складають 4,94% від всіх місцевих видатків м.Рівне, по структурі вони зменшились на 3,89% у 2021 році порівняно з 2002 роком. Фінансова підтримка місцевої влади, належна організація надання медичної допомоги та своєчасно впроваджені заходи із запобігання поширенню коронавірусної інфекції дозволили утримувати показник летальності від COVID-19 у м. Рівному на найнижчому рівні (1,4-1,7 %) в Україні.

7. Україна та ЄС розвивають співробітництво в галузі охорони здоров'я. Сторони розвивають співробітництво в галузі охорони здоров'я з метою підвищення рівня його безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання. Співробітництво, зокрема, охоплює такі сфери: зміцнення системи охорони здоров'я України та її потенціалу, зокрема шляхом впровадження реформ, подальшого розвитку первинної медико-санітарної допомоги та навчання персоналу; попередження і контроль над інфекційними хворобами, такими як ВІЛ/СНІД і туберкульоз,

підвищення готовності до ризику спалахів високо патогенних хвороб та імплементацію Міжнародних медико-санітарних правил; попередження та контроль за неінфекційними хворобами шляхом обміну інформацією та найкращими практиками, пропагування здорового способу життя, визначення основних детермінант здоров'я та проблем в галузі охорони здоров'я, наприклад здоров'я матері і дитини, психічне здоров'я, алкогольна, наркотична та тютюнова залежність, зокрема імплементацію Рамкової конвенції з контролю над тютюном 2003 року; якість та безпечність субстанцій людського походження, зокрема крові, тканини та клітин; інформація та знання в галузі охорони здоров'я, у тому числі керуючись підходом «охорона здоров'я у всіх політиках держави».

8. Основні напрямки розвитку охорони здоров'я в м. Рівне: забезпечення доступності первинної медичної допомоги; запобігання серцево-судинним та онкологічним хворобам; зменшення смертності та інвалідності від неінфекційних хвороб.

9. На основі аналізу ефективних практик функціонування систем охорони здоров'я у європейських країнах можна визначити принципи, які важливі для формування національної системи механізмів публічного управління охороною здоров'я в Україні, серед яких:

- налагоджений процес взаємодії між державою, приватним сектором та самими громадянами;
- збалансований розподіл повноважень з охорони здоров'я між державними та місцевими органами влади;
- організація системи охорони здоров'я на основі високої конкуренції та орієнтації на споживача;
- доступність медичних послуг, зручність у їх отримання шляхом ефективного використання наявних ресурсів;
- створення та розвиток системи медичного страхування.

Загалом можна зробити висновок, що на основі досвіду розвинених країн світу, визначено 10 завдань за допомогою яких можна реалізувати основні

напрямки удосконалення механізмів державного управління системою охорони здоров'я в Україні, серед яких: надання господарської самостійності та запровадження автономізації усіх медичних установ галузі; формування та впровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я на усіх рівнях надання медичної допомоги; забезпечення умов для розвитку медичної інфраструктури у сільській місцевості; трансформація механізму державних закупівель медичних препаратів із застосуванням методу прямої закупки лікарських засобів у виробників без участі посередників; запровадження нових клінічних протоколів надання медичної допомоги з урахуванням міжнародних вимог; забезпечення сприятливих умов для розвитку вільної конкуренції на ринку медичних виробів та лікарських засобів, а, також, спрощення процедури їх ліцензування; створення нових відділень надання екстреної медичної допомоги та оптимізація роботи відповідної диспетчерської служби.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Алексі Струве Медична реформа: уроки французької системи охорони здоров'я. Ваше здоров'я. 13/11/2015. URL: <https://www.vz.kiev.ua/medichna-reforma-uroki-francuzkoyi-sistemi-oxoroni-zdorovya/> (дата звернення: 10.10.2022).
2. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2017. 640 с.
3. Вівсяник О.М. Значення та функції міжнародних організацій в інституційній системі державного регулювання охорони здоров'я. Рівне. Волин.обереги, 2022.212 с.
4. Владзимирський, А. В. (2013). Систематизація методів оцінки ефективності телемедицини для стандартизованого використання в державному управлінні охорони здоров'я. С. 182-195.
5. Гладун З.С. Концептуальні засади державного-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я населення. *Медичне право України: проблеми становлення та розвитку: матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції*. 2018. С. 73-79.
6. Гомон Д. О., Денисова А. В. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Юридичні науки. 2016. № 4. С. 123.
7. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: уроки для України. URL : [https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual\\_library/14\\_reviewbook\\_uk.pdf](https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf) (дата звернення: 10.10.2022).
8. Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» № 2802-XII від 19.11.92, ВВР, 1993, № 4, ст.20/ Редакція від 27.10.2022 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 30.10.2022).

9. Іванов Ю.Б., Бережна Ю.В. Інструментарій державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні. *Економіка і регіон*. 2014. № 4. С. 101–106.

10. Інформація про хід виконання Програми соціально-економічного розвитку міста Рівного на 2015 – 2019 роки за 2019 рік URL: <https://economy.rv.ua/wp-content/uploads/2020/02/zvit-pser-za-2019-rik.doc> (дата звернення: 18.10.2022).

11. Інформація про хід виконання Програми соціально –економічного розвитку міста Рівного на 2020–2022 роки за 2020 рік URL: <https://economy.rv.ua/wp-content/uploads/2021/02/zvit-pser-za-2020-rik-kinczevuj.doc> (дата звернення: 18.10.2022).

12. Інформація про хід виконання програми соціально –економічного розвитку Рівненської міської територіальної громади на 2020–2022 роки за 2021 рік URL: <https://economy.rv.ua/wp-content/uploads/2022/04/zvit-pser-za-2021-rik-ostatochnyj.doc> (дата звернення: 18.10.2022).

13. Камінська Т. Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я в Україні. *Економічна теорія та право*. 2015. № 1(20). URL: <http://econtlaw.nlu.edu.ua/wp-content/uploads/2015/11/%E2%84%96-1-38-50.Pdf> (дата звернення: 10.10.2022)

14. Карпишин Н. І. Зарубіжний досвід фінансового забезпечення охорони здоров'я та можливості його використання в Україні. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream.Pdf> (дата звернення: 10.10.2022)

15. Клименко О. Законодавство у сфері охорони здоров'я: перспективи розвитку. *Економіка та держава*. 2012. № 5. С. 128-130.

16. Клименко П. Засади національної стратегії охорони здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 2. С. 73-82.

17. Книш С. В. Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я в Україні. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора юридичних наук за спеціальністю 12.00.07 – адміністративне право і процес;

фінансове право; інформаційне право. Тернопільський національний економічний університет, МОН України, м. Тернопіль, 2019.

18. Коломієць О. О. Система охорони здоров'я в Україні: недоліки організації та ризики реформування. Економічний вісник НТУУ «КПІ» : збірник наукових праць. 2018. № 15. С. 21-32.

19. Костенко Н. І., Марцинковський В. О. Особливості соціального забезпечення сфери охорони здоров'я: зарубіжний досвід. Подільський науковий вісник. Науки: економіка, педагогіка. 2018. № 3. С. 170.

20. Костюк В. С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія : Економіка і менеджмент. 2017. Вип. 24(2). С. 40. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu\\_eim\\_2017\\_24%282%29\\_\\_11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29__11) (дата звернення: 10.10.2022).

21. Концепція розвитку системи громадського здоров'я від 30 листопада 2016 р. № 1002-р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80#Text> (дата звернення: 10.10.2022).

22. Лазоришинець В., Слабкий Г., інші. Державне управління охороною здоров'я України: монографія. Київ, 2014. 312 с.

23. Лікарські асоціації – реальна влада в медицині? Ваше здоров'я : веб-сайт. 2012. URL : <https://www.vz.kiev.ua/likarski-asociaciyi-realnavlada-v-medicini/> (дата звернення 11.10.2022).

24. Ляшко В., Півень Н. Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я: операційний посібник. URL: [https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Manual\\_Development%20and%20funding%20of%20regional%20and%20local%20public%20health%20programs\\_print\\_210x297%2B3mm.pdf](https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Manual_Development%20and%20funding%20of%20regional%20and%20local%20public%20health%20programs_print_210x297%2B3mm.pdf) (дата звернення: 10.10.2022).

25. Меморандум про взаєморозуміння між Україною як позичальником та Європейським Союзом як Кредитором. Верховна Рада України. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984\\_004-20#n2](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_004-20#n2) (дата звернення: 10.10.2022).

26. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Вісник АПСВТ. 2020. № 1–2.

27. МОЗ та Світовий банк запускають новий проєкт у сфері відновлення охорони здоров'я. Пресцентр МОЗ України. URL: <http://doz.zoda.gov.ua/news-deialnist/2857-moz-ta-svitovij-bank-zapuskayut-novij-proekt-u-sferi-vidnovlennya-okhoroni-zdorov-ya> (дата звернення 01.12.2022).

28. Орлова Н. С. Механізми державного управління у реформуванні системи охорони здоров'я. Публічне адміністрування та національна безпека. 2019. № 6. URL: <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2019-6-5377> (дата звернення: 10.10.2022).

29. Паршикова А. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу). Інформаційна довідка, підготовлена Європейським інформаційнодослідницьким центром на запит народного депутата України. URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf> (дата звернення: 10.10.2022).

30. Петрова С.В. Державна політика України у сфері охорони здоров'я в контексті реформи медичного обслуговування. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування: Електронний збірник*. 2014. № 2. URL : [http://el-zbirndu.at.ua/index/zmist\\_2014\\_2/0-16](http://el-zbirndu.at.ua/index/zmist_2014_2/0-16) (дата звернення: 15.10.2022).

31. Поворозник М. Ю. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг. Причорноморські економічні студії. 2017. Вип. 14. С. 25. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses\\_2017\\_14\\_71](http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses_2017_14_71) (дата звернення: 10.10.2022).

32. Приятельчук О. А. Система охорони здоров'я як механізм реалізації моделі загального добробуту в скандинавському регіоні. Економіка та суспільство : електронне наукове фахове видання. Мукачівський державний університет, 2018. № 19. С. 913. URL:

[http://www.economyandsociety.in.ua/journal/19\\_ukr/137.pdf](http://www.economyandsociety.in.ua/journal/19_ukr/137.pdf) (дата звернення: 10.10.2022).

33. Попова Т., Орлова Н.С. Концептуальні засади публічно-приватного партнерства в Україні. Наукові перспективи. 2021. № 11(17). С. 133-144.

34. Правові засади реформування галузі охорони здоров'я: стан, проблеми, перспективи розвитку. Міністерство юстиції України. URL: [https://minjust.gov.ua/m/str\\_6764](https://minjust.gov.ua/m/str_6764) (дата звернення: 10.10.2022).

35. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 14 вересня 2020 року «Про Стратегію національної безпеки України»: указ Президента України № 392/2020. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/3922020-35037> (дата звернення: 10.10.2022).

36. Про ратифікацію Меморандуму про взаєморозуміння між Україною як Позичальником та Європейським Союзом як Кредитором і Кредитної угоди між Україною як Позичальником та Національним банком України як Агентом Позичальника та Європейським Союзом як Кредитором (щодо отримання Україною макрофінансової допомоги Європейського Союзу у сумі до 1 мільярда 200 мільйонів євро): Закон України від 25 серпня 2020 року № 825-IX. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/825-20#n5> (дата звернення: 10.10.2022).

37. Про затвердження Національної економічної стратегії на період до 2030 року: постанова Кабінету Міністрів України від 03 березня 2021 р. №179. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-nacionalnoyi-eko-a179> (дата звернення: 10.05.2022). 14. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 14 вересня 2020 року «Про Стратегію національної безпеки України»: указ Президента України № 392/2020. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/3922020-35037> (дата звернення: 10.10.2022).

38. Про схвалення Стратегії забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту за принципом “єдине здоров'я” на період до 2025 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації: розпорядження Кабінету

Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1416-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/proshvalennya-strategiyi-zabezpechennya-biologichnoyi-bezpeki-1416-271119> (дата звернення: 10.10.2022).

39. Про схвалення Стратегії розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики, на період до 2022 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації: розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1402-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1402-2019-%D1%80#Text> (дата звернення: 10.10.2022).

40. Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року: розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1415-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-%D1%80#Text> (дата звернення: 10.10.2022).

41. Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на 2021-2027 роки: постанова Кабінету Міністрів України від 5 серпня 2020 р. № 695. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/695-2020-%D0%BF?find=1&text=%D0%BC%D0%BE%D0%B7#w1\\_1](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/695-2020-%D0%BF?find=1&text=%D0%BC%D0%BE%D0%B7#w1_1) (дата звернення: 10.10.2022).

42. Про невідкладні заходи щодо забезпечення економічного зростання, стимулювання розвитку регіонів та запобігання корупції: Указ Президента України від 20 вересня 2019 року № 713/2019. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/713/2019#Text> (дата звернення: 10.10.2022).

43. Про засади державної регіональної політики: Закон України від 5 лютого 2015 року № 156-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/156-19#Text> (дата звернення: 10.10.2022)

44. Про затвердження Порядку розроблення Державної стратегії регіонального розвитку України і плану заходів з її реалізації, а також проведення моніторингу та оцінки результативності реалізації зазначених Стратегії і плану заходів: постанова Кабінету Міністрів України від 11

листопада 2015 р. № 931. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/931-2015-%D0%BF#Text> (дата звернення: 10.10.2022).

45. Ридзель Ю.М. Державне регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України : дис. ... канд. екон. наук. Чернігів, 2020. 258 с.

46. Рівненська обласна державна адміністрація. Звіти про виконання бюджету в 2021 році. URL: <https://www.rv.gov.ua/zviti-pro-vikonannya-byudzhetu-v-2021-roci?v=6202753ccad47>(дата звернення: 25.10.2022).

47. Сенюта І. Медичне право: право людини на охорону здоров'я : монографія. Львів : Астролябія, 2007. 223 с.

48. Спільний проект МОЗ та Світового банку у сфері відновлення охорони здоров'я буде схвалений цього місяця Міністерство охорони здоров'я України 17 грудня 2022 року . URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/spilnyi-proekt-moz-ta-svitovoho-banku-u-sferi-vidnovlennia-okhorony-zdorovia-bude-skhvalenyi-tsoho-misiatsia> (дата звернення: 18.12.2022).

49. Стеценко С. Лекція професора С. Стеценка : Вступ до курсу «Медичне право України». Право України. 2011. № № 11-12. С. 120-131. Стратегія розвитку Рівненської територіальної громади на період до 2027 року URL:<http://investrv.org.ua/storage/web/source/1/sG7Qr6C78bNZxHkuWV3DiESSiMJPLlrW.pdf> (дата звернення: 10.10.2022).

50. Стан виконання міської Програми «Здоров'я рівнян» за 2021 рік URL: <http://medrivne.com.ua/ua/201-miscevi-programi---zviti-pro-vikonannya-informaciyniy-blok>(дата звернення: 10.10.2022).

51. Турчак Д.В. Механізми державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 механізми державного управління. Інститут підготовки кадрів державної служби зайнятості України, Київ, 2019. с. 147

52. Український медичний портал 28 травня 2019 р. Як працює система охорони здоров'я Канади. URL: <https://med-ukraine.info/news/2019/yak-pracyuye-sistema-ohoroni-zdorov-ya-kanadi-535> (дата звернення: 10.10.2022)

53. Устимчук О. В. Аналіз нормативно-правових засад регулювання сфери надання медичних послуг в Україні. Аспекти публічного правління. 2018. Т. 6. № 10. С. 5-13.

54. Устинов А.В. Медична реформа: відомчі медичні заклади стануть доступними для усіх громадян. *Український медичний часопис online. Актуальні питання медичної практики*: веб-сайт. 2019. URL : <https://www.umj.com.ua/article/140879/medichna-reforma-vidomchimedichni-zakladi-stanut-dostupnimi-dlya-usih-gromadyan> (дата звернення: 18.10.2022).

55. Федоренко Т. А. Міжнародні стандарти партисипаторної демократії як підґрунтя забезпечення участі громадськості в державному управлінні у сфері охорони здоров'я в Україні. Вісник Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Серія : Державне управління. 2017. № 3. С. 95–102.

56. Швайка Л.А. Державне регулювання економіки : навчальний посібник. Київ : Знання, 2016. 435 с.

57. Шевчук В.В. Підходи до реалізації механізмів державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України. *Наукові праці [Чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу «Києво-Могилянська академія»]*. Сер. : Державне управління. 2014. Т. 235. Вип. 223. С. 128–132.

58. Шевчук В.В. Удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України : дис. ... канд. наук з держ. упр. Миколаїв, 2017. 219 с.

59. Шутов М.М. Організаційно економічний механізм розвитку системи охорони здоров'я у регіоні: автореф. ... дис. д.е.н.: Інститут економіко правових досліджень НАН України. Донецьк, 2015. 31 с.

60. Яремчук О. Кращі зарубіжні практики в сімейній медицині: досвід для України. Державне управління: удосконалення та розвиток : електрон. вид.

30.11.2018. № 11. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/index.php?op=1&z=1337> (дата звернення: 10.10.2022).

61. Akiyama M., Yoo B. K. A Systematic Review of the Economic Evaluation of Telemedicine in Japan. *J Prev Med Public Health*. 2016. №49(4). P. 183–96.

62. American Telemedicine Association URL: <https://thesource.american-telemed.org/home> (дата звернення: 10.10.2022).

63. Akhmetshin E.M., Morozov I.V., Yumashev A.V., Yumasheva N.A., Gubarkov S.V. Motivation of personnel in an innovative business climate // *European Research Studies Journal*. 2018. Т. 21.№1. С. 352-361.

64. European Code of Social Security. Treaty № 048. URL : <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/048> (дата звернення: 17.10.2022).

65. Hrytsko, R. (2018), «Public health and family medicine of united territorial communities», *Aktual'ni problemy derzhavnoho upravlinnia*, vol. 4 (76), pp. 107— 111.

66. Nkengafac Motaze Government regulation of private health insurance Available in Cochrane database of systematic reviews. URL: [https://www.researchgate.net/publication/275039838\\_Government\\_regulation\\_of\\_private\\_health\\_insurance](https://www.researchgate.net/publication/275039838_Government_regulation_of_private_health_insurance) (дата звернення: 19.11.2022)

67. Truba V., Borshch V., Haran O. Methodological frameworks for state regulation of health care system in the post-soviet countries. *Baltic Journal of economic studies*. 2018. Vol. 4. N 5. Pp. 364–370. DOI: <https://doi.org/10.30525/2256-0742/2018-4-5-364-370>.

68. Japanese Telehealth and Telecare Association URL: <http://jtta.umin.jp/eng/index.php> (дата обращения: 14.11.2022).