

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Сумський державний університет
Навчально-науковий інститут бізнесу, економіки і менеджменту
Центр професійної та післядипломної освіти

Шифр _____

Наказ ректора
про затвердження теми

«До захисту допускається»
завідувач кафедри
_____ І.І.Рекуненко

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему

**“Особливості прийняття управлінських рішень у системі охорони
здоров'я на прикладі первинної медичної допомоги в сільській
місцевості”**

за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування в охороні
здоров'я»

Студента гр. УЗ.мс-01с

Кураш Олександра Вікторовича

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр.

Кваліфікаційна робота магістра містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів та мають посилання
на відповідне джерело _____ Кураш О.В.
(підпис)

Наукові керівники: _____ професор, д.мед.наук.Сміянов В.А.

_____ професор, к.екон.наук Жулавський А.Ю.

Суми 2022 р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри Рекуненко І.І.

« _____ » _____ 2022 р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА
за спеціальністю

281 Публічне управління та адміністрування,
освітньо-професійна програма
«Управління та адміністрування
в охороні здоров'я»
студенту групи УЗ.мс-01с
Кураш Олександр Вікторовичу

1. Тема роботи «Особливості прийняття управлінських рішень у системі охорони здоров'я на прикладі первинної медичної допомоги в сільській місцевості» затверджена наказом по СумДУ № _____ від _____ 20__ р.

2. Термін подання студентом закінченої роботи 12.02.2022р.

3. Мета кваліфікаційної роботи: полягає в удосконаленні теоретико-методологічних засад та визначення, що до формування особливостей прийняття управлінських рішень у системі охорони здоров'я на рівні первинної медичної допомоги в сільській місцевості.

4. Об'єкт дослідження: процеси функціонування та управління системи охорони здоров'я первинної медичної допомоги в сільській місцевості.

5. Предмет дослідження: стан та перспективи розвитку системи охорони здоров'я первинної медичної допомоги в сільській місцевості.

6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах наукових публікацій, законодавчих актів, фінансової звіти Національної служби здоров'я України, а саме медичних закладів України та Сумської області, положення про Амбулаторію загальної практики сімейної медицини смт. Степанівка.

7. Орієнтовний план кваліфікаційної роботи, терміни подання розділів керівникові та зміст завдань для виконання поставленої мети.

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
I	Причини погіршення стану здоров'я населення в Україні	01.12.2021
II	Аналіз становлення системи охорони здоров'я України та кореляція з європейськими країнами	31.12.2021
III	Шляхи оптимізації реформи охорони здоров'я на прикладі Степанівської АЗПСМ	20.01.2022

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:

У розділі 1 студент має дослідити причини погіршення стану здоров'я населення в Україні

У розділі 2 студент має провести аналіз становлення системи охорони здоров'я України та кореляція з європейськими країнами

У розділі 3 студент має запропонувати шляхи оптимізації реформи охорони здоров'я на прикладі Степанівської АЗПСМ

8. Консультації щодо виконання роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
1			
2			
3			

9. Дата видачі завдання: 28 вересня 2021 р.

Керівники кваліфікаційної роботи

_____ професор, д.мед.наук. Сміянов В.А.
(підпис)

_____ професор, к.екон.наук Жулавський А.Ю.
(підпис)

Завдання до виконання одержав



Кураш О.В.

АНОТАЦІЯ

У кваліфікаційній (магістерській) роботі висвітлено основні причини погіршення стану здоров'я населення в Україні, які узагальнено та сформовано на основі досвіду і результатів апробації досліджень вітчизняних та деяких закордонних науковців/медичних установ, особливостей законодавства, статистичних медичних показників. Проаналізовано становлення системи охорони здоров'я України та проведено її порівняльний аналіз з організацією надання медичної допомоги в країнах ЄЕС. Схарактеризовано сучасний стан та особливості функціонування первинної ланки системи охорони здоров'я України, висвітлено її проблеми та недоліки на прикладі Степанівської АЗПСМ враховуючи виклики нової системи реформування. Аргументовано шляхи підвищення ефективності діяльності, лікування, фінансування, управління охороною здоров'я, управління відносинами з клієнтами, виявлення шахрайства та зловживання на рівні первинної медичної допомоги. Розроблено систему реструктуризації та оптимізації діяльності Степанівської АЗПСМ та визначено етапи її впровадження.

Ключові слова: СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ПЕРВИННА ЛАНКА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, СТРУКТУРНІ РЕФОРМИ, РЕСТРУКТУРИЗАЦІЯ, ОПТИМІЗАЦІЯ, УПРАВЛІННЯ, УДОСКОНАЛЕННЯ, ЕФЕКТИВНІСТЬ ІНВЕСТИЦІЙ, ДЕРЖАВНА ПІДТРИМКА, ФІНАНСУВАННЯ, НАСЕЛЕННЯ.

РЕФЕРАТ

Структура й обсяг роботи. Кваліфікаційна (магістерська) робота містить вступ, 3 розділи, висновки, список використаних джерел, який нараховує 47 найменувань, у тому числі 7 латиницею. Загальний обсяг роботи складає 66 сторінок тексту комп'ютерного набору, який ілюстровано 15 таблицями та 15 рисунками.

Актуальність теми. Нині Україна досягає значних успіхів у зміцненні своєї системи первинної медичної допомоги. Однак система все ще стикається з проблемами щодо структурних характеристик, стимулів і політики, а також якості допомоги, що знижує її ефективність відносно надання послуг п'ятій частині сільського населення України, яке старіє та має наростаючу тенденцію щодо розвитку хронічних неінфекційних захворювань. Ці проблеми в першу чергу виникають у результаті недостатньої грамотності та кваліфікації медичних працівників, зістарюваням або текучістю сільських лікарів, фрагментарністю технологічного забезпечення сільської системи охорони здоров'я, дефіциту цифрових даних про повсякденну клінічну практику, фінансові субсидії та стимули, які не сприяють заощадженню коштів та високій ефективності, страхові поліси, які перешкоджають ефективності надання медичної допомоги, недостатня система вимірювання та покращення якості та низька ефективність контролю факторів ризику. Оскільки Україна останні роки поглиблює свою реформу охорони здоров'я, що сприятиме можливості побудувати інтегровану систему первинної медичної допомоги, генеруючи знання у кращих вітчизняних та закордонних практиків, які можуть підтримати та покращити ситуацію яка склалася сьогодні на медичних теренах. Тому, актуальність наукової роботи є без сумніву та допоможе сформулювати рекомендації щодо прийняття управлінських рішень та сучасних підходів управління змінами в системі охорони здоров'я у селищних

регіонах, що сприятиме дієвості та ефективності реформування системи охорони здоров'я в українських реаліях.

Мета наукового дослідження полягає в удосконаленні теоретико-методологічних засад та визначення, що до формування особливостей прийняття управлінських рішень у системі охорони здоров'я на рівні первинної медичної допомоги в сільській місцевості. Для досягнення поставленої мети передбачалося розв'язання таких задач:

- виявити основні тенденції погіршення стану здоров'я населення в Україні;
- розкрити особливості становлення системи охорони здоров'я України;
- визначити особливості функціонування первинної ланки системи охорони здоров'я України, виявити її проблеми та недоліки враховуючи виклики нової системи реформування;
- обґрунтувати шляхи підвищення ефективності діяльності на рівні первинної медичної допомоги;
- розробити та обґрунтувати систему оптимізації діяльності Степанівської АЗПСМ та визначити етапи її впровадження.

Об'єкт дослідження – процеси функціонування та управління системи охорони здоров'я первинної медичної допомоги в сільській місцевості.

Предмет дослідження – стан та перспективи системи охорони здоров'я первинної медичної допомоги в сільській місцевості.

Методи дослідження. Для реалізації поставленої мети було використано комплекс загальнонаукових та спеціальних методів, а саме – емпіричні, теоретичні та математично-статистичні: спостереження; порівняння; опис; аналогія; абстрагування; узагальнення та конкретизації теоретичних матеріалів наукових джерел для виявлення особливостей сучасного стану досліджуваної проблеми; аналіз і оцінювання управлінської ситуації та результативність реформування; порівняльно-зіставний метод; синтез; формалізація; індукція; дедукція; абстрагування; факторний аналіз

для визначення ефективності розвитку первинної медичної допомоги; ідеалізація, систематизація, пояснення, моделювання і прогнозування можливих дій щодо покращення стану управлінської ситуації в медичних закладах; узагальнення та вимірювання для перевірки чинної системи охорони здоров'я; інтерпретація результатів дослідження, кількісний аналіз; SWOT-аналіз для виявлення сильних (*Strengths*) та слабких (*Weaknesses*) сторін, а також перспектив розвитку (*Opportunities*) і ризиків (*Threats*), що сприяло усуненню наявних слабких місць первинної ланки медичної допомоги, нейтралізації ризиків та сприяння ефективному функціонуванню наявного потенціалу.

Наукова новизна полягає у розвитку теоретичних та методичних засад визначення механізмів управління та особливостей прийняття управлінських рішень у системі охорони здоров'я на рівні первинної медичної допомоги в сільській місцевості. *Найсуттєвіші результати наукового дослідження, які містять наукову новизну* полягають у такому:

- *уперше* теоретично узагальнено й практично визначено особливості прийняття управлінських рішень у системі охорони здоров'я на прикладі первинної медичної допомоги в сільській місцевості;
- *виявлено* та розкрито основні тенденції становлення системи охорони здоров'я та погіршення стану здоров'я населення в Україні;
- *визначено* проблеми та недоліки функціонування первинної ланки системи охорони здоров'я України та цілеспрямовано Степанівської АЗПСМ, що нададуть медичному закладу вдало конкурувати за надання медичних послуг;
- *удосконалено* систему підвищення ефективності діяльності на рівні первинної медичної допомоги у секторі окремого медичного закладу – Степанівської АЗПСМ;
- *набула подальшого розвитку* розроблена в процесі наукового дослідження система оптимізації діяльності Степанівської АЗПСМ.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що основні положення та висновки кваліфікаційної (магістерської) роботи становлять практичну основу для розвитку й удосконалення первинної медичної допомоги у сільській місцевості.

Ключові слова: СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ПЕРВИННА ЛАНКА МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, СТРУКТУРНІ РЕФОРМИ, РЕСТРУКТУРИЗАЦІЯ, ОПТИМІЗАЦІЯ, УПРАВЛІННЯ, УДОСКОНАЛЕННЯ, ЕФЕКТИВНІСТЬ ІНВЕСТИЦІЙ, ДЕРЖАВНА ПІДТРИМКА, ФІНАНСУВАННЯ, ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	10
ВСТУП	11
РОЗДІЛ 1. ПРИЧИНИ ПОГІРШЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ	15
1.1. Соціально-демографічна ситуація в Україні та негативні тенденції в сільській місцевості	15
1.2. Стан здоров'я населення України	16
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СТАНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ТА ЇЇ КОРЕЛЯЦІЯ З ЄВРОПЕЙСЬКИМИ КРАЇНАМИ	21
2.1. Аналіз чинних систем охорони здоров'я у країнах світу	21
2.2. Інфраструктура лікарень та кадрове забезпечення	29
2.3. Економічні аспекти в системі охорони здоров'я	37
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СТЕПАНІВСЬКІЙ АЗПСМ	40
3.1. Сучасні напрями реформування системи охорони здоров'я	40
3.2. Дієвість реформування системи охорони здоров'я у Степанівській АЗПСМ	44
3.3. Сучасні напрями оптимізації Степанівської АЗПСМ	58
ВИСНОВОК	63
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	67
ДОДАТОК А	73

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ПМСД – первинна медико-санітарна допомога

НСЗУ – Національної служби здоров'я України

NHS – Національна служба охорони здоров'я Великобританії

АЗПСМ –Амбулаторія загальної практики –сімейної медицини

ООН – Організації Об'єднаних Націй

РЄ – Рада Європи

ВООЗ – Всесвітньої організації охорони здоров'я

МОП – Міжнародна організація праці

ОЕСР – Організації економічного співробітництва та розвитку

ФАП – Фельдшерсько-акушерський пункт

ВВП – валовий внутрішній продукт

ОЕСР – Організації економічного співробітництва та розвитку

ЗОЗ – заклади охорони здоров'я

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

ПМД-Первинна медична допомога

ФОП – Фізична особа-підприємець

СОЗ – система охорони здоров'я

ОЗ – охорона здоров'я

ВСТУП

Проведення суттєвих реформ в такій складній системі, як охорона здоров'я потребує неодмінного визначення пріоритетів, тобто виділення тих завдань, вирішення яких є першочергово необхідним. Пріоритетами на 2012-2013 рр. були обрані реформи базових видів медичної допомоги (первинної та екстреної), які повинні були стати локомотивом для змін в секторах вторинної та третинної медичної допомоги. [1] На сучасному етапі розвитку серед національних політиків та експертів по всій Європі існує думка, що первинна (ПМД) повинна бути основою добре організованої системи охорони здоров'я [2] проте, загальновідомо, що реформування та управлінські рішення в галузі охорони здоров'я рідко відображають дані досліджень. Тому нині важливо визначити, як покращити обґрунтоване прийняття рішень особливо на рівні первинної медичної допомоги в сільській місцевості. Надання та організація медичних послуг, а також клінічну практику можна покращити за допомогою впровадження нових заходів, ефективність яких підкріплена надійними доказами. Однак впровадження інновацій у сфері охорони здоров'я зазвичай супроводжується складнощами і, в деяких випадках, занадто повільним їх освоєнням/визнанням [3] Як наслідок, результати досліджень не завжди втілюються в зміни клінічної та управлінської практики. Ця реальність також породжує актуальне питання про те, як поширювати передовий досвід та впроваджувати перспективні інновації в таких складних умовах, як Національна служба охорони здоров'я України (НСЗУ), велика, професіоналізована та дуже політизована організація. Реформування роблять своєчасний внесок у прискорення темпів впровадження та поширення інновацій у НСЗУ, ця позиція аналогічно досягається і в інших країнах, наприклад – National Health Service (NHS) - Національна служба охорони здоров'я Великобританії [4]

Актуальність теми. Нині Україна досягає значних успіхів у зміцненні своєї системи первинної медичної допомоги. Однак система все ще стикається з проблемами щодо структурних характеристик, стимулів і

політики, а також якості допомоги, що знижує її ефективність відносно надання послуг п'ятій частині сільського населення України, яке старіє та має наростаючу тенденцію щодо розвитку хронічних неінфекційних захворювань. Ці проблеми в першу чергу виникають у результаті недостатньої грамотності та кваліфікації медичних працівників, зі значною частиною лікарів-пенсіонерів або текучістю сільських лікарів, фрагментарністю технологічного забезпечення сільської системи охорони здоров'я, дефіциту цифрових даних про повсякденну клінічну практику, фінансові субсидії та стимули, які не сприяють заощадженню коштів та високій ефективності, страхові поліси, які перешкоджають ефективності надання медичної допомоги, недостатня система вимірювання та покращення якості та низька ефективність контролю факторів ризику. Оскільки Україна останні роки поглиблює свою реформу охорони здоров'я, що сприятиме можливості побудувати інтегровану систему первинної медичної допомоги, генеруючи знання у кращих вітчизняних та закордонних практиків, які можуть підтримати та покращити ситуацію яка склалася сьогодні на медичних теренах. Тому, актуальність наукової роботи не викликає сумніву та допоможе сформулювати рекомендації щодо прийняття управлінських рішень і сучасних підходів управління змінами в системі охорони здоров'я у селищних регіонах, що сприятиме дієвості, ефективності реформування системи охорони здоров'я в українських реаліях.

Мета наукового дослідження полягає в удосконаленні теоретико-методологічних засад та визначення, що до формування особливостей прийняття управлінських рішень у системі охорони здоров'я на рівні первинної медичної допомоги в сільській місцевості. Для досягнення поставленої мети передбачалося розв'язання таких задач:

- виявити основні тенденції погіршення стану здоров'я населення в Україні;
- розкрити особливості становлення системи охорони здоров'я України;

- визначити особливості функціонування первинної ланки системи охорони здоров'я України, виявити її проблеми та недоліки враховуючи виклики нової системи реформування;
- обґрунтувати шляхи підвищення ефективності діяльності на рівні первинної медичної допомоги;
- розробити та обґрунтувати систему оптимізації діяльності Степанівської АЗПСМ та визначити етапи її впровадження.

Об'єкт дослідження – процеси функціонування та управління системи охорони здоров'я первинної медичної допомоги в сільській місцевості.

Предмет дослідження – стан та перспективи системи охорони здоров'я первинної медичної допомоги в сільській місцевості.

Методи дослідження. Для реалізації поставленої мети було використано комплекс загальнонаукових та спеціальних методів, а саме – емпіричні, теоретичні та математично-статистичні: спостереження; порівняння; опис; аналогія; абстрагування; узагальнення та конкретизації теоретичних матеріалів наукових джерел для виявлення особливостей сучасного стану досліджуваної проблеми; аналіз і оцінювання управлінської ситуації та результативність реформування; порівняльно-зіставний метод; синтез; формалізація; індукція; дедукція; абстрагування; факторний аналіз для визначення ефективності розвитку первинної медичної допомоги; ідеалізація, систематизація, пояснення, моделювання і прогнозування можливих дій щодо покращення стану управлінської ситуації в медичних закладах; узагальнення та вимірювання для перевірки чинної системи охорони здоров'я; інтерпретація результатів дослідження, кількісний аналіз; SWOT-аналіз для виявлення сильних (*Strengths*) та слабких (*Weaknesses*) сторін, а також перспектив розвитку (*Opportunities*) і ризиків (*Threats*), що сприяло усуненню наявних слабких місць первинної ланки медичної допомоги, нейтралізації ризиків та сприяння ефективному функціонуванню наявного потенціалу.

Наукова новизна полягає в обґрунтуванні теоретико-методологічних засад визначення механізмів управління та особливостей прийняття управлінських рішень у системі охорони здоров'я на рівні первинної медичної допомоги в сільській місцевості. Найсуттєвіші результати наукового дослідження, які містять наукову новизну полягають у тому, що:

- *уперше* теоретично узагальнено й практично визначено особливості прийняття управлінських рішень у системі охорони здоров'я на прикладі первинної медичної допомоги в сільській місцевості;

- *виявлено* та розкрито основні тенденції становлення системи охорони здоров'я та погіршення стану здоров'я населення в Україні;

- *визначено* проблеми та недоліки функціонування первинної ланки системи охорони здоров'я України та цілеспрямовано Степанівської АЗПСМ, що нададуть медичному закладу вдало конкурувати за надання медичних послуг;

- *удосконалено* систему підвищення ефективності діяльності на рівні первинної медичної допомоги у секторі окремого медичного закладу – Степанівської АЗПСМ;

- *набула подальшого розвитку* розроблена в процесі наукового дослідження система оптимізації діяльності Степанівської АЗПСМ.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що основні положення та висновки кваліфікаційної (магістерської) роботи становлять практичну основу для розвитку й удосконалення первинної медичної допомоги у сільській місцевості.

РОЗДІЛ 1

ПРИЧИНИ ПОГІРШЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ

Україна – країна, розташована у південно-східній частині європейської частини материка Євразія, має площу 603,7 тис. км² і являється однією з найбільших за величиною країною у Європі. Має кордони на півночі з Білорусією, на заході – з такими країнами як Польща, Словаччина та Угорщина, на південному заході межує – з Румунією та Молдовою, на сході та північному сході має кордони з Росією. З півдня Україна омивається водами Чорного та Азовського морів.

1.1. Соціально-демографічна ситуація в Україні та негативні тенденції в сільській місцевості

За даними перепису населення України у 2001 році в країні мешкають понад 130 національностей та етнічних груп. Найбільшими з них являються українці 77.8%, росіяни, білоруси, кримські татари, молдавани, болгари, угорці, румуни, поляки та інші [5]. Численність населення за останні роки значно зменшилась (Додаток 1).

За весь період здобуття незалежності населення України зменшилось рекордно високими темпами на більш ніж 10 млн осіб, отже за 30 років від проголошення незалежності наша держава втратила 20% населення (Рис. 1.1.)[6]. Найвищими темпами скорочення чисельності населення в Європі зафіксовано в Україні. Найбільш скорочується населення працездатного віку;. Демографічні зміни мають комплексний характер і охоплюють такі складові як: міграцію, смертність та народжуваність. Окрім соціально-економічних чинників на процес скорочення населення значною мірою, з 2014 року, вплинула й військова агресія Росії.

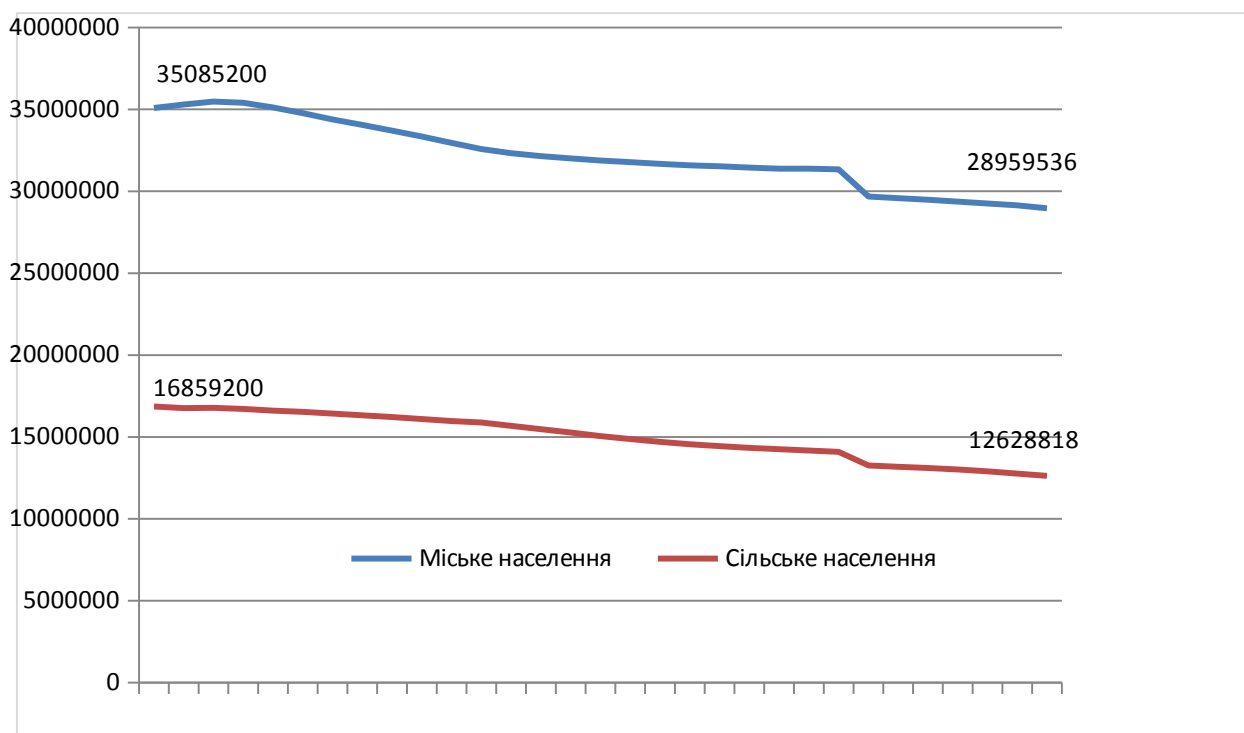


Рисунок 1.1 – Динаміка зменшення населення України

1.2. Стан здоров'я населення України

Світове напрацювання в галузі охорони й поліпшення здоров'я населення свідчить, що здоров'я це комплекс соціального, психічного, генетичного та соматичного добробуту людини.

У міжнародній практиці для опису громадського здоров'я використовують комплекс демографічних показників таких як народжуваність, смертність, середню тривалість майбутнього життя [7].

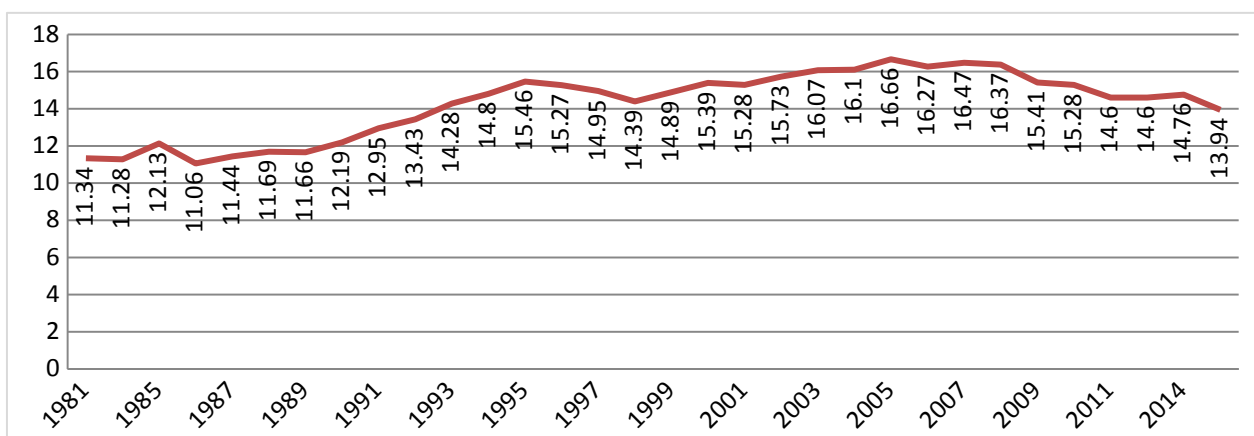


Рисунок – 1.2 Загальний коефіцієнт смертності на 1000 населення

Зменшення чисельності населення України почала прослідковуватись ще з початку незалежності (Рис. 1.3). Проте істотного зростання скорочення населення на той час не відбулося (рис. 1.2), а в період 2008-2013 рр. ситуація покращилася: позитивна динаміка народжуваності поєднувалася з позитивною динамікою рівня смертності. Так тривало до 2013 року, коли обидва показники різко погіршилися. Сьогоднішній період у нашій країні характеризується переходом до західної моделі репродуктивної поведінки – збільшення віку матері та уникнення такої поведінки [8].

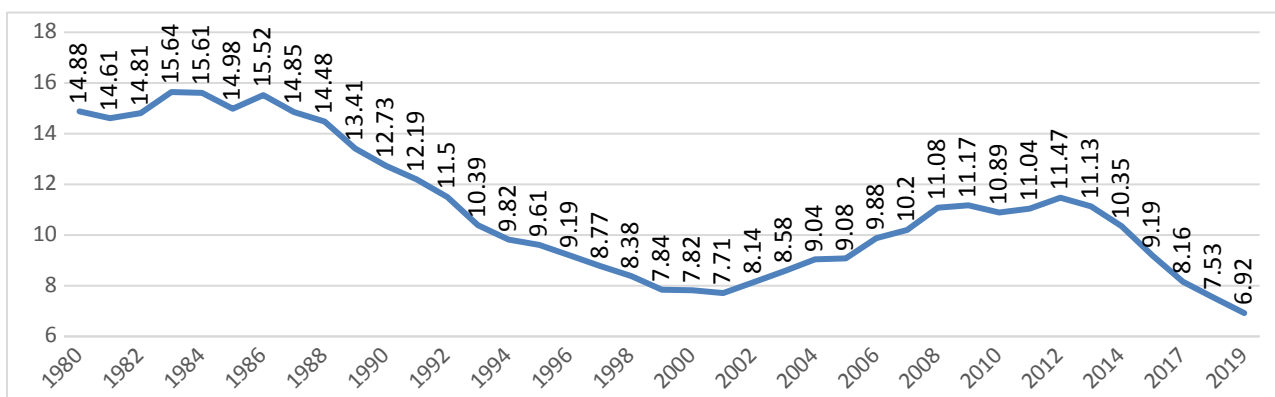


Рисунок 1.3 – Динаміка народжених на 1000 населення

На теперішній час в країні сформувався демографічний перехід з типом відтворення людності який є характерним для країн в стані тривалої війни – низька народжуваність та висока смертність, високий рівень депопуляції [9]. Загальні показники динаміки народжуваності та смертності населення України зображено на рисунку 1.4.

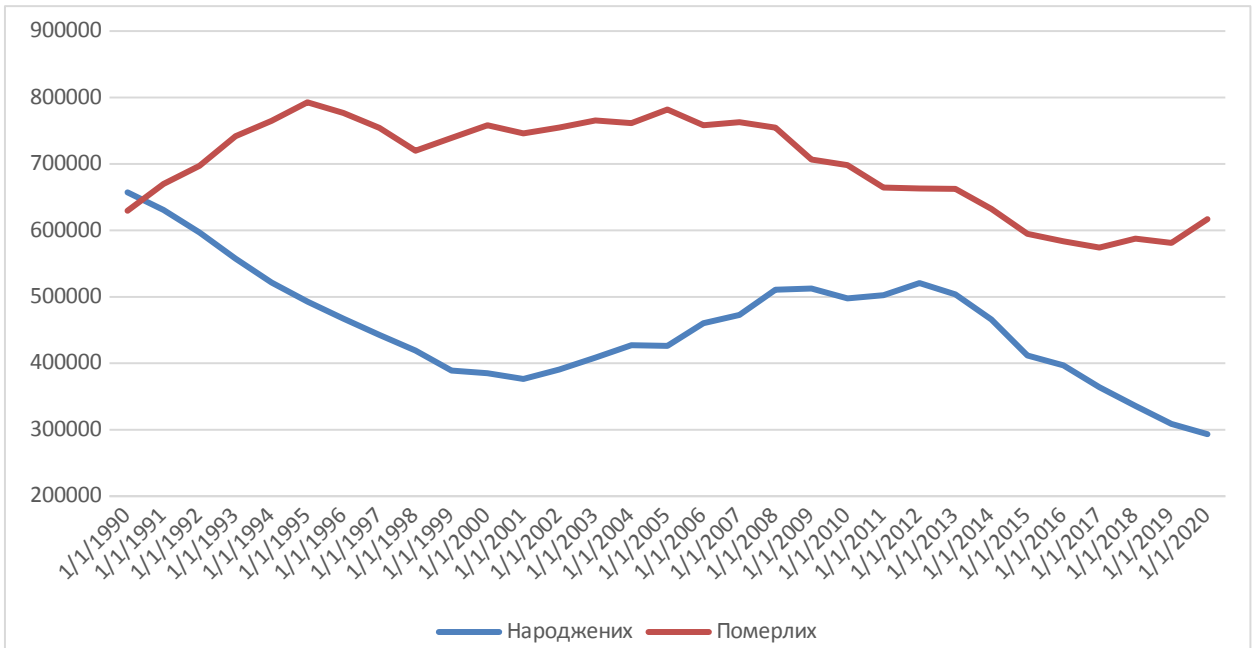


Рисунок 1.4 – Загальна динаміка народжуваності та смертності населення України

Поступове підвищення смертності в Україні почалося з 1975 р. і вже у 1985 р. загальний коефіцієнт її став найвищим серед країн Європи (12,1 і 10,5 відповідно). Пік темпу зростання припадає на 1991-1995 рр. (27,5% впродовж 1985-1995 рр.), хоча надалі спостерігається його уповільнення (+3,9% за період 1995-2005 рр.), в той час, як у країнах Євросоюзу зменшення (-4,0%) із різницею у 2005 р. в 1,6 рази [9,10].

Прогнозування основних показників оцінки здоров'я до 2025 р. свідчить про складність цього процесу в Україні та необхідність комплексного вирішення на державному і регіональному рівнях.

Найбільшу проблему становлять захворювання системи кровообігу (Рис.1.5), смертність від яких перевищує середньоєвропейський показник у 2рази.[11] У $\frac{2}{3}$ є причиною смерті, в той час, як у більшості країн не перевищує 50%. Поширення сягає $\frac{3}{4}$ населення. У структурі смертності, від захворювань системи кровообігу, провідними є ішемічна хвороба серця (66,6%) та цереброваскулярна патологія (21,5%). Найпоширенішою причиною смерті при ішемічній хворобі серця є атеросклеротичний

кардіосклероз, який становить 78% серед всього населення і половину – серед працездатного, що потребує серйозного аналізу достовірності цих даних [12].

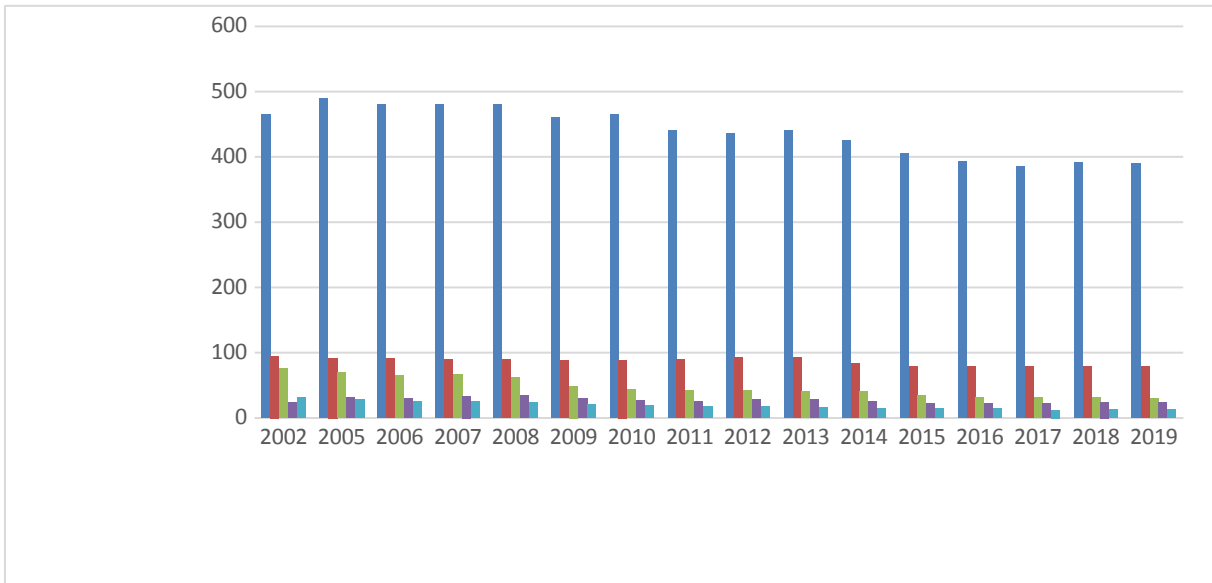


Рисунок 1.5 Структура смертності в Україні по основним показникам (тис.осіб)

Відмічається високий рівень передчасної загальної смертності і низькою тривалістю життя, в порівнянні з провідними європейськими країнами.

Очікувана тривалість життя в Україні на 2021 рік складала 63 роки у чоловіків та 73 у жінок, що відмічається значним розривом тривалості життя. І помітно перевищує відмінності подібних показників в розвинутих країнах де він становить 3-5 роки. У селах люди живуть менше ніж в містах [9].

Щільність населення на 2020 рік склала 72 чол. на 1 кв. км. щільність населення має тенденцію до зменшення внаслідок зменшення населення України. Окрім цього має місце зовнішня міграція. Великі міграційні потоки були викликані військовою агресією у 2014-2015 роках. Певним стимулом також стало отримання Україною режиму «без візу» та вільного перетину кордону з європейськими країнами. певна потреба деяких країн у робочій

кваліфікованій силі змусила уряди окремих європейських країн підготувати законодавчу базу для залучення мігрантів на ринки праці цих країн. Перетворивши трудову міграцію в постійну. І оцінити масштаб цього явища неможливо.

Станом на 2020 рік відсоток осіб віком більше ніж 65 років становить 17,1%. До того ж вираженою статеву диференціацією. У жінок цей показник тримався на рівні 21.2%, а у чоловіків – 12.4% [8,9].

Більшість українських сімей має одну дитину. Скорочення численності багатодітних сімей відбувається як в містах, так і в селах, хоча в сільській місцевості кількість дітей більша.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СТАНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ТА ЇЇ КОРЕЛЯЦІЯ З ЄВРОПЕЙСЬКИМИ КРАЇНАМИ

2.1. Аналіз чинних систем охорони здоров'я у країнах світу

Головною метою будь-яких систем охорони здоров'я є забезпечення працездатності населення шляхом надання якісної та доступної медичної допомоги.

Україна від радянського союзу успадкувала, як і більшу частину галузей економіки і соціальної політики, систему охорони здоров'я. Вся система була у власності держави й тому заклади всіх рівнів фінансуються з бюджетів певних рівнів (сільських, районних, міських, обласних).

Міністерство охорони здоров'я України координувало діяльність всієї системи через регіональні відділи(обласні управління), які фактично були структурним підрозділом місцевої адміністрації, а функціонально підпорядковувались Міністерству охорони здоров'я. Обласні управління відповідають за діяльністю регіональних закладів, які надають спеціалізовану і високоспеціалізовану допомогу. Заклади первинного та вторинного рівнів знаходяться у власності місцевих органів управління сільських, районних, міських рад та адміністрацій. Саме ці заклади й надавали найбільший відсоток медичної допомоги. Через те, що фінансування системи охорони здоров'я надавалось за залишковим принципом і державне фінансування було недостатнім, населення України повинне було платити зі своєї кишені за медикаменти, при амбулаторному та стаціонарному лікуванні, та певні діагностичні обстеження та процедури.

У більшості країн, зокрема Європи, базою для функціонування національної служби охорони здоров'я розроблені відповідні правові бази, які, відповідно до міжнародних стандартів та норм, розроблені та викладені у правових актах Організації Об'єднаних Націй (ООН), Всесвітньої організації

охорони здоров'я (ВООЗ), Ради Європи (РЄ), Міжнародна організація праці (МОП)).

Країни-члени Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) дотримуються трьох основних принципів при розробці стратегії фінансування служби охорони здоров'я [13]:

- забезпечення рівного доступу до медичного обслуговування для всіх громадян на основі спільної участі здорових та хворих, багатих та бідних, молоді та літніх людей, незалежно від місця проживання;
- якісне медичне обслуговування за оптимальною ціною;
- макроекономічна ефективність: максимально можлива частка національних ресурсів, яку виділяють для максимальної ефективності системи охорони здоров'я.

Мінімальний перелік медичної допомоги, яку має надавати держава, визначено 2 міжнародно-правовими актами [14]:

• Конвенція МОП «Про мінімальні стандарти соціального забезпечення» № 130 1952 р. (ст. 10);

• Конвенція МОП про медичну допомогу та допомогу при хворобах № 130, 1969 р. (ст. 13).

Конвенція МОП визначає перелік мінімальний медичних послуг, які будуть надаватися населенню:

- загальну медичну допомогу, в тому числі вдома;
- для спеціалізованої медичної допомоги для стаціонару або амбулаторного хворого;
- за спеціалізовану медичну допомогу, яка може бути надана поза лікарняним;
- видача необхідних рецептурних ліків лікарем або іншим кваліфікованим спеціалістом;
- госпіталізація за показаннями;
- на стоматологічну допомогу населенню, якщо це було передбачено національним законодавством;

➤ медична реабілітація, включаючи надання, ремонт або заміну протезів та ортопедичних засобів, якщо цього вимагає національне законодавство. Кожна країна має певні проблеми зі здоров'ям, які вирішуються за допомогою державних програм. Наприклад, програми соціального захисту матері та дитини, де медичне обслуговування доповнюється фінансовою підтримкою народження дитини.

На відміну від соціального страхування додаткове медичне обслуговування пропонує певний достатній рівень медичного обслуговування. Доцільність такої допомоги визначається певним законодавством кожної країни.

Структура моделі управління охороною здоров'я відповідає соціально-економічній політиці, що проводиться в країні. Всі чинні моделі відрізняються принаймні одним з наступних показників, які є критеріями розробки управління здоров'ям [15]:

- рівень державних гарантій;
- джерело фінансування медичної допомоги;
- замовник та його статус;
- постачальники (постачальники) медичних послуг та їх статус;
- характер відносин між клієнтом та постачальником медичних послуг;
- управління громадською охороною здоров'я;
- фінансування системи охорони здоров'я;
- структури, що гарантують права пацієнтів;

Структури, які гарантують права постачальника медичних послуг, попри різноманітність конкретних форм організації охорони здоров'я та особливості економічних відносин у цій сфері, можна виділити кілька параметрів, що зображають його основні економічні характеристики:

- структура власності;
- методи фінансування (фандрейзинг);
- стимули для медичних працівників (постачальників медичних послуг) та населення загалом (споживачів послуг).

Кожна країна розробляє і розвиває власні способи залучення коштів, для надання медичної допомоги, підтримки та покращення здоров'я населення. Кількість і якість ресурсів, що надаються суспільством, і ефективність їх використання в охороні здоров'я визначаються складними системами морально-етичних, економічних, політичних та інших відносин, що складаються в цій країні. Сьогодні існують такі організаційні моделі охорони здоров'я [16, 17]: ринкова медицина. Формується за ринковими принципами з використанням приватного медичного страхування. Китайська медицина. Він повністю фінансується з державного бюджету. Ринкова модель організацій охорони здоров'я передбачає приватне фінансування медичної допомоги. Державні кошти на реалізацію не використовуються. Із впровадженням цієї моделі охорони здоров'я обсяги охорони здоров'я формують результат ринкової самодисципліни. Бідні люди матимуть обмежений доступ до наявної медичної допомоги. Роль держави буде обмежено лише нормативно-правовими актами, які регулюють відносини між гравцями ринку медичних послуг; Індивідуальні проекти, що фінансуються з державного бюджету. За ринковою моделлю медичних закладів джерелами фінансування галузі є:

- приватні медичні страхові компанії;
- надходження з приватних джерел;
- прямі платежі постачальникам медичних послуг;
- комбінація цих трьох джерел фінансування.

Медичне страхування фінансується приватно, але роботодавці пропонують його як частину добровільне медичне страхування. Часто країни крім ринкових моделей використовують різні моделі. Або, використовуючи комбінацію приватного та державного фінансування при включенні ринкової моделі закладу охорони здоров'я (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Джерела фінансування системи охорони здоров'я в країнах світу

№ п/п	Країна	Приватне фінансування, %	Соціальне фінансування, %
1	США	56	44
2	Австрія	34	66
3	Німеччина	27,5	72,5
4	Японія	26,2	73,8
5	Франція	26	74

Перевагами ринкової моделі є:

- Відбувається стимуляція розвитку новітніх медичних технологій;
- Проходить досить жорстке вибраковування економічно не ефективних технологій та стратегій;
- Відмічається мобільність ресурсів;
- Забезпечення посиленої діяльності медичних працівників.

Недоліки моделі ринку медичних послуг:

- неоднорідний доступ до медичної допомоги у фінансово різних груп населення;
- висока вартість і відповідно високі ціни на медичні послуги;
- високі державні затрати на охорону здоров'я;
- неможливість державного контролю за розвитком пріоритетних напрямів подальшого розвитку охорони здоров'я;
- можливої несумлінної конкуренції серед постачальників медичних послуг;
- посиленого впливу реклами та «моди»;
- відсутність динамізму на національному рівні.

Тому з погляду економіки ринкова модель мало ефективна і потребує додаткових витрат. Ринкова система не надає населенню жодних соціальних гарантій щодо медичної допомоги, тобто не є доступною для всіх верств населення.

Особливістю ж соціальної моделі є фінансування, яке базується на залученні коштів з суспільного фонду. Для цього використовуються такі канали:

- податки на державні кошти;
- внески до фондів для обов'язкових медичних страхувань;
- змішана система фінансування.

Державний фонд охорони здоров'я створюється залежно від рівня доходів. У деяких випадках оподаткування може не стосуватися доходу. Система фінансування з державних коштів може бути змішаною, що реалізується коштом податків та страхових внесків. У Великобританії, Фінляндії, Швеції, Ірландії, Канаді та Іспанії податки використовуються для фінансування охорони здоров'я. Фінансування системи охорони здоров'я в Німеччині, Бельгії, Люксембурзі, Франції, Японії, та Нідерландах базується на соціальному забезпеченні (суспільному страхуванні).

Соціальна модель включає загальновизнані в світі системи організації охорони здоров'я:

- система Бісмарка (модель соціального забезпечення);
- система Беверіджа;
- Система Семашка.

Систему організації яка базується на фінансуванні галузі шляхом обов'язкового громадського страхування на випадок хвороби була вперше введена в Німеччині в 1881 році *Отто фон Бісмарком* у Німеччині. Її введення послужило зміцненню здоров'я рядових робітників, які вважалися потенційними солдатами. Спочатку створені соціальні страхові компанії оплачували витрати на лікування, виписували допомогу по безробіттю, пенсії та інше. Поступово медичні страхові компанії відокремилися. Її також називають німецькою або континентальною моделлю.

За системою Бісмарка лікарі є незалежними особами, які пропонують медичну допомогу на ринку медичних послуг. Держава, за законом, зобов'язує роботодавців брати участь в оплаті медичних працівників через

медичні страхові компанії. Роботодавці покривають лише частину витрат на медичне обслуговування працівників. Іншу частину витрат на медичне обслуговування несуть самі працівники.

У системі Бісмарка страхові компанії та певні структури, які діють на ринку медичних послуг, зобов'язані використовувати всі зібрані кошти виключно на оплату медичної допомоги. Відмінною рисою цієї системи є наявність незалежних страхових фондів, якими керують державними та приватними страховими компаніями, діяльність яких регулюється державою. Відповідно до системи Бісмарка, система охорони здоров'я в Бельгії, Австрії, Люксембурзі Нідерланди, Швейцарія, Франція та Німеччині організовані та фінансуються внаслідок відрахувань із заробітної плати мешканця та інших державних ресурсів.

Перевагами системи Бісмарка є:

- принципи солідарної оплати на медичну допомогу;
- можливість надати медичну допомогу всьому населенню країни.

Недоліками системи Бісмарка є:

- надвеликий адміністративний апарат;
- Розгалуженість системи розселення з лікувально-профілактичними центрами;
- високі витрати на обслуговування інфраструктури страхування.

Система Беверіджа (універсальна) - система заснована на фінансуванні виключно з державного бюджету і характеризується певними обмеженнями ринкових зв'язків між лікарем і пацієнтом. Надання медичної допомоги гарантується державою і доступна всім без винятку громадянам незалежно від їх соціального або матеріального становища.

Систему запропонував англійський економіст *Беверідж*. У відмінність від системи Бісмарка, лікарі в системі охорони здоров'я не є персонами ринку медичних послуг, а діють виключно як працівники. Система Беверіджа підтримує постійну конкуренцію серед лікарів за рахунок держави. Заробітна плата медичного працівника цілком залежить від рівня надання медичних

послуг пацієнту та кваліфікації лікаря та медичної сестри. Система Беверіджа впроваджена у Ірландії, Великобританії, Данії, Канаді, Італії, Греції, Іспанії, Норвегії, Фінляндії та Португалії.

Перевагою системи Беверіджа є:

- доступність медичного обслуговування для населення всієї країни;
- відносно прості технології фінансування лікувальних установ;
- відносно проста система компенсації.

Недоліки системи Беверідж:

- відсутність ринкової стимуляції для економічної ефективності;
- слабе мотивування лікаря до підвищення якості медичних послуг;
- потреба у значних державних фінансах на розвиток охорони здоров'я.

Система Семашко- це система яка характеризується тим, що все фінансування проводилось лише з державного бюджету та під жорстким центральним управлінням і контролем.

Модель Семашко [18] була розроблена як багаторівнева система медичної допомоги з чіткою ієрархією постачальників послуг і усі вони були об'єднані однією ефективною системою направлення хворих для подальшого отримання спеціалізованої медичної допомоги, в залежності від характеру захворювання. Ключовим місцем у цій моделі мав займати дільничний лікар, який відповідає за координацію допомоги населенню на закріпленому за його території. Ця модель дозволяє об'єднувати діяльність з іншими медичними службами та була максимально дієвою з економічної точки зору – не вимагала відносно великих витрат. Послуги були доступні всім і надавалися безкоштовно.

2.2. Інфраструктура лікарень та кадрове забезпечення

Основними принципами, які раніше пропонував *Микола Олександрович Семашко* були:

- держава гарантує, що кожен громадянин країни, незалежність від віку, соціального та економічного статусу, має право на безкоштовну медичної допомогу;
- для координації медичної допомоги в країні було створене Міністерство охорони здоров'я. Усі лікарні водночас перетворились на державні установи. Кошти надаються за рахунок державного бюджету, а держава контролює використання коштів;
- профілактична медицина та гігієна оголошувались Каменем заснування державного політичного устрою охорони здоров'я в радянському союзі.

Систему охорони здоров'я було організовано за наступними принципами: дільничному та ієрархічному. Так було збудовано систему медичних установ за єдиними принципами організації медичної допомоги для всіх верст населення. Виглядала система наступним чином :

1. Фельдшерсько-акушерський пункт- являється структурним підрозділом амбулаторії або дільничної лікарні

2. Дільнична лікарня – вид лікарні, що надає допомогу за місцем проживання пацієнта. Передбачається надання консультації, проведення діагностичних дій та подальшого лікування найбільш поширених хвороб та патологічних і фізіологічних станів(патронаж вагітних). Проводити певних профілактичних заходів, динамічного спостереження за здоров'ям дітей та підлітків. Санітарний нагляд за зазначеною територією з об'єктами господарської діяльності. Перевіряти загальний стан здоров'я населення.

3. Районна лікарня – вид закладу для отримання вторинної медичної допомоги, де надається планова та екстрена допомога в умовах амбулаторії і стаціонару. Даний вид допомоги проводить діагностику, лікування,

консультацію, реабілітацію хворих та інші дії. Також до них належать станції гігієни, диспансери. Діяльність подібних установ поширюється радіусом до 40-ка км. Це давало змогу транспортну отримати доступність впродовж однієї години.

4. Обласна лікарня – вид медичного закладу, де надається високоспеціалізованими спеціалістами або надання допомоги з залученням високотехнологічного обладнання. Надається допомога як в умовах амбулаторної, так і в умовах стаціонару. В зв'язку з тим, що в останні роки відбулись демографічні зміни – сільське населення, що постаріло користувалось медичними послугами виключно у крайніх випадках

Спеціалізовані інститути – вид медичного закладу який представлений міжобласними та високоспеціалізованими центрами.

Подібна структура допомагала в досягненні певних позитивних результатів організації охорони здоров'я як-то подолання інфекційних захворювань, значне зниження материнської і дитячої смертності. Було впроваджено санітарну освіту населення та профілактику. Завданням лікаря, та й всієї системи в цілому, полягало не лише в тому, щобвилікувати певні хвороби, а й попередити їх. А провідною частиною профілактичного напрямку була диспансеризація. Передбачалось активне виявлення захворювань, нагляд за групами хворих з метою подальшого забезпечення їх життєдіяльності та працездатності. Він проходив в наступні етапи:

- відбір груп населення, що підлягав обов'язковому диспансерному спостереженню;
- проведення комплексу лікувально-оздоровчих заходів;
- аналіз ефективності дій спрямованих на попередження захворюваності

Мережа державних установ охорони здоров'я формувалась з урахуванням потреби медичної допомоги в обслуговуванні населення певної території, ефективного використання трудових, фінансових та матеріальних ресурсів. При плануванні організації сільських лікарень враховувались

численність населення, площу території та особливості розселення. Найчастіше в селі найближчим медичним закладом був фельдшерсько-акушерський пункт (ФАП). Подібні заклади організовували у населених пунктах до 1000 мешканців, а при відстані до населеного пункту більше ніж 7 км – 500 жителів [19,20].

Економічна криза 90-х років минулого сторіччя, брак елементарних умов праці та мотивації медпрацівників призводить до закриття ФАПа на селі, не зважаючи на програми уряду та бажання громад (Рис. 2.1 та 2.2).

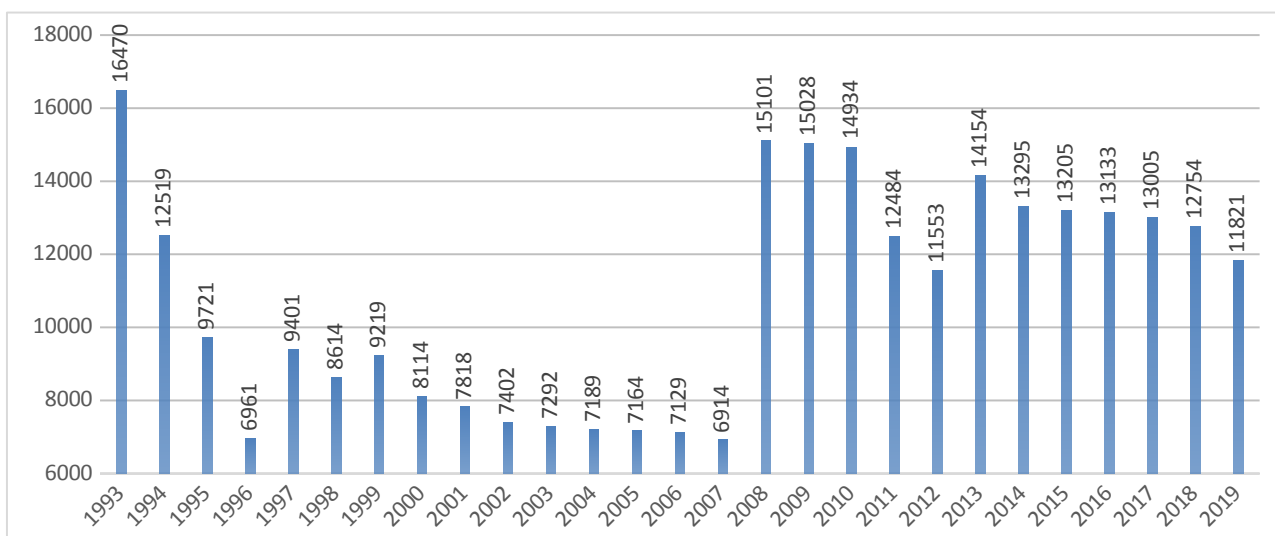


Рисунок 2.1 – Кількість фельдшерських пунктів по Україні з 1993 по 2019 року

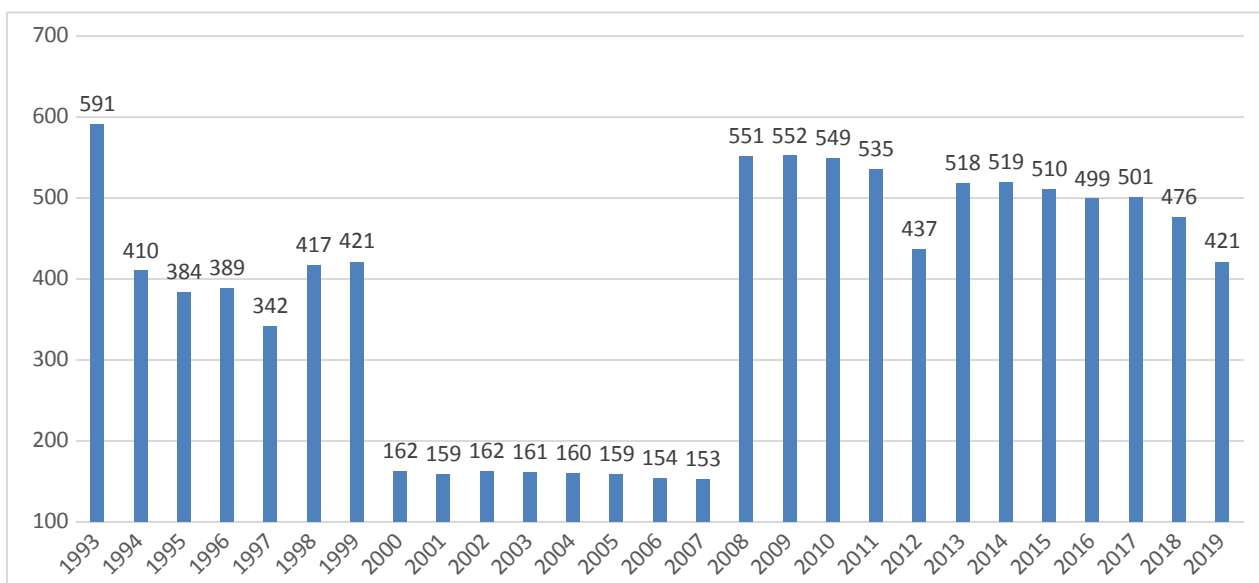


Рисунок 2.2 – Кількість фельдшерських пунктів по Сумській обл. з 1993 по 2019 року

Завдяки такому способу планування розташування ФАПів у найбільш віддалених районах медична допомога була доступніша для сільських жителів.

У роботах Л.Белінкіна, О.Корконішко, Р.Поцюрка, Г.Гук, визначається три основні напрямки діяльності працівників ФАПу [21]:

1. Лікувально-профілактична допомога амбулаторне консультування хворих; надання допомоги вдома; виконання призначень лікаря; проведення диспансеризації хворих ;медичне обслуговування, в разі відсутності свого медичного працівника, дошкільних та шкільних установ.

2. Проведення патронажу вагітних вдома, медична допомога роділлям та породіллям.

3. Проведення певних санітарно-протиепідемічних заходів; організація проведення дезінфекції; проведення вакцинації; здійснення виховної та просвітньої роботи серед жителів.

Зауважу, що весь обсяг роботи виконував тільки один фельдшер.

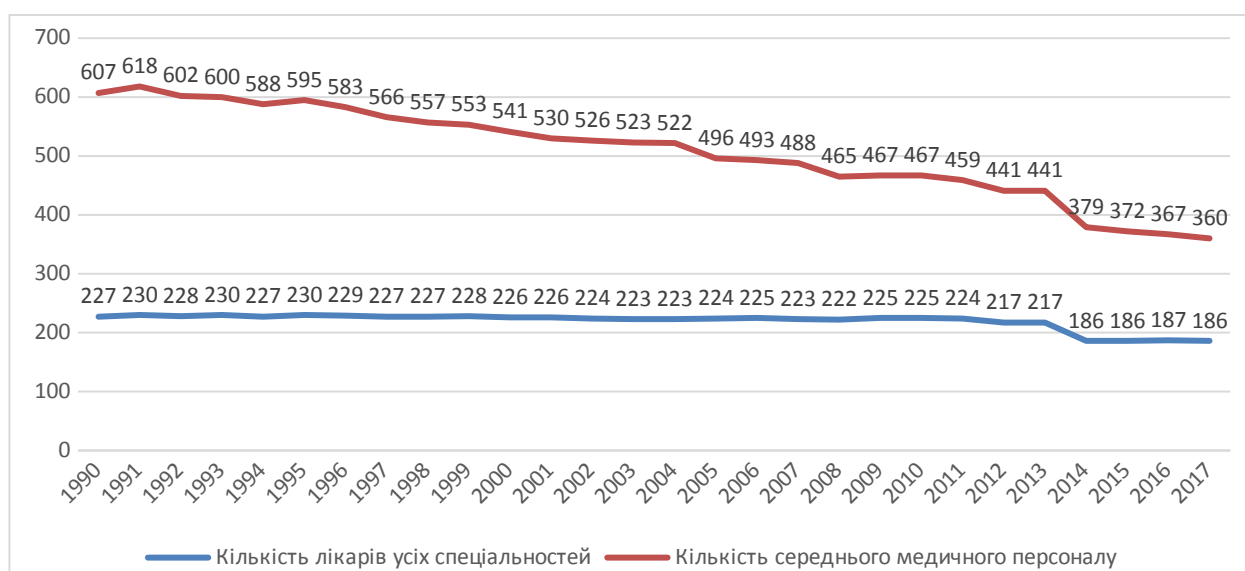


Рис.2.3 Динаміка медичних кадрів в Україні (тис.)

Майже третина (близько 31%) населення України проживає в сільській місцевості. На початок 2019 року тільки 5% лікарів працюють у сільських лікарнях. Співвідношення сільських лікарів і сільських медичних сестер

істотно не змінилося з 1996 року. Частка сільських лікарів й середнього медичного персоналу у високо-урбанізованих районах зазвичай низька, але частка медичних працівників які трудяться в сільській місцевості у районах із великою кількістю сільського населення частіше не висока. Рівень урбанізації Сумської області середній, але співвідношення сільських лікарів і сільських медичних сестер дуже низький. На початок 2019 року кількість лікарів в сільській місцевості становила 6,6 на 10 тис. сільського населення, середнього медичного персоналу – 29,8 співробітників на 10 тис. сільського населення. Гендерний дисбаланс характерний і для лікарів (2/3– жінки), що до середнього медичного персоналу то понад 90% це жінки. Звичною практикою є продовження роботи медичних працівників після досягнення пенсійного віку. 1/4 лікарів і більш ніж 10% середнього мед. персоналу – пенсіонери. (Рис 2.3)

До медичних установ первинної ланки також належали амбулаторії. В компетенції яких додавалась проведення експертизи втрати працездатності, направлення до санітарно-курортного лікування, виписування ліків на рецептурних бланках (та бланках суворої звітності)тощо. Сільську амбулаторію створювали з обрахунку на 1000 жителів та більше. Здебільшого в сільських лікарнях лікували хворих терапевтичного профілю. Обсяг та якість наданої допомоги залежав від укомплектування та кваліфікації медичного персоналу, матеріально-технічним забезпеченням

Необхідно зазначити, що з кожним роком спостерігається зниження чисельності сільських жителів в Україні результатом чого є зменшення сіл (Рис 2.4).

Системі, яка дісталась Україні від Радянського Союзу, в умовах демографічних та економічних криз, властиві певні недоліки, що зумовлюють обмеженість в наданні медичної допомоги та безсилий вплив на здоров'я населення, а тому низку ефективну здатність системи охорони здоров'я загалом[22,23]. На нашу думку, медична система, яка

функціонувала донедавна в Україні у сільських місцевостях була об'єктивна лише в рамках Радянського Союзу, проте вона не має місця для існування в незалежній державі. Тому одним з факторів зниження чисельності сільських жителів та кількості сіл в Україні є не належне медичне обслуговування.

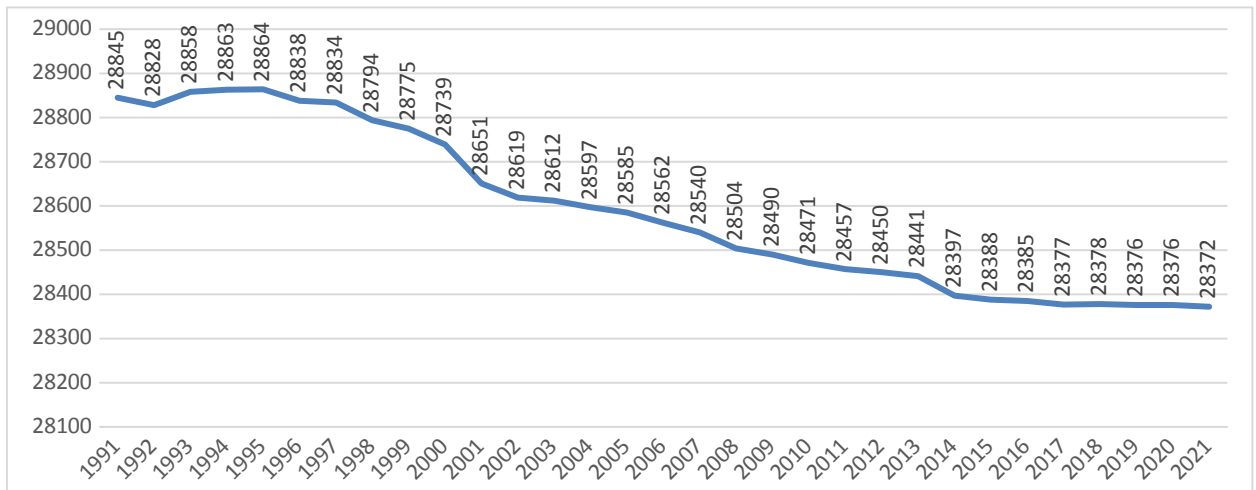


Рисунок 2.4 – Динаміка кількості сіл в Україні

Населення країни не задовольняв той рівень медичної допомоги. Системи охорони здоров'я в Україні мала досить хаотичний маршрут для пацієнта і не був контрольованим та не відповідав важкості самої хвороби. Наприклад, пацієнт міг звернутись в лікарню вторинного (або третинного) рівня та на власний розсуд звернутись до лікаря. В тому разі, якщо профіль лікаря не відповідав профілю захворювання, то його мали направити до іншого спеціаліста. Періодично пацієнти по «самонаправленню» звертався прямо до стаціонарного відділення. І в разі наявності пустих ліжок(які потрібно було заповнити) їх, частіше без нагальної потреби госпіталізували.

За даними Л.В.Крячкової [24], яка провела аналіз руху пацієнтів з гіпертонічною хворобою та іншими супутніми захворюваннями, було зрозуміло, що:

- 41,2% пацієнтів звертались за медичною допомогою до дільничного лікаря;

- 29,5% пацієнтів звертались за медичною допомогою до вузьких спеціалістів;
- 9,2% пацієнтів звернулось прямо до стаціонарного відділення;
- 3,2% пацієнтів зверталось за невідкладною допомогою;
- 16,9% лікуються в лікарнях різного профілю(не профільних).

Що до отримання первинної медико-санітарної допомоги то пацієнти її отримують різними шляхами (Рис. 2.4):

- 44,2% хворих звернулись за допомогою до дільничних лікарів.
- 21% отримали направлення до лікаря первинки від вузького спеціаліста. 23,2% були направлені після виписки зі стаціонару.
- 4,6% після денних або стаціонарів (у себе) вдома
- 7% з інших закладів.

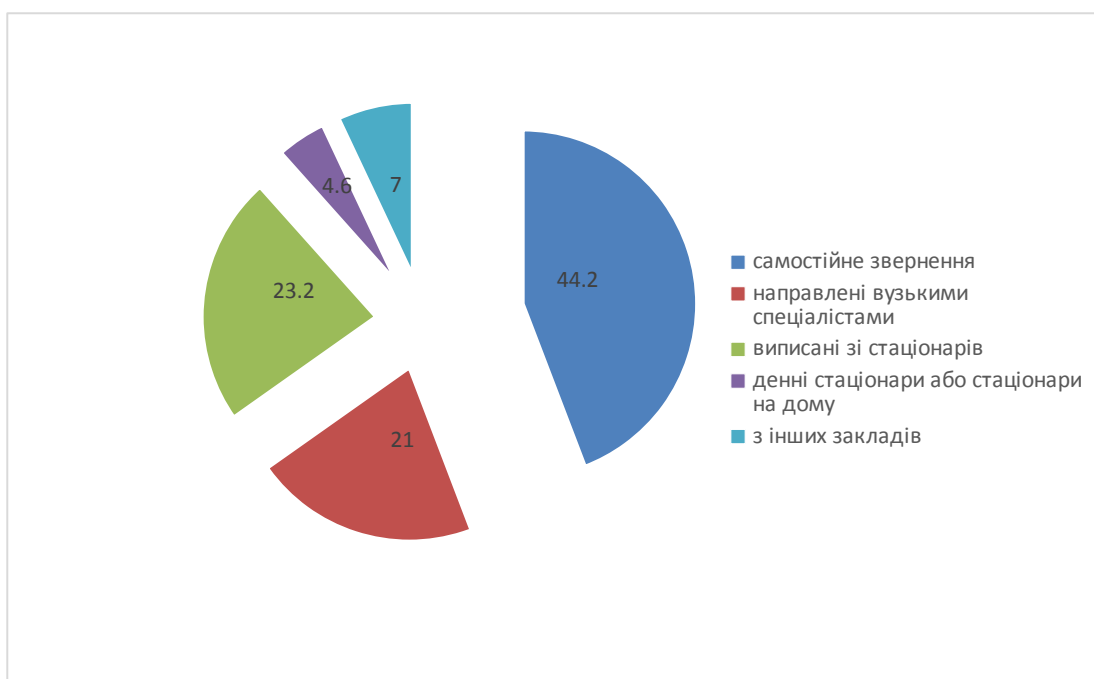


Рис. 2.4 – Структура звернень до лікарів первинки (%)

Із всієї кількості пацієнтів лише третина була направленою до лікарів первинки для кінцевого лікування або подальшого нагляду із закладів третинного рівня. Решта з них направляють пацієнтів на дообстеження тому, що стан здоров'я не відповідає тому профілю медичної допомоги з якою пацієнти звернулись на початку.

Більш ніж кожен третій пацієнт з тих хто звернувся до вузького спеціаліста вибирає лікаря не того профілю. Дільничні лікарі лише частково контролювали маршрути пацієнтів складній та розгалуженій системі охорони здоров'я. Ці проблеми призводили до того, що пацієнти ходили по колу, декілька раз звертаючись до одного й того ж спеціаліста та закладу на різних етапах лікування. Це призводило до ще більш негативного ставлення до системи охорони здоров'я. Але кількість звернень різко знизилась в 2013-2014 роках (Рис. 2.5).

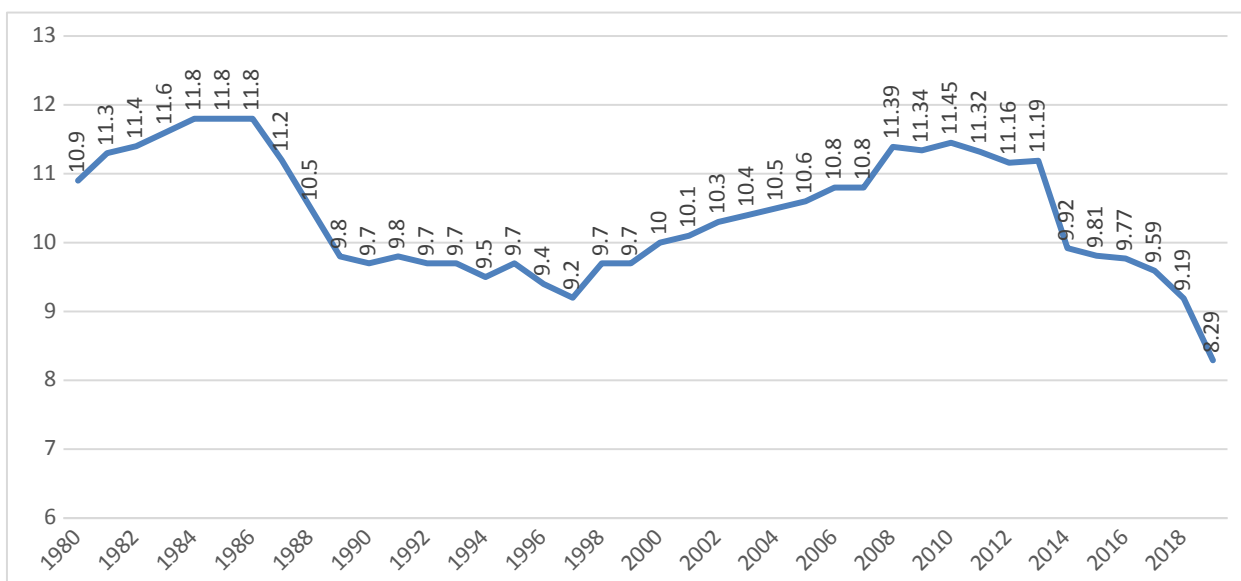


Рис. 2.5 – Середня кількість амбулаторних звернень на людину в рік

Основна причина «броунівського» руху є відсутність координації маршруту пацієнтів в системі охорони здоров'я зі сторони лікаря первинки. Весь цей рух призводить до надмірного використання і без того малих бюджетних коштів. Що призвело до зниження якості медичних послуг.

2.3. Економічні аспекти в системі охорони здоров'я

Основним еталоном Світового банку для класифікації розвитку економіки країни є показник Валового Внутрішнього Продукту на душу населення (ВВП). Цей показник відображує ринкову вартість вироблених в країні товарів та послуг в усіх секторах економіки. За рівнем доходу кожна країна класифікується на економіку з [25,26]:

- З *низьким доходом* – держави, ВВП котрий припадає на душу населення не більше 725 дол. США;
- З *нижнім середнім доходом* – держави ВВП в межах 726 - 2895 дол. США;
- З *вищим середнім доходом* – держави ВВП яких становить 2896 - 8995 дол. США;
- Країни з *високими доходами* – 44 держав. ВВП становить 8995 та більше дол. США.

Україна вважається країною з низьким середнім рівнем за рівнем доходу.

Номінальний ВВП – визначається у фактичних цінах цього року без урахування інфляції.

Національне фінансування охорони здоров'я – це відносна величина, розрахована на загальну суму державного та приватного фінансування в календарному році, включаючи всі рівні медичного страхування, зовнішні позики, гранти та пожертви міжнародних організацій. Фінансування охорони здоров'я виражається у відсотках від валового внутрішнього продукту (ВВП). Кошти на охорону здоров'я вважаються одним із головних показників соціального прогресу, оскільки зображають рівень державної опіки та добробуту громадян нашого суспільства. Водночас цей індекс не враховує, як рівномірно чи рівномірно розподіляються витрати на охорону здоров'я між різними соціальними групами всередині держави, а також пов'язані з цим фактори. Цікаво те, що відносно високі умови в менш розвинених країнах

зазвичай пов'язані з програмами охорони здоров'я (питна вода та охорона здоров'я, програми масової вакцинації тощо), а також з охороною здоров'я та епідеміологією. вона заснована на міжнародних установах і благодійних організаціях у цих країнах.

Поточні дані представлені станом на 2017 рік (опубліковані у 2020 році).

У звіті «Heal at Glance 2017» [27] за 2017 рік зазначено, що в середньому держави члени ОЕСР (Організації економічного співробітництва та розвитку) претендують на дев'ять відсотків ВВП витрат на охорону здоров'я (Табл.2.2). Лідером угоди за цим показником є США – 17.1%

Медична галузь в Україні завжди фінансувалась незадовільно. Лише у 2012 – 2013 рр. (Рис 2.6.) було виділено значні суми – 58,5 млрд. грн. та 61,6 млрд. грн. відповідно [27].

Таблиця 2.2

ВВП (%) в країнах з різними системами ОЗ та їх рейтинг

№ п/п	Рейтинг	Країна	Відсоток ВВП
1	1	США	17,1
2	6	Швейцарія	12,3
3	10	Франція	10,3
4	11	Німеччина	10,2
5	13	Швеція	11,0
6	14	Японія	10,9
7	16	Канада	10,6
8	38	Іспанія	8,9
9	54	Греція	8,0
10	70	Ірландія	7,2

Однак виникають питання, чи ці кошти були витрачені розумно. Нагадаємо, міністра охорони здоров'я того періоду Раїсу Богатирьову підозрюють у розкраданні бюджетних коштів.

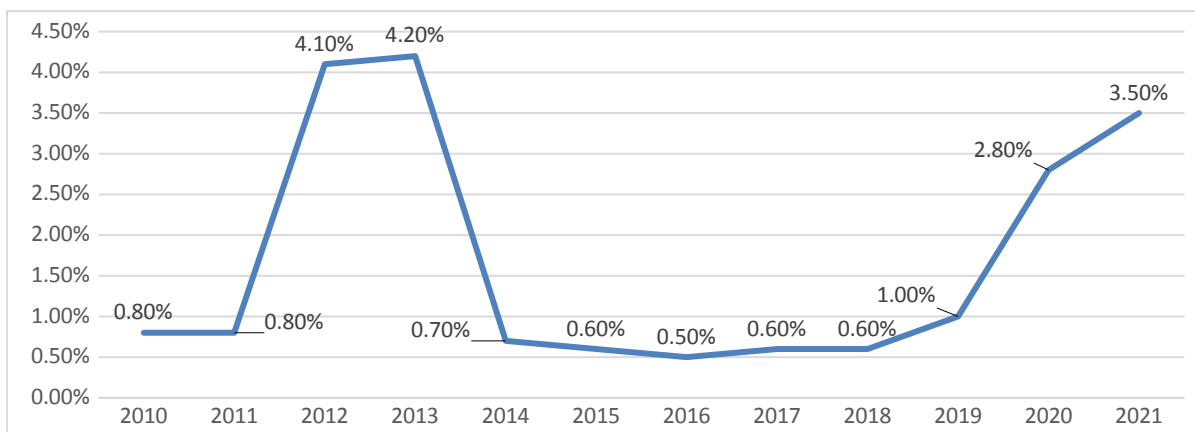


Рисунок 2.6 – Частка ВВП на утримання охорони здоров'я України (%)

ВВП на утримання охорони здоров'я України за останні 10 років вказують, що значного розвитку, за рахунок фінансування, медична система набула в 2012 та 2013 роках (відповідно 4,1% та 4,2%). З 2014 по 2019 рік спостерігався майже 0 % (0,5-0,6%) інвестування медичних закладів, наслідком чого, нині, є не належне їх функціонування. Не зважаючи на реформування та інвестування за останні 2 роки на рівні 2,8-3,5 % медичні заклади потребують негайної реструктуризації та чітких управлінських рішень і адаптації до сучасних вимог споживача (пацієнта).

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У СТЕПАНІВСЬКІЙ АЗПСМ

3.1. Сучасні напрями реформування системи охорони здоров'я

Розвиток системи охорони здоров'я (СОЗ) після здобуття Україною незалежності можливо поділити на такі періоди:

- 1) 1991 р. – 2000 рр.,
- 2) 2000 р.– 2010 рр.;
- 3) 2010 р.– 2013 рр.
- 4) З 2014 р. і до нинішній час.

Перший період – характеризувався тим, що в першому десятиріччі, після проголошення незалежності, реформи фактично не проводилися. Головними зусиллями уряду України та конкретно Міністерства охорони здоров'я було запобігання руйнації сформованої системи охорони здоров'я та збереження мінімально-необхідного рівня для забезпечення населення України якісною медичною допомогою.

Другий період – характеризується визначенням основного напрямку і механізму реформування СОЗ. У 2001 р., за підтримки фонду «Відродження», було підтверджено провідний напрямок розвитку вітчизняної охорони здоров'я [28], з її подальшою додатковою оптимізацією та розробленням відповідних пропозицій Урядом під егідою Світового банку та Європейської комісії в 2004-2005 рр. [29]. Конкретизації розвитку певних видів та інструментів надання медичної допомоги, опрацюванню та запровадженню нових механізмів фінансування присвячувалась низка міжнародних проєктів 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.). Матеріали цих досліджень використовувалися для розробки нормативно-правових актів, спрямованих на реформування. Першим таким документом стала – «Концепція розвитку охорони здоров'я населення України» (затверджена Указом Президента України від 7.12.2000 р. №1313/2000). У низці урядових постанов була запропонована ідея подальшого розвитку перетворень СОЗ. Проте, на відміну від більшості інших постсоціалістичних країн [30], масштабні зміни в охороні здоров'я в Україні відбулися лише у 2010 році. Деякі галузі охорони здоров'я зазнали певних реформ, але ці реформи були переважно локальними та фрагментарними. Найважливішими з них є: пошук додаткових джерел фінансування охорони здоров'я (запровадження добровільного медичного страхування та створення так званої каси медичного страхування – об'єднання громадських недержавних громадян з метою сприяння добровільній солідарності населення у додатковому фінансуванні охорони здоров'я), запроваджуючи новий рівень фінансування первинної ланки

Третій період – початок проведення масштабних реформ в пілотних регіонах. У 2010 р. в рамках Програми президента економічної реформи на 2010 – 2014 роки «Заможне суспільство, конкурентно спроможна економіка, ефективна держава» [31] було розпочато масштабні перетворення в державній системі охорони здоров'я. Вагоме наповнення реформ ґрунтувалося на ретельно проаналізованих та збірних вітчизняними та закордонними спеціалістами з урахуванням національної специфіки показників доказового менеджменту та передового досвіду інших країн, проектних матеріалах Єврокомісії, що до охорони здоров'я, які проводили реалізацію в Україні у період 2003-2009 рр.

Теперішній період являється *четвертим* і його можна вважати системним підходом до зміни системи охорони здоров'я. Першими зусиллями були спрямовані на зниження впливу адміністративних ресурсів

та покращення управління. І вперше в Україні в 2015 р. було впроваджено цільове фінансування системи охорони здоров'я із державного бюджету у вигляді лікарської субвенції [32], дозволене фінансування ЗОЗ одночасно з державним та місцевим бюджетом та/або одночасно з різноманітних бюджетів [33], МОЗ України був скасований наказ, згідно якого штати ЗОЗ повинні сформувати в залежності від ресурсного забезпечення (наприклад розмір ліжкового фонду) [34]. Реформу, розраховану на 2016-2020 рр., яку було сплановано та схвалено урядом у формі Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, яка фактично буде продовженою з певними істотними змінами курсу реформ попередніх періодів з акцентуванні на фінансово економічному складнику. Ключовий принцип реформи полягає в переході від старої моделі фінансування лікарень до фінансування за результатами функціонування. До числа основних змін належать, передбачені реформою:

- запровадження державного гарантованого переліку медичної допомоги;
- поєднання бюджетних коштів для проведення фінансування державних гарантій на національному рівні та зі створенням нового органу виконавчої влади – Національної служби здоров'я України який буде єдиним «Покупцем» медичних послуг;
- перехід від виплатів мережевим медичним закладам до закупівлі медичних послуг на виключно договірних основах;
- повна автономізація постачальників медичної допомоги при набутті статусу некомерційних медичних закладів та впровадженням електронної системи охорони здоров'я

Також було проведення удосконалення структури державного регулювання цін на медикаменти та розширено діапазон захворювань з доданням серцево судинних захворювань, цукрового діабету, бронхіальної астми на які тепер поширюється механізм реімбурсації (повністю або частково відшкодовується вартість ліків) [35]. В 2017 р. було прийнято певну кількість

законодавчих та нормативних актів, які забезпечить виконання реформи, приміром: закон про «автономізацію ЗОЗ» та методичні рекомендації щодо трансформації закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства ; закон про державні фінансові гарантії, який формулює фінансові зобов'язання наданням необхідних пацієнту послуг з медичного обслуговування та лікарських засобів відповідної якості коштом Державного бюджету України, до того ж внесені необхідні зміни до Бюджетного кодексу, ухвалене створення Національної служби здоров'я України НСЗУ [36], визначені вимоги до лікарень та інших надавачів послуг та порядок укладення договорів про медичне обслуговування [37,38,39], затвердили методику розрахунку вартості медичних послуг. Беручи до уваги чинні проблеми з доступністю для сільського населення медичної допомоги було прийнято закон, який передбачав наряду з розвитком мережі ЗОЗ, транспортної інфраструктури в селах також та чимале впровадження телекомунікації. Крім цього, планується продовжити реформи стаціонарного напрямку без серйозних змін попереднього етапу, але з певними рекомендації, для чого урядом було прийнято оновлення порядку формування госпітальних округів, реєстр та база госпітальних округів в областях України, МОЗом було прийнято положення про госпітальні округи, розроблені жорсткі правила до роботи багатопрофільних лікарень, в яких оговорені вимоги до кадрових ресурсів, інфраструктури й обладнання, транспортних і комунікаційних можливостей, вимоги до навантаження. Початок реформи був призначений на 1 січня 2018р. і обіймав трьох річний період – 2018 – 2020 рр. Попередній розгляд звітів реалізації запланованої колосальної трансформації системи охорони здоров'я України допускає їх оцінку як курс на формування новітньої та ефективної макети охорони здоров'я.

3.2. Дієвість реформування системи охорони здоров'я у Степанівській АЗПСМ

Перший етап реформи – це зміна рівня первинної медичної допомоги. З 2018 року змінилося уявлення про відносини між пацієнтами, лікарями та державою. Розпочався перехід від бюджетного утримання до закупівлі послуг для організацій охорони здоров'я. Ключова зміна — гроші «слідуватимуть» за пацієнтом. Тобто замість надання бюджетних коштів установам, будуть купуватись послуги в установах за бюджетний кошт. За це відповідатиме Національна служба здоров'я України – єдина структура, якій держава оплатить за медичні послуги. Послуги працівників первинної медико-санітарної допомоги будуть абсолютно безкоштовними для громадян, тобто гарантовані державою. Основна ідея реформи була направити кошти не на фінансування мережі лікарень, а на задоволення потреб пацієнтів. Щоб розрахувати гарантований державою пакет медичних послуг (тобто кількість послуг, які держава може придбати для кожного громадянина з наявного бюджету охорони здоров'я), потрібні три показники:

- загальний бюджет системи охорони здоров'я;
- вартість наданих послуг, які держава закупить за бюджетні кошти;
- потреби в обслуговуванні.

Методика розрахунку вартості збору даних від медичних закладів була запропонована МОЗ та подана на затвердження Кабміну. Застарілі паперові звіти були замінені електронними системами охорони здоров'я при визначенні потреб у медичних послугах [40]. Важливою частиною реформи було те, що лікарня отримала автономію і стала комунальним підприємством. Тобто юридично власником закладу залишається громада, а медичний заклад має право самостійно розпоряджатися та розподіляти кошти. Змінилася роль місцевих бюджетів – до їх обов'язків увійде ремонт обладнання, території та

утримання інфраструктури. Держава зобов'язується платити за послугу [41]. Спочатку пацієнти повинні знайти лікаря первинної ланки. Це можуть бути педіатри, терапевти та сімейні лікарі. Важливо те, що ви можете вирішити не заключати договір там де живете. Найпростіший крок – знайти за місцем проживання. З лікарем складається договір про намір обслуговуватись, і фахівець починає співпрацювати з пацієнтом. Важливо, що лікарі можуть змінювати їх необмежену кількість раз [42]. Головне і, що не звично для самого пацієнта – з того моменту він завжди повинен звертатися тільки до сімейного лікаря. Якщо раніше можна було звернутися до фахівця безкоштовно, то тепер це доступно лише після консультації лікаря загальної практики. Якщо він не в змозі впоратися з пацієнтом сам і вирішить, що потрібна допомога спеціаліста, або ситуація дуже складна, він зорієнтує пацієнта на консультацію або до стаціонарного відділення. Якщо пацієнт не згоден з рішенням свого лікаря і звертається за допомогою до відповідного спеціаліста, йому доведеться заплатити за цю послугу. З 1 липня 2018 року послуги первинки в Україні переведено на іншу систему оплати (на основі щорічної фіксованої плати із розрахунку на душу населення). Це сума, яку пацієнт сплачує за лікування за певний період часу, незалежно від фактично про консультованої кількості пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою. Він використовується для фінансування первинної медичної допомоги. За даними НСЗУ, до штатної чисельності входить повна вартість надання медичних послуг: робота лікарів, робота медичних сестер, робота іншого персоналу, робота витратних матеріалів, а також амортизація медичного обладнання на організаційні цілі [43]. Розцінка медичних послуг при ПМД встановлюється на основі базової подушної ставки на лікування пацієнта, який подає декларацію вибору лікаря первинної ланки, у розмірі 600,48 грн на рік. Заява про вибір лікаря первинної ланки із застосуванням наступних коригувальних коефіцієнтів (множення) на основі вікової групи пацієнта [43].

Тарифи на послуги в медичних закладах з ПМД встановлюється як базова ставка (капітаційна) за лікування одного пацієнта, який надав декларацію про обрання лікаря та який може надавати первинну медичну допомогу, є 600,48 гривні на рік.. До цього тарифу на медичне обслуговування одного пацієнта, який підписав декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, застосовуються (шляхом множення) такі коригувальні коефіцієнти залежно від вікової групи пацієнта [44]:

від 0 до 5 років - 2,465;
 від 6 до 17 років - 1,356;
 від 18 до 39 років - 0,616;
 від 40 до 64 років - 0,739;
 понад 65 років - 1,232.

З початку медичної реформи НСЗУ визначила найкращу кількість пацієнтів, який має бути у лікаря первинної ланки: у педіатр – 900 пацієнтів, у сімейний лікар – 1800, у терапевт – 2000. Якщо кількість пацієнтів перевищуватиме ліміт то держава застосує понижувальний коефіцієнт під час оплати понадлімітних декларацій Табл. 3.1. Керівник закладу сам вирішує як буде витратити зароблені кошти, і якими витратами віддати пріоритет. Цю суму розраховали так, щоб лікарю, після всіх затрат на оренду або додатковий витрати залишилось 30-35 тис. гривень зарплати. Якщо лікар працює в клініці, гроші нараховуються на її рахунки, а в подальшому від головного лікаря та угод в колективному договорі залежить, як розподілятимуться кошти. Основною вимогою є забезпечити пацієнтів якісними медичними послугами. 31 січня буде використовуватися коефіцієнт «зниження» для оплати декларацій, які перевищують встановлений ліміт. У цьому випадку понижуючий коефіцієнт не буде застосовуватися, якщо ліміт перевищено на 10%. Отже, нова система фінансування медицини має такі характеристики:

- Фінансове забезпечення.
- Захист пацієнтів від надмірних фінансових витрат під час хвороби.

- Рівний доступ до медичної допомоги.
- Усі медичні послуги гарантуються державою.
- Відкритість та збалансованість рішень щодо бюджетних асигнувань у медичних закладах.
- Підвищення ефективності фінансових витрат. Це означає покращення якості, доступності та мотивації для надання медичної допомоги, а також ефективніші використання бюджетних коштів.
- Передбачуваність фінансування медичних послуг з державного бюджету.
- Конкуренція постачальників. залучення постачальників медичних послуг всіх форм власності й максимальна їх конкуренція для надання якісних послуг з науково обґрунтованим методом роботи.

Таблиця 3.1

Розрахунок коефіцієнтів від НСЗУ

№ п/п	Рівень перевищення ліміту	Коефіцієнт
1	Від 100 відсотків + 1 декларація до 110 відсотків включно	0,616
2	Від 110 відсотків + 1 декларація до 120 відсотків включно	0,493
3	Від 120 відсотків + 1 декларація до 130 відсотків включно	0,37
4	Від 130 відсотків + 1 декларація до 140 відсотків включно	0,246
5	Від 140 відсотків + 1 декларація і всі наступні	0,123

87,64 % населення Сумської області заключило договори з сімейними лікарями комунальної форми власності (табл.3.2), а це 923292. По Україні ця цифра сягає 78,17%. За статтю пацієнтів 55,2% – жінки, 44,8% – чоловіки [44,45].

Таблиця 3.2

Статистика поданих декларацій по Сумській обл.

№ п/п	Населений пункт	чоловіків		жінок	
		кількість	відсоток	кількість	відсоток
1	Місто	301027	44,94%	368756	55,06%
2	Смт.	45472	46,13%	53112	53,87%
3	Село	71080	45,88%	83845	54,12%
4	Разом	417579	45,65%	505713	54,35%

Згідно зі статистичним даними лікар в середньому заключив 1263 декларацій по Сумській області та 1332 по Україні [45].

З них:

- приватні лікарі-899 по Сумській області та 842 по Україні.
- державні-1309 по Сумській області та 1374 по Україні.

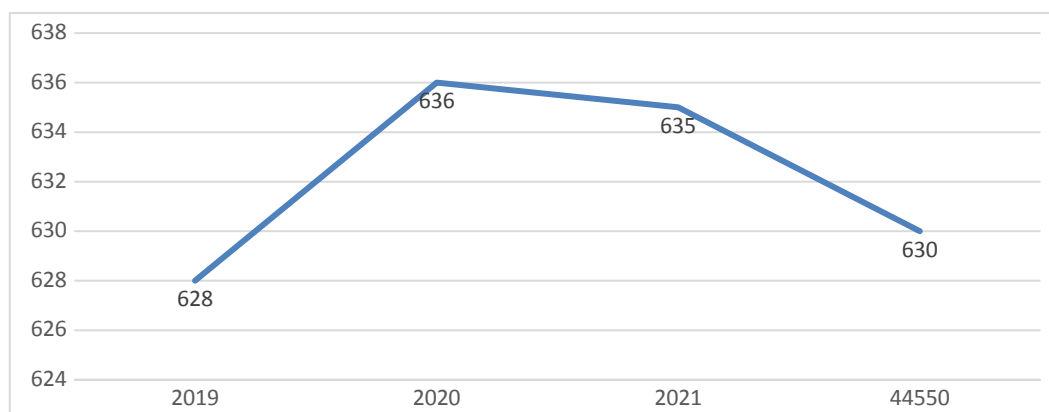


Рисунок 3.1 – Динаміка кількості лікарів ПМД в комунальних закладах Сумської області [45]

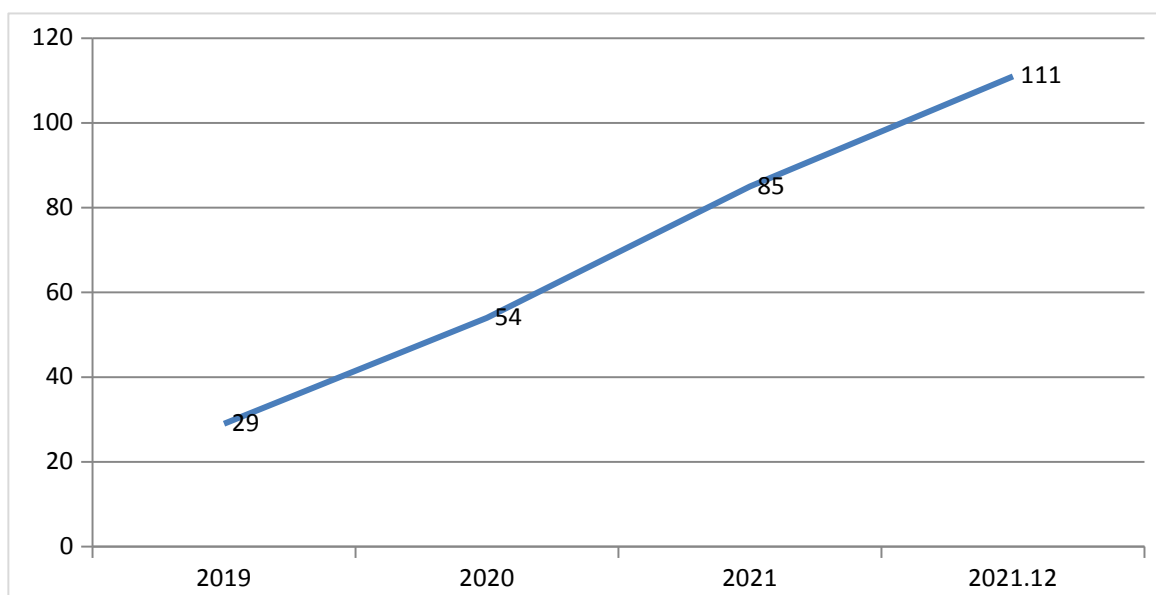


Рисунок 3.2 – Динаміка кількості лікарів ПМД в приватних закладах України

На грудень 2021 року лікарів які надають ПМД в Сумській області

нараховується всього 732. З них державної форми власності – 630 (Рис. 3.1), а приватних (всіх форм власності) – 111 (Рис. 3.2).

Кількість приватних лікарень та ФОП з 2018 року по 2021 рік збільшилось. З 7 з загальною кількістю декларацій 8268, до 31 з загальною кількістю декларацій -95013. Кількість лікарів, які працюють у приватних структурах, збільшилась за цей період з 16 по 105 [45].

Таблиця 3.3

Середня кількість декларацій на одного лікаря в порівнянні

№ п/п	Рік	Степанівська АЗПСМ	АЗПСМ м.Суми	Середнє по Україні
1	2018	1680	1139	1044
2	2019	1603	1276	1277
3	2020	1609	1293	1313
4	2021	1594	1221	1323

Відмічається зменшення кількості декларацій на одного лікаря по Степанівській АЗПСМ (Табл.3.3). Хоча населення громади, яке обслуговує лікарня, нараховує 7730 мешканців. І при середній кількості декларацій на лікаря 1594 лікарі Степанівської амбулаторії надають медичні послуги 4783 мешканцям. Що до решти мешканців, то відбувається трудова міграція або заключення договорів з лікарями міста. А це прямі фінансові втрати для лікарні.

Фінансування лікарень може надходити з декількох джерел, як це показано в Табл.3.4 [45].

Програма медичних гарантій– це гарантована країною соціальна й медична послуга.

Для для купівлі медичних послуг буде використано наступні тарифи та їхні комбінації:

- *глобальна ставка*, зокрема, за оплату медичних послуг пацієнтам в амбулаторних умовах із врахуванням коригувальних коефіцієнтів, залежно від складності медичної послуги, а саме лабораторних, інструментальних досліджень, хірургічних маніпуляцій, проведених амбулаторно тощо;

- *капітаційна ставка*, зокрема, за послуги первинної медичної допомоги, ведення вагітності на амбулаторному рівні;

- *ставка за умови виконання договору*, зокрема, за досягнення цільового рівня вакцинації відповідно до Національного календаря профілактичних щеплень на рівні первинної медичної допомоги та правильної маршрутизації пацієнтів з підозрою на інфаркт та інсульт на рівні екстреної медичної допомоги.

Місцевий бюджет являє собою форму утворення та використання грошових ресурсів, призначених для забезпечення завдань та функцій, віднесених до предметів ведення місцевого самоврядування. В такому випадку бюджет

Таблиця 3.4

Структура фінансування лікарень ПМД в Україні (%)

№ п/п	Структура фінансування	2020	2021
1	Програма медичних гарантій	73,54	63,06
2	Обласний, районний, місцевий бюджети	18,44	20,04
3	Державний бюджет	3,94	10,43
4	Благодійна допомога	2,76	3,66
5	Платні послуги	0,28	0,34
6	Інше	1,04	2,1

Як видно зі статистичних даних суттєво зменшується кількість фінансових надходжень по програмах медичних гарантій у лікарнях які надають первинну медичну допомогу Сумської області (Табл.3.5) [45].

Таблиця 3.5

Структура фінансування лікарень ПМД в Сумській обл. (%)

№ п/п	Структура фінансування	2020	2021
1	Програма медичних гарантій	66,62	59,56
2	Обласний, районний, місцевий бюджети	28,63	25,82
3	Державний бюджет	3	9,77
4	Благодійна допомога	0,91	2,37
5	Платні послуги	0,21	0,96
6	Інше	0,62	1,53

Дані висвітлені у таблиці 3.5 пояснюються поступовим зменшенням кількості пацієнтів, які бажають звертатись до сімейного лікаря або переукладають договір з лікарем у приватних лікарнях. По Степанівській громаді пояснити такі дані (Табл.3.6) можливо лише тим, що лікарня працює за старими (до реформеними) принципами.

Таблиця 3.6

Структура фінансування Степанівської АЗПСМ (%)

№ п/п	Структура фінансування	2020	2021
1	Програма медичних гарантій	22.68	32,72
2	Обласний, районний, місцевий бюджети	77.02	67.28
3	Державний бюджет	-	-
4	Благодійна допомога	-	-
5	Платні послуги	-	-
6	Інше	-	-

Проведення медичної реформи дало певні можливості лікарям первинної медичної допомоги, але не змінило їх сприйняття. Лікарі первинної медичної допомоги, як і при системі Семашко, направляють по ієрархічній драбині пацієнтів не думаючи про втрачені можливості.

За пріоритетом направлення поділялись на ургентні та планові Рис. 3.3

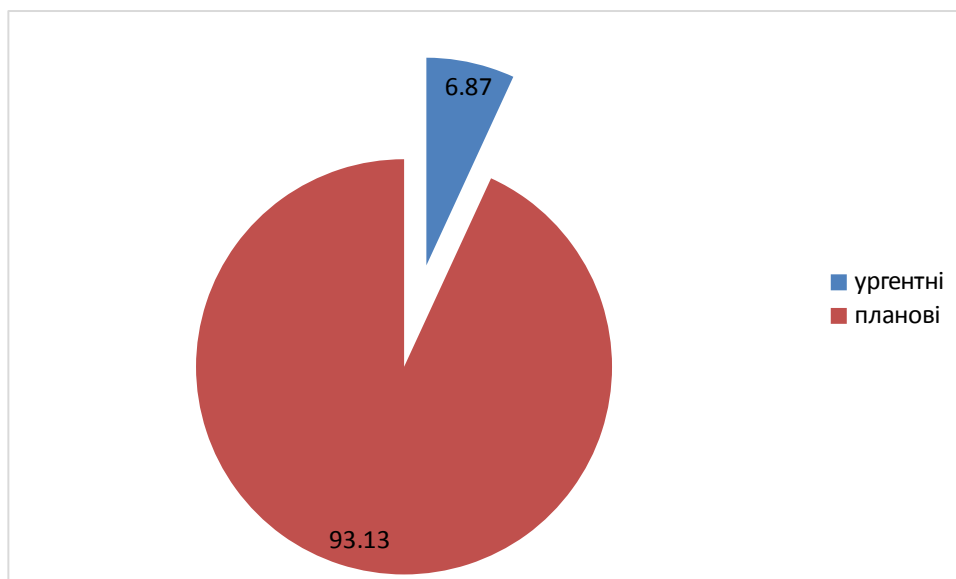


Рисунок 3.3 – Розподіл направлень за пріоритетом, створених за програмою мед гарантій за 2020 рік. (%)

За 2020 рік було виписано лікарями первинної медичної допомоги з

комунальною формою власності Сумської області 355494 направлень, у тому числі за програмою медичних гарантій – 343267, відкликаних направлень – 165123 (46,45%). За напрямками послуг всі направлення можливо розділити на десять категорій (табл. 3.7). Суттєва кількість з них це медичні консультації, кількість направлень до яких сягає 238530 .

Таблиця 3.7

Розподіл за категоріями направлень в Сумській області в 2020 році

№ п/п	Категорія направлень	Кількість направлень
1	Консультація	238530
2	Візуалізація	57860
3	Лабораторна діагностика	29177
4	Госпіталізація	11804
5	Лікувально-діагностична процедура	3508
6	Діагностична процедура	1435
7	Процедури	509
8	Хірургічна процедура	409
9	Нестационарна медична реабілітація	25
10	Нестационарна паліативна допомога	10

Проаналізувавши дані зрозуміло, що частина пацієнтів, яка звернулася за консультацією та отримали певне направлення із зазначених категорій в майбутньому обирають лікування в приватних медичних закладах. Це обумовлено швидкістю та рівнем надання послуг, спектром можливостей приватних установ, які задовольняють вимоги пацієнта на 100%.

У 2021 в Сумській області загалом було виписано 1279495 направлень. Основними категоріями виявилися – консультація, лабораторна діагностика, візуалізація, госпіталізація (табл.3.8).

Таблиця 3.8

Розподіл за категоріями направлень в Сумській області в 2021 році

№ п/п	Категорія направлень	Кількість направлень
1	Консультація	682519
2	Лабораторна діагностика	249972
3	Візуалізація	232880
4	Госпіталізація	61568

На грудень 2021 року виконаними були лише 701010, що становить 51,31%. цей показник підтверджує наше припущення.

Отже, ми бачимо, що пацієнти у половині випадків не бажають отримувати послугу, або отримали її за власний кошт. Через те, що не мали бажання або змоги чекати. Тому звертаються до приватних закладів охорони здоров'я, де й отримують зазначені послуги.

Таблиця 3.9

Аналіз ведення електронних направлень у Степанівській АЗПСМ

№ п/п	Послуги	2020			2021		
		виписано	погашено	%	виписано	погашено	%
1	УЗД	80	42	52,5%	327	145	44,34%
2	Консультації (Невролог, Кардіолог, Ендокринолог, Гастроентеролог).	404	230	56,93%	1201	686	57,12%
3	Лабораторна діагностика	12	6	50%	186	25	13,44%

Інформація, яка наведена в таблиці 3.9 пояснює те, що безкоштовну допомогу(по електронному направленню) мешканці Степанівської громади отримують в кращому випадку 50% пацієнтів. Це залежить від бажання пацієнтів отримати негайну консультацію чи до обстеження. І близьке розташування до обласного центру, де подібні бажання можливо реалізувати у приватних медичних закладах, допомагає їм в цьому. А отже лікарня втрачає перспективні шляхи для фінансового розвитку.

Більшість відчула це покращення у підвищенні зарплат. Так, за даними НСЗУ, трансформація первинки дозволила підвищити у 2-3 рази зарплату лікарям та медичним працівникам (табл.3.10). Щоправда, вивчивши обговорення в медичних спільнотах стало зрозуміло, що й досі залишаються окремі заклади, де лікарі такого фінансового покращення не відчували [45]. Причина – у колективному договорі, при підписанні якого керівництво

лікарень не було зацікавлене у покращенні умов праці для своїх працівників, а ті в свою чергу не відстоювали свої права або не знали про них. Але тут знову вступає конкуренція на ринку – лікар може змінити місце роботи або ж відкрити ФОП і працювати на себе – напряду з НСЗУ.

Таблиця 3.10

Середньомісячна заробітна плата по закладах ПМД України в 2021 році

№ п/п	Посада	Україна, грн	Сумська обл., грн	Степанівська АЗПСМ, грн
1	Керівники закладу	28524	22960	20592
2	Керівники підрозділу	13499	11265	12559
3	Лікарі	17631	17763	14021
4	Середній медичний персонал	9412	9391	8496
5	Молодший медперсонал	5867	5005	7069
6	Інші працівники	8890	9062	7558

Середня заробітна плата у лікарів які мають надавати первинну медичну допомогу в м. Суми – 21003 грн. у медичної сестри – 13033 грн.

Від злагодженості роботи лікаря загальної практики багато в чому залежить й ефективність його праці. У міжнародній практиці є певні моделі діяльності лікаря загальної практики [46].

Лікар може працювати як один (поодинокі практика), так і в партнерстві (2 лікарі загальної практики), та групі з декількох лікарів (групова практика).

В останній період прослідковується тенденція до все більш частого впровадження групової практики. Так, якщо в середині 20ст. у Західній Європі більше лікарів загальної практики працювало по одинці або у двох і лише 6 % лікарів загальної практики трудилися в групах лікарів, що складаються з 4-х та більше осіб, то в 1983 році це співвідношення було вже - 29% та 49%. Основним мотивом подібної тенденції є те, що на лікарів приходить менше навантаження, у нього з'являється більше можливостей взяти відпустку, збільшуються можливості для діагностики й лікування, розширюються можливості для професійного росту, консультацій, навчання.

Різні моделі роботи сімейних лікарів виникають в залежності від соціально-економічних умов в певних країнах, їх поділяють наступним чином.

Індивідуальна практика. Якщо брати до уваги економічну вигоду то індивідуальна практика годиться для населених пунктів з нечисленним населенням, або територій із малорозвиненою інфраструктурою, де розкидані великі території тощо. Сімейні лікарі-ФОП направляють пацієнтів у відділення діагностики та лікувально закладу відповідно до певних ситуацій, передбачених чинним договором. У формі індивідуальної практики лікар, працюючи незалежно або з сестринським персоналом, є самостійним суб'єктом господарювання, який незалежно отримує дохід та бере на себе всі фінансові зобов'язання. Деякі сімейні лікарі вважають, що працювати самостійно краще з наступних причин, якщо:

- пацієнти проживають на дуже великих просторах;
- менше виникає конфліктів;
- лікар краще знає своїх хворих,

Спарений практика. При цьому різновиді разом працюватимуть два лікарі сімейної медицини, один з яких, наприклад, краще спеціалізується в педіатрії, а інший – в терапії.

Групова сімейна практика. Всі працюючі лікарі мають освіту – сімейна медицина, кожен має свою дільницю сімейно-територіальну аналога. Їхні офіси знаходяться в одному спільному приміщенні. Організація подібної групової сімейної практики передбачає різну кількість цілком незалежних сімейних лікарів які будуть працювати у кабінетах сімейної медицини або починають свою професійну діяльність у амбулаторіях. Функціонування такої групи сімейних лікарів (так звана групова практика) може проходити по різним принципам:

- лікарі працюють виключно як сімейні лікарі та мають закріплену певну територіальну ділянку;

- сімейні лікарі окремо спеціалізувались та надають медичну допомогу в відмінних областях медицини (неврологія, кардіологія)

Останній варіант, може бути функціонувати в двох формах:

Перша форма- невелика група лікарів яка охоплює додатково, окрім сімейної практики, ще й деякі види медичної допомоги – терапевтичну, педіатричну, гінекологічну, хірургічну з елементами травматології;

Друга форма це велика група лікарів кожен з яких має спеціалізуватись в наданні несхожих видах спеціалізованої медичної допомоги.

Багатопрофільні центри здоров'я. У ряді країн (Скандинавські країни, Туреччина, Фінляндія, Ізраїль) лікарі загальної практики працюють в так званих центрах здоров'я, де обслуговується не менше 10000 населення, в кожному подібному центрі не менше 3-х лікарів загальної практики та в середньому близько десяти осіб допоміжного персоналу. Відмінністю від більшості індивідуальних та групових практик, подібний центр включає лабораторну та рентгенівську апаратуру, ультразвукову діагностику. Деякі центри мають персональних консультантів з вузькою спеціалізацією. Подібні лікарні зосереджуються на здоров'ї матері та дитини, підтримці здоров'я людей похилого віку, плануванню сім'ї, формуванню здорового способу життя. Лікарі подібного центру несуть виключно колективну відповідальність.

В різних країнах можуть одночасно бути наявні різні моделі роботи та співпраці сімейних лікарів, і як правило має переважанням якоїсь однієї з наведених. Індивідуальну практику частіше можна зустріти в Бельгії, Австрії, Данії. Групова практика превалує у США, Великій Британії. Центри здоров'я дуже поширені в Скандинавських країнах.

Зазначені моделі мають свої як позитивні так і негативні сторони, проте, обрання тієї чи іншої моделі, для запровадження в практику, залежить від кількості лікарів та місця розташування медичного закладу ,кількості населення яке проживає на території, а також на рівень професійної

підготовки самих лікарів та бажання їх трудитися в тій чи іншій моделі. Бажання керівника змінити заклад охорони здоров'я в реаліях сучасності та побажань самого населення.

Групову сімейну практику можна порекомендувати як у невеликих містах, так і в великих селищах, однак це більш прибуткова модель сімейної медицини, в якій сімейний лікар надають також вузькі види медичної допомоги.

Якщо сімейні лікарі проживають безпосередньо на територіях громади та буде прийнято нормативно-правові акти, вони будуть цілодобово надавати невідкладну медичну допомогу. Це має забезпечити відповідну матеріально-технічну базу, підготовку лікарів і медичних сестер, фінансово-господарський розрахунок виконаної роботи. Досвід вдалих систем охорони здоров'я інших країн свідчить, про те, що там, де добре розвинена сімейна медицина, допомогу населенню надають висококваліфіковані лікарі. Вони сумлінніші й відповідальніші при медичних оглядах у хронічних хворих, мають у три-чотири рази менше дзвінків у нічний час, ніж у системах охорони здоров'я, які надають невідкладну допомогу як окрема структурна. Діючі та попередні системи охорони здоров'я не могли забезпечити безперервність взаємозв'язку між пунктами швидкої допомоги та службами районної лікарні.

Ефективне функціонування різних моделей можливе лише за умови адекватного фінансового і соціального забезпечення. Лікарі сімейної медицини повинні отримати відповідний соціально-правовий статус, а нова форма організації для надання медико-санітарної допомоги населенню повинне активно підтримуватися органами місцевого самоврядування, депутатськими комісіями охорони здоров'я та широкими колами громадськості.

3.3 Сучасні напрями оптимізації Степанівської АЗПСМ

Керівник медичного закладу не може перебувати у вакуумі.

Він постійно має контактувати з співробітниками, постачальниками, клієнтами та конкурентами. І для розуміння теперішньої ситуації з її невдачами та втраченими можливостями рекомендовано проводити SWOT-аналіз.

З 60-х років минулого століття й донині SWOT-аналіз широко застосовується у процесі стратегічного планування. SWOT - аналіз завдячує своїй появі книзі Business Policy:Text and Cases (Бізнес та Політика: Текст та Кейси), що вперше побачила світ у 1969 році. Вже більше 60 років SWOT-аналіз являється одним з найефективніших знарядь стратегічного планування [47].

Абревіатура цього терміну включає перші букви елементів аналізу і розшифровується як:

- Strengths (сильні сторони);
- Weaknesses (слабкі сторони);
- Opportunities (можливості);
- Threats (загрози).

Найважливішим завданням SWOT-аналізу – допомога організації побачити та оцінити максимальну кількість чинників, що впливають на прийняття рішень, а також визначити можливість розвитку. Для виявлення та аналізування можливостей та загроз зовнішнього та внутрішнього середовища КНП СРР "Амбулаторії загальної практики сімейної медицини смт Степанівка" було проведено SWOT-аналіз (табл.3.11).

Проаналізувавши кожен з чотирьох розділів матриці SWOT-аналізу, можна розробити план на подолання внутрішніх слабких сторін та розробку антикризового плану (програми).

Таблиця 3.11

Аналіз можливостей та загроз зовнішнього та внутрішнього середовища згідно SWOT-аналізу

Сильні сторони	Можливості
<ol style="list-style-type: none"> 1. В лікарні консультують лікарі широкого профілю(сімейні лікарі) - це дає змогу надавати більш ширший спектр послуг. 2. Кваліфікований медичний персонал. 3. На основі тендерного конкурсу вибирає більш оптимального постачальника лікарських засобів та апаратів для діагностики. 4. Великий стаж роботи медичного персоналу. 5. Естетичний вигляд нового приміщення. 6. Розташування біля міста 7. Велике населення громади 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Внаслідок придбаного нового, більш якісного медичного обладнання – покращиться якість медичних послуг 2. Лікарня розташована у зручному місці. 3. Додаткове фінансування коштом територіальної громади. 4. Проходження додаткового навчання та курсів підвищення кваліфікації
Слабкі сторони	Загрози
<ol style="list-style-type: none"> 1. Недостатня кількість якісного, високотехнологічного медичного обладнання; 2. Незважаючи на незначну проблему, персонал лікарні має проблеми із запізненням 3. Лікарня не має власної аптеки; 4. Відсутність бажання та можливості проходити додаткові курси для підвищення кваліфікації. 5. «Роздутий» штат лікарні. 6. Відсутність бачення можливості стороннього фінансування (гранти, меценати) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Приймаються законодавчі акти які негативно можуть вплинути на діяльність лікарень. 2. Ринок надання медичних послуг зараз перенасичений, що викликає велику конкуренцію, відкриваються приватні лікарні, поліклініки, які мають змогу надати більш якісніші медичні послуги 3. Внаслідок розташування на відстані 5 км від обласного центру, хворі можуть звернутись за наданням медичних послуг в
Слабкі сторони	Загрози
<ol style="list-style-type: none"> 7. Праця за системою Семашко 8. Обхват медичною допомогою лише частину жителів. 9. Відсутність стоматологічної допомоги населенню. 10. Несприйняття процесів трансформації сфери охорони здоров'я 11. Відносно низька оплата праці медичних працівників 	<ol style="list-style-type: none"> лікарні м. Сум. 4. Війна та трудова еміграція населення за кордон 5. Зниження фінансування на медицину на 2022 рік.

Антикризова програма – це спеціальним чином підготовлений та розроблений документ для внутрішнього користування, у якому впорядковано викладається перелік основних заходів, що потрібно здійснити в межах організації, її структурних підрозділів та функціональних служб для досягнення поставленої мети – виведення організації з кризового стану.

Кризові моменти у КНП СРР "Амбулаторії загальної практики сімейної медицини смт.Степанівка" було схарактеризувати за п'ятьма параметрами, які потребують змін (табл. 3.12).

Таблиця 3.12.

Характеристика кризи КНП СРР "Амбулаторії загальної практики сімейної медицини смт.Степанівка"

Критерії оцінки	Характеристика
Залежно від проблематики кризи	<i>Технічна</i> причина якої найчастіше є незадовільний рівень матеріально-технічної бази, моральне та технологічне старіння основних засобів, їх псування, неефективне використання або відсутність навичок їх використовувати.
Залежно від масштабу кризи	<i>Локальна</i> сукупність явищ, що виникли в окремій підсистемі підприємства, мають істотний негативний вплив: криза знань
Залежно від ступеня тяжкості	<i>Легка</i> наслідки кризи мають негативний вплив, щоб подолати їх необхідно розробити ефективну антикризову програму
Залежно від стану проходження кризи	<i>Некерована</i> проходження кризи є результатом бездіяльності керівництва лікарні.
Залежно від взаємно зв'язаності кризи	<i>Ланцюгова</i> розгортання якої обумовлюється наявністю причинно-наслідкових зв'язків між виникненням кризи та фактом її наявності на інших підприємствах

Рекомендовані антикризові заходи та рішення у КНП СРР

"Амбулаторії загальної практики сімейної медицини смт.Степанівка".

Для успішного функціонування закладу рекомендовано провести в дію наступні рішення:

1. *Інформаційне забезпечення медичного персоналу.* Колектив має бути проінформований про реальний стан справ в установі, своєчасне інформування підлеглих актуальною інформацією дозволить уникнути дестабілізації обстановки в відділенні.

2. *Створення в колективі сприятливого психологічного клімату.* В умовах передкризової та кризової ситуації мікроклімат особливо необхідний,

щоб не було психологічного перевантаження, непорозумінь у колективі, що здатні призвести до конфліктів.

3. *Навчання медичного персоналу.* Теперішній стан кваліфікації сімейних лікарів не достатній для продуктивного функціонування сільської лікарні. В Степанівській АЗПСМ працює три сімейних лікарі, які мають однакову освіту, проходили однакові курси підвищення кваліфікації без врахування захворюваності та поширення хвороб і надають медичну допомогу 4783 мешканцям, хоча населення громади, яке обслуговує лікарня, нараховує 7730 мешканців. Лікарі, фактично, знаходяться в одному приміщенні, але мають індивідуальну лікарську практику.

Індивідуальну медичну практику на сучасному етапі розвитку не можна віднести до перспективних форм первинної медико-санітарної допомоги, насамперед через обмежені можливості створення достатньо міцної матеріально-технологічної бази для використання сучасних діагностичних та лікувальних методик. Індивідуальна медична практика доступна лише в районах з низькою щільністю населення, де діяти групі лікарів економічно не вигідно. Світовий досвід свідчить, що колективна практика витісняє індивідуальну.

В подібних лікарнях, які надають медичне обслуговування великій кількості населення громади, більш продуктивною та економічно рентабельною буде краще функціонувати групова лікарська практика. Але кожен з лікарів має освоїти додатково, окрім сімейної медицини, інші спеціалізації в медицині (хірургічну, педіатричну, акушерсько-гінекологічну, неврологічну, паліативну, та інші). Так кожен лікар буде спеціалізуватись наданні певних видів спеціалізованої медичної допомоги. Тим самим збільшить продуктивність лікарні. Для розв'язання питання, що до навчання рекомендовано зважати на навчальні календарні плани циклів спеціалізації та тематичного удосконалення Харківської медичної академії післядипломної освіти та національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Щупика.

4.Адаптація до реальності – медичний маркетинг. Як показали численні дослідження, пацієнт обирає клініку для отримання медичної послуги для себе та своєї сім'ї зважаючи на якість отриманої в ній допомоги. Медичний менеджмент та маркетинг мають займати не останні ролі в процесі надання допомоги для виявлення попиту на ті чи інші медичні послуги. Адже лікарня повинна задовольнити потреби своїх клієнтів в потрібних їм медичних послугах. А тим самим поступово розширювати асортимент послуг, даючи лікарні певні конкурентні переваги.

ВИСНОВКИ

В Україні донедавна працювала система охорони здоров'я яку запровадили на початку 20-го сторіччя в Радянському Союзі. Основними чинниками захворювання та надвисокої смертності населення на той момент були: війни, голод, економічні кризи, а отже низький рівень життя, відсутність обізнаності, в більшості випадків, про елементарні санітарні норми та правила гігієни. Враховуючи вище зазначене, виникла необхідність реформування системи охорони здоров'я, що вперше в Радянському Союзі запроваджено Семашко, де значний акцент був зосереджений на профілактиці захворювань, особистій, соціальній гігієні та протиепідемічному захисту населення. Свою мету система охорони здоров'я за Семашко досягла у 70-х роках минулого сторіччя. Разом з позитивним результатом все частіше почали проявлятися:

- Постійне недофінансування галузі. Для збільшення фінансування лікарень, керівникам закладів доводилось штучно збільшувати ліжковий фонд та тримати показник «ліжко-дня» на належному рівні. Це був один із вагомих показників для державних виплат лікарням.

- Зарплата медичних працівників залежала не від результатів діяльності, а від: стажу, кваліфікації, наукового ступеня лікаря. У лікарів не було пріоритетом працювати у сільській місцевості, престижним для висококваліфікованого спеціаліста вважалось працевлаштування в місті. Для самого ж населення працював так званий територіальний принцип – пацієнти могли звертатись до лікаря за місцем реєстрації або місцем праці, без можливого вибору лікаря.

- Престиж професії лікаря з кожним роком почав знижуватися, проте отримання медичної освіти залишався на високому рівні. У лікарнях медичний персонал на 70% був жіночим. Заробітна плата в системі охорони здоров'я була нижча за середню

Зі здобуттям незалежності Україна успадкувала й радянську систему охорони здоров'я, але у гіршому її виді. Систему, яку будували за загально доступними принципами (наданню безплатного медичного обслуговування та популяризації здорового способу життя) трансформувалась під тиском факторів. Велику роль в цьому зіграли:

- економічні кризи, а отже зниження заробітної плати й виведення її в тіньовий рівень, недостатнє системи фінансування охорони здоров'я, збільшення загальної захворюваності населення.
- дефіцит кваліфікованих кадрів в лікарнях, бо післядипломна освіта була лише фіктивною.
- дефіцитом медичних кадрів в сільській місцевості.
- високою корупцією в медичній сфері закупівель.
- надвисокий рівень зносу медичного обладнання та техніки.

Відмічається високий рівень передчасної загальної смертності і низькою тривалістю життя, в порівнянні з провідними європейськими країнами. Очікувана тривалість життя в Україні на 2021 рік складала 63 роки у чоловіків та 73 у жінок, що відмічається значним розривом тривалості життя і помітно перевищує відмінності подібних показників в розвинутих країнах де він становить 3-5 роки.

У селах люди живуть менше ніж в містах. За весь період здобуття незалежності населення України зменшилось рекордно високими темпами на більш ніж 10 млн осіб, отже за 30 років від проголошення незалежності наша держава втратила 20% населення.

Тому й стало критичним питання до зміни системи охорони здоров'я України. Розвиток системи охорони здоров'я (СОЗ) після здобуття Україною незалежності можливо поділити на такі періоди:

- 1) 1991 р. – 2000 рр.,
- 2) 2000 р. – 2010 рр.;
- 3) 2010 р. – 2013 рр.;
- 4) з 2014 р. і до нинішнього часу.

З соціальних моделей, які включають загально визнані в світі системи організації охорони здоров'я, було надано перевагу системі Беверіджа. Яка успішно працює в ряді Європейських країн, а саме: Ірландії, Великобританії, Данії, Канаді, Італії, Греції, Іспанії, Норвегії, Фінляндії та Португалії. І з 2017 року запрацювала реформа первинної медичної допомоги, було запроваджено:

- державного гарантованого переліку медичної допомоги;
- поєднання бюджетних коштів для проведення фінансування державних гарантій на національному рівні та зі створенням нового органу виконавчої влади – Національної служби здоров'я України який буде єдиним «Покупцем» медичних послуг;
- перехід від виплатів мережевим медичним закладам до закупівлі медичних послуг на виключно договірних основах;
- повна автономізація постачальників медичної допомоги при набутті статусу некомерційних медичних закладів та впровадженням електронної системи охорони здоров'я
 - проведення удосконалення структури державного регулювання цін на медикаменти.

У результаті аналізу системи охорони здоров'я в сільській місцевості та особливостей її становлення в Україні, зокрема в Степанівській амбулаторії загальної практики сімейної медицини, було виділено наступні тенденції погіршення стану здоров'я населення, які впливають на рівень надання медичної допомоги, тим самим погіршує рівень довіри у населення:

- недостатній рівень якості підготовки медичних працівників;
- проблема укомплектованості штату медичної установи в сільській місцевості;
- недостатній рівень мотивації медичного персоналу, особливо в сільській місцевості;
- низький рівень соціального захисту та мотивації медичних працівників;

- не бажання усвідомити те, що сталась зміна системи охорони здоров'я.

Беручи до уваги моделі роботи сімейних лікарів різних країн то можливо виділити наступні:

- Індивідуальна практика;
- Спарена практика;
- Групова практика (в різних формах).

Аналіз дозволив нам обґрунтувати наступні шляхи для підвищення ефективності та успішної оптимізації в сьогоденних реаліях:

- провести роз'яснення співробітникам про реалії та можливості;
- відійти від індивідуальної лікарської практики й запровадити групову з різною спеціалізацією кожного лікаря. Для збільшення ефективності самої лікарні;
- постійно впроваджувати елементи маркетингу для задоволення медичних потреб своїх пацієнтів. І стати конкурентоздатним закладом охорони здоров'я.

Теперішнє подолання кризових ситуацій потребує від медичних установ реалізації комплексних антикризових програм. Однак ситуація ускладнюється тим, що не кожен заклад охорони здоров'я має кваліфікованих кадрів, що володіють знаннями та компетенцією в галузі кризових комунікацій. Нині кадровий потенціал є основою, що забезпечує функціонування цілої системи охорони здоров'я низький рівень соціального захисту та мотивації медичних працівників.

Універсальних антикризових заходів для закладів охорони здоров'я не існує, оскільки всі ситуації різні. Для успішного виходу з кожної конкретної ситуації потрібен персональний підхід, що вимагає високої компетенції керівника в прийнятті управлінських рішень особливо в сільській місцевості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Лехан В.М., Крячкова Л. В. & Волчек В. В. (2016).Управління змінами в системі охорони здоров'я України: історія та уроки пілотних регіонів: навчальний посібник. Дніпропетровськ. 53 с.
2. Saltman R.B., Rico A. & Voerma W.G.W. (2006). Primary care in the driver's seat? Organizational reformin European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies Series : Open University Press,. 286.
3. Greenhalgh T., Robert G., Macfarlane F., Bate P. & Kyriakidou O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. Milbank Q.;82(4):581-629.
4. Department of Health: Innovation Health and Wealth, Accelerating Adoption and Diffusion in the NHS (2011). Book Innovation Health and Wealth, Accelerating Adoption and Diffusion in the NHS. City: Department of Health NHS Improvement & Efficiency Directorate Innovation and Service Improvement, 36.
5. Римаренко Ю. І. & Курас І. Ф. (Ред.). (1993). Етнонаціональний розвиток України. Терміни, визначення, персоналії. Київ: друкарня МВС України. 800.
6. Мінфін. Український портал про фінанси і інвестиції. Режим доступу: <https://index.minfin.com.ua/ua/reference/people/>
7. Вороненко Ю. В. & Москаленка В. Ф. (Ред.). (2000). Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. Тернопіль: Укрмедкнига. 680с.
8. Гладуна О.М. (Ред.). (2020). Населення України. Демографічні тенденції в Україні у 2002-2019 рр.: кол. моногр. НАН України, Ін-т демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи. Київ. 174 с.
9. Інститут демографії та соціальних досліджень НАН України. «Сім'я та сімейні відносини в Україні: сучасний стан і тенденції розвитку». Режим доступу: https://ukraine.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Family-ukr-WEB_copy.pdf

10. Центр громадського здоров'я України. Режим доступу: <https://phc.org.ua/news/sercevo-sudinni-zakhvoryuvannya-golovna-prichina-smerti-ukrainciv-visnovki-z-doslidzhennya>
11. Демографічні показники. Статистика Швеції (Deaths in Sweden in 2019). Опубліковано відділом досліджень Statista, 2021 р, Режим доступу: <https://www.statista.com/statistics/528942/sweden-number-of-deaths-by-cause-of-death/>
12. Соціально-демографічні характеристики домогосподарств України у 2006, 2010, 2013, 2015, 2018 і 2019 роках. Статистичні збірники. К. 2006, 2010, 2013, 2015, 2018 і 2019. С. 11.
13. Міністерство інфраструктури України. Режим доступу: <https://mtu.gov.ua/content/organizaciya-ekonomichnogo-spivrobitnictva-ta-rozvitku-oesr.html>
14. Верховна Рада України. Конвенція про мінімальні норми соціального забезпечення. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/993_011#Text
15. Арцатбанова О. В. (2017). Порівняльний аналіз підходів до побудови економічних механізмів функціонування системи охорони здоров'я Державне управління: удосконалення та розвиток. Режим доступу: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1399>
16. Сміянов В.А. (2021). Сумський державний Університет медичний інститут кафедра громадського здоров'я. Основні моделі систем охорони здоров'я та джерела їх фінансування. Режим доступу: <https://pubhealth.med.sumdu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/02/Lecture-6-Public-health-propaedeutics.pdf>
17. Баєва О.В. (2007). Міжрегіональна академія управління персоналом. основи менеджменту охорони здоров'я. Навчально-методичний посібник. Київ. Режим доступу: https://maup.com.ua/assets/files/lib/book/p06_13.pdf
18. Лехан В.М., Гінзбург В.Г., Борвінко Е.В. (2013) Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи

системи охорони здоров'я в Україні. Режим доступу:
<https://msz.knmu.edu.ua/article/view/99>

19. Примірний табель оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу : Додаток до наказу МОЗ України № 1150 від 27.12.2013 р. Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1150282-13#Text>

20 Публічний звіт голови Сумської обласної державної адміністрації Василя Хоми за підсумками роботи у 2020 році. Режим доступу:
<https://www.kmu.gov.ua/storage/app/sites/1/17-civik-2018/zvit2020/sumy-oda-zvit-2020.pdf>

21. Белінкіна Л.Т., Гук Г. Ю., Корконішко О. М. (2014). Організація роботи і обсяг невідкладної медичної допомоги на фельдшерсько-акушерському пункті: навч. посіб. К. : Медицина. 135 с.

22. Положення про амбулаторію : затверджено Наказом МОЗ України № 755 від 04.11.2011 р. [Із змінами, внесеними Наказом МОЗ № 813 від 17.10.2012 р.]. Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/ru/z1485-11>.

23. Гладун О.М. (Ред.) (2020). Населення України. Демографічні тенденції в Україні у 2002– 2019 рр. НАН України, Ін-т демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи. Київ, 2020. 174 с. Режим доступу:
<https://www.idss.org.ua/arhiv/population.pdf>

24. Крячкова Л. В. (2003). Аналіз медичних маршрутів пацієнтів кардіологічного профілю. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 3. С.61-64.

25. Мінфін. Український портал про фінанси і інвестиції. Режим доступу: <https://index.minfin.com.ua/ua/economy/gdp/>

26. Міністерство економіки України. Режим доступу:
<https://cutt.ly/NIdfEXS>

27. Здоров'я з одного погляду. Показники ОЕСР 2017. Режим доступу: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en#page20
28. Лехан В. М., Лакізи Н. М. Сачук, В. М. (2001). Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. К.: Сфера. 176 с.
29. Лехан В. М., Рудого В. М. (2016). Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні. К.: Вид во Раєвського. 168 с.
30. Figueras J., McKee M., Cain J. (2004). Health systems in transition learning from experience edited by, lessof Denmark: European Observatory on Health Systems and Policies. 263 p. Режим доступу: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107574/9289010975-eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
31. Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава. Програма економічних реформ на 2010-2014 роки. Комітет з економічних реформ при Президентові України 2010. 87 с. Режим доступу: <https://www.president.gov.ua/documents/11542010-12280>
32. Про Державний бюджет України на 2015 рік : Закон України від 28 грудня 2014 р. № 80 19. Актуальна тема ISSN 2077-6594. Україна. Здоров'я нації. 2018. № 4 (52) 10.
33. Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам / Кабінету Міністрів України (Постанова від 23 січня 2015 р. № 11). Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/11-2015-%D0%BF#Text>
34. Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я (Наказ МОЗ України від 11.05.2016 р. № 427). Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2000 р. №33. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0033282-00#Text>
35. Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2017 році (2017). Аналітична доповідь Щорічного Послання Президента України до Верховної Ради України. К.: НІСД. С. 388-392.

36. Про утворення Національної служби здоров'я України / Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. №1101. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>

37. Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій / Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 2018. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/133-2021-%D0%BF#Text>

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

39. Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік / Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 2018. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/407-2018-%D0%BF#Text>

40. Електронна система охорони здоров'я в Україні веб сайт. Режим доступу: <https://ehealth.gov.ua/>

41. Автономізація лікарень: як відбудуватиметься, які переваги надасть медустановам. Режим доступу: <https://cutt.ly/IIseA4b>

42. Коаліція Реанімаційний Пакет Реформ / Громадська спілка. Режим доступу: <https://rpr.org.ua/medychna-reforma/>

43. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у II-IV кварталах 2021 року / Кабінет міністрів України (Постанова від 15.02.2021 року № 133). Київ. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/133-2021-%D0%BF#Text>

44. Міністерство цифрової трансформації України. Інформація щодо укладених декларацій з лікарями які надають первинну медичну допомогу в

ЕСОЗ. Режим доступу: <https://data.gov.ua/dataset/a8228262-5576-4a14-beb8-789573573546>

45. Національна служба здоров'я України [Електронний ресурс].
Режим доступу: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data>

46. Огнєв В.А., Трегуб П.О. (2018). Соціальна медицина та організація охорони здоров'я : методичні розробки. Харків : ХНМУ. 35 с. Режим доступу: <https://cutt.ly/vIdsv2C>

47. Teoli D., Sanvictores T., An J. (2021). SWOT Analysis. In: StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island. PMID: 30725987.

ДОДАТОК А

Таблиця А 1.1

Численність населення України, млн осіб

№ п/п	Роки	Міське	Сільське	% міського населення
1	1991	35,1	16,9	67,5
2	1992	35,3	16,8	67,8
3	1993	35,5	16,8	67,9
4	1994	35,4	16,7	67,9
5	1995	35,1	16,6	67,9
6	1996	34,8	16,5	67,8
7	1997	34,4	16,4	67,7
8	1998	34,0	16,3	67,6
9	1999	33,7	16,2	67,5
10	2000	33,3	16,1	67,4
11	2001	33,0	16,0	67,4
12	2002	32,6	15,9	67,2
13	2003	32,3	15,7	67,3
14	2004	32,1	15,5	67,5
15	2005	32,0	15,3	67,7
16	2006	31,9	15,1	67,9
17	2007	31,8	14,9	68,1
18	2008	31,7	14,7	68,3
19	2009	31,6	14,6	68,5
20	2010	31,5	14,4	68,6
21	2011	31,4	14,3	68,7
22	2012	31,4	14,3	68,8
23	2013	31,4	14,2	68,9
24	2014	31,3	14,1	69,0
25	2015	29,7	13,1	69,1
26	2016	29,6	13,2	69,2
27	2017	29,5	13,1	69,2
28	2018	29,4	13,0	69,3
29	2019	29,3	12,9	69,4
30	2020	29,1	12,8	69,5
31	2021	28,9	12,6	69,6