

**Міністерство освіти і науки України
Дніпровський державний аграрно-економічний університет
Факультет менеджменту і маркетингу
Кафедра менеджменту, публічного управління та адміністрування**

**ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ
В ЕКЗАМЕНАЦІЙНІЙ КОМІСІЇ:**

**Завідувачка кафедри,
д.держ.упр., проф.
_____ Наталія БОНДАРЧУК
« ____ » _____ 2024 р.**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**на тему: ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я: ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ**

Освітньо-професійна програма «Публічне управління та адміністрування»
Спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»
Ступінь вищої освіти: Магістр

Здобувачка

Наталія СИТНИК

**Науковий керівник,
д.держ.упр., проф.**

Наталія БОНДАРЧУК

Дніпро – 2024

ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ АГРАРНО-ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**Факультет:** Менеджменту і маркетингу**Кафедра:** Менеджменту, публічного управління та адміністрування**Освітньо-професійна програма:** «Публічне управління та адміністрування»**Спеціальність:** 281 «Публічне управління та адміністрування»**Ступінь вищої освіти:** Магістр

ЗАТВЕРДЖУЮ

Зав. кафедри _____

« ____ » _____ 202_р.

ЗАВДАННЯ**на підготовку кваліфікаційної роботи****Ситник Наталії Анатоліївни**

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи: «Державне управління системою охорони здоров'я: проблеми та шляхи удосконалення»**Науковий керівник:** Бондарчук Н.В., д.н. держ.упр., проф.,

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

затверджені наказом по ДДАЕУ від « ____ » _____ 202_року № _____

2. Термін подання здобувачем роботи: 4 грудня 2024 року _____**3. Вихідні дані до роботи:** Закони України, Постанови КМУ, Накази Міністерства освіти і науки, Укази Президента України та інші нормативні документи, навчальні посібники, підручники, періодична література, праці провідних вчених в галузі науки публічне управління.**4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити)****1.** Теоретичні основи державного управління у сфері охорони здоров'я. Сучасний стан державного управління у сфері охорон здоров'я. Проблеми та напрями вдосконалення державного управління у сфері охорони здоров'я. Висновки та пропозиції.**5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)**Вектори трансформації державного управління. Проблемно-управлінське дерево державної політики системою охорони здоров'я. Система важелів, стимулів та інструментів державної та муніципальної політики системою охорони здоров'я. Класифікація систем охорони здоров'я провідних країн. Організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я України. Елементи національної системи охорони здоров'я. Структура управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні. Декларації спеціалістів у розрізі вікових груп. Модель формування кадрової політики системою охорони здоров'я

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

7. Дата видачі завдання _____ 11 жовтня 2023 р. _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1.	Вибір теми і об'єкта дослідження, розробка завдання і графіка робіт	жовтень 2023р.	
2.	Пошук та опрацювання літературних джерел	листопад-грудень 2023р.	
3.	Теоретичні основи державного управління системою охорони здоров'я	січень - березень 2024р.	
4.	Сучасний стан державного управління системою охорони здоров'я	квітень - травень 2024р.	
5.	Проблеми та напрями удосконалення державного управління системою охорони здоров'я	червень - листопад 2024р.	
6	Висновки	грудень 2024р.	
7	Оформлення роботи	грудень 2024р.	

Здобувачка _____
(підпис)

_____ Наталія СИТНИК
(прізвище та ініціали)

Науковий керівник _____
(підпис)

_____ Наталія БОНДАРЧУК
(прізвище та ініціали)

РЕФЕРАТ

Тема: «Державне управління системою охорони здоров'я: проблеми та шляхи удосконалення»

Кваліфікаційна робота містить: 79 с., 13 рис., 7 табл., 2 додатки, 62 літературних джерела.

Об'єкт дослідження - процес державного управління системою охорони здоров'я.

Предмет дослідження теоретико-методичні та прикладні аспекти щодо удосконалення державного управління системою охорони здоров'я.

Метою роботи полягає у дослідженні теоретичних та розробці практичних рекомендацій щодо удосконалення державного управління системою охорони здоров'я.

Методи дослідження методи синтезу, аналізу, індукції, дедукції, графічний, стратегічний.

Визначено теоретичні основи державного управління системою охорони здоров'я. Проаналізовано зарубіжний досвід управління системою охорони здоров'я. Досліджено сучасний стан державного управління системою охорони здоров'я. Запропоновано напрями удосконалення державного управління системою охорони здоров'я.

КЛЮЧОВІ СЛОВА

ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ, СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ФІНАНСУВАННЯ, УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

KEYWORDS

PUBLIC ADMINISTRATION, HEALTHCARE SYSTEM, FINANCING, HEALTHCARE FACILITY MANAGEMENT

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	9
1.1. Поняття та зміст державного управління	9
1.2. Теоретичні основи державного управління системою охорони здоров'я	12
1.3. Зарубіжний досвід управління системою охорони здоров'я	19
Висновки до розділу 1	27
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	29
2.1. Органи державного управління системою охорони здоров'я України	29
2.2. Аналіз діяльності Іларіоновської територіальної громади Синельниківського району Дніпропетровської області	34
2.3. Аналіз стану управління системою охорони здоров'я Іларіоновської селищної територіальної громади	38
Висновки до розділу 2	44
РОЗДІЛ 3. ПРОБЛЕМИ ТА НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	47
3.1. Аналіз проблем державного управління системою охорони здоров'я	47
3.2. Напрями удосконалення державного управління системою охорони здоров'я	50
3.3. Пропозиції щодо удосконалення кадрової політики	59
Висновки до розділу 3	66
ВИСНОВКИ	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	72
ДОДАТКИ	79

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Сфера охорони здоров'я є однією з найважливіших функцій сучасної держави. Державна політика у сфері охорони здоров'я має забезпечувати її ефективне функціонування. У сучасних умовах сфера охорони здоров'я функціонує недостатньо ефективно і не повністю вирішує всі проблеми, що стосуються охорони здоров'я населення країни. Реалізація державної політики, спрямованої на охорону здоров'я населення, можлива лише за допомогою ефективного інструментарію державного регулювання цієї сфери.

Зацікавленість до теми дослідження обумовлений низкою факторів. Проблема здоров'я населення була і залишається традиційно актуальною протягом усієї історії людства. Відомо, що здорова людина – це головна цінність країни. Але такою вона може стати лише за комплексного вирішення всіх існуючих проблем: політико-правових, соціально-економічних, духовно-моральних, культурних.

Зусилля держави та муніципальних утворень повинні бути спрямовані на удосконалення політики у сфері охорони здоров'я. Проблема, яка виноситься на обговорення, носить політичний характер і зумовлена потребою суспільства в регулюванні актуальних проблем формування та реалізації політики держави та місцевої влади в галузі охорони здоров'я, оскільки торкається питань соціальної захищеності, життєвого рівня, якості життя.

Проблемами формування та вдосконалення механізму державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я займалися такі вчені, як: Базилович А.Д., Борщ В.В., Гладун З.С., Горбатова Д.І., Литвиненко М. В та інші.

Недосконалість правового забезпечення, наявність суттєвих протиріч у сфері охорони здоров'я виявляються у невідповідності можливостей держави та місцевої влади потребам населення, які ведуть до зниження регулюючої ролі

моральних та інших соціальних норм, містять у собі велику небезпеку для виживання будь-якого народу.

Мета і завдання дослідження. Мета полягає у дослідженні теоретичних та розробці практичних рекомендацій щодо удосконалення державного управління системою охорони здоров'я.

Визначена мета потребує вирішення таких завдань:

- розглянути поняття та сутність державного управління;
- проаналізувати сучасні уявлення про державне управління системою охорони здоров'я;
- дослідити зарубіжний досвід управління системою охорони здоров'я;
- проаналізувати сучасний стан державного управління системою охорони здоров'я;
- дослідити стан управління системою охорони здоров'я на прикладі Іларіоновської селищної територіальної громади;
- виявити проблеми державного управління системою охорони здоров'я;
- запропонувати напрями удосконалення державного управління системою охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження: процес державного управління системою охорони здоров'я.

Предмет дослідження: теоретико-методичні та прикладні аспекти щодо удосконалення державного управління системою охорони здоров'я.

Методи дослідження. В ході написання кваліфікаційної роботи використано наступні наукові методи: аналіз та синтез (при дослідженні законодавчої бази, міжнародного досвіду управління системою охорони здоров'я); порівняльний аналіз (при вивченні досвіду управління охороною здоров'я в різних країнах); абстрагування та узагальнення (для формування теоретичних висновків щодо принципів та методів удосконалення державного управління системою охорони здоров'я); системний підхід (розгляд системи охорони здоров'я як цілісної структури, з урахуванням взаємозв'язків між державними органами, медичними установами, пацієнтами, фінансовими

механізмами); методи стратегічного аналізу (для формування стратегічних напрямів реформування).

Інформаційну базу дослідження склали наукові розробки, положення та висновки вчених, які торкнулися у своїх дослідженнях проблеми, тенденції та можливості вдосконалення системи державного управління системою охорони здоров'я, а також правові акти, що належать до теми дослідження.

Наукова новизна дослідження полягає розробці теоретичних положень та практичних рекомендацій щодо удосконалення державного управління системою охорони здоров'я, яка полягає в наступному:

удосконалено:

- модель формування та удосконалення кадрової політики у Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медичної допомоги Іларіонівської селищної ради Синельниківського району Дніпропетровської області».

набуло подальший розвиток:

- поняття «державне управління», під яким слід розуміти впорядковану та організовану діяльність виконавчих, законодавчих та судових органів влади, у процесі якої забезпечується стабільність та безперервність функціонування держави;

- напрями реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, серед яких: розвиток механізмів стимулювання зацікавленості громадян у збереженні власного здоров'я; розвиток людського потенціалу системи охорони здоров'я шляхом підвищення кваліфікації працівників; розвиток системи лікарського забезпечення пацієнтів при амбулаторному лікуванні при співфінансуванні держави та населення; посилення реабілітаційної підтримки населення; радикальне підвищення прозорості державного управління, і в першу чергу прийняття рішень щодо розподілу ресурсів та закупівлі ліків та медичного обладнання.

Апробація результатів роботи. Результати проведеного дослідження обговорювалися на науково-практичних конференціях: III міжнародній

науково-практичній Інтернет-конференції «Актуальні проблеми економіки, управління та маркетингу в аграрному бізнесі» (м. Дніпро, 03-04 жовтня 2024р); XII-й науково-практичній Інтернет - конференції «Розвиток форм і методів сучасного менеджменту в умовах глобалізації» (м. Дніпро 8-9 листопада 2024 р).

Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що нараховує 62 найменування, містить 13 рисунки 7 таблиць та 2 додатки. Основний зміст кваліфікаційної роботи магістра викладено на 79 сторінках друкованого тексту.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Поняття та зміст державного управління

Сучасними авторами поняття «державне управління» розглядається у широкому та вузькому аспектах. Ширше державне управління сприймається як «діяльність законодавчих, виконавчих та судових владних структур усіх рівнів з керівництва різноманітними сферами життя суспільства». У конкретизованому аспекті під державним управлінням слід мати на увазі лише виконавчо-розпорядчу роботу держави, її органів, посадових осіб. Головним чином, це діяльність виконавчої влади в межах її компетенції щодо регулювання та забезпечення стабільності, законності, громадського порядку, оборони, боротьби з бідністю тощо.

Згідно з сучасними трактуваннями, державне управління є «цілеспрямованою та скоординованою діяльністю в галузі громадських справ органів виконавчої влади, яка є частиною політичного процесу в суспільстві, пов'язана з розробкою та реалізацією державної політики, на яку чинять вплив мають соціальні групи та індивіди, які застосовують власні методи, та кошти, що відрізняються від тих, що використовуються у приватному секторі».

Зрештою, державним управлінням слід вважати здійснення державного керівництва конкретними сферами життя держави та об'єктами з боку органів виконавчої влади.

Авторське розуміння державного управління виглядає таким чином: це впорядкована та організована діяльність виконавчих, законодавчих та судових органів влади, у процесі якої забезпечується стабільність та безперервність функціонування держави.

Як зазначає Самілик Л.О. державне управління у сучасних умовах переживає новий виток свого розвитку, так звану трансформацію. «Це обумовлено бурхливим розвитком інформаційних технологій, появою нових

електронних форм взаємодії та повсюдним поширенням інформаційно-телекомунікаційної мережі Інтернет» [49].

У зв'язку з цим, з погляду, доцільно виділити вектори трансформації державного управління (рис. 1.1).



Рис. 1.1 Вектори трансформації державного управління

Авторська розробка

Що ж до муніципального управління, воно є комплексним і багаторівневим явищем, яке визначає різноманіття явищ. Місцеве самоврядування – це організація владних сил на малій території, яка передбачає вирішення питань, що виникли на місці.

До повноважень місцевих органів самоврядування входять право регулювання підвідомчих питань та управління на користь населення.

Муніципальне управління реалізує цілий перелік встановлених функцій і має перед собою завдання виконання керуючими органами з метою досягнення вищезазначених завдань. До функцій державного управління відносять:

- 1) врахування досвіду для проектування майбутнього з урахуванням позитивної зміни у розвитку подій;
- 2) складання плану, в якому враховано напрям розвитку, постановка цілей, точне формулювання завдань, відбір якісних за обсягом показників, організація поля діяльності;
- 3) організація виконання встановлених завдань;
- 5) здійснення регулювання розпорядчої діяльності за допомогою законодавства;
- 6) здійснення контролю у реалізації поставлених завдань з метою уникнення несанкціонованих дій або їх запобігання;
- 7) облік ресурсів;
- 8) фінансування.

Завдання – це перелік заходів, які мають здійснитися у процесі реалізації запланованих цілей. Як зазначає Носулич Т.М., поняття «вирішення завдання» можна розуміти у трьох варіаціях. Це, по-перше, рішення як власне план розв'язання задачі, по-друге, розв'язання задачі як процес виконання запропонованого плану і, по-третє, розв'язання задачі з метою отримання результату [39].

Позначимо ключові принципи муніципального управління:

- 1) розробка програм розвитку в умовах ринкової економіки, розрахунок та прогнозування використання ресурсів (трудова, фінансова, матеріальна);
- 2) об'єктивність в усіх управлінських процесах з урахуванням фактичного стану соціальної сфери, впливу демографічного чинника в розвитку суб'єкта, ефективності управління;
- 3) розподіл повноважень усіх посадових осіб відповідно до їх професійного рівня підготовки та досвіду роботи;

- 4) використання інформації в муніципальному управлінні: збір, обробка та розподіл за сферами управління відповідно до цілей та завдань;
- 5) раціональність та відповідальність муніципального управління та інші принципи.

Цілі та завдання муніципального управління залежні виключно від інтересів місцевого населення.

1.2. Теоретичні основи державного управління системою охорони здоров'я

Згідно з сучасними уявленнями, поняття державного управління охороною здоров'я передбачає цілеспрямовану, планомірну, постійну діяльність органів державної влади, яка чинить вплив на керовані об'єкти і має на меті забезпечення громадян гарантованою державою правом на отримання безкоштовної, якісної та високотехнологічної медичної допомоги.

Охорона здоров'я населення є одним із пріоритетних завдань держави. Це зафіксовано в Конституції України та у Законі України від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ «Про основи законодавства України про охорону здоров'я» [48].

Відповідно до ст. 49 Конституції України, «кожен має право на охорону здоров'я та медичну допомогу, яка у державних та комунальних закладах охорони здоров'я надається громадянам безкоштовно за рахунок коштів відповідного бюджету, страхових внесків, інших надходжень» [14]. У ст. 1 вищеназваного Закону зазначено, що: «кожний громадянин має право на охорону здоров'я та медичну допомогу. У ст. 2. визначено рівність, орієнтацію на профілактику, доступність та якість медичних послуг» [48].

«Держава забезпечує громадянам охорону здоров'я незалежно від статі, раси, віку, національності, мови, наявності захворювань, станів, походження, майнового та посадового становища, місця проживання, ставлення до релігії, переконань, належності до громадських об'єднань та інших обставин» [18].

Держава гарантує громадянам захист від будь-яких форм дискримінації, зумовленої наявністю у них будь-яких захворювань.

Таким чином, права громадян України у сфері охорони здоров'я мають державно-правовий захист. Основною метою державної політики у сфері охорони здоров'я є зниження соціальної напруженості через реалізацію прав громадян на отримання якісної безкоштовної медичної допомоги в рамках державних гарантій [42].

Як зазначає Сазонець І.Л. «реформування, що послідовно реалізується органами влади протягом останніх років, свідчить про розумінні необхідності інституційних перетворень у вітчизняну охорону здоров'я, про просування у напрямі підвищення ефективності бюджетних видатків» [49].

Інституційні перетворення, пов'язані з реалізацією медичної реформи в Україні, стали ключовим етапом у трансформації системи охорони здоров'я. Головна мета цих змін - створити сучасну, ефективну та прозору структуру управління і фінансування, яка забезпечить якісну медичну допомогу для всіх громадян.

Основною метою державної політики у сфері охорони здоров'я є забезпечення громадянам доступу до якісної та своєчасної медичної допомоги, захист і зміцнення здоров'я населення, а також створення умов для довгого та активного життя. Ця мета передбачає: «реалізацію комплексу заходів, спрямованих на профілактику захворювань, надання ефективних медичних послуг, розвиток системи охорони здоров'я та її адаптацію до потреб сучасного суспільства» [50].

Ми будемо визначати державу політику у сфері охорони здоров'я як систему цінностей та цілей, а також сукупність управлінських рішень, дій та заходів, спрямованих на забезпечення державних гарантій щодо надання громадянам безоплатної медичної допомоги в необхідному обсязі та належної якості. Основною метою такої політики є зниження рівня смертності, підвищення народжуваності та збільшення тривалості життя населення країни (рис. 1.2).

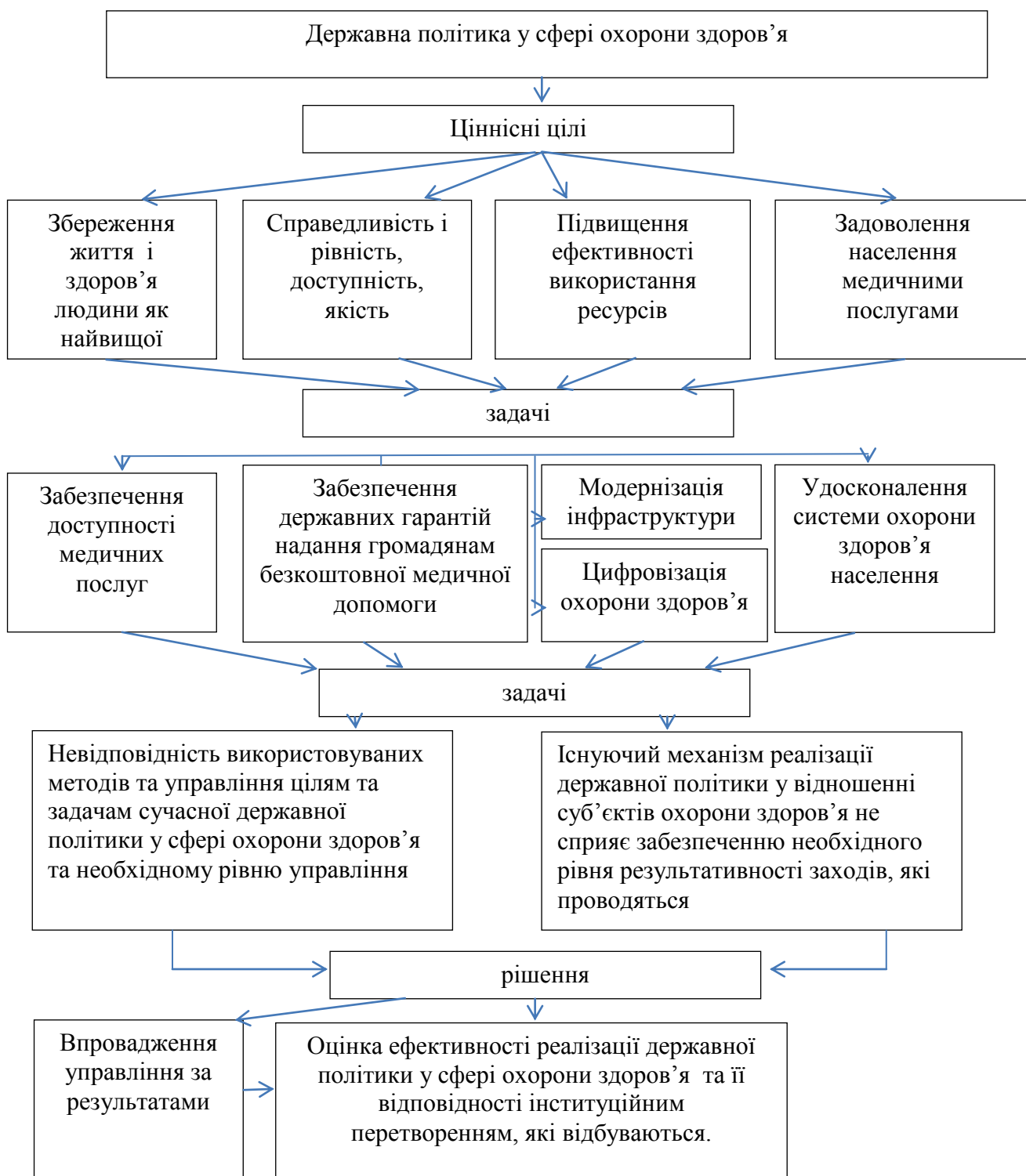


Рис. 1.2. Проблемно-управлінське «дерево» державної політики у сфері охорони здоров'я

Авторська розробка

Виділяють такі функції та методи публічного та корпоративного управління у сфері охорони здоров'я: прогнозування та планування; субсидування на основі співфінансування; державне та муніципальне

фінансування; фінансування через Національну службу здоров'я України; розподіл бюджетних трансфертів; бюджетування, орієнтоване результат; оподаткування; кредитування; фінансовий контроль та ін.

Як важелі, стимули та інструменти державної та муніципальної політики у сфері охорони здоров'я використовуються: податкові пільги, національні проекти, гарантована допомога, штрафи та пені, орендні ставки, винагороди (Рис. 1.3).

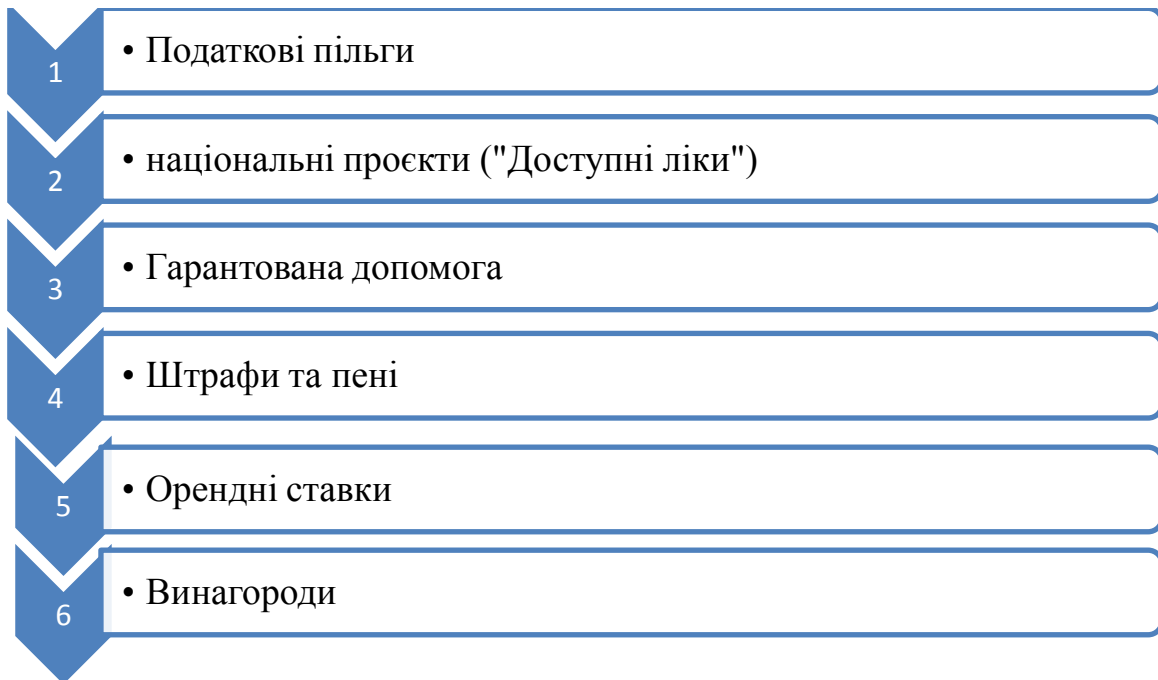


Рис. 1.3. Система важелів, стимулів та інструментів державної та місцевої політики у сфері охорони здоров'я (авторська схема)

В Україні існують умови для використання багатьох інструментів у сфері охорони здоров'я, і деякі з них діють ефективно (наприклад, гарантована допомога чи програма «Доступні ліки»). Проте комплексне впровадження важелів і стимулів залишається викликом через обмеженість ресурсів, організаційні проблеми та нерівномірність розвитку регіонів. З метою покращення ситуації потрібне посилення фінансування, прозорість механізмів контролю та ефективна співпраця між державою, громадянами й медичною спільнотою.

Принципи державної та муніципальної політики у сфері охорони здоров'я можна поділити на загальні та приватні.

До загальних принципів слід віднести наступні:

- «формування ефективної інституційної структури, що підтримує перехід від керування витратами до керування результатами;
- забезпечення рівності прав громадян на отримання безпечної, ефективної та якісної медичної допомоги;
- забезпечення гарантованого обсягу безкоштовної медичної допомоги;
- доступність медичної допомоги та підвищення соціальної відповідальності суб'єктів системи охорони здоров'я;
- постійне підвищення якості медичної допомоги;
- пріоритетність профілактичної спрямованості у діяльності системи охорони здоров'я;
- забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення;
- наступність діяльності організацій охорони здоров'я під час надання медичної допомоги;
- соціальна орієнтованість охорони здоров'я (задоволення потреб населення та покращення якості життя);
- віднесення здоров'я населення, безпеки, ефективності та якості лікарських засобів до факторів забезпечення національної безпеки» [35].

Також окреслимо приватні принципи:

- розробка адміністративних регламентів для реалізації державних (муніципальних) функцій та надання державних (муніципальних) послуг у сфері охорони здоров'я;
- облік поточних та перспективних потреб сфери охорони здоров'я на основі аналізу соціальних, демографічних та економічних процесів;
- розробка дієвої системи фінансового вирівнювання для забезпечення реалізації територіальних програм державних гарантій з надання громадянам безоплатної медичної допомоги;
- створення системи управління якістю медичної допомоги [26].

Фінансові ресурси медичних установ формуються з різних джерел, які забезпечують їх роботу та розвиток. Основне фінансування надходить від держави через бюджетні кошти. Це можуть бути як гроші з державного бюджету, так і з місцевих, що використовуються на оплату праці медиків, утримання лікарень, закупівлю обладнання та медикаментів. Також важливу роль відіграють кошти, які лікарні отримують через Національну службу здоров'я України (НСЗУ). Вони оплачують медичним установам надані пацієнтам послуги за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», наприклад, за первинну медичну допомогу, екстрену допомогу або лікування в стаціонарі [34].

Окрім цього, лікарні отримують додаткові кошти через надання платних послуг, які не входять до гарантованого пакету. Наприклад, це можуть бути косметологічні процедури, окремі медичні обстеження або покращені умови стаціонару. Благодійні внески та спонсорська допомога також часто є вагомим джерелом фінансування, особливо для підтримки окремих лікарень чи програм. До цього додається міжнародна допомога: гранти, кредити або постачання обладнання від міжнародних організацій.

Добровільне медичне страхування дозволяє пацієнтам покривати свої витрати за рахунок страхових компаній, але цей напрямок в Україні ще не є настільки популярним, як у розвинених країнах. Загальнообов'язкове медичне страхування, яке планується запровадити, могло б стати ще одним стабільним джерелом коштів для лікарень. Таким чином, фінансування медичних установ є багатокомпонентним і включає як державні, так і приватні джерела.

До останнього часу в Україні державна система охорони здоров'я функціонувала переважно на основі бюджетного фінансування, що передбачало безоплатне надання медичних послуг громадянам. Ця модель спиралася на принципи, закладені ще за радянських часів, коли фінансування здійснювалося централізовано, а доступ до медичних послуг декларувався як універсальний і безкоштовний.

Однак така система мала низку недоліків, серед яких:

- виділені кошти з державного бюджету часто не покривали реальні потреби медичних закладів і пацієнтів;
- через відсутність конкуренції між медичними закладами та мотивації для поліпшення якості послуг, рівень медичної допомоги нерідко залишався незадовільним;
- попри задекларовану безкоштовність, пацієнти нерідко змушені були сплачувати «добровільні» внески або купувати медикаменти за власний кошт.

Медична реформа, яка почалася в 2018 році, мала на меті змінити стару систему охорони здоров'я, що залишилася у спадок від радянських часів. Раніше медицина вважалася безкоштовною, але насправді багато людей змушені були платити за лікування "в конвертах" або купувати медикаменти за власний кошт. Лікарні фінансувалися залежно від кількості ліжок, а не за реальну кількість пацієнтів чи якість наданих послуг. Це призводило до того, що система не була зацікавлена в ефективності чи зручності для пацієнтів [28].

З реформою держава впровадила нову модель фінансування. Гроші тепер йдуть «за пацієнтом», тобто заклади отримують кошти лише за реально надані послуги. Це змінює підхід до медицини, адже лікарні стали більше зацікавлені у тому, щоб надавати якісну допомогу та залучати пацієнтів. Також було створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ), яка стала контролювати фінансування, прозоро розподіляючи гроші між лікарнями. Пацієнтам більше не потрібно платити за ті послуги, які входять до гарантованого державою пакету.

Ще однією важливою частиною реформи стало впровадження інституту сімейних лікарів. Кожен українець отримав можливість вибрати свого лікаря і підписати з ним декларацію. Сімейний лікар тепер є першою точкою контакту пацієнта з системою охорони здоров'я, і саме він скеровує на обстеження чи до вузькопрофільних спеціалістів. Крім того, з'явилася програма "Доступні ліки", яка дозволяє людям із хронічними захворюваннями отримувати медикаменти безкоштовно або зі знижкою за рецептом.

Попри позитивні зміни, реформа стикається з труднощами. У деяких регіонах не вистачає сімейних лікарів, а в маленьких лікарнях бракує ресурсів, щоб відповідати новим стандартам. Проте основна мета реформи - зробити медицину доступнішою, прозорішою та якіснішою - залишається незмінною, і поступово система адаптується до нових правил.

Реформа має на меті підвищення якості та доступності медичних послуг, а також скорочення корупції у цій сфері. Тим не менш, перехідний період супроводжується певними викликами, зокрема проблемами з адаптацією лікарень до нової моделі фінансування та недостатнім інформуванням населення.

1.3. Закордонний досвід управління системою охорони здоров'я

У будь-якій країні вибір оптимальної моделі охорони здоров'я має важливе значення для забезпечення більш ефективного використання ресурсів і поліпшення якості та доступності медичної допомоги.

У світі накопичено значний досвід у побудові та вдосконаленні управління системою охорони здоров'я. Провідні країни систематично працюють над розширенням доступу населення до безоплатної медичної допомоги, оптимізацією джерел фінансування та методів розподілу ресурсів, а також удосконаленням управлінських підходів у цій сфері. Основною метою таких заходів є підвищення ефективності системи охорони здоров'я та мінімізація дублювання витрат [40].

Розрізняють наступні моделі охорони здоров'я:

1. Бюджетна (державна).
2. Страхова (соціально-страхова).
3. Приватна (недержавна, чи ринкова).

Для бюджетної моделі характерним є всебічна підтримка держави. Тут податкові надходження є основним джерелом фінансування. «Медичні послуги для населення надаються на безоплатній основі. Частка сукупних витрат із

громадських джерел у ВВП, як правило, становить 8–11 %. Приватне страхування та сплати грають додаткову роль. Основний канал фінансування – державний бюджет. Провайдери медичних послуг одержують бюджетні кошти під контролем приватних керуючих компаній. Держава грає одночасно роль покупця та провайдера послуг, забезпечуючи покриття більшої частини (від 70% вище) витрат за охорону здоров'я. Управління системою охорони здоров'я відрізняється високим рівнем централізації. Більшість медичних послуг надається державними ЛПЗ (лікувально-профілактичними закладами) та приватно-практикуючими лікарями, але ринку, як правило, відведено другорядну роль. Держава жорстко контролює більшість аспектів ринку медичних товарів та послуг, встановлює правила допуску доступу на ринок, формує переліки відшкодування, за допомогою тарифної політики та ціноутворення забезпечує контроль над обсягами наданих медичних послуг» [40].

Модель Бісмарка, яка також відома як система регульованого медичного страхування, забезпечує охоплення практично всього населення через програми обов'язкового медичного страхування, де держава відіграє також активну роль. Подібно до бюджетної моделі, держава покриває понад 70% витрат на медичні послуги. Але в даній моделі загальні державні витрати на охорону здоров'я є значно вищими і складають близько 9–13% ВВП. Важливу роль у фінансуванні відіграють приватні страхові фонди, як некомерційні, так і комерційні, а ринок медичних послуг є добре розвиненим. Пацієнти мають значну свободу у виборі страхових компаній та медичних постачальників. Медичні послуги надаються установами різних форм власності, причому приватні некомерційні установи мають домінуючу частку. Первинна медична допомога переважно забезпечується приватно-практикуючими сімейними лікарями.

Роль приватного страхування є додатковою, а ринок медичних послуг характеризується високим рівнем розвитку. Державне регулювання ринку медичних послуг є суттєвим, але менш значущим, ніж у бюджетних моделях. Держава здійснює контроль за діяльністю страхових фондів, які разом із

асоціаціями постачальників медичних послуг визначають обсяги і якість послуг. Значну роль у функціонуванні цієї моделі відіграють професійні асоціації та організації пацієнтів [40].

Приватна модель охорони здоров'я характеризується наданням медичних послуг переважно на платній основі. Фінансування відбувається за рахунок приватного страхування та особистих коштів громадян. У цій системі відсутня єдина державна програма медичного страхування. Ринок є ключовим інструментом у забезпеченні медичних потреб населення. Держава бере на себе зобов'язання лише в тих випадках, які ринок не може задовольнити, забезпечуючи медичну допомогу соціально незахищеним верствам населення, таким як малозабезпечені, безробітні, пенсіонери та інші вразливі категорії.

Фінансування в цій моделі більш ніж на 50% здійснюється за рахунок приватних коштів. Медичні послуги та технології здебільшого надаються через приватні страхові плани, а держава визначає лише обмежений перелік послуг, що підлягають відшкодуванню в межах окремих державних програм. Значна роль ринку медичних послуг сприяє високій якості обслуговування, проте ці послуги переважно доступні матеріально забезпеченим громадянам. Раціональне використання ресурсів у такій системі залишається недосяжним порівняно з бюджетною або соціально-страховою моделями.

Держава здійснює контроль за доступом та впровадженням медичних технологій на ринок, а також регулює діяльність страхових компаній, зокрема для захисту конкуренції. Питання забезпечення якості медичних послуг вирішуються через ліцензування та акредитацію медичних установ і фахівців, контроль над якими переважно здійснюється професійними медичними асоціаціями [40].

На рис. 1.4 наведена класифікація систем охорони здоров'я провідних країн відповідно до трьох основних моделей - бюджетної, страхової та приватної.

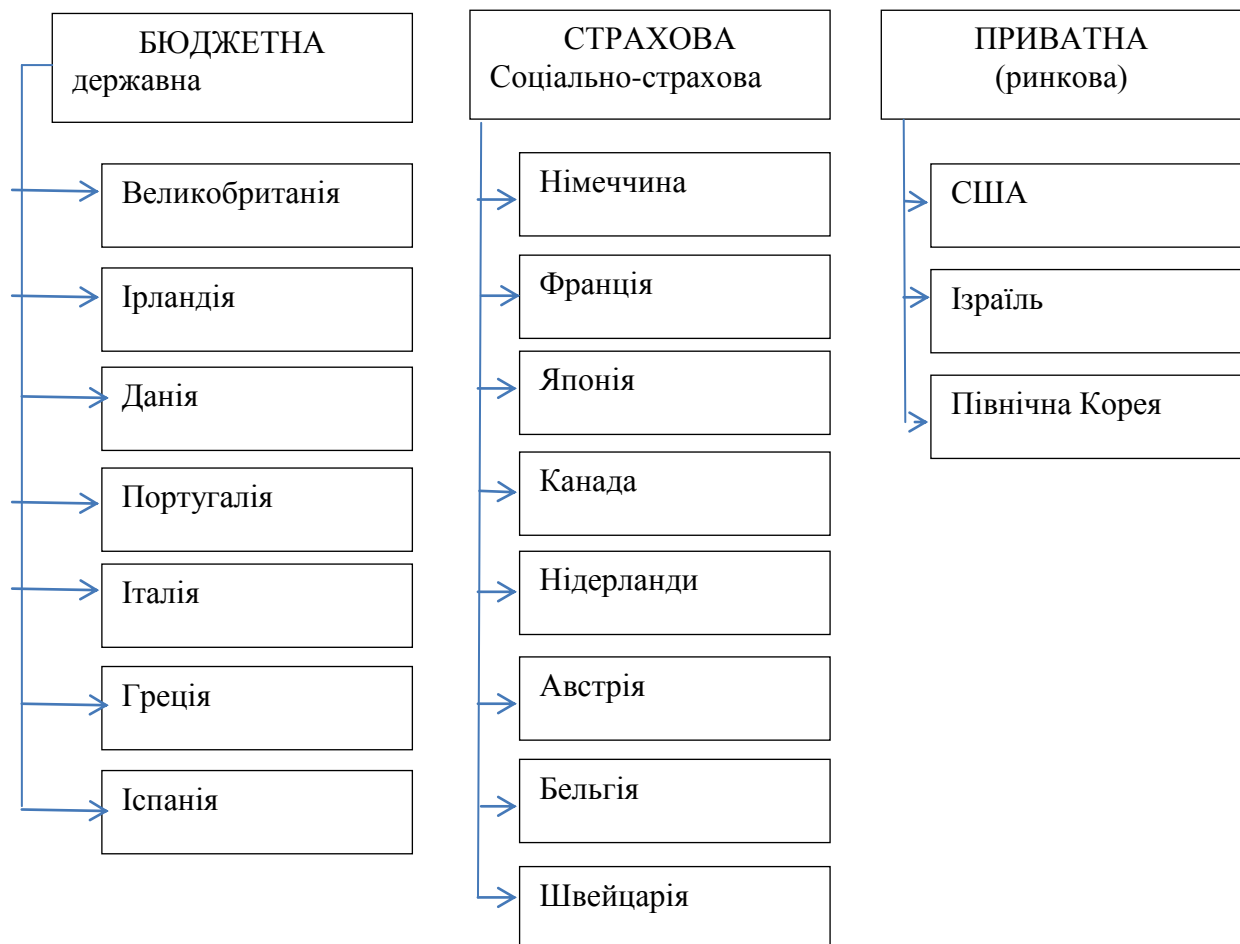


Рис. 1.4. Класифікація систем охорони здоров'я провідних країн [62]

Більш детально зупинимося на досвіді п'яти країн - Німеччини, Великобританії, США, Франції та Канади, в яких зазначені моделі отримали найяскравіше втілення.

Німеччина є класичним прикладом соціально-страхової моделі охорони здоров'я. «Фінансування цієї системи здійснюється за рахунок кількох джерел: соціальне медичне страхування (СМС) покриває 60% витрат, приватне медичне страхування (ПМС) – 10%, державний бюджет – 15%, а ще 15% фінансується за рахунок особистих коштів громадян. Близько 90% населення застраховано в рамках програм СМС, 10% охоплені програмами ПМС, і при цьому 3% застрахованих у СМС додатково мають поліс добровільного медичного страхування (ДМС).

Витрати на охорону здоров'я, що фінансуються з громадських коштів, складають 7,8% ВВП, а загальні витрати на охорону здоров'я становлять 11,7%

ВВП. Громадські джерела забезпечують покриття 75% усіх витрат на охорону здоров'я.

Фінансові потоки у сфері охорони здоров'я організовані таким чином: кошти спершу акумулюються у державному фонді соціального медичного страхування, після чого розподіляються між приватними некомерційними страховими організаціями, які контролюють оплату послуг медичних закладів. Ці організації, відомі як лікарняні каси (sickness funds англ.; krankenkassen нім.), разом із їх об'єднаннями та асоціаціями лікарів лікарняних кас складають основу системи соціального медичного страхування (Social Health Insurance, SHI).

Лікарняні каси, які мають статус приватних некомерційних організацій, відповідають за страхування ризиків, пов'язаних із захворюваннями, а також формують саморегульовані структури для управління фінансуванням і наданням послуг у межах, гарантованих законодавством про обов'язкове медичне страхування» [44].

У Німеччині функціонують об'єднані комісії платників, до складу яких входять представники лікарняних кас та постачальників медичних послуг (включаючи асоціації лікарів, стоматологів і лікарень). На федеральному рівні ці комісії беруть участь у визначенні пільг, встановленні нормативів, тарифів та медичних послуг. На регіональному рівні вони займаються укладанням контрактів на надання медичних послуг, а також виконують функції контролю та нагляду. Законодавство Німеччини передбачає, що приватним медичним страхуванням можуть скористатися лише особи, чий дохід перевищує €50 тисяч на рік. Усі інші громадяни обов'язково повинні бути застраховані в системі соціального медичного страхування.

У Великобританії система охорони здоров'я - бюджетна. Державний бюджет покриває 85% витрат на охорону здоров'я, тоді як решта 15% фінансується за рахунок приватного медичного страхування. Фінансові ресурси акумулюються у державному бюджеті, звідки вони передаються до саморегулюючих організацій, що здійснюють управління фінансуванням

лікувально-профілактичних установ. Управління системою охорони здоров'я в країні має централізований характер.

Державні видатки на охорону здоров'я у Великобританії становлять 7,7% ВВП, а сукупні витрати сягають 9,4% ВВП. Усі громадяни країни мають доступ до безплатної медичної допомоги, а прямі платежі за медичні послуги майже відсутні. Для працездатного населення передбачена фіксована плата за рецепти, що становить £7,85. Основна частина медичних послуг надається державними лікувально-профілактичними закладами (ЛПЗ), тоді як первинна медична допомога забезпечується приватно-практикуючими сімейними лікарями. Роль ринку медичних послуг та приватного страхування обмежується додатковими функціями.

«Соціальну та медичну допомогу населенню надають служби охорони здоров'я та соціальні служби, включаючи Національну службу охорони здоров'я (NHS) та місцеві органи влади. В Англії діють 10 стратегічних органів охорони здоров'я (Strategic Health Authorities, SHAs), які відповідають за керівництво, координацію та підтримку діяльності NHS у регіонах. SHAs також співпрацюють із місцевими органами управління, освітніми установами, благодійними та громадськими організаціями.

Для первинної медичної допомоги використовується комбінована система фінансування. Держава забезпечує акредитацію лікарів і лікувальних закладів, а також регулює діяльність лікарських практик. Тарифи та рівні відшкодування витрат на медичні послуги встановлюються трастами, які є відповідальними за надання первинної медичної допомоги» [54].

В США функціонує переважно приватна модель охорони здоров'я. Гарантії держави в системі охорони здоров'я поширюються лише на обмежене коло громадян. Приватне страхування є основним джерелом фінансування медичних послуг, що покриває понад 50% усіх випадків, однак система охорони здоров'я залишається фрагментарною.

Основним джерелом фінансування медичних послуг є приватне страхування. Держава доповнює цю систему, забезпечуючи медичне

обслуговування для літніх людей, малозабезпечених громадян та інших соціально незахищених верств населення. Управління медичними закладами та приватними лікарями здійснюється в основному на місцевому рівні. Це означає, що кожна адміністративна одиниця має певну свободу у формуванні своєї системи охорони здоров'я. Загалом, витрати на охорону здоров'я становлять 17,2% від валового внутрішнього продукту країни, що свідчить про значну роль цього сектору в економіці.

Доступ до якісної медичної допомоги в країні значною мірою залежить від фінансових можливостей громадян. Існуючі програми для вразливих категорій населення не в змозі повністю задовольнити їхні потреби. Близько 50 мільйонів людей взагалі не мають медичного страхування. Держава, представлена Міністерством охорони здоров'я, відіграє обмежену роль у забезпеченні медичних послуг. Міністерство зосереджується на контролі та моніторингу системи, проте його вплив на покращення доступності та якості медичної допомоги обмежений.

Французька система охорони здоров'я базується на соціальному страхуванні, де більшу частину коштів надають громадяни та роботодавці. Держава дофінансовує систему, а приватні фонди керують розподілом коштів. Це забезпечує широкий доступ до медичних послуг для більшості населення. Рівень охоплення населення Франції програмами соціального страхування є дуже високим і становить 96%. Це свідчить про те, що більшість громадян мають гарантований доступ до медичних послуг. Витрати держави на охорону здоров'я також значні і складають 9,7% від загального обсягу вироблених товарів і послуг в країні. Всі кошти акумулюються у державному фонді соціального медичного страхування. Потім вони надходять до приватних некомерційних фондів загального медичного страхування, які управляють фінансуванням ЛПЗ [54].

Канадська система є унікальним поєднанням державного управління та соціального страхування. Держава встановлює стандарти та принципи, а провінції відповідають за організацію та фінансування медичних послуг.

Універсальність, мобільність та доступність - це три основні принципи канадської системи, які гарантують, що всі громадяни мають доступ до необхідних медичних послуг, незалежно від місця проживання та фінансового стану. Доступ до послуг охорони здоров'я забезпечено системою загального державного медичного страхування «Медікер» (Medicare). Ця система охоплює 98–99 % всього населення. Майже все населення Канади охоплене системою Medicare, що свідчить про її ефективність.

Охорона здоров'я в Канаді – це спільна відповідальність федерального уряду та провінцій. Кожна провінція має значну автономію в організації та фінансуванні медичних послуг. Основним джерелом фінансування є державні кошти (90 %), але є також елементи приватного страхування та добровільних внесків (10%).

Федеральний уряд встановлює національні стандарти та принципи охорони здоров'я, але не безпосередньо надає медичні послуги. Він фінансує провінції, які, в свою чергу, організовують надання медичної допомоги. Провінції відповідають за організацію та управління системами охорони здоров'я на своїй території. Вони визначають конкретні пакети медичних послуг, які покриваються, встановлюють тарифи на медичні послуги та керують лікарнями.

Хоча основний пакет медичних послуг покривається державним страхуванням, приватне страхування часто використовується для покриття додаткових послуг, таких як стоматологічне лікування, офтальмологічні послуги та ліки, які не входять до державної програми.

Незважаючи на те, що фінансування лікарень здійснюється переважно з державних коштів, більшість закладів мають статус приватних некомерційних організацій. Цей парадокс пояснюється тим, що така форма власності дозволяє лікарням мати більшу автономію в управлінні і водночас не переслідуюти комерційних цілей. До складу рад лікарень входять провідні експерти з різних галузей медицини, що забезпечує високий рівень професіоналізму в управлінні лікарнями.

Узагальнені ключові параметри моделей охорони здоров'я п'яти розглянутих провідних країн представлені в Додатку А.

Таким чином, аналіз закордонного досвіду дозволяє зробити такі висновки:

1. відсутність моделей у чистому вигляді, тобто реальні системи охорони здоров'я часто є гібридами різних моделей. Наприклад, канадська система поєднує елементи державної та страхової моделей. Це свідчить про те, що жодна модель не є ідеальною і потребує доповнення та модифікації;

2. відсутність універсальності. Кожна країна має свої особливості історії, культури, економіки та соціальної структури, що визначають її систему охорони здоров'я. Тому жодна модель не може бути безпосередньо перенесена в іншу країну;

3. роль держави в бюджетній та страховій моделях. Цей висновок підтверджується досвідом багатьох країн. Держава, як правило, відіграє ключову роль у фінансуванні та регулюванні систем охорони здоров'я;

5. стійкість системи охорони здоров'я залежить від кількох ключових чинників: забезпечення безкоштовного доступу до медичних послуг для всього населення, оптимізація витрат шляхом уникнення дублювання та ефективного використання ресурсів, а також забезпечення доступності медичної допомоги для всіх верств населення;

6. необхідність додаткових джерел фінансування. Цей висновок підкреслює, що державне фінансування, як правило, не може повністю покрити всі потреби в охороні здоров'я. Тому часто залучаються додаткові джерела, такі як приватне страхування або співплати пацієнті.

Висновки до розділу 1

За підсумками першого розділу випускної кваліфікаційної роботи можна зробити низку важливих висновків.

1. Поняття «державне управління» розглядається у широкому та вузькому аспектах. У широкому розумінні під державним управлінням слід розуміти діяльність органів державної влади, спрямовану на організацію, регулювання і контроль за функціонуванням суспільних відносин у різних сферах життя. Це систематичний процес, що включає прийняття рішень, планування, координацію, регулювання та контроль для досягнення суспільно важливих цілей. У вузькому розумінні під державним управлінням слід розуміти виконавчо-розпорядчу роботу держави, її органів, посадових осіб. Головним чином, це діяльність виконавчої влади в межах її компетенції щодо регулювання та забезпечення стабільності, законності, громадського порядку, оборони, боротьби з бідністю тощо. Наше власне розуміння державного управління виглядає таким чином: це впорядкована та організована діяльність виконавчих, законодавчих та судових органів влади, у процесі якої забезпечується стабільність та безперервність функціонування держави.

2. Згідно з сучасними уявленнями, поняття державного управління у сфері охорони здоров'я передбачає цілеспрямовану, планомірну, постійну діяльність органів державної влади, яка спрямована на забезпечення громадянам гарантованого права на безкоштовну, якісну та сучасну медичну допомогу. Воно включає виконавчо-розпорядчі дії за формою та організаційний вплив за змістом, що мають на меті ефективне функціонування системи охорони здоров'я.

3. Аналіз зарубіжного досвіду дозволяє зробити такі висновки. У жодній країні немає конкретних моделей у чистому вигляді. Жодна модель не має універсальності. У будь-якій з моделей є лише одне домінуюче джерело фінансування. У бюджетній та страховій моделях держава забезпечує понад 70 % усіх витрат. Найважливішим чинником стійкості систем є охоплення населення безплатними медичними послугами, відсутність дублювання витрат, ефективність витрачання ресурсів та доступність медичних послуг. Жодна країна не може забезпечити всіх потреб охорони здоров'я із державних коштів без приватного страхування та/або сплати.

РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Органи державного управління системою охорони здоров'я України

Згідно із ст. 49 Конституції України, держава забезпечує право громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Система охорони здоров'я України складається з кількох рівнів [14].

До державного рівня належать: Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) та інші центральні органи виконавчої влади (наприклад, Державна служба України з лікарських засобів і контролю за наркотиками).

Регіональний рівень представляють управління охорони здоров'я обласних адміністрацій, що забезпечують впровадження державної політики в регіонах.

На місцевому рівні здійснюється управління охорони здоров'я міських, районних та об'єднаних територіальних громад (ОТГ), які відповідають за організацію первинної медико-санітарної допомоги та забезпечення медичних послуг на місцях.

Вищим законодавчим органом у сфері охорони здоров'я є Верховна Рада України, яка визначає нормативно-правову базу для функціонування та фінансування системи охорони здоров'я. Уряд України виступає вищою виконавчою ланкою, що передала повноваження стратегічного планування, розробки політики, стратегії розвитку та реформування, а також оперативного управління, визначення фінансування, закупівлі ліків і їх розподілу за певними програмами Міністерству охорони здоров'я.

Міністр охорони здоров'я, якого призначає Верховна Рада за поданням прем'єр-міністра, підзвітний як Уряду, так і Верховній Раді. Міністр також звільняється з посади рішенням Верховної Ради. Міністерство охорони здоров'я координує діяльність вищих і середніх навчальних закладів, науково-

дослідних установ у галузі охорони здоров'я, а також департаментів охорони здоров'я обласних державних адміністрацій.

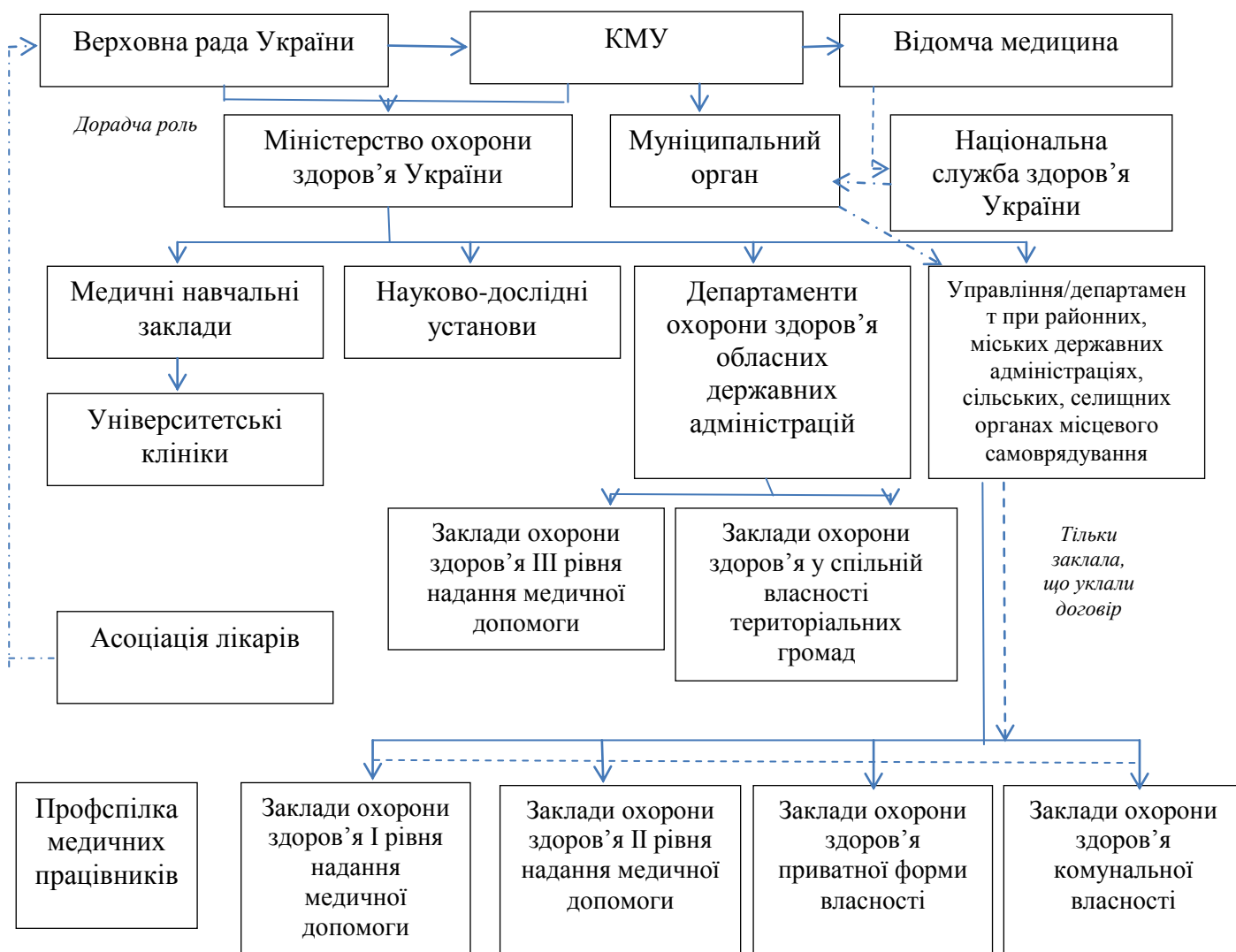


Рис. 2.1. Організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я [5]

Обласні департаменти охорони здоров'я, у свою чергу, керують управліннями й департаментами при районних, міських державних адміністраціях та органах місцевого самоврядування. Вони здійснюють планування діяльності та поточне керівництво закладами охорони здоров'я третинного рівня, медичними установами у спільній власності територіальних громад та закладами приватної форми власності.

Управління та департаменти на районному, міському та місцевому рівнях відповідають за діяльність закладів охорони здоров'я первинного та

вторинного рівнів. Вони керують комунальними закладами охорони здоров'я, а також працюють із закладами приватної форми власності, які функціонують на підпорядкованій території [5].

До державної системи охорони здоров'я відносять Міністерство охорони здоров'я (МОЗ), Національна служба здоров'я України (НСЗУ), Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками (Держлікслужба), Державна установа "Центр громадського здоров'я МОЗ України" (ЦГЗ), органи управління охороною здоров'я та підпорядковані їм установи охорони здоров'я, науково-дослідні та медичні інститути, фармацевтичні організації, аптеки, служби матеріально-технічного забезпечення, підприємства з виробництва медичної техніки та лікарських засобів.

Міністерство охорони здоров'я, а також обласні й районні департаменти та управління охорони здоров'я здійснюють моніторинг діяльності підпорядкованих їм закладів охорони здоров'я і відповідають за якість надання медичної допомоги. Контроль за якістю медичних послуг переважно реалізується через адміністративні методи державного регулювання, такі як затвердження протоколів лікування, ліцензування та акредитація закладів охорони здоров'я, а також сертифікація медичного персоналу (лікарів). Вимоги щодо якості надання послуг є однаковими як для державних, так і для приватних медичних установ [5].

У структурі Міністерства охорони здоров'я діють консультативні й дорадчі органи, кваліфікаційні, наукові та науково-кваліфікаційні комісії. Міністерству також безпосередньо підпорядковуються науково-дослідні установи, що займаються питаннями охорони здоров'я та надання високоспеціалізованої медичної допомоги.

Особливістю національної системи охорони здоров'я є те, що вищі медичні навчальні заклади підпорядковуються як Міністерству освіти і науки України, так і Міністерству охорони здоров'я. Ці заклади часто мають власні університетські клініки, які представляють третинний рівень надання медичної

допомоги. Наприклад, Одеський національний медичний університет має у своєму підпорядкуванні Університетську клініку та Багатопрофільний медичний центр. Такі установи одночасно виконують функції підготовки медичних фахівців, проведення наукових досліджень і надання висококваліфікованої медичної допомоги [5].

Визначимо основні елементи державної системи охорони здоров'я (рис. 2.2).

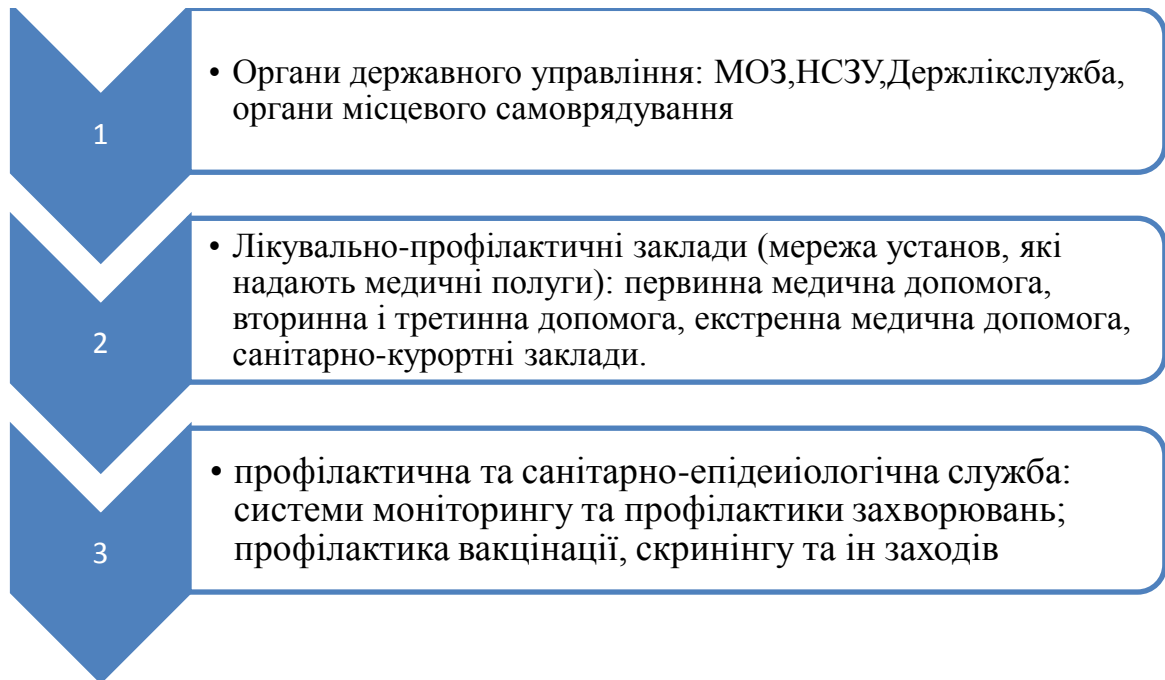


Рис. 2.2. Елементи національної системи охорони здоров'я (Авторська схема)

Вирізняють такі державні організації охорони здоров'я:

- державні ЛПЗ;
- державні наукові установи (Інститути Національної академії медичних наук (НАМНУ): Інститут раку, Інститут серця, Інститут фтизіатрії тощо);
- державні освітні установи (Медичні університети, академії, коледж);
- державні фармацевтичні організації;
- державні установи з нагляду у сфері захисту прав споживачів та благополуччя людини (Центр громадського здоров'я МОЗ);

- державні установи судово-медичної експертизи (Лабораторії судово-медичної експертизи.);
- державні організації спеціального призначення (центри медицини катастроф, центри державних резервів тощо);
- державні організації підтримки та забезпечення охорони здоров'я (автогосподарства, служби матеріально-технічного забезпечення, служби ремонту медичної техніки, організації капітального будівництва, організації з виробництва медичної техніки та лікарських засобів тощо).

До муніципальної системи охорони здоров'я належать муніципальні органи управління охороною здоров'я та підпорядковані їм установи (рис. 2.3).

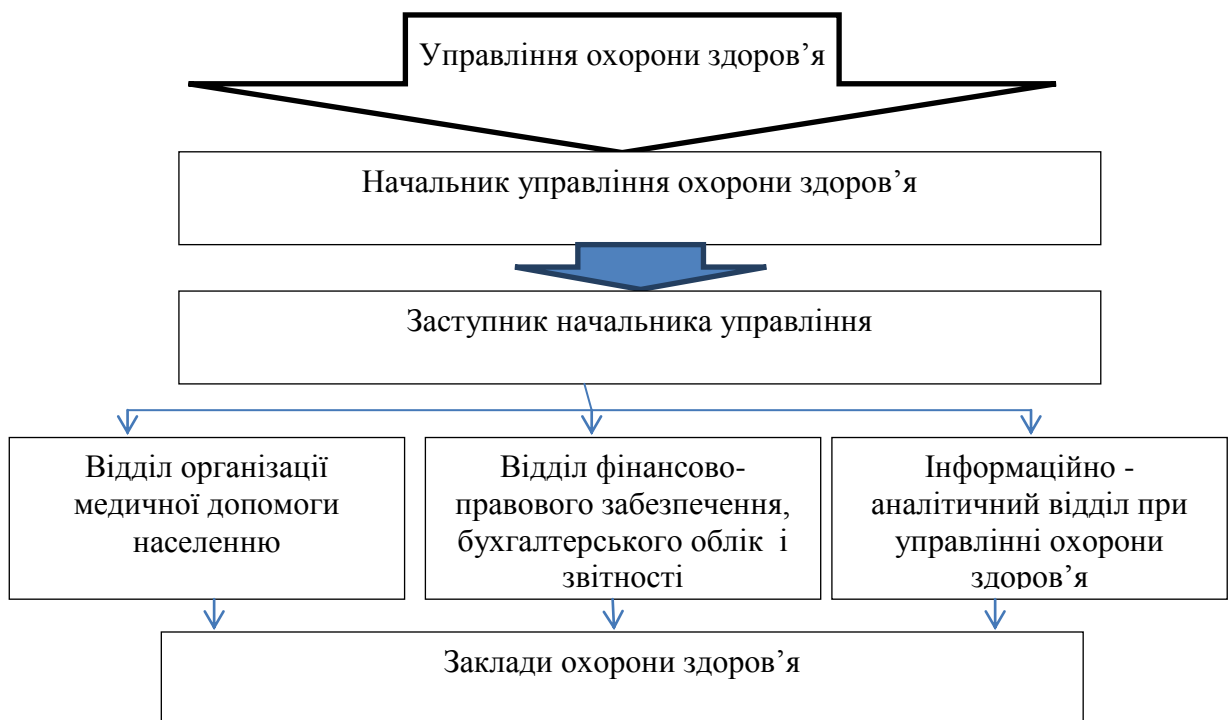


Рис. 2.3. Структура управління охорони здоров'я на місцевому рівні [5]

Елементи муніципальної системи охорони здоров'я представляють собою сукупність організацій, установ та служб, які функціонують на місцевому рівні для забезпечення медичних послуг населенню. Вони спрямовані на підтримку здоров'я громади, профілактику захворювань та вирішення локальних проблем

охорони здоров'я. Основними елементами муніципальної системи охорони здоров'я є:

Існують такі елементи муніципальної системи охорони здоров'я:

- муніципальні органи управління охороною здоров'я (Департаменти /управління охорони здоров'я місцевих органів влади (обласних, міських, районних рад);
- лікувально-профілактичні заклади комунальної власності (поліклініки та амбулаторії, лікарні місцевого значення, фельдшерсько-акушерські пункти);
- спеціалізовані медичні служби (Центри первинної медико-санітарної допомоги; Центри надання екстреної медичної допомоги; медико-санітарні служби для вразливих категорій населення;
- муніципальні організації підтримки та забезпечення охорони здоров'я.
- муніципальні служби санітарного та епідеміологічного нагляду.

Державні та муніципальні організації охорони здоров'я забезпечують виконання державних гарантій надання населенню безкоштовної медичної допомоги відповідно до встановлених їм органом управління охорони здоров'я державними та муніципальними замовленнями (завданнями).

Відповідно до чинного законодавства, платні послуги в державних та муніципальних установах повинні надаватися таким чином, щоб це сприяло покращенню надання безкоштовної медичної допомоги.

2.2 Аналіз діяльності Іларіоновської територіальної громади Синельниківського району Дніпропетровської області

Іларіонівська територіальна громада, що знаходиться у Синельниківському районі Дніпропетровської області, була створена у червні 2017 року відповідно до рішення Іларіонівської селищної ради від 9 червня 2017 року № 263-23/VII «Про добровільне об'єднання територіальних громад».

До її складу увійшли Іларіонівська селищна та Мар'ївська сільська ради. Згодом, згідно з розпорядженням Кабінету Міністрів України від 12 червня 2020 року № 709-р «Про визначення адміністративних центрів та затвердження територій територіальних громад Дніпропетровської області», до громади було приєднано Дerezуватську сільську раду.

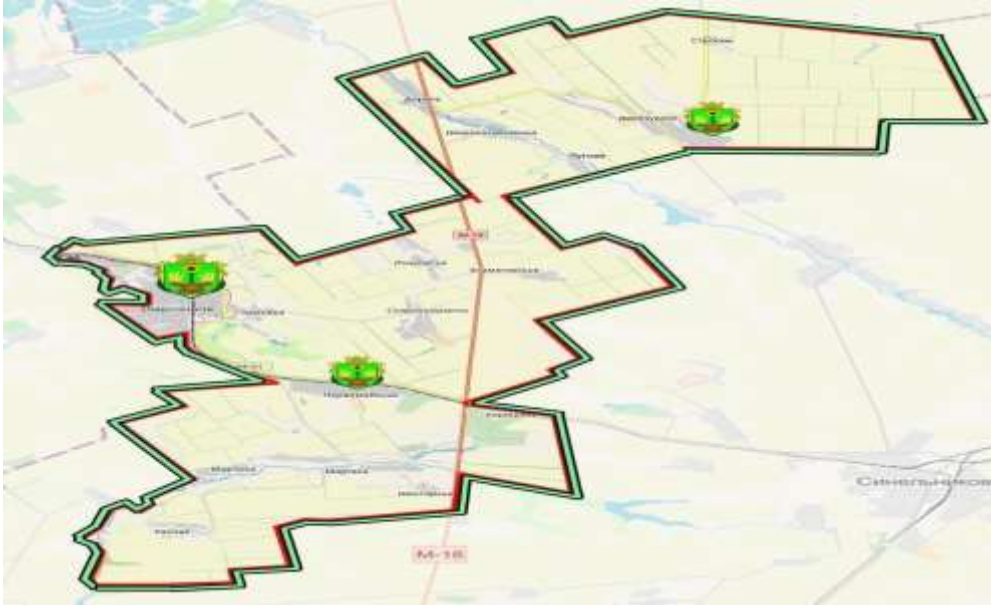


Рис. 2.4. Мапа Іларіонівської територіальної громади

Іларіонівська територіальна громада розташована за 26 км від обласного центру – міста Дніпра та входить до складу новоствореного Синельниківського району, відстань до адміністративного центру якого становить 28 км. Станом на 1 січня 2024 року чисельність населення громади складає 14 389 осіб.

На території громади, згідно з адміністративно-територіальним поділом, знаходяться 17 населених пунктів, зокрема: 2 селища міського типу (Іларіонове та Сад), 4 селища (Первомайське, Степове, Хорошеве, Шахтарське) та 11 сіл (Дерезувате, Дороге, Знаменівське, Іванівка, Лозуватка, Лугове, Мар'ївка, Мар'їнка, Ракове, Старолозуватка, Широкосмоленка).

Адміністративним центром громади є смт Іларіонове. Загальна площа земель Іларіонівської територіальної громади становить 23 499 га.

Структура земельного фонду громади за категоріями земель подана на рис. 2.5.

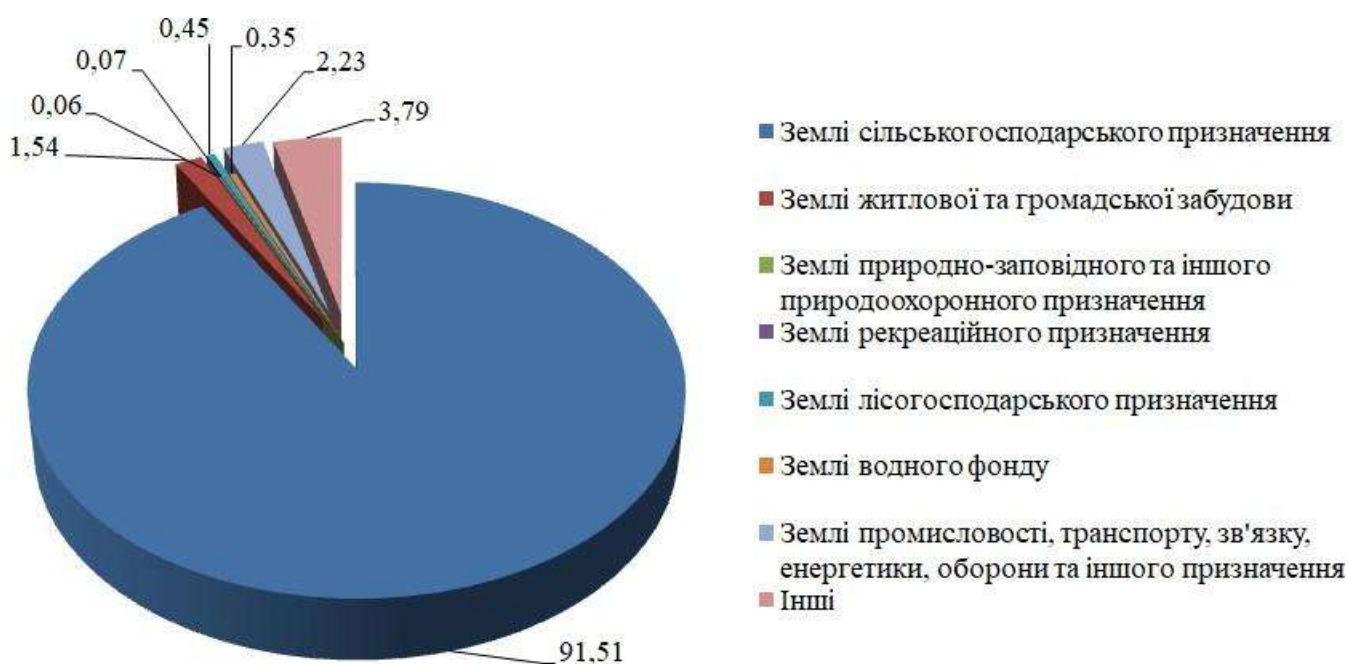


Рис. 2.5. Структура земельного фонду, % до загальної площі

Більшість земель Іларіонівської громади відноситься до категорії сільськогосподарських. Їх загальна площа становить 21 506 га, що складає близько 92% від загального земельного фонду громади. Основну частину цих земель обробляють 9 аграрних підприємств. Серед них найзначніші за обсягами виробництва та кількістю орендованих площ – С(Ф)Г «Жулей» і ТОВ «Агроцентр «Раївський». Важливу роль також відіграють такі підприємства, як ТОВ «Дніпроагроальянс», ТОВ «Степова» та ПП «Шератон», кожне з яких обробляє понад 900 га ріллі.

Загальна чисельність населення Іларіонівської громади становить 14 389 осіб. Розподіл чисельності населення у розрізі сільських і селищних рад, які увійшли до складу громади, представлений на рис. 2.6.

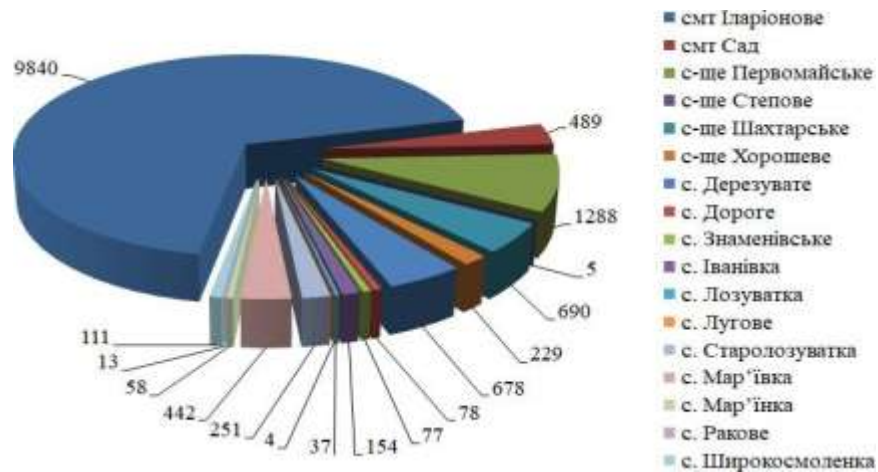


Рис. 2.6. Структура населення Іларіонівської ТГ у розрізі населених пунктів

Основними джерелами доходів бюджету Іларіонівської територіальної громади залишаються закріплені доходи та офіційні трансферти. У зв'язку з цим місцевій владі необхідно активно працювати над зміцненням бази закріплених доходів і збільшенням частки власних надходжень. Зокрема, слід зосередити увагу на таких напрямках:

- підтримка підприємств, які сприяють створенню нових робочих місць та забезпечують зростання фонду оплати праці;
- посилення можливостей органів місцевого самоврядування впливати на наповнення місцевих бюджетів;
- запровадження заходів з оптимізації витрат через раціональне та ефективне використання бюджетних коштів;
- стимулювання розвитку малого та середнього бізнесу як одного з ключових джерел наповнення місцевого бюджету;
- підвищення доходності місцевого господарства та забезпечення ефективного функціонування комунальних підприємств з метою збільшення їх прибутковості.

Джерела наповнення місцевого бюджету громади наведено на рис.2.7.



Рис. 2.7. Джерела наповнення місцевого бюджету

Згідно рис. 2.7. основними джерелами для наповнення місцевого бюджету Іларіонівської територіальної громади є:

1. Податкові надходження: податки на доходи, податки на прибуток, податок на збільшення ринкової вартості; рентна плата та плата за використання інших природних ресурсів; внутрішні податки на товари та послуги; місцеві податки та збори, що сплачуються (перераховуються) згідно з Податковим кодексом України; інші податки та збори

2. Неподаткові надходження: доходи від власності та підприємницької діяльності; адміністративні збори та платежі, доходи від некомерційної господарської діяльності; інші неподаткові надходження; власні надходження бюджетних установ

3. Офіційні трансферти: від органів державного управління

2.3. Аналіз стану управління системою охорони здоров'я Іларіонівської селищної територіальної громади

Медична мережа Іларіонівської територіальної громади представлена комунальним некомерційним підприємством «Центр первинної медичної

допомоги Іларіонівської селищної ради Синельниківського району Дніпропетровської області». До його складу входять такі структурні підрозділи: Іларіонівська селищна амбулаторія загальної практики сімейної медицини, Первомайська та Шахтарська сільські лікарські амбулаторії, а також чотири фельдшерські пункти, розташовані в с. Мар'ївка, с. Старолозуватка, с. Дерезувате (з січня 2021 року) та смт. Сад.

Для вдосконалення інфраструктури охорони здоров'я в громаді здійснено низку важливих заходів. Було проведено поточні ремонти будівель Іларіонівської селищної та Первомайської сільської амбулаторій. Установлено системи охоронної та пожежної сигналізації, а також блискавкозахисту в амбулаторіях Іларіонівської селищної, Первомайської та Шахтарської. З метою підвищення енергоефективності модернізовано опалювальне обладнання: замінено старі газові котли на сучасні електричні.

Таблиця 2.1.

Кількість укладених декларацій

Структурний підрозділ Центру	Кількість зареєстрованого населення	Кількість укладених декларацій (станом на 01.01.2024)
Іларіонівська селищна лікарська АЗПСМ	10113	7510
Первомайська сільська лікарська АЗПСМ	2948	1596
Шахтарська сільська лікарська АЗПСМ	1328	1314
Всього по Центру	14389	10420

Крім того, амбулаторії громади підключено до широкопугового інтернету. Для забезпечення ефективної роботи лікарів їх робочі місця оснащені необхідною технікою, зокрема комп'ютерами та принтерами.

КНП «ЦПМД Іларіонівської селищної ради Синельниківського району Дніпропетровської області» надає первинну медичну допомогу пацієнтам, які уклали декларацію з сімейним лікарем закладу. Кількість укладених декларацій Центром наведено в табл. 2.1.

Декларації спеціалістів у розрізі вікових груп станом на 01.01.2024 року наведено на рис. 2.8.

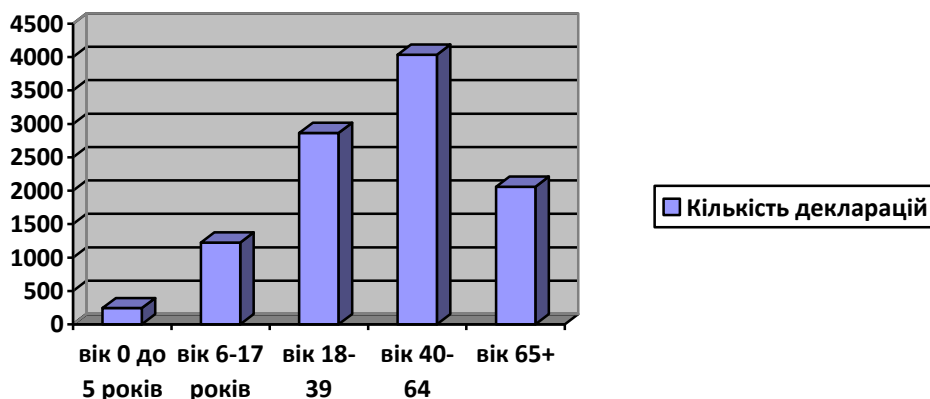


Рис. 2.9. Декларації спеціалістів у розрізі вікових груп станом на 01.01.2024 року

Окрім надання консультацій хворим Центр проводить такі діагностичні обстеження:

- загальний аналіз крові;
- загальний аналіз сечі;
- аналіз крові на цукор;
- аналіз крові на холестерин;
- обстеження на тропоніни, ВІЛ, вірусні гепатити;
- визначення насиченості крові киснем;
- ЕКГ дослідження;
- вимірювання артеріального тиску;
- спірографія;
- дослідження гостроти зору та органів слуху;
- визначення сатурації крові за допомогою пульсоксиметра;
- туберкулінодіагностика;
- визначення індексу маси тіла.

Проведення процедур та маніпуляцій:

- профілактичні щеплення.

У червні 2024 року Центр успішно підтвердив другу акредитаційну категорію, що свідчить про високий рівень якості наданих медичних послуг. Одним із пріоритетів діяльності закладу є впровадження політики активного заохочення, підтримки та популяризації грудного вигодовування серед батьків.

Особливу увагу в роботі Центру приділено профілактичним щепленням для дітей, адже саме вакцинація у перший рік життя забезпечує формування сильного імунітету до таких небезпечних інфекцій, як дифтерія, поліомієліт, правець, коклюш, кір та епідемічний паротит. Завдяки проведенню вакцинації можна значно знизити ризик поширення інфекційних захворювань і попередити тяжкі ускладнення, які можуть виникати внаслідок інфекцій.

Працівники Центру активно проводять просвітницьку роботу серед батьків, спрямовану на підвищення їхньої обізнаності щодо важливості та безпеки вакцинації. Завдяки таким зусиллям значно зросла відповідальність батьків за своєчасне проведення щеплень, що сприяє загальному покращенню показників здоров'я дитячого населення громади.

КНП «ЦПМД Іларіонівської селищної ради Синельниківського району Дніпропетровської області» має статус неприбуткової установи, тому у своїй діяльності не планує отримання прибутку чи збитку. Підприємство є одержувачем бюджетних коштів в межах затверджених бюджетних асигнувань та коштів НСЗУ за Програмою медичних гарантій.

Джерелами отримання коштів підприємства є:

- кошти від Національної служби здоров'я України у вигляді оплати за надані медичні послуги населенню району;
- кошти місцевого бюджету, виділених на реалізацію Програми Підтримка та вдосконалення медичного обслуговування населення Іларіонівської селищної ради на 2023-2025 роки;
- кошти обласного бюджету.
- кошти за надання в оренду вільних приміщень.

Таблиця 2.2.

Аналіз фінансових показників

Найменування показника	2021	2022	2023
Доходи всього, в т.ч.:			
Чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг)	6203	7595	7551
Інші операційні доходи, в тому числі:	3221	2647	2546
Інші фінансові доходи	3221	2647	2546
Інші доходи в тому числі:			
Дохід від безоплатно одержаних активів			
Витрати всього, в т.ч.:			
Собівартість реалізованої продукції (товарів, робіт, послуг)	8039	5898	6050
Адміністративні витрати	1381	1548	1691
Витрати на збут			
Інші операційні витрати		2808	2759
Фінансові витрати			
Інші витрати			
Податок на прибуток			
Чистий прибуток (збиток)*	4	28	(403)

Як свідчать дані таблиці 2.2 спостерігається певне зниження фінансових показників організації за період з 2021 по 2023 роки.

Показник чистого доходу від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг) демонструє незначне зростання у 2022 році порівняно з 2021, проте у 2023 році відбувається невелике зниження. Інші операційні доходи, до яких належать і інші фінансові доходи, мають тенденцію до зниження протягом усього аналізованого періоду. Це свідчить про зменшення додаткових джерел доходу.

Собівартість реалізованої продукції знизилася у 2022 році, проте у 2023 році знову зросла. Це може пов'язано зі змінами в цінах на сировину, матеріали, або з оптимізацією виробничих процесів. Адміністративні витрати поступово зростають, що про збільшення інших витрат на управління.

Показник чистого прибутку у 2021 році був мінімальним, у 2022 році він зріс, але у 2023 році спостерігається значне зменшення і навіть фіксується збиток. Це свідчить про погіршення фінансового стану медичної організації.

Кожна амбулаторія має власний денний стаціонар, оснащений усім необхідним обладнанням для проведення лікувальних процедур. Загалом, у всіх

амбулаторіях є 11 ліжок денного стаціонару, розподілених таким чином: Іларіонівська – 5, Первомайська – 3, Шахтарська – 3. Медичні послуги населенню надаються у відповідності до наказу МОЗ України №504 від 19.03.2018 року «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги».

Мешканці Іларіонівської громади мають можливість отримувати лабораторні обстеження та консультації спеціалістів Синельниківської центральної міської лікарні на договірних засадах. Це забезпечує доступ до стаціонарного лікування, профільних відділень та невідкладної допомоги.

З 2020 року впровадження електронної черги суттєво покращило доступність медичних послуг для мешканців громади, скоротивши черги в амбулаторіях. За результатами опитувань, пацієнти виявили високий рівень задоволеності якістю обслуговування.

У комунальному некомерційному підприємстві «Центр первинної медичної допомоги Іларіонівської селищної ради» працюють шість сімейних лікарів загальної практики - сімейної медицини. Загальна штатна чисельність персоналу Центру за звітний період становить 38,5 одиниць. Кадровий склад підприємства відповідає вимогам кваліфікаційних характеристик, необхідних для забезпечення високоякісної медичної допомоги населенню. Усі напрями діяльності Центру оптимально укомплектовані кваліфікованими лікарями та медичними сестрами.

На основі проведеного SWOT-аналізу КНП «Центр первинної медичної допомоги Іларіонівської селищної ради» можна зробити такі висновки (Додаток Б).

Заклад має значний потенціал для розвитку завдяки своїм сильним сторонам, серед яких тісна співпраця з місцевою владою, забезпечення доступності медичних послуг для громади, наявність досвідченого медичного персоналу та відповідної матеріально-технічної бази. Це дозволяє ефективно виконувати основну місію закладу – надання якісної первинної медичної допомоги.

Проте слабкі сторони, зокрема недостатнє фінансування, кадровий дефіцит і віддаленість від великих медичних центрів, обмежують можливості розширення спектру послуг та оперативної взаємодії з іншими установами. Для усунення цих бар'єрів слід зосередитися на залученні додаткових ресурсів та розвитку кадрового потенціалу.

Заклад має перспективи у вигляді участі в державних і грантових програмах, впровадження сучасних технологій, таких як телемедицина, а також підвищення кваліфікації персоналу через співпрацю з іншими медичними закладами. Ці можливості можуть суттєво покращити якість послуг і підвищити ефективність роботи.

Однак слід враховувати існуючі загрози, такі як нестача коштів, конкуренція з боку приватних медичних закладів, міграція населення та високий рівень плинності кадрів. Для зниження їх впливу необхідно розробити стратегії фінансової стабільності, створювати мотиваційні програми для медичних працівників і активно залучати громаду до підтримки закладу.

Висновки до розділу 2

1. Органи державного управління у сфері охорони здоров'я є ключовими елементами, що забезпечують ефективне функціонування системи охорони здоров'я. Вони здійснюють стратегічне планування, організацію, контроль і регулювання медичних послуг, спрямованих на гарантування доступності, якості та сучасності медичної допомоги для населення. Їх діяльність формує основу для реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я та забезпечення соціальних гарантій громадян. До державного рівня належать: Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) та інші центральні органи виконавчої влади. Регіональний рівень представляють управління охорони здоров'я обласних адміністрацій, що забезпечують впровадження державної політики в регіонах. На місцевому рівні здійснюється управління охорони здоров'я міських, районних та об'єднаних територіальних громад (ОТГ), які

відповідають за організацію первинної медико-санітарної допомоги та забезпечення медичних послуг на місцях.

2. Іларіонівська територіальна громада, розташована в Синельниківському районі Дніпропетровської області, була створена у червні 2017 року на основі рішення Іларіонівської селищної ради від 9 червня 2017 року № 263-23/VII «Про добровільне об'єднання територіальних громад». До складу громади увійшли Іларіонівська селищна та Мар'ївська сільська ради.

Мережу закладів охорони здоров'я громади представляє комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медичної допомоги Іларіонівської селищної ради Синельниківського району Дніпропетровської області», до складу якого входять: Іларіонівська селищна амбулаторія загальної практики сімейної медицини, Первомайська та Шахтарська сільські амбулаторії, а також чотири фельдшерські пункти, розташовані у с. Мар'ївка, с. Старолозуватка, с. Дерезувате (діє з січня 2021 року) та смт Сад.

КНП «Центр первинної медичної допомоги Іларіонівської селищної ради Синельниківського району Дніпропетровської області» функціонує як неприбуткова організація, тому його діяльність не спрямована на отримання прибутку чи збитків. Підприємство фінансується за рахунок бюджетних коштів у межах затверджених асигнувань та за договорами з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) в рамках Програми медичних гарантій.

3. На основі проведеного SWOT-аналізу КНП «Центр первинної медичної допомоги Іларіонівської селищної ради» можна зробити висновок, що заклад має значний потенціал для розвитку завдяки своїм сильним сторонам, серед яких тісна співпраця з місцевою владою, забезпечення доступності медичних послуг для громади, наявність досвідченого медичного персоналу та відповідної матеріально-технічної бази. Це дозволяє ефективно виконувати основну місію закладу – надання якісної первинної медичної допомоги.

Проте слабкі сторони, зокрема недостатнє фінансування, кадровий дефіцит і віддаленість від великих медичних центрів, обмежують можливості розширення спектру послуг та оперативної взаємодії з іншими установами. Для

усунення цих бар'єрів слід зосередитися на залученні додаткових ресурсів та розвитку кадрового потенціалу.

Заклад має перспективи у вигляді участі в державних і грантових програмах, впровадження сучасних технологій, таких як телемедицина, а також підвищення кваліфікації персоналу через співпрацю з іншими медичними закладами. Ці можливості можуть суттєво покращити якість послуг і підвищити ефективність роботи. Однак слід враховувати існуючі загрози, такі як нестача коштів, конкуренція з боку приватних медичних закладів, міграція населення та високий рівень плинності кадрів. Для зниження їх впливу необхідно розробити стратегії фінансової стабільності, створювати мотиваційні програми для медичних працівників і активно залучати громаду до підтримки закладу.

РОЗДІЛ 3. ПРОБЛЕМИ ТА НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Аналіз проблем державного управління системою охорони здоров'я

Ситуація у сфері охорони здоров'я України характеризується низкою проблем, які безпосередньо впливають на якість медичних послуг та доступність допомоги для населення. Наприклад, електронна черга до сімейного лікаря часто стає причиною довгого очікування. Це може призвести до того, що пацієнт втрачає час, необхідний для своєчасного лікування, що в окремих випадках спричиняє серйозні ускладнення хвороб, які потребують оперативного втручання.

Ще однією складністю є обов'язкове отримання направлення від сімейного лікаря для консультації вузькопрофільного спеціаліста. Це забирає час пацієнта, оскільки раніше можна було звернутися до вузького спеціаліста напямую. До цього додається проблема недостатньої кваліфікації деяких сімейних лікарів, що не завжди дозволяє їм діагностувати чи лікувати специфічні захворювання. Це може призвести до неправильного лікування або переходу хвороби в хронічну форму.

Оперативне надання медичної допомоги ускладнюється через перевантаження лікарів, нестачу необхідного обладнання та транспорту, що часто залишає пацієнтам лише можливість отримати консультацію по телефону. До того ж робота медичних установ значною мірою залежить від технічного забезпечення, яке у багатьох закладах залишається на низькому рівні. Це призводить до труднощів у використанні електронних систем через нестабільний Інтернет або відсутність комп'ютерної техніки.

Додатковим тягарем для медичного персоналу стала велика кількість адміністративної роботи, що включає заповнення документації та роботу з

комп'ютерними системами. Це забирає значну частину часу, який міг би бути витрачений на пацієнтів.

Ще однією проблемою є впровадження телемедицини, яке потребує значних фінансових ресурсів на придбання техніки, обладнання та забезпечення стабільного зв'язку. Це знижує обсяги фінансування традиційних медичних закладів, що впливає на їхню роботу.

Закупівля вакцин для дітей також викликає питання, оскільки часто обираються найдешевші препарати, які не завжди відповідають вимогам якості. Це може негативно позначитися на здоров'ї дітей. Водночас аптеки нерідко продають препарати сумнівної якості через недостатній контроль із боку держави. Люди пільгових категорій також стикаються з труднощами в отриманні необхідних ліків, оскільки перелік безкоштовних або пільгових препаратів обмежений, а доступ до них є лише в окремих аптеках.

Як наслідок, корупційні механізми в процесі лікування є однією з ключових проблем. Деякі медичні працівники, керуючись бажанням отримати фінансову вигоду, направляють пацієнтів на додаткові, інколи непотрібні обстеження або рекомендують придбання медикаментів конкретного виробника, маючи з цього особистий прибуток. Це не лише створює зайві витрати для пацієнтів, але й підриває довіру до системи охорони здоров'я.

Низький рівень профілактичних заходів є ще однією серйозною проблемою. Медичні працівники не завжди мотивовані сприяти профілактиці захворювань серед населення, а також не приділяють достатньо уваги санітарно-курортному лікуванню, особливо для пільгових категорій громадян. Це призводить до швидкого розвитку хронічних і важковиліковних хвороб, що вимагає значних фінансових витрат на лікування, які можна було б уникнути завдяки своєчасним профілактичним заходам.

Крім того, в Україні відсутня загальнонаціональна система моніторингу та впровадження сучасних методів лікування, які вже ефективно застосовуються в інших країнах. У лікуванні таких поширених захворювань, як серцево-судинні хвороби, туберкульоз чи онкологія, часто не

використовуються прогресивні міжнародні практики. Це знижує ефективність лікування і створює додаткові ризики для пацієнтів. Також недостатньо популяризується здоровий спосіб життя, що могло б суттєво зменшити ризик захворюваності серед населення.

Однією з найголовніших та найгостріших проблем сучасного державного та муніципального управління у сфері вітчизняної системи охорони здоров'я є так званий неефективний менеджмент. Як показує практика, «неповна успішність» сучасної системи, незадоволення населення якістю медичної допомоги, а також невдоволення медичних працівників – це результат недосконалої системи управління. Величезна кількість помилок виникає через відсутність уміння прораховувати можливі наслідки прийняття тих чи інших рішень. Помилки в управлінні особливо помітні в процесі сучасної оптимізації, яка спричинила скорочення великої кількості лікарів. Внаслідок цього, у більшості випадків медична допомога стала недоступною.

Окрім того, актуальне питання у галузі фінансування охорони здоров'я – це питання заробітної плати. Навіть в умовах складної фінансової ситуації її необхідно підвищувати, виходити на «дорожні карти».

Як відомо, перетворення торкнулися практично всіх галузей охорони здоров'я. Система нормативних правових актів, яка є однією з основних, у тому числі й для охорони здоров'я, не стала винятком. Змінюється співвідношення державного та приватного охорони здоров'я, змінюється співвідношення прав та обов'язків пацієнтів та медичних працівників. Дуже серйозні зміни, у яких плутаються не лише медичні працівники: не зовсім компетентні юристи, які спеціалізуються у сфері законодавства з охорони здоров'я громадян.

Однією з найважливіших проблем на сьогоднішній день є складнощі у швидкому пристосуванні медичних працівників до постійно виникаючих нововведень у цій сфері діяльності. Спостерігаються кардинальні зміни статусу медичних установ, їх фінансово-господарського стану, змінюється система навчання медичних працівників, змінилися види допомоги, постійно

вдосконалюється система державних гарантій та багато іншого. Безумовно, у цій системі важко швидко почати орієнтуватися.

Крім незбалансованості програм державних гарантій безкоштовної медичної допомоги та їх фінансового забезпечення, важливими проблемами державного та місцевого управління у сфері охорони здоров'я є слабкі стимули до праці з боку медичних працівників. Окрім того спостерігається низька ефективність використання наявних у охороні здоров'я ресурсів.

Ще однією гострою проблемою є недостатньо опрацьована система інформатизації охорони здоров'я. Як правило, складнощі виникають щодо вибору інформаційних технологій, які повністю відповідатимуть заявленим цілям. Крім того, ця проблема нерозривно пов'язана із фінансуванням. Недостатньо повно враховується зарубіжний досвід у цьому напрямі, хоча, наприклад, вивчення історії впровадження інформаційних технологій у країнах, як Японія та, могли б значно допомогти у інформатизації вітчизняного охорони здоров'я.

Ці проблеми вказують на необхідність реформ у сфері управління охороною здоров'я, посилення профілактичних заходів, боротьби з корупцією та впровадження сучасних медичних технологій і підходів. Лише комплексний підхід до вирішення цих питань дозволить створити ефективну та довірену систему охорони здоров'я.

3.2. Напрями удосконалення державного управління системою охорони здоров'я

Динаміка показників здоров'я населення, за прогнозами, залишатиметься несприятливою, що зумовлено низкою об'єктивних соціально-економічних, екологічних та медичних чинників. Однією з ключових причин є зростання поширеності хронічних неінфекційних захворювань, таких як серцево-судинні, онкологічні та ендокринні хвороби. Це зумовлено недостатнім рівнем

профілактичних заходів, несвоєчасною діагностикою та обмеженим доступом до якісних медичних послуг, особливо в умовах сільської місцевості.

Ситуацію ускладнюють соціальні фактори, зокрема економічна нестабільність, низький рівень доходів населення та значні витрати на лікування, які часто є непосильними для вразливих категорій громадян. Умови воєнного стану значно впливають на стан здоров'я населення, спричиняючи як фізичні, так і психологічні наслідки для значної частини громадян. Руйнування медичної інфраструктури, дефіцит лікарських засобів та медичного обладнання, а також обмежений доступ до реабілітаційних послуг створюють додаткові виклики для системи охорони здоров'я.

Негативні екологічні чинники, такі як забруднення навколишнього середовища, також сприяють зниженню рівня здоров'я населення, викликаючи захворювання дихальної системи та інші патології. Крім того, недостатня увага до профілактичної медицини, зокрема низький рівень охоплення вакцинацією та відсутність масштабних програм пропагування здорового способу життя, знижують ефективність боротьби з поширенням захворювань.

Таким чином, комплексний підхід до розв'язання цих проблем є критично необхідним. Зокрема, актуальними є розробка і впровадження державних програм, спрямованих на покращення профілактики, доступу до медичних послуг, а також забезпечення медичних закладів сучасним обладнанням і лікарськими засобами. Особливу увагу слід приділити реабілітації населення, яке постраждало внаслідок воєнних дій, а також розвитку цифрових рішень у сфері охорони здоров'я, що сприятиме оперативності й ефективності надання медичної допомоги.

З метою вдосконалення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я необхідні дії в наступних головних напрямках.

По-перше, розвиток механізмів стимулювання зацікавленості громадян у збереженні власного здоров'я. Інформування населення (у тому числі дітей та молоді), про правила здорового способу життя, наслідки вживання тютюну та

зловживання алкоголем, включаючи розробку, здійснення та розвиток інформаційних комунікативних компаній та медіапроектів.

По-друге, безумовний пріоритет розвитку первинної ланки надання медичної допомоги при скороченні обсягів стаціонарної допомоги. Розвиток профілактики захворювань, кардинальне поліпшення первинної медичної допомоги – критичні умови скорочення захворюваності та смертності для сучасної системи охорони здоров'я. Відповідно, необхідні заходи вкладення в людський капітал дільничної служби її в матеріальне оснащення. Що дозволить провести структурні зміни в системі надання медичної допомоги та покращення її роботи призведе до зменшення потреби в інших дорогих видах медичної допомоги (наприклад, стаціонарної, швидкої).

По-третє, розвиток людського потенціалу системи охорони здоров'я шляхом підвищення кваліфікації, а також впровадження нових систем стимулювання та мотивації. Для цього напряму необхідне перетворення системи медичної та додаткової професійної освіти, а також реалізація державних програм підвищення кваліфікації, особливо дільничним лікарям та вузьким фахівцям. Розробка та впровадження нових систем стимулювання та мотивації медичних працівників.

По-четверте, розвиток системи лікарського забезпечення пацієнтів при амбулаторному лікуванні при співфінансуванні держави та населення. Для поліпшення стану здоров'я населення результативним буде надання громадянам лікарських засобів з 25-50% знижкою до ціни навіть за обмеженим колом захворювань та з більш вузького переліку медикаментів порівняно з переліком, що використовується зараз, для лікарського забезпечення низки категорій населення (пільговиків).

По-п'яте, посилення реабілітаційної підтримки населення, що є важливим напрямом вдосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я в умовах війни. Наслідки військових дій, зокрема фізичні травми, психологічні розлади та соціальна дезадаптація, потребують створення ефективної системи реабілітації для постраждалих громадян.

Одним із ключових завдань є розвиток мережі багатoproфільних реабілітаційних центрів у безпечних регіонах країни. Ці заклади повинні бути оснащені сучасним обладнанням для фізичної реабілітації, протезування, відновлення рухової активності та лікування складних травм. Особливу увагу слід приділити організації спеціалізованих центрів для військовослужбовців, які отримали поранення на фронті.

Важливим компонентом є психологічна реабілітація, яка передбачає доступ до кваліфікованих психологів і психотерапевтів. Постраждали від війни громадяни потребують як індивідуальної, так і групової терапії для подолання посттравматичного стресового розладу, тривожності чи депресії. Особлива увага має приділятися дітям, які зазнали травматичного досвіду, оскільки наслідки війни можуть впливати на їхній психоемоційний стан у довгостроковій перспективі.

Соціальна реабілітація є ще одним важливим напрямом. Це включає програми професійної підготовки та перепідготовки для людей, які втратили можливість працювати за своєю спеціальністю, а також сприяння їхньому працевлаштуванню. Важливо забезпечити підтримку для осіб, які втратили працездатність, зокрема через державні програми соціальної допомоги.

По-шосте, радикальне підвищення прозорості державного управління, і в першу чергу прийняття рішень щодо розподілу ресурсів та закупівлі ліків та медичного обладнання. Необхідно введення чітких вимог до інформування суспільства про критерії включення заходів до державних програм розвитку охорони здоров'я, про фінансування та результати діяльності медичних організацій, вимог обов'язку оцінок порівняльної клініко-економічної ефективності при прийнятті рішень про закупівлю медичного обладнання, лікарських засобів та інше. Отже, ці заходи сприяють зменшенню марнотратства державних коштів та корупції.

Для підвищення ефективності політики у сфері охорони здоров'я можна було б стимулювати якісне виконання медичними працівниками своїх обов'язків шляхом підвищення заробітної плати та зменшенням тиску на них з

боку контролюючих організацій. Також необхідно проводити навчальні курси та семінари. Всі ці заходи дозволили б підвищити ефективність реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я.

Так, стратегічними пріоритетами в сфері медичних послуг для Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медичної допомоги Іларіонівської селищної ради Синельниківського району Дніпропетровської області» можна визначити:

- досягнення фінансової ефективності роботи закладу;
- проведення заходів з енергозбереження;
- покращення матеріально-технічного забезпечення (що дасть можливість своєчасного встановлення діагнозу, підвищення точності аналізів);
- наявність необхідних послуг та додаткових (лабораторія);
- профілактика та здоровий спосіб життя;

Пріоритетами у сфері персоналу є:

- комплектація закладів кваліфікованими лікарями;
- розвиток потенціалу наявних кадрів;
- безперервне навчання з персоналом;
- проведення «Школи здоров'я» раз в квартал (забезпечення приміщенням та обладнанням);
- розвивати професійні навички шляхом введення критеріїв оцінки якості медичного обслуговування для лікарів та медичних сестер.

Також пропонується розширення платних послуг установою охорони здоров'я за допомогою впровадження платної високотехнологічної допомоги. Дана діяльність полягає у наданні населенню додаткових платних медичних послуг, що включають профілактичну, лікувально-діагностичну, протезно-ортопедичну, зубопротезну, а також реабілітаційну допомогу. Підприємницька діяльність не знімає з закладу охорони здоров'я відповідальність щодо збереження регламентованого режиму роботи, забезпечення доступної та разом з цим якісної безкоштовної медичної допомоги у необхідному обсязі. Це слід

враховувати під час укладання договору – обов'язкового документу, який регулює відносини між установою охорони здоров'я та замовником.

Правильна організація надання платних послуг досягається за рахунок якісного управління, розподілу та планування ресурсів. У цьому випадку керівникам установи слід підтримувати конкурентоспроможність на ринку платних медичних послуг, а також розуміти, як працювати зі споживачами, і зрештою оцінювати переваги та недоліки власної підприємницької діяльності.

Ще кілька десятиліть тому некомерційні організації не розуміли значення слова «менеджмент». Менеджмент часто асоціювався з підприємницькою діяльністю, тоді як члени некомерційних установ пишалися своєю непричетністю до надання платних медичних послуг, а також незалежності від величини прибутку. В даний час більшість керівників закладів охорони здоров'я вже розуміють, що для них чітке дотримання основних принципів менеджменту, ефективне управління, розподіл та планування ресурсів, контроль, можливо, навіть важливіший, ніж для підприємницьких структур, через те, що людей, які працювали не на кінцевий фінансовий результат значно складніше організувати. Зрозуміло, некомерційні заклади охорони здоров'я прагнуть досягти успіху в цій галузі. Однак вони можуть до кінця не розуміти, що добрі спонукання не замінять правильної та чіткої організації, використання принципів відповідальності, ефективності роботи та досягнення високих результатів. плати за використання приміщень. Тим не менш, найбільшою перевагою є те, що пацієнт може в одному місці отримати як безкоштовну медичну допомогу, а також вузькопрофільну допомогу в рамках надання платних послуг.

Хоча в даний час багато приватних медичних організацій намагаються вкласти фінансові кошти в будівництво багатопрофільних медичних центрів, тим самим забезпечуючи конкурентоспроможність на галузевому ринку. У зв'язку з цим керівникам установ необхідно розробляти грамотні фінансові рішення, приділяти більшу увагу проблемам управління в рамках інвестування, з обов'язковим використанням принципів економічної значущості. Необхідне

усвідомлення сутності, визначення особливостей методів та форм управління маркетингової системи надання медичних послуг. Все це здатне в результаті вплинути на ефективність просування медичних послуг.

Дохід від підприємницької діяльності, який надходить у самостійне розпорядження закладу охорони здоров'я, можна розглядати як інвестиційний капітал. Інвестиційний капітал з фінансової форми може бути трансформований в будівлі, споруди, а також обладнання та здійснювати інвестування з метою найбільш корисного ефекту.

Для збільшення доходів комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медичної допомоги Іларіонівської селищної ради» можна запропонувати проведення платних УЗД, ЕКГ, лабораторних досліджень (аналіз крові, сечі, гормонів тощо). Для цього потрібне наступне обладнання.

Таблиця 3.1.

Необхідне обладнання для проєкту

Обладнання	кількість	Ціна за одиницю, грн	Загальна вартість, грн
Апарат УЗД (з основними датчиками)	1	300000	300000
Датчики для УЗД (лінійний, конвексний, вагінальний)	3	25000	75000
Гель для УЗД	20	300	6000
Принтер для друку результатів УЗД	1	8000	8000
Електрокардіограф (багатоканальний)	1	70000	70000
Одноразові електроди для ЕКГ (100 шт)	1	500	500
Гель для електродів (10 тюбіків)	10	200	2000
Папір для друку ЕКГ (5 упаковок)	5	400	2000
тіл для роботи лікаря	1	5000	5000
Офісний стілець для персоналу	1	3000	3000
Кушетка для пацієнта	1	10000	10000
Шафа для зберігання медичних матеріалів	1	6000	6000
Візок для медичного обладнання	1	4500	4500

Прогнозована кількість пацієнтів 15–25 пацієнтів на день залежно від завантаженості кабінету та часу роботи.

Таблиця 3.2.

План продажу послуг за проектом

Квартал	Кількість людей	Дохід за день, тис грн	Дохід за місяць тис. грн	Дохід за квартал, тис. грн
1	1320	10,0	220,0	660,0
2	1320	10,0	220,0	660,0
3	1320	10,0	220,0	660,0
4	1320	10,0	220,0	660,0

Загальні інвестиційні витрати на проект включають витрати на обладнання, меблі, та додаткові витрати, які можуть виникнути під час облаштування кабінету. На основі попередньо створеної таблиці, загальна вартість була розрахована як 482 000 грн.

Порахуємо фінансові показники за місяць роботи.

Таблиця 3.3

Фінансові показники за проектом

Показник	Вартість
Кількість пацієнтів	440
Дохід від пацієнтів, грн	220000,0
Операційні витрати (заробітна плата персоналу, комунальні послуги, матеріали)	110000,0
Чистий прибуток грн	110000

Розрахуємо прогнозне значення фінансових показників по проекту за один рік.

Таблиця 3.4.

Прогноз фінансових показників за один рік за проектом

Показник	Вартість
Кількість пацієнтів	5280
Дохід від пацієнтів, грн..	2640000.0
Операційні витрати (заробітна плата персоналу, комунальні послуги, матеріали)	1440000.0
Чистий прибуток грн..	1200000.0

Розрахуємо ефективність інвестицій, Щоб оцінити ефективність інвестицій, розрахуємо ключові фінансові показники: окупність інвестицій, період окупності та чистої приведеної вартості.

Для розрахунку показників використаємо наступні формули

Окупність інвестицій (ROI, Return on Investment):

$$ROI = \frac{\text{Чистий прибуток}}{\text{Інвестиційні витрати}} \times 100\% \quad (3.1)$$

Період окупності (Payback Period) розрахуємо за формулою:

$$PP = \frac{\text{Інвестиційні витрати}}{\text{Чистий прибуток за рік}} \quad (3.2)$$

Отже, розрахуємо показник окупності інвестицій:

$$ROI = \frac{12000000}{482000} \times 100\% = 248,96\%$$

$$\text{Період окупності} = 482000/12000000 = 0,40$$

Отже, розрахунок ефективності інвестицій показує такі результати: окупність інвестицій (ROI): 248,96% - це означає, що проєкт повертає майже 2.5 рази більше інвестицій; показник періоду окупності дорівнює 0,40 років (приблизно 5 місяців). Ці показники свідчать про високу рентабельність і швидку окупність інвестицій у проєкт.

Розрахуємо показник чистої приведеної вартості (NPV, Net Present Value) за наступною формулою:

$$NPV = \sum_{t=1}^n \frac{CF_t}{(1+r)^t} - I \quad (3.3)$$

Де, CF– грошові потоки

r- ставка дисконтування (для нашого прикладу 10%).

I - Інвестиційні витрати

T – період аналізу

Проведений розрахунок дозволив нам отримати наступні дані

Чиста приведена вартість = 4066944,12 грн.

Отримані результати свідчать про високу привабливість інвестиційного проєкту, оскільки NPV є позитивним і значним.

Ефективна взаємодія держави та приватного сектору надає можливість для залучення додаткових інвестицій у сферу охорони здоров'я, що надає можливість для проведення оновлення галузі, оперативного впровадження інноваційних технологій та залучення до навчання фахівців, забезпечивши тим самим належний рівень зайнятості в системі охорони здоров'я. Для всіх споживачів медичних слуг стає можливим обирати медичну організацію. Як критерій вибору при цьому виступає аналіз на підставі порівняння цін, якості послуг, а також рівня сервісу, кваліфікації персоналу і так далі. Установи охорони здоров'я при цьому отримують додатковий бонус у вигляді стимулювання розвитку, а також оптимізації власної діяльності через те, що доводиться конкурувати з приватними організаціями за споживачів послуг. Кризових явищ, що і зумовило зниження платоспроможності населення держави, законодавчими ініціативами у сфері охорони здоров'я, розвиток державно-приватного партнерства, удосконалення нормативно-правових актів діяльності, пов'язаних, у тому числі, з охороною приватної власності. Таким чином, запровадження послуги з платної високотехнологічної медичної допомоги показало свою ефективність.

3.3. Пропозиції щодо удосконалення кадрової політики

З метою успішної модернізації системи охорони здоров'я, слід провести комплексний аналіз та вдосконалення кадрової політики. Цей процес можна розділити на 5 ключових етапів.

1. Діагностика поточної ситуації. Розробка довгострокової візії розвитку кадрового потенціалу, визначення ключових цілей та завдань, які дозволять забезпечити якісне надання медичних послуг.
2. Створення стратегії розвитку персоналу.
3. Розробка та впровадження кадрових програм.

4. Реалізація кадрової політики:
5. Оцінка результатів та зворотний зв'язок.
6. На підставі даних етапів можна запропонувати модель формування та вдосконалення кадрової політики у медичній установі (рис. 3.1.).

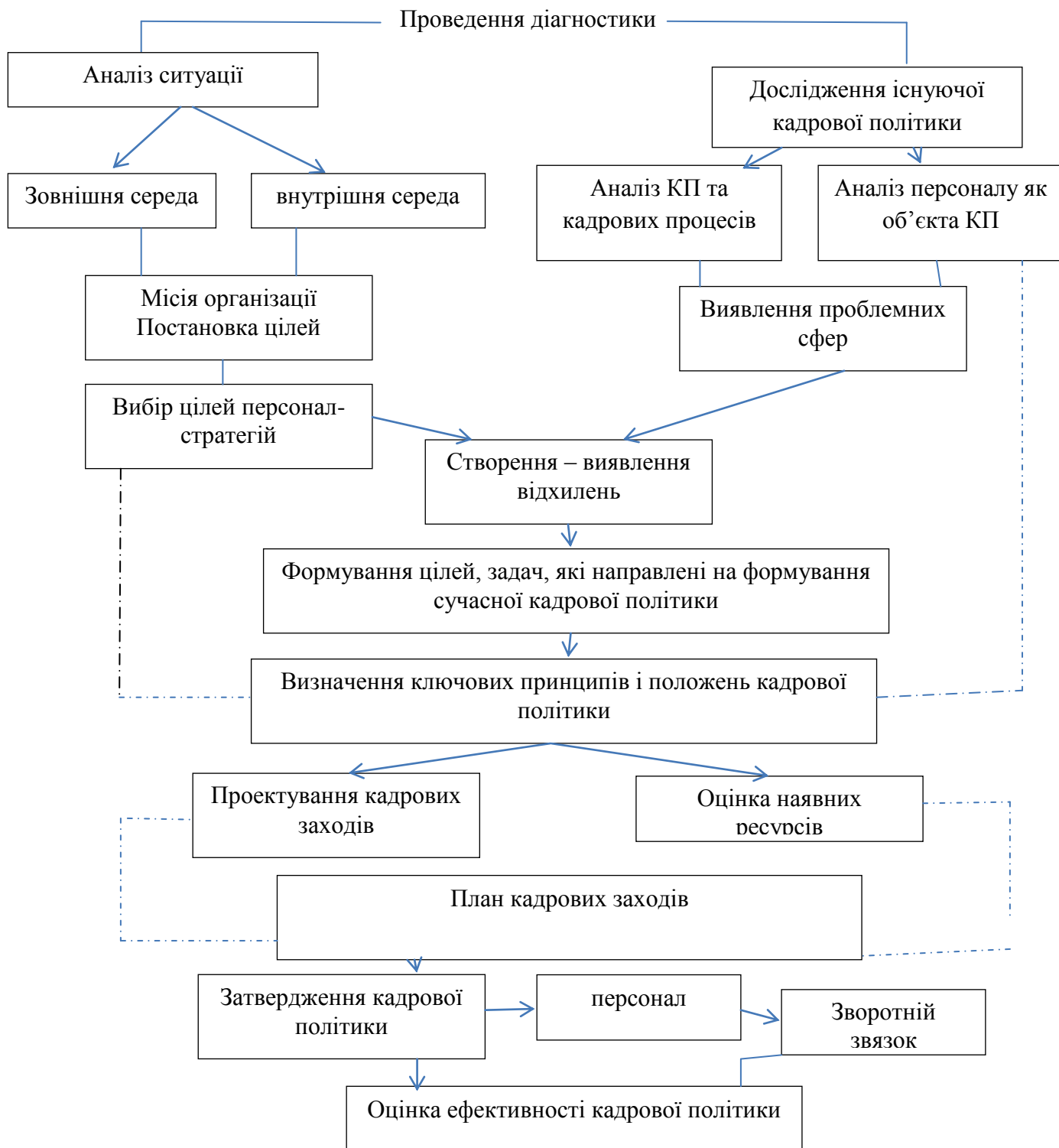


Рис. 3.1. Модель формування кадрової політики медичного установи
Авторська розробка

Етап 1. Основна мета даного етапу роботи полягає у глибокому аналізі існуючих кадрових ресурсів, їхньої кваліфікації, мотивації та ефективності роботи. Оцінка відповідності персоналу сучасним вимогам охорони здоров'я.

1.1. Дослідження зовнішнього середовища є першим кроком до розробки нової кадрової політики. Це включає в себе аналіз ринку праці, законодавства, конкурентів та інших зовнішніх факторів, які можуть вплинути на діяльність установи.

1.2. Для оцінки внутрішнього потенціалу та проблем установи використовується SWOT-аналіз. Цей метод дозволяє комплексно оцінити стан справ в організації та визначити напрямки для розвитку. Експертна група, залучаючи різні категорії співробітників, проводить дослідження та формує висновки.

1.3. Глибокий аналіз існуючої кадрової політики та кадрових процесів є необхідним для виявлення проблемних зон та розробки нових рішень. Порівняння фактичного стану справ з бажаним дозволяє визначити пріоритетні напрямки для вдосконалення кадрової роботи.

Етап 2. Метою даного етапу є визначення основних положень та принципів кадрової політики та формулювання Концепції кадрової політики організації.

2.1. Визначення пріоритетів. На основі проведеного аналізу формуються ключові цілі роботи з персоналом, такі як залучення та утримання кваліфікованих фахівців, створення сприятливого клімату в колективі та підвищення ефективності комунікацій.

2.2. Розподіл відповідальності. Цілі поділяються на конкретні завдання за напрямками кадрової роботи, наприклад, кадрове планування, відбір персоналу, навчання та розвиток.

2.3. Формування концепції. Усі розроблені принципи та положення об'єднуються в єдиний документ – Концепцію кадрової політики. Цей документ стане основою для подальшої роботи з персоналом.

Етап 3. Мета даного етапу - створення конкретних програм для залучення, розвитку та утримання висококваліфікованих кадрів, включаючи підбір персоналу, навчання, мотивацію та оцінку ефективності.

3.1. Формування робочої групи. Створюється команда експертів, до якої входять ключові фігури в галузі управління персоналом, для розробки конкретних заходів.

3.2. Оцінка пріоритетів. За допомогою опитування експерти визначають, які напрямки кадрової політики є найбільш важливими для досягнення цілей організації.

3.3. Генерація ідей. Проводиться мозковий штурм, під час якого збираються всі можливі варіанти кадрових заходів.

3.4. Відбір найкращих ідей. Зібрані ідеї аналізуються та відбираються найефективніші та найреалістичніші.

3.5. Оцінка ресурсів. Перевіряється, чи достатньо ресурсів (фінансових, часових тощо) для реалізації обраних заходів.

3.6. Створення плану. Розробляється детальний план, який включає конкретні дії, відповідальних осіб та терміни виконання.

Етап 4. Активне впровадження розроблених програм, моніторинг їх ефективності та внесення необхідних коректив.

4.1. Затвердження та презентація. Керівництво затверджує нову кадрову політику та інформує про неї весь персонал.

4.2. Інформування співробітників. Протягом тижня співробітники отримують детальну інформацію про нову кадрову політику, щоб вони розуміли її основні положення та цілі.

Етап 5. Систематична оцінка ефективності кадрової політики, аналіз досягнутих результатів та внесення змін для досягнення стратегічних цілей.

5. Рекомендований перелік показників подано у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Показники оцінки ефективності сформованої кадрової політики

Складові кадрової політики	Фактор успішної реалізації	Показник результативності
Планування та підбір персоналу	Забезпечення організації необхідними кадрами	Відсоток вакансій, закритих у встановлені терміни; Зменшення витрат на рекрутинг; Збільшення кількості рекомендацій від співробітників; Середній час закриття вакансії; Коефіцієнт задоволеності нових співробітників
Адаптація персоналу	Швидка інтеграція нових співробітників в колектив	Зменшення часу виходу на повну продуктивність; Зниження рівня плинності серед нових співробітників; Збільшення задоволеності роботою
Оцінка та атестація персоналу	Об'єктивна оцінка професійних якостей та потенціалу співробітників	Збільшення кількості співробітників, які пройшли атестацію; Зростання продуктивності праці; Зменшення кількості конфліктних ситуацій Відсоток співробітників, які отримали підвищення за результатами атестації
Формування кадрового резерву	Забезпечення безперервності роботи організації та її розвитку	Збільшення кількості співробітників, готових до заміщення вищих посад; Зменшення часу на пошук заміни при звільненні ключових співробітників; Відсоток співробітників з кадрового резерву, які зайняли вакантні посади
Розвиток персоналу (підвищення кваліфікації, навчання)	Підвищення кваліфікації та компетентності співробітників	Зростання продуктивності праці; Збільшення інноваційності; Підвищення лояльності співробітників; Відсоток співробітників, які пройшли навчання за власною ініціативою; Збільшення кількості патентів та раціоналізаторських пропозицій

Складено на основі [23]

Відповідальність за впровадження нової кадрової політики покладається на керівництво установи. Головний лікар є відповідальним за загальний процес, а заступник з управління персоналом координує роботу та залучає до цього процесу всіх співробітників, створюючи експертну групу. До складу групи експертів із удосконалення кадрової політики включаються такі представники:

- керівник організації (головний лікар медичного закладу); - заступники керівника з різних напрямків роботи (управлінню персоналом, організаційно-методичній роботі тощо);

- фахівці в галузі управління персоналом (співробітники відділу кадрів); - експерти з різних напрямів діяльності (провідні спеціалісти організації, керівники основних підрозділів) [31].

Висновки до розділу 3

1. Ситуація у сфері охорони здоров'я України характеризується низкою проблем, які безпосередньо впливають на якість медичних послуг та доступність допомоги для населення. Ситуацію ускладнюють соціальні фактори, зокрема економічна нестабільність, низький рівень доходів населення та значні витрати на лікування, які часто є непосильними для вразливих категорій громадян. Умови воєнного стану значно впливають на стан здоров'я населення, спричиняючи як фізичні, так і психологічні наслідки для значної частини громадян. Руйнування медичної інфраструктури, дефіцит лікарських засобів та медичного обладнання, а також обмежений доступ до реабілітаційних послуг створюють додаткові виклики для системи охорони здоров'я.

2. З метою вдосконалення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я запропоновано наступні заходи: розвиток механізмів стимулювання зацікавленості громадян у збереженні власного здоров'я; безумовний пріоритет розвитку первинної ланки надання медичної допомоги при скороченні обсягів стаціонарної допомоги; розвиток людського потенціалу системи охорони здоров'я шляхом підвищення кваліфікації, а також впровадження нових систем стимулювання та мотивації; розвиток системи лікарського забезпечення пацієнтів при амбулаторному лікуванні при співфінансуванні держави та населення; посилення реабілітаційної підтримки населення, що є важливим

напрямом вдосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я в умовах війни.

3. Стратегічні пріоритети у сфері медичних послуг для Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медичної допомоги Іларіонівської селищної ради Синельниківського району Дніпропетровської області» передбачають: забезпечення фінансової стабільності та ефективності діяльності закладу; впровадження заходів з енергозбереження; вдосконалення матеріально-технічної бази, що сприятиме своєчасній діагностиці та підвищенню точності аналізів; забезпечення необхідного спектру основних і додаткових послуг (зокрема, лабораторних); а також розвиток програм профілактики та пропаганди здорового способу життя.

4. Також запропоновано розширення платних послуг установою охорони здоров'я за допомогою впровадження платної високотехнологічної допомоги. Для збільшення доходів комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медичної допомоги Іларіонівської селищної ради» можна запропонувати проведення платних УЗД, ЕКГ, лабораторних досліджень (аналіз крові, сечі, гормонів тощо). Розрахунок ефективності інвестицій показує такі результати: окупність інвестицій (ROI): 248,96% — це означає, що проєкт повертає майже 2.5 рази більше інвестицій; показник періоду окупності дорівнює 0,40 років (приблизно 5 місяців). Ці показники свідчать про високу рентабельність і швидку окупність інвестицій у проєкт. Показник чистої приведеної вартості дорівнює 4066944.12 грн., що також підтверджує привабливість інвестиційного проєкту.

4. Запропоновано вдосконалення кадрової політики, де основними пріоритетами в сфері управління персоналом визначено: укомплектування закладу кваліфікованими лікарями; розвиток професійного потенціалу наявного персоналу; організація безперервного навчання для співробітників; регулярне проведення «Школи здоров'я» раз на квартал із забезпеченням необхідного приміщення та обладнання; вдосконалення професійних навичок шляхом впровадження критеріїв оцінки якості медичного обслуговування для

лікарів і медичних сестер. Запропоновано модель формування та удосконалення кадрової політики у Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медичної допомоги Іларіонівської селищної ради Синельниківського району Дніпропетровської області».

ВИСНОВКИ

1. Розглянуто поняття та сутність державного управління. Встановлено, що Поняття «державне управління» розглядається у широкому та вузькому аспектах. У широкому розумінні під державним управлінням слід розуміти діяльність органів державної влади, спрямовану на організацію, регулювання і контроль за функціонуванням суспільних відносин у різних сферах життя. Це систематичний процес, що включає прийняття рішень, планування, координацію, регулювання та контроль для досягнення суспільно важливих цілей. У вузькому розумінні під державним управлінням слід розуміти виконавчо-розпорядчу роботу держави, її органів, посадових осіб. Головним чином, це діяльність виконавчої влади в межах її компетенції щодо регулювання та забезпечення стабільності, законності, громадського порядку, оборони, боротьби з бідністю тощо. Наше власне розуміння державного управління виглядає таким чином: це впорядкована та організована діяльність виконавчих, законодавчих та судових органів влади, у процесі якої забезпечується стабільність та безперервність функціонування держави.

2. Проаналізовано сучасні уявлення про державне управління у сфері охорони здоров'я. Згідно з сучасними уявленнями, поняття державного управління у сфері охорони здоров'я передбачає цілеспрямовану, планомірну, постійну діяльність органів державної влади, яка спрямована на забезпечення громадянам гарантованого права на безкоштовну, якісну та сучасну медичну допомогу. Воно включає виконавчо-розпорядчі дії за формою та організаційний вплив за змістом, що мають на меті ефективне функціонування системи охорони здоров'я.

3. Досліджено зарубіжний досвід управління у сфері охорони здоров'я, що дало змогу зробити наступні висновки. Жодна система охорони здоров'я у світі не є чистою моделлю. Всі існуючі моделі є комбінацією різних підходів, де домінує або державне фінансування (бюджетна модель) або страхова (приватне або соціальне страхування). Ключовими факторами успіху будь-якої

системи є: широкий доступ до безкоштовних медичних послуг, ефективно використання ресурсів, відсутність дублювання витрат та можливість додаткового приватного страхування для задоволення індивідуальних потреб.

4. Проаналізовано сучасний стан державного управління у сфері охорони здоров'я. Визначено, що органи державного управління у сфері охорони здоров'я є ключовими елементами, що забезпечують ефективно функціонування системи охорони здоров'я. Вони здійснюють стратегічне планування, організацію, контроль і регулювання медичних послуг, спрямованих на гарантування доступності, якості та сучасності медичної допомоги для населення. До державного рівня належать: Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) та інші центральні органи виконавчої влади. Регіональний рівень представляють управління охорони здоров'я обласних адміністрацій, що забезпечують впровадження державної політики в регіонах. На місцевому рівні здійснюється управління охорони здоров'я міських, районних та об'єднаних територіальних громад (ОТГ), які відповідають за організацію первинної медико-санітарної допомоги та забезпечення медичних послуг на місцях.

5. Досліджено стан управління системою охорони здоров'я на прикладі Іларіоновської селищної територіальної громади. Мережа закладів охорони здоров'я територіальної громади представлена комунальним закладом охорони здоров'я КНП «Центр первинної медичної допомоги Іларіонівської селищної ради Синельниківського району Дніпропетровської області». Центр надає первинну медичну допомогу пацієнтам, які уклали декларацію з сімейним лікарем закладу. Джерелами отримання коштів підприємства є: кошти від Національної служби здоров'я України у вигляді оплати за надані медичні послуги населенню району; кошти місцевого бюджету, виділених на реалізацію Програми Підтримка та вдосконалення медичного обслуговування населення Іларіонівської селищної ради на 2023-2025 роки; кошти обласного бюджету; кошти за надання в оренду вільних приміщень. На основі проведеного SWOT-аналізу КНП «Центр первинної медичної допомоги Іларіонівської селищної

ради» можна зробити такі висновки, що заклад має значний потенціал для розвитку завдяки своїм сильним сторонам, серед яких тісна співпраця з місцевою владою, забезпечення доступності медичних послуг для громади, наявність досвідченого медичного персоналу та відповідної матеріально-технічної бази. Це дозволяє ефективно виконувати основну місію закладу – надання якісної первинної медичної допомоги.

Проте слабкі сторони, зокрема недостатнє фінансування, кадровий дефіцит і віддаленість від великих медичних центрів, обмежують можливості розширення спектру послуг та оперативної взаємодії з іншими установами. Для усунення цих бар'єрів слід зосередитися на залученні додаткових ресурсів та розвитку кадрового потенціалу.

6. Виявлено проблеми державного управління у сфері охорони здоров'я, серед яких: перевантаження лікарів, нестача необхідного обладнання та транспорту; недостатня кваліфікації деяких сімейних лікарів; низький рівень профілактичних заходів; відсутність загальнонаціональної системи моніторингу та впровадження сучасних методів лікування; неефективний менеджмент; корупційні механізми; велика кількість адміністративної роботи; що включає заповнення документації та роботу з комп'ютерними системами.

7. Запропоновано напрями удосконалення державного управління у сфері охорони здоров'я, а саме: розвиток механізмів стимулювання зацікавленості громадян у збереженні власного здоров'я; безумовний пріоритет розвитку первинної ланки надання медичної допомоги при скороченні обсягів стаціонарної допомог; розвиток людського потенціалу системи охорони здоров'я шляхом підвищення кваліфікації, а також впровадження нових систем стимулювання та мотивації; розвиток системи лікарського забезпечення пацієнтів при амбулаторному лікуванні при співфінансуванні держави та населення; посилення реабілітаційної підтримки населення, що є важливим напрямом вдосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я в умовах війни; радикальне підвищення прозорості державного управління, і в

першу чергу прийняття рішень щодо розподілу ресурсів та закупівлі ліків та медичного обладнання.

8. Визначено, що стратегічними пріоритетами в сфері медичних послуг для Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медичної допомоги» є: забезпечення фінансової стабільності та ефективності діяльності закладу; впровадження заходів з енергозбереження; вдосконалення матеріально-технічної бази, що сприятиме своєчасній діагностиці та підвищенню точності аналізів; забезпечення необхідного спектру основних і додаткових послуг (зокрема, лабораторних); а також розвиток програм профілактики та пропаганди здорового способу життя.

9. Також запропоновано розширення платних послуг установою охорони здоров'я за допомогою впровадження платної високотехнологічної допомоги, а саме проведення платних УЗД, ЕКГ, лабораторних досліджень (аналіз крові, сечі, гормонів тощо). Розрахунок ефективності інвестицій показує такі результати: окупність інвестицій (ROI) - 248,96; показник періоду окупності дорівнює 0,40 років (приблизно 5 місяців); показник чистої приведеної вартості дорівнює 4066944.12 грн. Ці показники свідчать про високу рентабельність і швидку окупність інвестицій у проект, що також підтверджує привабливість інвестиційного проекту.

10. Запропоновано удосконалити кадрову політику. Визначено, що основними пріоритетами в сфері управління персоналом визначено: укомплектування закладу кваліфікованими лікарями; розвиток професійного потенціалу наявного персоналу; організація безперервного навчання для співробітників; регулярне проведення «Школи здоров'я» раз на квартал із забезпеченням необхідного приміщення та обладнання; вдосконалення професійних навичок шляхом впровадження критеріїв оцінки якості медичного обслуговування для лікарів і медичних сестер. Запропоновано модель формування та удосконалення кадрової політики у Центрі первинної медичної допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко В.І., Качмар В.О. Формування основних напрямків розвитку інформаційних технологій в охороні здоров'я України на основі світових тенденцій. Український журнал телемедицини та медичної телематики. 2011. Т.9. № 2. С. 124-133
2. Аркатов Я.А. Шляхи реформування системи охорони здоров'я в Україні. https://ndipzir.org.ua/wp-content/uploads/2015/05/26.05.15/Conf_26.05.15_10.pdf
3. Банчук М. В. Державне управління інституційними змінами галузі охорони здоров'я в Україні. 2015. 272 с.
4. Барзилович А.Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. Державне управління. Інвестиції: практика та досвід. 2020. № 2. С. 134-140. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/2_2020/23.pdf
5. Борщ В.В. Система охорони здоров'я як структурний елемент національної безпеки України. Національний вісник Ужгородського національного університету. 2019. Вип. 23. С. 19—22
6. Борщ В.І. Сучасна парадигма державного регулювання системи управління у сфері охорони здоров'я. DOI: <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-022-3-4>
7. Вороненко Ю.В., Гойда Н.Г. Реформування охорони здоров'я: успіхи та перешкоди. Сучасні медичні технології. 2013. № 2. С. 24—26
8. Гладун З.С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) : монографія. Тернопіль : Економічна думка, 2005. 460 с. URL: http://library.tneu.edu.ua/files/EVD/mg_dpozou.pdf.
9. Горбатова Д.І. Форми державного управління у сфері охорони здоров'я. Право і суспільство. 2019. Вип. 4. С. 166—173.

10. Григорович В.Р. Удосконалення управлінських механізмів державної підтримки системи охорони здоров'я в Україні. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2010. № 2. <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=93>

11. Кармишев Д., Удовиченко Н. Основні принципи функціонування системи охорони здоров'я в контексті загальнолюдських цінностей соціальної держави. Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення): матеріали II Всеукр. наук.практ. конф.,17-18 квіт. 2008 р. Львів, 2018. С. 129–136.

12. Кармишев Д.В. Управління системою охорони здоров'я у контексті стратегічного управління організацією. Університетські наукові записки. 2005. Вип. 3 (15). С. 330–333. URL: <http://univer.km.ua/visnyk/849.pdf>

13. Клименко О. В. Державне регулювання медичної діяльності в Україні: генеза та тенденції розвитку. 2016.262с.

14. Конституція України. Документ 254к/96 ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96вр#Тех>

15. Копняк К.В. Оцінювання ефективності впровадження медичних інформаційних систем. Економіка і організація управління. 2017. №2(26). С.109-113.

16. Костюк В. С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29__11

17. Кошова С. Підготовка фахівців управління сферою охорони здоров'я в умовах реформи державного управління. Аспекти публічного управління. 2020. Т. 8, № 3. С. 119–128. DOI:1015421/152075

18. Кравченко В. В., Орлова Н.М. Шляхи підвищення задоволеності населення якістю амбулаторної медичної допомоги. Україна. Здоров'я нації. 2016. № 2. С. 38–42

19. Кризина Н. П. Державна Політика України в галузі охорони здоров'я: механізми Формування та реалізації, 2014. 208с.
20. Криничко, Л. Проблеми системи охорони здоров'я та напрями їх вирішення: погляд науки та практики. *Аспекти публічного управління*, 2020. 8(6), 115-131. <https://doi.org/10.15421/1520111>
21. Криничко Л.Р. Державне управління системою охорони здоров'я в умовах реформування: проблеми теорії та методології : монографія. Житомир : Вид. О.О. Євенок, 2020. 320 с.
22. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Борвінко Е. В., Волчек В. В. Аналіз перешкод на шляху розвитку системи первинної медичної допомоги в Україні та можливі підходи до їх подолання. *Медичні перспективи*. 2016. Том XXI. № 2 (ч. 1). С. 9–16.
23. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. *Україна. Здоров'я нації*. 2015. № 3. С. 67–86.
24. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Волчек В. В. Перетворення в системах первинної медичної допомоги (порівняльний аналіз підходів в країнах Європи та в Україні : навч. посіб. Дніпропетровськ, 2016
25. Литвиненко М. В. Механізми реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я в Україні: визначення і складники Теорія та практика державного управління. 2018. № 3(62). С.8. URL: http://www.kbuapa.kharkov.ua/e-book/tpdu/2018-3/doc/2/2_3.pdf
26. Литвиненко М. В. Принципи національної системи охорони здоров'я в Україні. Теорія та практика державного управління. 2015. Вип. 2. С. 198-206. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tpdu_2015_2_33
27. Лужецька Н. А. Сучасні проблеми реформування системи охорони здоров'я України. URL: <http://www.rusnauka.com/pdf/281969.pdf>
28. Лукаш С., Маслак О., Побідинський Р. Державне управління процесом автономізації медичних закладів в умовах реформування системи

охорони здоров'я. Public administrartion aspect. 2021. № 9(1). С 91-105. DOI: 10.15421/152109

29. Мамчин М.М., Колядич М.М., Фуртак І.І. Управління системою охорони здоров'я України на сучасному етапі її реформування. Проблеми економіки та управління. 2019. Вип. 4. С. 104-111.

30. Матвієнко Ю. Система охорони здоров'я в Японії. Медицина світу. 2013 р. № 11. URL: <http://msvitu.com/archive/2013/november/article-10.php>

31. Матвієнко Ю. Французька і Британська моделі охорони здоров'я (огляд). Медицина світу. 2014. № 5 URL: <http://msvitu.com/archive/2014/may/article-9.php>

32. Миськевич Т. Реформування системи охорони здоров'я в Україні. URL: http://www.nbuviar.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=753

33. Мосійчук І.В. Державне управління системою охорони здоров'я: сучасний стан та перспективи розвитку. Сталій розвиток економіки. 2016. № 1. С. 44-48.

34. Москаленко В. Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті URL: <http://amnu.gov.ua/aktualni-problemy-zdorov-ya-ta-ohorony-zdorov-ya-u-iii-tysyacholitti/>

35. Набхан О.В., Моїсеєнко Р.О. Державне управління сферою охорони здоров'я як складова соціальної безпеки держави. Інвестиції: практика та досвід. 2021. № 5. С. 110-116. DOI: 10.32702/2306 6814.2021.5.110

36. Надюк З. Механізми державного управління національною системою охорони здоров'я. URL: <http://ur.edu.pl/pliki/Zeszyt14/40.pdf>

37. Назарко С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/1_2020/57.pdf

38. Ніколюк О., Бондар В., Цветкова Н. Напрями удосконалення системи публічного управління розвитком у сфері охорони здоров'я України. Food Industry Economics. 2021.13(3). DOI: <https://doi.org/10.15673/fie.v13i3.2137>

39. Носулич Т.М. Наукові підходи до вивчення системи охорони здоров'я з позицій сталого розвитку. Сталий розвиток економіки. 2013. № 4.С. 195 – 201
40. Омеляновський, В.В. Моделі фінансування та організації систем охорони здоров'я: зарубіжний досвід. Фінансовий журнал. 2014. №3. С. 31
41. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листопада 1992 р. (№ 2801-ХІІ, редакція від 16 січня 2020 р.) URL : <https://zakon.help/law/2801-XII>
42. Осовський К. В. Правове забезпечення державного управління реформуванням системи охорони здоров'я. Наукові праці МАУП. Серія : 241 Юридичні науки. 2017. Вип. 1. С. 127-132. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Npmaupun_2017_1_22
43. Остапенко О.А. Проблеми та шляхи удосконалення публічного правління системою охорони здоров'я в Україні. Наукові перспективи. 2024. № 7(49). С. 472-483. URL: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-7\(49\)-472-483](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-7(49)-472-483).
44. Паршикова А. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу). Інформаційна довідка, підготовлена Європейським інформаційно-дослідницьким центром на запит народного депутата України. URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf>
45. Про затвердження Загальнодержавної програми “Здоров'я – 2020: український вимір: Закон України“ URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_2?pf3516=3748&sk1
46. Про утворення Національної служби здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101.=8
47. Про національну безпеку України: Закон України від 21.02.2018 № 2469 VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2469> 19
48. Про основи законодавства України про охорону здоров'я № 2801-ХІІ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

49. Сазонець І.Л., Зима І.Я. Визначення проблем та основних напрямів реформування системи охорони здоров'я України. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2018 № 12. DOI: 10.32702/2307-2156-2018.12.2
50. Самілик Л.О. Шляхи удосконалення державного управління в сфері охорони здоров'я. URL: http://medicallaw.org.ua/uploads/media/01_266_04.pdf
51. Ситник Н. Особливості державного управління у системі охорони здоров'я. Актуальні проблеми економіки, управління та маркетингу в аграрному бізнесі: матеріали III Міжнародної наук.-практ. Інтернет-конференції, м. Дніпро, 03-04 жовтня 2024 р., Дніпро ДДАЕУ, 2024. С. 236-237
52. Ситник Н. Шляхи удосконалення державного управління системою охорони здоров'я. Розвиток форм і методів сучасного менеджменту в умовах глобалізації: Матеріали 12-ї Всеукраїнської наук.-практ. конф. – Дніпро, 8-9.11.2024: тези доповідей. – Дніпро: Поліграфічний відділ ДДАЕУ, 2024. С. 121-122
53. Смирнов О. С. Бикова В. Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. 2016. Управління розвитком. № 3 (185). С. 78–83.
54. Терзі О. Зарубіжний досвід адміністративного управління у сфері охорони здоров'я. Часопис Київського університету права. 2018. № 2. С. 168-173. URL: http://www.jurnaluljuristic.in.ua/archive/2018/5/part_1/22.pdf
55. Ткач М. П. Проблеми визначення поняття державного управління. Правовий вісник Української академії банківської справи. 2012. № 1 (6). С.59–63.
56. Ткачова Н. М. Напрями реформування державної політики в сфері охорони здоров'я. Інвестиції: практика та досвід. 2018. № 8. С. 83–86. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/8_2018/19.pdf
57. Устимчук О.В. Комунікація у сучасних моделях державного управління охороною здоров'я: організаційно правові аспекти, 2020. 181с.
58. Фуртак І. І., Грицко О. М. (2011) Напрями удосконалення державного управління охороною здоров'я в Україні. Ефективність державного управління [Текст]: зб. наук. праць Львівського регіонального інституту

державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України / за заг. ред. чл.-кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпенцева. Львів: ЛРІДУ НАДУ, Вип. 26. С. 210, 216.

59. Черніховський Р.І. Публічне управління сфері охорони здоров'я та напрями його покращення. Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права. 2023. Вип. 6. С. 277-282. DOI <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2023.6.47>.

60. Чурпій І.К., Мельник І.В., Чурпій Н.В. Теоретико-правові аспекти реформування системи охорони здоров'я. Art of Medicine. 1(13) січень – березень, 2020. С. 179–174

61. Шевченко О.О., Работніков С.П., Геко О.В. Удосконалення механізму державного управління системою охорони здоров'я в Україні: питання публічної політики в умовах реформування. Держава та регіони. 2021. № 4(74). С. 99-104. DOI <https://doi.org/10.32840/1813-3401.2021.4.15>

62. Шелеміна Н. Особливості фінансування системи охорони здоров'я: вітчизняний та закордонний досвід. Економіка та суспільство 2023. № 53. <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-53-80>

ДОДАТКИ

Ключові параметри моделей охорони здоров'я п'яти провідних країн

Ключові параметри	Франція	Німеччина	Англія	США	Канада
Джерела фінансування системи охорони здоров'я	ОМС – 50 % ДМС – 20% Державний бюджет – 10% Особисті кошти – 20%	ОМС – 60% ДМС – 10% Державний бюджет – 15% Особисті кошти – 15%	Державний бюджет – 85% ДМС – 15%	Приватне страхування – 40% Особисті кошти – 20% Програми для вразливих верств населення – 40%	Федеральні фонди та фонди провінційних бюджетів – 90% Фонди приватних страхових компаній та добровільні внеси – 10%
Охват населення безоплатною медичною допомогою	96 % населення охоплено програмами ДМС	96 % населення охоплено програмами ОМС 10% - програмами ДМС	Загальний охват населення безоплатною медичною допомогою	Обмежується платоспроможністю пацієнтів, програми для вразливих верств населення	98-99 % населення охоплено програмами ОМС
Канали фінансування	Багатоканальна система фінансування	Багатоканальна система фінансування	Багатоканальна система фінансування	Багатоканальна система фінансування	Багатоканальна система фінансування
Форма управління системою охорони здоров'я	Децентралізована	Децентралізована	Централізована	Децентралізована	Децентралізована
Типи власності	Поєднання закладів різних форм власності з перевагою приватних	Поєднання різних типів медичних закладів	Переважають державні ЛПЗ	Переважають приватні ЛПЗ	Ключову роль відіграють приватні практикуючі лікарів та приватні заклади

SWOT аналіз

сильні сторони	слабкі сторони
<p>Наявність лабораторного обладнання (безкоштовне проведення аналізів та вакцинація) Достатня кількість кваліфікованого персоналу. Наявність автотранспорту Достатня кількість місць для паркування автомобілів Впроваджена медична інформаційна система МІС Достатнє комплектування комп'ютерною та офісною технікою Великий відсоток підписаних декларацій між лікарями та пацієнтами Достатня кількість послуг Центру та наявність вузькопрофільних фахівців оптимізована мережа ПМД комфортні умови роботи в ЗОЗ керівник ПМСД – якісний менеджер систематичне оновлення матеріально – технічної бази в ЗОЗ (модуль для телемедицини, дефібрилятор, автомобіль для медичної допомоги, лабораторне обладнання) доступність діагностичних послуг та співпраця з приватним діагностичним центром наближеність послуг ЗОЗ первинного рівня до вторинної та третинної медичної допомоги фінансова підтримка ОТГ закладів охорони здоров'я (в тому числі для оплати комунальних послуг; будівництва та реконструкції ЗОЗ) впровадження програми безперервного розвитку для медичного персоналу ЗОЗ в країні та поза її межами (он-лайн консультації, стажування на робочому місці)</p>	<p>Середній вік медичного персоналу до 60 років Наявний відсоток лікарів передпенсійного віку. Недотримання часу прийому / тривале очікування прийому у зв'язку із впровадженням нової медично - інформаційної системи. Технічний стан будівель і споруд, який потребує реіновації. Недостатня кількість санітарних кімнат обладнаних для осіб з обмеженими можливостями. Помірний рівень клієнтського сервісу Відсутня фінансова система мотивації персоналу амбулаторно-поліклінічної (вторинної) медичної допомоги та інших працівників, які надають первинну медичну допомогу. в ЗОЗ вторинного рівня не бажають обслуговувати населення, якого направили з ЦПМСД потреба в покращенні матеріально – технічного забезпечення ЗОЗ потреба в ремонтну приміщень ЗОЗ</p>
Можливості для реалізації візії	Загрози для реалізації візії
<p>Природний приріст населення Активна позиція і зацікавленість в розвитку медицини місцевої влади Позитивне ставлення населення до сімейних лікарів Державні та муніципальні програми розвитку медицини можливість для впровадження платних медичних послуг, які наразі відсутні в громаді задовільне транспортне сполучення в ОТГ активна позиція місцевої влади, заінтересованість та сприяння щодо розвитку медицини залучення донорських коштів, грантової допомоги</p>	<p>Відкриття ФОП Розміщення їх в центрі приватної лабораторії Трудова міграції переважно молодого населення Конкуренція з боку приватних медичних установ Конкуренція з боку інших ЦПМД Пасивність частини населення до вибору лікаря Низька мотивація молодих фахівців • недостатнє фінансування місцевих програм на охорону здоров'я в ОТГ скорочення фінансування від ОТГ ризик зміни курсу реформ в зв'язку з політичною ситуацією дорогоартісне впровадження інноваційних методів діагностики та лікуванні</p>

