

**ПОЛТАВСЬКА ДЕРЖАВНА АГРАРНА АКАДЕМІЯ  
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ЕКОНОМІКИ, УПРАВЛІННЯ,  
ПРАВА ТА ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ  
КАФЕДРА ПІДПРИЄМНИЦТВА І ПРАВА**

освітньо-професійної програми Зв'язки з громадськістю  
спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування

Ступінь вищої освіти Магістр

**ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ**

Завідувач кафедри

Петро МАКАРЕНКО

14 квітня 2022 року

## **КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

на тему: «Стратегічне управління розвитком системи охорони здоров'я»

виконала здобувач вищої освіти заочної форми навчання

**Суховерхова Світлана Сергіївна**

Керівник  
кваліфікаційної роботи

Юлія САМОЙЛИК

Полтава – 2022 року

## ВСТУП

**Актуальність теми.** У сучасних умовах проблеми інституційного забезпечення процесу публічного управління є особливо актуальними, оскільки в даний період система державного управління та регулювання, а також управлінські механізми на рівні суб'єктів господарювання суттєво трансформуються у відповідності до вимог глобалізації. Першочергової уваги потребує сфера охорони здоров'я, оскільки від її стану і розвитку залежить життя та здоров'я населення, можливість швидкого відтворення працездатності та забезпечення високої продуктивності праці.

Загальне соціально-економічне середовище України та стан розвитку країни залишаються складними. У зв'язку із повільними темпами зростання основних економічних показників, зокрема ВВП, спостерігається відчутний дефіцит бюджету в галузі охорони здоров'я, що гальмує розвиток цієї сфери, не дозволяє збільшувати капітальні інвестиції, які могли б бути спрямовані у розвиток системи охорони здоров'я. Публічне управління в галузі охорони здоров'я не може розвиватися без врахування інших проблем соціально-економічного розвитку. Необхідною є розробка стратегії та концепції управління системою охорони здоров'я, оснований на принципах сталого розвитку та постійного моніторингу існуючих та можливих майбутніх проблем у даній галузі. Для подальшого розвитку системи охорони здоров'я, забезпечення максимального покриття населення України медичними послугами необхідна інституціональна підтримка та формування ефективної стратегії управління розвитком закладів охорони здоров'я та галузі в цілому.

Питання реформування системи охорони здоров'я привертають увагу багатьох науковців, зокрема Т. Авраменко, М. Белінської, О. Возного, О. Вахненка, П. Гамана, Д. Карамішева, В. Кравченка, В. Князевича, Н. Кризини, О. Мусія, В. Мортікова, В. Пашкова, Я. Радиш, Л. Стефанишина, О. Савчука та ін. Науковці акцентують увагу на необхідності подальшого реформування системи охорони здоров'я та розробленні ефективної стратегії

розвитку закладів охорони здоров'я відповідно до глобалізаційних трендів. За таких умов, доцільним є поглиблене дослідження проблематики стратегічного управління закладами охорони здоров'я та розроблення конструктивних пропозицій для підвищення якості медичних послуг та системи охорони здоров'я в цілому.

**Метою** магістерської дипломної роботи є розроблення стратегії управління розвитком системи охорони здоров'я та обґрунтування відповідного інституційного забезпечення.

Для досягнення поставленої мети були сформульовані такі **завдання**:

- з'ясувати сутність понять «державне управління» та «державне управління охороною здоров'я»;
- виявити сутність та особливості інституційного забезпечення розвитку в галузі охорони здоров'я;
- провести діагностику індикаторів розвитку та ефективності публічного управління в системі охорони здоров'я в Україні та світі;
- оцінити систему управління охорони здоров'я в регіональному розрізі;
- виявити особливості управління закладом охорони здоров'я на прикладі КП «1-аміська клінічна лікарня Полтавської міської ради»
- обґрунтувати шляхи підвищення ефективності публічного управління та державного регулювання у сфері охорони здоров'я;
- визначити стратегічні напрями управління закладом охорони здоров'я на регіональному рівні.

**Об'єктом** дослідження є інституційне забезпечення системи управління закладами охорони здоров'я.

**Предметом** дослідження є теоретичні, методичні та практичні аспекти формування стратегії розвитку системи управління охороною здоров'я.

**Теоретичною та методологічною** основою дослідження є наукові праці й розробки вітчизняних та зарубіжних вчених з проблем управління у сфері охорони здоров'я та реформування даної галузі, законодавчі та нормативні акти Верховної Ради, Президента та Кабінету Міністрів України, Міністерства

охорони здоров'я, Всесвітньої організації охорони здоров'я. У процесі дослідження використано такі **методи**: системний і монографічний підхід, методи конкретних соціологічних досліджень, розрахунково-конструктивний, порівняння, аналогії, екстраполяції, моделювання, кореляційно-регресійний.

**Наукова новизна** роботи полягає в теоретико-методичному обґрунтуванні напрямів стратегічного управління розвитком системи управління закладами охорони здоров'я, а саме:

*удосконалено:*

концептуальні підходи щодо сутності системи охорони здоров'я, що, на відміну від існуючих, являє собою сукупність взаємопов'язаних елементів, ієрархічно структурованих з метою досягнення синергічного ефекту від застосування заходів, методів і важелів спрямованих на підвищення рівня здоров'я людей. Елементами системи охорони здоров'я є заклади охорони здоров'я, організації та інституції, які здійснюють цілеспрямований управлінський вплив у галузі охорони здоров'я, громадські та волонтерські, міжнародні організації, які прямо чи опосередковано беруть участь у функціонуванні даної системи, ресурси та джерела їх формування, а також споживачі медичних послуг;

трактування категорії «державне управління системою охорони здоров'я», що, на відміну від існуючих, означає сукупність суб'єктно-об'єктних впливів державних, комунальних та пов'язаних з ними інституцій на процеси та явища, пов'язані із здоров'ям та життєдіяльністю людини, що базуються на принципах рівності, справедливості, превентивності, партисипативності, прозорості з метою покращення рівня здоров'я та збільшення тривалості життя населення з мінімальними затратами (фізичними, моральними, часовими, матеріальними), що має насамперед забезпечуватись за рахунок превентивних заходів.

запропоновано структурування нормативно-правової бази, що є основою медичної реформи в Україні, окреслено перспективні вектори трансформації системи охорони здоров'я;

*набули подальшого розвитку:*

підходи щодо виявлення причинно-наслідкових зв'язків, що виникають у відносинах у сфері охорони здоров'я, зокрема за допомогою кореляційно-регресійної моделі проведено оцінювання ефективності системи охорони здоров'я у європейських країнах

рекомендації щодо підвищення ефективності державного регулювання у сфері охорони здоров'я на основі створення Національної комісії з регулювання фармацевтичної діяльності, яка включатиме вісім департаментів і забезпечить формування прозорого механізму відносин у процесі виробництва та обігу фармацевтичної продукції;

підходи щодо прийняття управлінського рішення з питань створення наглядової, спостережної та опікунської ради у комунальному підприємстві в галузі охорони здоров'я;

рекомендації щодо формування стратегії управління регіональним розвитком галузі охорони здоров'я та відповідних закладів охорони здоров'я.

**Практична цінність одержаних результатів.** Результати дослідження характеризуються достатнім ступенем готовності щодо використання в діяльності департаментів з охорони здоров'я, Міністерства охорони здоров'я та рівні закладів охорони здоров'я. Застосування результатів дослідження дозволяє сформулювати ефективну стратегію управління розвитком галузі охорони здоров'я та окремих її суб'єктів.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ІНСТИТУЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТРАТЕГІЇ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### 1.1. Сутність та особливості інституційного забезпечення розвитку в галузі охорони здоров'я

Забезпечення гідного рівня охорони здоров'я людей є першочерговим завданням державного рівня. Цінність людини для країни насамперед оцінюється показниками рівня розвитку медицини, оскільки ця галузь дозволяє забезпечити відповідну якість життя населення, зменшити рівень травматизму, захворюваності, смертності, збільшити тривалість життя. Метою системи охорони здоров'я є система дій та заходів, спрямованих на вирішення перерахованих завдань, дотримуючись принципів соціальної справедливості, доступності, превентивності, простоти надання, високої якості, своєчасності. Охорона здоров'я направлена на задоволення індивідуальних потреб пацієнтів та бути адаптованою до сучасних вимог, сформованих під впливом глобалізації.

В умовах реформування медицини варто враховувати та впроваджувати інноваційні світові розробки у сфері охорони здоров'я; забезпечувати безперервний моніторинг санепідеміологічного стану в регіонах, країні та за її межами та напрямів його впливу на середовище; впроваджувати світові підходи до системи менеджменту в галузі охорони здоров'я; інтегрувати в глобальне середовище в ролі повноцінного суб'єкта, що вносить відповідний вклад у міжнародну систему охорони здоров'я. Актуальним є питання розроблення стратегії управління розвитком закладу охорони здоров'я в сучасних умовах пандемії, зумовленої вірусом COVID-19, при цьому, важливе значення має інтеграція національних норм та правил системи охорони здоров'я в глобалізаційний простір.

На думку Міщенко Д.А. і Міщенко Л.О. у сфері охорони здоров'я найактуальнішими є організаційно-економічні питання [106], до яких науковці відносять такі проблеми, як визначення та пошук необхідних обсягів фінансування, зокрема інвестицій, просторова організація закладів охорони здоров'я, формування стратегії розвитку цієї сфери та підвищення якості медичної послуг, розвиток превентивної медицини, тобто підвищення уваги до заходів щодо профілактики захворювань та пропаганда здорового способу життя. Важливу роль і значення своєчасного реформування системи охорони здоров'я підкреслює В. В. Мортіков, який зазначає, що система охорони здоров'я є невід'ємним елементом національної безпеки, і її реформування – одне з найголовніших завдань сучасної України [8]. Схожу позицію має Н. П. Кризина, яка зазначає, що «стратегічною метою державної політики у сфері охорони здоров'я є підвищення рівня здоров'я, поліпшення якості життя і збереження генофонду українського народу» [5]. Ми погоджуємось із такою точкою зору і вважаємо, що для забезпечення відповідного рівня національної безпеки необхідне удосконалення системи охорони здоров'я на рівні окремих суб'єктів господарювання, а також на галузевому рівні в цілому.

Щодо головних напрямків реформування системи охорони здоров'я є перехід від суб'єктно-об'єктних управлінських систем ієрархічного типу до партнерських відносин на різних рівнях. Така думка простежується в наукових працях С. М. Вовк та Д. В. Карамішев, Н. М. Удовиченко, які зазначають, що «сьогодні спостерігається процес переходу від моделі стратегічного керівництва, в центрі якої стоїть держава, до моделі співробітництва, за якою стратегічне керівництво є продуктом спільної діяльності широкого кола суб'єктів, що діють на рівні держави і суспільства: парламенти, міністерства, відомства, організації, комісії, бізнесові структури, громадські об'єднання, засоби масової інформації, громадяни; таке стратегічне керівництво в інтересах здоров'я розосереджене по горизонталі; це сприяє здійсненню спільних дій у загальних інтересах сектору охорони здоров'я та інших секторів економіки» [2, 4]. Отже, проблематика формування

ефективної стратегії управління закладом охорони здоров'я в сучасних умовах набуває нових рис та особливої актуальності. В умовах глобалізаційних змін виникають нові тенденції та чинники, які потребують ретельних досліджень.

Сучасний напрямок реформування системи охорони здоров'я та зокрема медицини в Україні пов'язаний насамперед з державною стратегією децентралізації. Заклади охорони здоров'я набувають все більшої самостійності, це дозволяє врахувати особливості регіонального розвитку, гнучко і швидко реагувати на виклики та детермінанти зовнішнього середовища, разом з тим, з іншого боку, суттєве зменшення держаних впливів може стимулювати до комерціалізації медицини. Наразі спостерігається неготовність суб'єктів системи охорони здоров'я до кардинальних ринкових впроваджень та необхідності всебічного застосування маркетингу для підвищення ефективності розвитку закладів охорони здоров'я. Одним із наслідків децентралізації в управлінні охороною здоров'я є перенесення у певній мірі відповідальності на заклади охорони здоров'я, які не можуть виконувати всі управлінські функції.

Питання охорони здоров'я досить повно задеклароване в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». У цьому нормативно-правовому акті зазначено, що охорона здоров'я в Україні – це система заходів, які здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, медичними та фармацевтичними працівниками і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя [10]. Дане визначення підкреслює, що проблематика охорони здоров'я є всеохоплюючою і включає в себе питання наданням послуг з лікування, обстеження та реабілітації. Сутність системи охорони здоров'я розглядається також Л.А. Ляховченко, який підкреслює, що дана галузь є комплексною і ґрунтується на принципах взаємодії центральних органів влади на рівні

Міністерств охорони здоров'я, економічного розвитку і торгівлі, фінансів, освіти і науки, соціальної політики та інших відомств і міністерств» [6]. Отже, галузь охорони здоров'я взаємодіє з більшістю інших сфер, при цьому, забезпечує відтворення життєдіяльності, і як наслідок, продуктивності праці населення, що є основною економічного розвитку. Гладун З. [4] вважає, що до основних елементів системи охорони здоров'я належать заклади охорони здоров'я, а саме: поліклініки, лікарні, діагностичні центри, амбулаторії, санаторії, пансіонати, які складають первинну ланку системи охорони здоров'я. Другим не менш важливим елементом системи охорони здоров'я є органи управління, які здійснюють керівництво закладами охорони здоров'я. Поєднання первинної і вторинної ланок елементів в одній системі дозволяє здійснювати діяльність із охорони здоров'я і виконувати завдання цієї системи. Також сутність системи охорони здоров'я розглядається у положеннях, узагальнених у табл. 1.1.

Таблиця 1.1

### Концептуальна сутність категорії «система охорони здоров'я»

Автори	Сутність концепції
В. Москаленко [12, с. 54]	система охорони здоров'я – це сукупність усіх організацій, інститутів та ресурсів, головною метою яких є зміцнення, підтримка чи поновлення здоров'я
З. Гладун [4, с. 21]	система охорони здоров'я – сукупність елементів, спрямованих на діяльність у сфері охорони здоров'я, включаючи їх внутрішньосистемні зв'язки і відносини, діяльність допоміжних забезпечувальних елементів – підприємств хіміко-фармацевтичної, медичної і мікробіологічної промисловості, з налагоджування й ремонту медичної апаратури, аптечних складів та ін.
Я. Радиш [6, с. 33].	система охорони здоров'я – відкрита, динамічна, складна соціально-економічна система, що є сукупністю різноманітних державних і недержавних органів та організацій, діяльність яких здійснюється на основі міжгалузевих відносин і спрямована на збереження, зміцнення і відновлення здоров'я населення
Авторська концепція	система охорони здоров'я – сукупність взаємопов'язаних елементів, ієрархічно структурованих з метою досягнення синергічного ефекту від застосування заходів, методів і важелів спрямованих на підвищення рівня здоров'я людей. Елементами системи охорони здоров'я є заклади охорони здоров'я, організації та інституції, які здійснюють цілеспрямований управлінський вплив у галузі охорони здоров'я, громадські та волонтерські, міжнародні організації, які прямо чи опосередковано беруть участь у функціонуванні даної системи, ресурси та джерела їх формування, а також споживачі медичних послуг

Джерело: узагальнено автором за даними

Публічне управління у галузі охорони здоров'я формується на основі державної політики у даній галузі, яка спрямована на забезпечення рівноправності людини та громад у доступі до якісного медичного обслуговування. Політика держави у галузі охорони здоров'я реалізується відповідно до стратегії, сформованої Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Так, зокрема, на 17-ій 1963 р. (м. Нью-Йорк, США) і 35-ій 1983 р. (м. Венеція, Італія) сесіях ВАОЗ сформовано і декларовано 12 принципів щодо організації охорони здоров'я, які мають бути впроваджені у будь-якій національній системі. Ці принципи формуються на основі дотримання прав людини. При цьому, дані правила розповсюджуються однаково у міській та сільській територіях. Ці принципи публічного управління у сфері охорони здоров'я підтримані та впроваджені в систему охорони здоров'я України, вони є основою реформування медицини та є базисом нормативно-правової бази в медичній галузі.

Цікавою є точка зору Міщенко Д.А. [7] та Білик О.І. [1], які на основі аналізу нормативно-правових актів формулюють висновок про те, що у законодавстві України задекларовано як права громадян, так і механізми забезпечення цих прав. Однак, ці зобов'язання у сфері охорони здоров'я на рівні держави виконуються не повністю, спостерігається розбіжність між законодавчо закріпленими правами громадян та реалізацією такого права на практиці; відбувається відчуження держави від прямих конституційних обов'язків щодо медичної допомоги населенню [1, 7]. За таких умов, найбільш вагомю є проблема оптимального поєднання фінансової та соціально-економічної самостійності медичних закладів із суб'єктами державного управління, підтримки та регулювання сфери охорони здоров'я. У системі охорони здоров'я України спостерігається суттєвий розвиток механізмів державного управління через взаємодію стейкхолдерів, що забезпечило певні системні зміни в галузі.

У широкому розумінні державне управління розглядається як «практичний, організуючий і регулюючий вплив держави на суспільну

життєдіяльність людей з метою її упорядкування, зберігання або перетворення, що спирається на її владну силу» [3, с.105; 4, с.67; 5, с.138]. А державне управління охороною здоров'я розглядається як частина державного управління, що «наділена державно-владними повноваженнями для виконання завдань і функцій держави щодо збереження, укріплення та відновлення громадського здоров'я» [6, с. 468]. У більш вузькому розумінні ці категорії розглядає низка науковців, їх точки зору можна проаналізувати на основі табл. 1.2. Також доцільно проаналізувати концептуальні підходи щодо сутності категорії «механізм державного управління» (додаток А).

Публічне управління та адміністрування у галузі охорони здоров'я має розвиватись відповідно до потреб сьогодення та наслідків суспільного розвитку. Необхідним є формування довгострокової концепції сталого розвитку в галузі охорони здоров'я, а також необхідним є моніторинг проблем у даній галузі. Пріоритетним завданням для державного управління у сфері охорони здоров'я є здоров'я нації.

На разі, інституційний та нормативно-правовий механізми щодо формування відповідного стану охорони здоров'я в країні не в повній мірі відповідає існуючим потребам населення. При цьому, простежуються суттєві недоліки саме в системі публічного управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я. У даній галузі публічного управління спостерігається відсутність зрозумілого алгоритму щодо формування стратегії розвитку системи охорони здоров'я.

Розвиток системи публічного управління в галузі охорони здоров'я в Україні нині суттєво відстає від міжнародних пріоритетів. Так, наприклад, у міжнародному середовищі головними цілями є: дотримання екологічних норм і стандартів та безпечності продуктів харчування, контроль вірусних захворювань, розроблення універсальних лікувальних протоколів з урахуванням, які у свою чергу, будуть враховувати вікові, статеві, національні та особистісні фактори, розроблення механізмів стимулювання для індивідуальної відповідальності за стан здоров'я.

**Концептуальна сутність категорій «державне управління» та «державне управління системою охорони здоров'я»**

Автор	Сутність концепції
<b>Державне управління</b>	
В.А. Ребкало, В.А. Шахов	під державним управлінням прийнято розуміти здійснення функцій державними органами влади. Державне управління спрямоване на регулювання політичних, соціальних та економічних процесів у суспільстві. Також під державним управлінням розуміють діяльність органів державної влади та їх посадових осіб з реалізації певної політики [16, с. 4]
К. Ващенко, Ю. Ковбасюк, Ю. Сурмін	державне управління – діяльність держави (органів державної влади), спрямована на створення умов для якнайповнішої реалізації функцій держави, основних прав і свобод громадян, узгодження різноманітних груп інтересів у суспільстві та між державою і суспільством, забезпечення суспільного розвитку відповідними ресурсами [3, с. 3-4]
А. Миколенко	державне управління – специфічна діяльність держави, яка виявляється у функціонуванні низки уповноважених структур (органів) з реалізації виконавчо-розпорядчих функцій, що безперервно, планомірно, владно і в межах правових установок впливають на суспільну систему з метою її вдосконалення відповідно до публічних інтересів [11, с. 15-18].
Г. Атаманчук	розглядає категорію «управління» в контексті державного управління, і висловлює думку щодо доцільності визначення управління через термін «вплив», оскільки «державне управління» – це інструмент реалізації функцій держави та її виконавчої влади [1, с. 125]
Є.В. Долотенко	Державне управління – це специфічна соціальна, політична діяльність держави (органів державної влади), яка планомірно, владно і в межах правових установок впливає на суспільну систему з метою її вдосконалення відповідно до публічних інтересів
<b>Державне управління системою охорони здоров'я</b>	
М. Білинська, Я. Радиш, І. Рожкова	державне управління в галузі охорони здоров'я – це комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення як найважливішої складової її національного багатства, шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових та медичних заходів з метою збереження генофонду української нації, її гуманітарного потенціалу та врахування вимог нинішнього і майбутніх поколінь в інтересах як конкретної людини (особистості), так і суспільства в цілому [12, с. 7]
М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша	державна політика у сфері охорони здоров'я – «комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення держави як найважливішої складової її національного багатства шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових та медичних заходів з метою збереження генофонду української нації, її гуманітарного потенціалу та врахування вимог нинішнього і майбутніх поколінь в інтересах як конкретної людини (особистості), так і суспільства в цілому» [3]
Авторська концепція	Державне управління системою охорони здоров'я – сукупність суб'єктно-об'єктних впливів державних, комунальних та пов'язаних з ними інституцій на процеси та явища, пов'язані із здоров'ям та життєдіяльністю людини, що базуються на принципах рівності, справедливості, превентивності, партисипативності, прозорості з метою покращення рівня здоров'я та збільшення тривалості життя населення з мінімальними затратами (фізичними, моральними, часовими, матеріальними), що має насамперед забезпечуватись за рахунок превентивних заходів

Джерело: узагальнено автором за даними

У цей час, в Україні нині здійснюється лише базове реформування в напрямі підвищення якості медичних послуг. Медична реформа в Україні стартувала на початку 2018 р., коли 30 січня 2018 р. набув чинності Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII від 19.10.2017 [11]. Відповідно до основних положень даного закону сформовано основні етапи, кроки та стратегія трансформації системи охорони здоров'я відповідно до міжнародних прогресивних практик.

Вагомим кроком щодо реформування системи охорони здоров'я було створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ), яка є центральним органом виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення через виконання таких завдань:

1. Реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій).

2. Виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій.

3. Внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [9].

Діяльність національної служби здоров'я України та, по-суті, всіх закладів охорони здоров'я і Україні керується низкою нормативно-правових актів (рис. 1.1). Наразі офіційно стартував другий етап медичної реформи, при цьому, досягнуто низку результатів. Основні положення медичної реформи зводяться насамперед до створення мінімального гарантованого пакету медичних послуг для населення відповідно до пріоритетів охорони здоров'я та можливостей державного фінансування. Таким чином, в Україні впроваджено принцип «гроші ходять за пацієнтом», згідно якого державою не виділяються конкретні кошти на фінансування закладів охорони здоров'я, а оплачуватиме їх послуги за результатами діяльності.

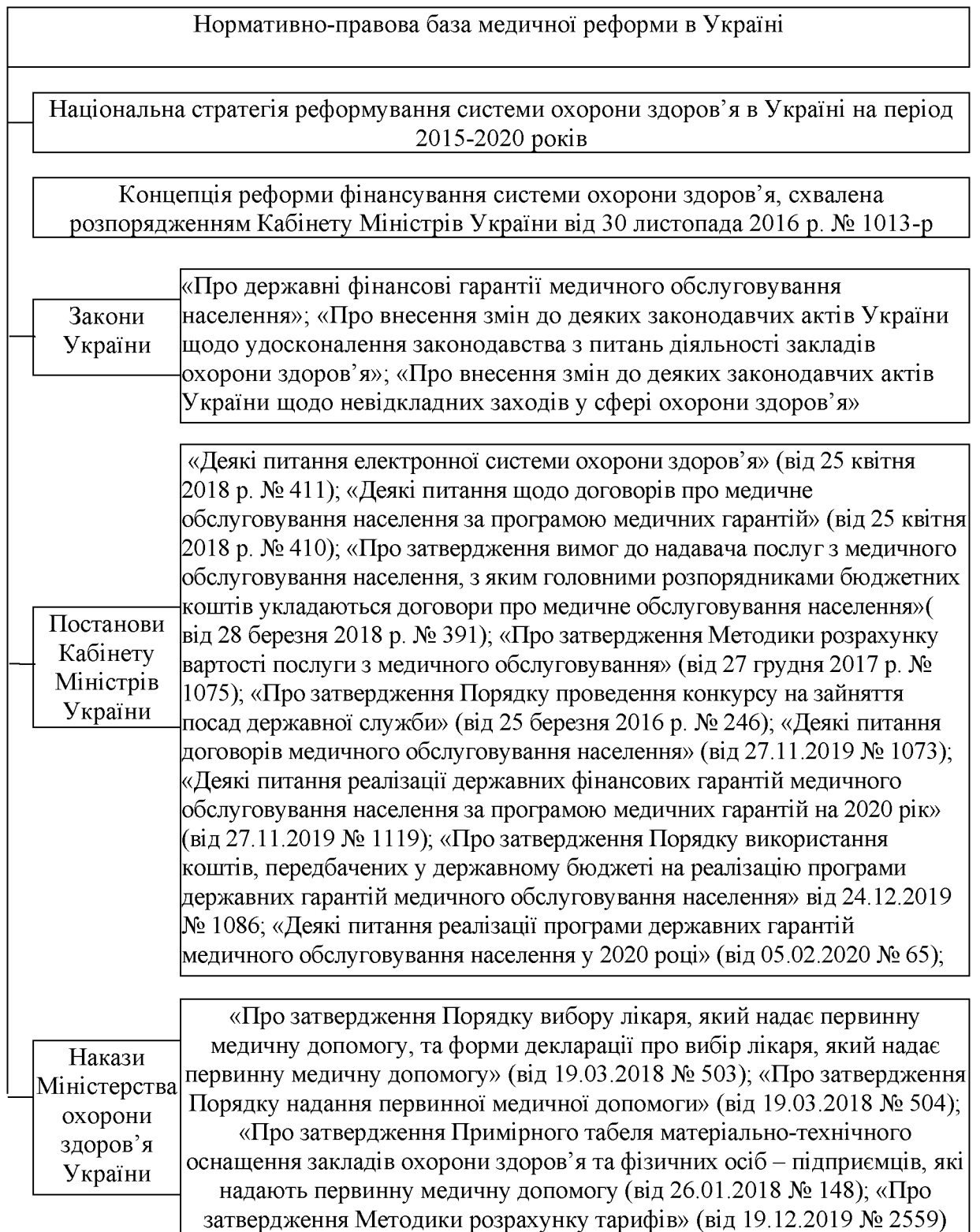


Рис. 1.1. Структура нормативно-правової бази, що є основою медичної реформи в Україні

Джерело: узагальнено авторами на основі [9-12]

Зараз існує перелік безоплатних медичних послуг, які фінансуються державою в межах програми медичних гарантій. Разом з тим, процедура

отримання цих безоплатних послуг залишається не завжди зрозумілою для багатьох пацієнтів, а тому підлягає критиці. Таким чином, основою сучасної медичної реформи є постійний тісний контакт із сімейним лікарем, який приймає рішення щодо направлення пацієнта до вузького спеціаліста.

Позитивним наслідком реформування системи охорони здоров'я в Україні є розбудова кардіологічних центрів та реконструкція стратегічних об'єктів, зокрема, таких як комплекс «Охмадит». Серед найбільш вагомих результатів медичної реформи в Україні доцільно проаналізувати низку показників, які згруповані у три групи: організаційні, фінансово-економічні, соціально-медичні, і свідчать про її ефективність (рис. 1.2).

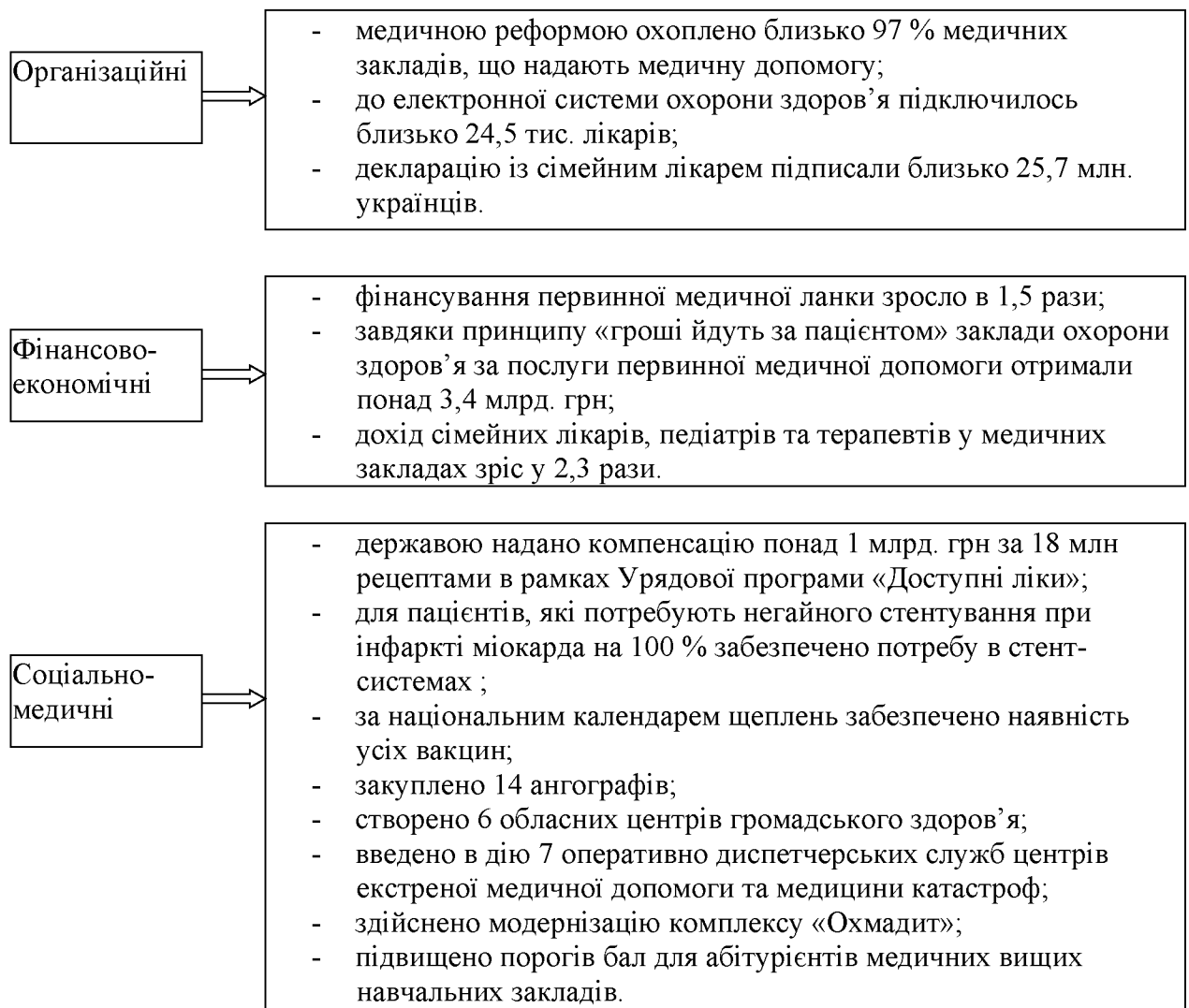


Рис. 1.2. Основні результати медичної реформи в Україні

Джерело: узагальнено автором за [9-12]

На сьогоднішній день розпочався процес автономізації закладів охорони здоров'я, який передбачає контрактні відносини з Національною службою здоров'я України, яка здійснює пряме фінансування за надані послуги з Державного бюджету. Також важливим кроком до дебіюрократизації системи охорони здоров'я є запровадження електронної системи e-Health. Це дозволяє зменшити паперовий документообіг, полегшити роботу медичного персоналу, обробляти статистичні дані, формувати стратегічні плани розвитку закладу охорони здоров'я.

## **1.2. Індикатори розвитку та ефективності публічного управління в системі охорони здоров'я в Україні та світі**

Основою інституційного та зокрема нормативно-правового регулювання у сфері охорони здоров'я в Україні є насамперед Конституція України, зокрема ст. 49, у якій чітко сформульовані такі права: на охорону здоров'я, на медичну допомогу та страхування. Реалізація державної функції у сфері охорони здоров'я забезпечується відповідним фінансуванням оздоровчо-профілактичних, соціально-економічних, медико-санітарних та інших програм у цій сфері. Також держава створює умови для якісного, доступного і ефективного медичного обслуговування для всіх громадян. Як приклад варто зазначити, що послуги з медичної допомоги надаються безоплатно у державних і комунальних закладах системи охорони здоров'я. Крім того, до обов'язків держави в галузі управління охороною здоров'я належить розвиток фізичної культури і спорту, забезпечення відповідного рівня санітарно-епідемічних норм, головною метою сукупності цих заходів є збільшення тривалості життя населення.

Розвиток системи охорони здоров'я в Україні неможливий без врахування викликів зовнішнього середовища, що насамперед зумовлено зменшенням кордонів між економіками світу. Неврахування глобальних

проблем, зокрема тих, що пов'язані зі здоров'ям нації, зумовлює фрагментарність здійснення публічного управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я.

Важливу роль у публічному управлінні та адмініструванні у сфері охорони здоров'я відіграють також і інші міжнародно-правові акти, прийняті Всесвітньою медичною асоціацією:

«Міжнародний кодекс медичної етики (1983);

Декларація стосовно незалежності і професійної свободи лікаря (1986);

Декларація з прав людини і особистої свободи медичних працівників (1985);

Дванадцять принципів надання медичної допомоги у будь-якій системі охорони здоров'я (1983);

Декларація стосовно евтаназії (1987);

Декларація стосовно трансплантації людських органів (1987);

Декларація про жорстоке ставлення до людей похилого віку і старих (1990);

Заява про підготовку медичних кадрів (1986);

Заява про використання психотропних засобів і зловживання ними (1983);

Заява про політику у сфері лікування смертельно хворих пацієнтів, які відчують хронічний біль (1990);

Декларація про незалежність і професійну роботу лікаря (1986)» [8].

Отже, публічне управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я повинно відповідати сукупності міжнародних стандартів та нормативно-правових актів.

Основні нормативні положення, що характеризують інституціональну основу розвитку системи охорони здоров'я та зокрема права людини на медичні послуги представлено в додатку Б. Узагальнюючим індикатором, який характеризує ефективність державного управління у сфері охорони здоров'я є Індекс людського розвитку.

Індекс людського розвитку (ІЛР) (англ. Human Development Index, HDI, до 2013 р. «Індекс розвитку людського потенціалу» (ІРЛП) – це інтегральний показник розраховується для міждержавного порівняння щорічно і характеризує рівень життя, довголіття, грамотності, освіченості. Ці показники є основними характеристиками людського потенціалу для кожної країни. Це стандартний інструмент для загального порівняння рівня життя у різних країнах та регіонах. Даний індекс розраховується у рамках програми розвитку ООН та публікується у звітах про розвиток людського потенціалу. Цей індекс був розроблений в 1990 р. економістами на чолі з пакистанцем Махбубом-уль-Хаком, при цьому, концептуальна структура індексу була створена у результаті розробок Амарт'я Сена.

Для розрахунку Індeksu людського розвитку розраховуються такі показники: очікувана тривалість життя, тобто оцінює довголіття; рівень грамотності населення країни, яка визначається як середня кількість років, витрачених на навчання, а також очікувана тривалість навчання. Також оцінюється рівень життя через ВНД на душу населення за паритетом купівельної спроможності (ПКС) в доларах США.

Показник ІЛР для країни свідчить про те, скільки ще потрібно зробити даній країні для досягнення головних цілей, наприклад, середньої тривалості життя 85 років, повної грамотності населення та суцільного охоплення навчанням молоді, а також рівня середньорічних доходів на одну особу в розмірі 40000 доларів за паритетом купівельної спроможності національної валюти. Значення індексу означає, що цілі тим ближчі, чим ближчим є значення ІЛР до одиниці.

На основі аналізу значень ІЛР здійснюється ранжирування країн, які розбиваються на три групи: 1) країни з високим рівнем людського розвитку – для яких  $IЛР \geq 0,8$ ; 2) країни з середнім рівнем людського розвитку – для яких  $0,5 \leq IЛР < 0,8$ ; 3) країни з низьким рівнем людського розвитку – для яких  $IЛР < 0,5$ . Перше місце за показником Індeksu Людського Розвитку посідає Норвегія (0,957), тобто ця країна має майже ідеальні показники тривалості

життя, охорони здоров'я, грамотності. Варто зазначити, що ця країна займає найвищі позиції в рейтингу за індексом щастя. Середня тривалість життя в Норвегії складає 82,4 роки, очікувана тривалість навчання складає 18,1 роки, а середня тривалість навчання – 12,9 років, валовий національний дохід за паритетом купівельної спроможності складає 66,494 дол. США на одну особу, що не є найвищим показником серед досліджуваних країн (табл. 1.3).

Таблиця 1.3

### Показники Індексу людського розвитку країн світу, 2019 р.

Ранг	Країни	ІЛР	Середня тривалість життя, років	Очікувана тривалість навчання, років	Середня тривалість навчання в школі, років	ВНД за ПКС дол. США на одну особу
1	Норвегія	0,957	82,4	18,1	12,9	66,494
2	Ірландія	0,955	82,3	18,7	12,7	68,371
2	Швейцарія	0,955	83,8	16,3	13,4	69,394
4	Гон-Конг, Китай	0,949	84,9	16,9	12,3	62,985
4	Ісландія	0,949	83	19,1	12,8	54,682
6	Німеччина	0,947	81,3	17	14,2	55,314
7	Швеція	0,945	82,8	19,5	12,5	54,508
8	Австралія	0,944	83,4	22	12,7	48,085
8	Нідерланди	0,944	82,3	18,5	12,4	57,707
10	Данія	0,94	80,9	18,9	12,6	58,662
11	Фінляндія	0,938	81,9	19,4	12,8	48,511
11	Сінгапур	0,938	83,6	16,4	11,6	88,155
13	Великобританія	0,932	81,3	17,5	13,2	46,071
14	Бельгія	0,931	81,6	19,8	12,1	52,085
14	Нова Зеландія	0,931	82,3	18,8	12,8	40,799
16	Канада	0,929	82,4	16,2	13,4	48,527
17	США	0,926	78,9	16,3	13,4	63,826
18	Австрія	0,922	81,5	16,1	12,5	56,197
19	Ізраїль	0,919	83	16,2	13	40,187
19	Японія	0,919	84,6	15,2	12,9	42,932
74	Україна	0,779	72,1	15,1	11,4	13,216

Джерело: узагальнено автором за даними []

До лідерів рейтингу за показником Індексу людського розвитку належать такі країни як Ірландія, Швейцарія, Гон-Конг, Ісландія, Німеччина, Швеція, Австралія, Нідерланди, Данія. Для цих країн значення ІЛР перевищує значення 0,94, рівень життя в цих країнах становить понад 80 років. Варто зазначити, що найвищу тривалість життя мають такі країни, як Японія –

84,6 років, Гон-Конг (Китай) – 84,9 років та Швейцарія – 83,8 років. Для країн, що входять у ТОП-20 очікувана тривалість навчання перевищує показник 15,2 роки, а середня тривалість навчання – 12,9 років. Україна в даному рейтингу посідає 74 місце, середня тривалість життя становить 72,1 років, очікувана тривалість навчання – 15,1 років, середня тривалість навчання – 11,4 років, ВНД за ПКС на душу населення становить 13,216 дол. США. Таким чином, можна зробити висновок, що ефективність державного управління в системі охорони здоров'я та суміжних сферах в Україні знаходиться на рівні, значно нижчому потенційно можливого (табл. 1.4).

Таблиця 1.4

#### Динаміка індикаторів людського розвитку в Україні, 1995-2017 рр.

Показники	Роки							Абсолютне відхилення 2017 р. (+,-) від	
	1995	2000	2005	2010	2015	2016	2017	1995 р.	2010 р.
Видатки зведеного бюджету здоров'я у % до ВВП	4,8	2,9	3,5	4,0	3,6	3,2	3,4	-1,4	-0,6
загальної суми видатків	10,7	10,2	10,9	11,8	10,4	9,0	9,7	-1	-2,1
Середня очікувана тривалість життя при народженні, років	66,8	67,7	68,0	70,4	71,4	71,7	...	x	x
Загальний коефіцієнт смертності, ‰	15,4	15,4	16,6	15,2	14,9	14,7	14,5	-0,9	-0,7
Коефіцієнт смертності дітей у віці до 1 року, ‰	14,7	11,9	10,0	9,1	7,9	7,4	7,6	-7,1	-1,5
Кількість населення в розрахунку на одного лікаря, осіб	222	218	209	203	229	228	227	5	24

Джерело: узагальнено автором за [3]

Оцінюючи показники, наведені в табл. 1, необхідно вказати на зниження частки фінансування галузі охорони здоров'я у відсотках до ВВП з 4,8 % у 2000 р. до 3,4 % у 2017 р. Варто зазначити, що ця сума не є достатньою для забезпечення високого рівня охорони здоров'я. Порівняно із 2000 р. збільшилася середня очікувана тривалість життя при народженні із 66,8 років

у 2000 р. до 71,7 років у 2016 р. Зменшився загальний коефіцієнт смертності на 0,9 п.п. і становив 14,5. у 2017 р. Кількість населення в розрахунку на одного лікаря становить 227. За даним показником Україна знаходиться на тому ж рівні, що і європейські країни (наприклад, у Німеччині на одного лікаря припадає близько 250 осіб), однак якість медичних послуг в Україні знаходиться на нижчому рівні, у порівнянні з європейськими країнами. Отже, представлені дані підкреслюють необхідність підвищення ефективності системи державного управління галузі охорони здоров'я.

Виходячи з аналізу складових Індексу людського розвитку, можна зробити висновок, що найголовнішим індикатором ефективності державного управління в галузі охорони здоров'я є тривалість життя. Розглядаючи європейські країни, варто зазначити, що середній показник складає 64,6 років, порівняно із 2008 р. цей показник збільшився на 3,6 роки. Найвищою є середня тривалість життя в Іспанії – 69,9 років, Ірландії – 69,6 років, на Мальті – 73,2 роки, Швеції – 73,3 роки, Норвегії – 69,8 років. Протягом досліджуваного періоду спостерігається найбільше збільшення тривалості життя на 9,3 роки в Німеччині та на 5,9 років в Італії. Зменшення тривалості життя найбільше відбувається у Швейцарії – на 4,6 років (табл. 1.5).

Таблиця 1.5

#### Динаміка тривалості життя у країнах Євросоюзу, 2008-2019 рр., років

Країни	2008 р.	2010 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.	2018 р.	2019 р.	2019 р. до 2008 р., +,-
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Європейський Союз - 27 країн (з 2020)	61,0	61,8	62,8	64,0	63,9	64,0	64,6	3,6
Європейський Союз – 28 країн (2013-2020)	61,6	62,2	62,9	63,8	63,7	63,6	:	-
Бельгія	63,7	63,3	64,2	63,7	63,7	63,4	62,4	-1,3
Болгарія	63,9	65,0	63,2	65,7	64,5	65,8	66,3	2,4
Чехія	62,4	63,3	63,0	63,3	61,4	62,7	62,0	-0,4
Данія	61,6	62,0	59,1	60,3	59,7	60,9	58,9	-2,7
Німеччина	57,0	58,3	66,4	66,4	66,0	65,8	66,3	9,3

Продовж. табл. 1.5

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Естонія	55,3	56,2	55,0	56,8	56,0	53,9	55,8	0,5
Ірландія	64,3	66,4	67,2	68,5	68,6	69,4	69,6	5,3
Греція	65,9	66,9	64,0	64,3	64,8	65,4	66,0	0,1
Іспанія	63,8	64,2	64,0	66,2	69,4	68,0	69,9	6,1
Франція	63,7	62,6	63,6	63,4	63,7	63,9	64,1	0,4
Хорватія	:	59,0	56,1	57,9	57,6	57,5	57,4	-
Італія	62,4	:	62,6	67,4	66,3	66,8	68,3	5,9
Кіпр	64,2	64,7	63,3	68,2	65,2	62,2	62,5	-1,7
Латвія	53,0	54,8	53,0	53,6	51,4	52,3	53,1	0,1
Литва	56,8	59,8	56,5	57,8	58,1	57,7	57,5	0,7
Люксембург	64,6	65,5	62,2	60,2	59,2	60,7	62,6	-2,0
Угорщина	56,5	57,5	59,1	59,8	60,2	61,1	61,7	5,2
Мальта	70,4	70,7	73,6	71,7	72,7	72,7	73,2	2,8
Нідерланди	61,2	60,7	59,1	60,3	60,0	59,2	61,0	-0,2
Австрія	59,2	60,1	58,0	57,0	57,1	56,9	57,3	-1,9
Польща	60,8	60,4	61,6	62,9	62,0	62,4	62,5	1,7
Португалія	58,4	58,0	56,5	58,6	58,5	58,6	59,2	0,8
Румунія	61,5	57,4	59,2	59,4	58,7	59,4	60,2	-1,3
Словенія	60,2	53,9	58,1	58,3	55,0	55,5	60,9	0,7
Словацьчина	52,3	52,2	54,9	56,7	55,6	56,1	56,2	3,9
Фінляндія	59,1	58,2	57,8	58,1	57,4	57,4	56,4	-2,7
Швеція	64,7	66,1	72,7	73,2	72,6	72,8	73,3	8,6
Ісландія	70,3	68,8	68,9	66,7	63,1	62,4	:	-
Норвегія	69,5	69,9	70,4	69,9	70,9	70,4	69,8	0,3
Швейцарія	65,2	64,5	59,4	59,4	60,6	60,5	60,6	-4,6

Джерело:

Інформація щодо тривалості життя чоловіків і жінок представлена в додатку В та Д. Важливим показником, що характеризує розвиток системи охорони праці є витрати на охорону здоров'я. Цей показник характеризує обсяг економічних ресурсів, які затрачаються на виконання основних функцій з охорони здоров'я, крім капітальних вкладень. Витрати на охорону здоров'я спрямовуються переважно на товари та послуги охорони здоров'я, які спрямовані на забезпечення потреб споживачів, передусім резидентів країни.

Характеризуючи країни Європи та їх витрати на охорону праці, варто відмітити суттєве збільшення витрат на охорону праці – у цілому по 27 країнах Європейського Союзу ці витрати збільшились на 9,7 % і становили у 2018 р. 1331,2 млрд. євро. Найбільш суттєво у 2018 р. порівняно із 2015 р. збільшились витрати на охорону здоров'я в Ісландії – на 46,1 %, Румунії – на

43,5 %, Естонії – на 31,5 %, Чехії – на 30,1 %. Зменшились видатки в Ліхтенштейні – на 1,4 % та Великобританії – на 7,4 %. Найбільша сума на охорону здоров'я спрямовується у Франції 265,8 млрд. євро (табл. 1.6).

Таблиця 1.6

**Динаміка загальних витрат на охорону здоров'я у країнах Євросоюзу,  
2015-2018 рр., млн. євро**

Країни	2015 р.	2016 р.	2017 р.	2018 р.	2018 р. до 2015 р., +,-
Європейський Союз - 27 країн (з 2020)	1 213 033,52	1 245 981,90	1 290 781,83	1 331 242,90	109,7
Європейський Союз – 28 країн	1 474 601,00	1 486 241,77	1 522 959,97	1 573 542,93	106,7
Бельгія	43 449,59	44 235,18	46 406,61	47 417,47	109,1
Болгарія	3 386,12	3 636,79	3 898,80	4 120,53	121,7
Чехія	12 202,11	12 609,76	13 864,05	15 871,89	130,1
Данія	27 921,96	28 720,24	29 597,66	30 449,93	109,1
Німеччина	338 267,00	352 045,00	369 091,00	383 636,00	113,4
Естонія	1 318,90	1 410,14	1 572,66	1 734,68	131,5
Ірландія	19 231,95	20 143,20	21 259,26	22 451,65	116,7
Греція	14 210,20	14 498,42	14 354,74	14 251,47	100,3
Іспанія	98 350,22	99 715,25	103 899,87	108 109,70	109,9
Франція	252 075,88	256 954,86	261 667,40	265 763,66	105,4
Хорватія	3 027,78	3 183,72	3 327,75	3 524,46	116,4
Італія	146 613,00	147 963,00	150 697,00	153 085,00	104,4
Кіпр	1 234,64	1 289,82	1 350,33	1 430,98	115,9
Латвія	1 388,84	1 556,09	1 609,73	1 804,22	129,9
Литва	2 423,88	2 581,36	2 732,83	2 972,85	122,6
Люксембург	2 751,04	2 850,33	2 987,17	3 174,33	115,4
Угорщина	7 730,72	8 123,68	8 531,31	8 963,50	115,9
Мальта	889,47	945,12	1 042,18	1 109,70	124,8
Нідерланди	71 236,22	72 629,00	74 256,00	77 202,00	108,4
Австрія	35 692,35	37 020,51	38 347,31	39 790,92	111,5
Польща	27 280,04	27 756,39	30 663,80	31 501,68	115,5
Португалія	16 132,19	17 565,51	18 281,97	19 303,39	119,7
Румунія	7 922,96	8 509,07	9 671,85	11 371,07	143,5
Словенія	3 309,20	3 428,78	3 520,39	3 797,15	114,7
Словацьчина	5 418,25	5 666,47	5 721,14	5 991,41	110,6
Фінляндія	20 388,59	20 398,75	20 653,82	21 116,97	103,6
Швеція	49 180,41	50 545,47	51 775,18	51 296,32	104,3
Ісландія	1 274,97	1 522,48	1 810,89	1 862,21	146,1
Ліхтенштейн	324,90	329,92	325,71	320,50	98,6
Норвегія	35 220,23	35 318,92	36 447,73	36 971,09	105,0
Швейцарія	69 655,06	71 046,79	71 640,74	70 902,02	101,8
Великобританія	261 567,48	240 259,87	232 178,14	242 300,03	92,6
Боснія і Герцеговина	1 364,93	1 410,81	1 432,71	1 519,25	111,3

Джерело:

Показники динаміки загальних витрат на охорону здоров'я є досить відносними, оскільки загальний розмір є тим більший, чим більша країна. Важливо характеризувати цільове використання коштів, ефективність їх використання, а головне – результативність заходів з охорони праці, зокрема превентивної медицини. Важливим відносним показником, що характеризує ефективність управління та організації системи охорони здоров'я є чисельність лікарів у розрахунку на 100 тис. населення (рис.

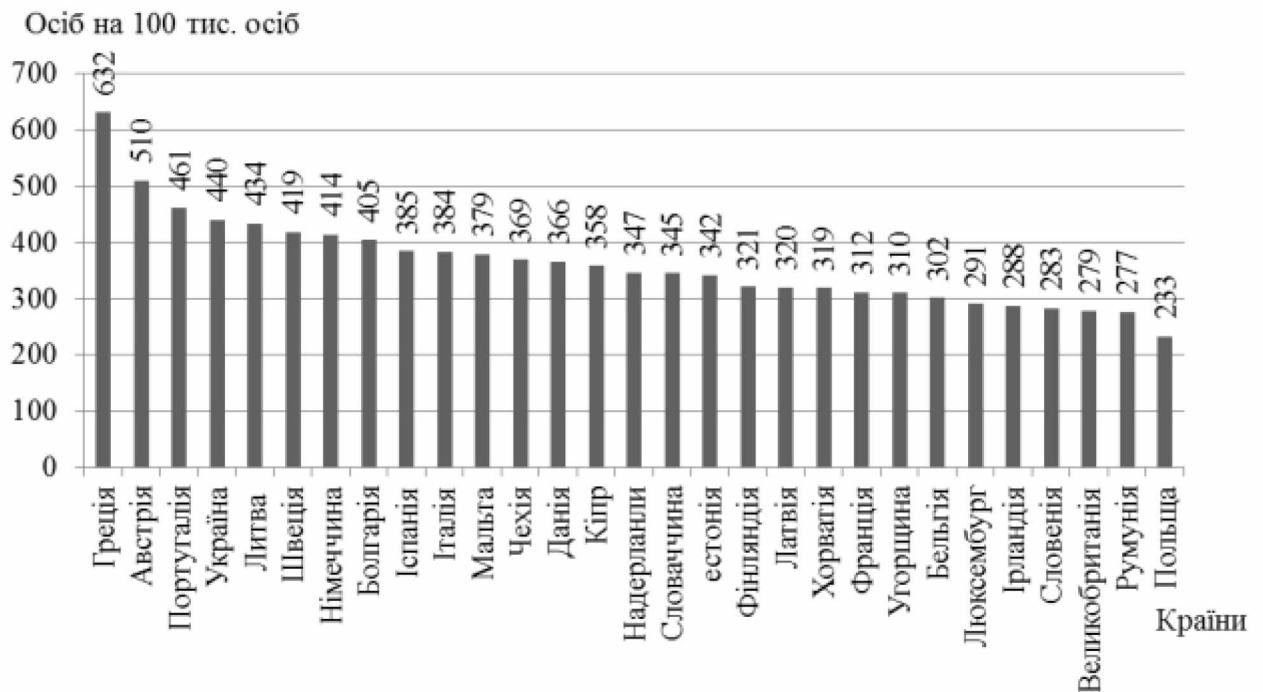


Рис. 1.3. Чисельність лікарів усіх спеціальностей у країнах Європи у розрахунку на 100 тис. населення, осіб

Джерело: сформовано автором за даними []

За даними рис. 1.3 можна зробити висновок, що чисельність лікарів в Україні є досить значною, порівняно з іншими країнами Євросоюзу. Всього у Європейському Союзі працює близько 1,8 млн. лікарів, це на 16,4 % більше, порівняно із 2000-ними роками. В Україні протягом останніх десяти років чисельність лікарів скоротилася на 16,5 %. Зараз цей показник становить 187 тис. осіб. Перше місце за чисельністю лікарів у розрахунку на 100 тис. населення займає Греція – 632 особи, досить високі показники мають Австрія

та Португалія – відповідно 510 осіб і 461 особа. Найменша чисельність лікарів на 100 тис. населення зосереджена в Люксембургу, Ірландії, Словенії, Великобританії, Румунії і Польщі – менше 200 лікарів. Чисельність лікарів має бути оптимальною для забезпечення потреб населення у наданні якісних медичних послуг. Поряд з лікарями, важливу роль у формуванні ефективної системи охорони здоров'я відіграє середній медичний персонал (рис. 1.4).

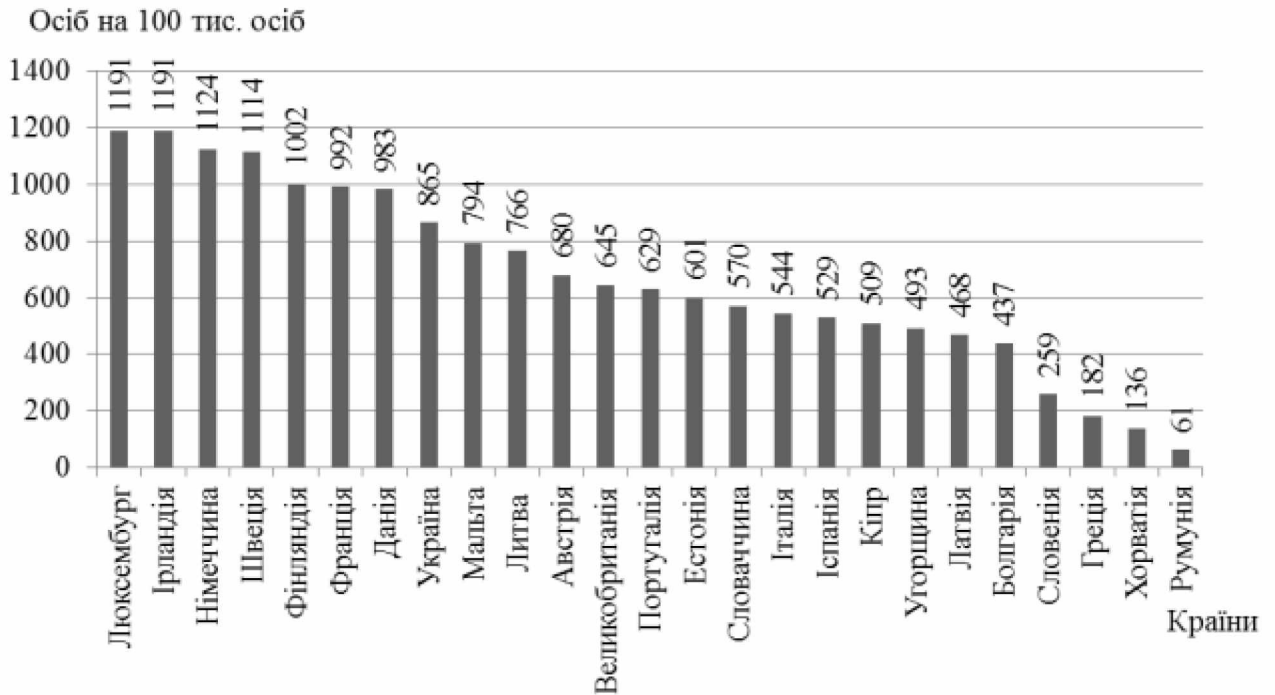


Рис. 1.4. Чисельність середнього медичного персоналу в країнах Європи у розрахунку на 100 тис. населення, осіб

Джерело: сформовано автором за даними []

За чисельністю середнього медичного персоналу серед країн Європейського Союзу перші місця посідають Ірландія та Люксембург, у цих країнах на 100 тис. населення припадає 1191 працівників. Також високі показники мають Німеччина, Швеція, Фінляндія – понад 1000 осіб. Найменша чисельність середнього медичного персоналу зафіксована в Румунії – 61 особа та Хорватії – 136 осіб на 100 тис. населення. Для порівняння в Україні налічується 865 осіб середнього медперсоналу на 100 тис. населення. У процесі аналізу системи охорони здоров'я в розрізі країн світу доцільно

розглянути такий показник, як кількість лікарняних ліжок. Цей показник демонструє можливості медичного обслуговування населення лікарнями, а саме можна проаналізувати, яку максимальну чисельність людей можна лікувати одночасно у стаціонарі. Якщо розглядати країни Європейського Союзу, то у цих країнах кількість лікарняних ліжок у розрахунку на 100 тис. населення складає 515 одиниць, при цьому, даний показник скоротився протягом 10 років на 12 % (рис. 1.5).

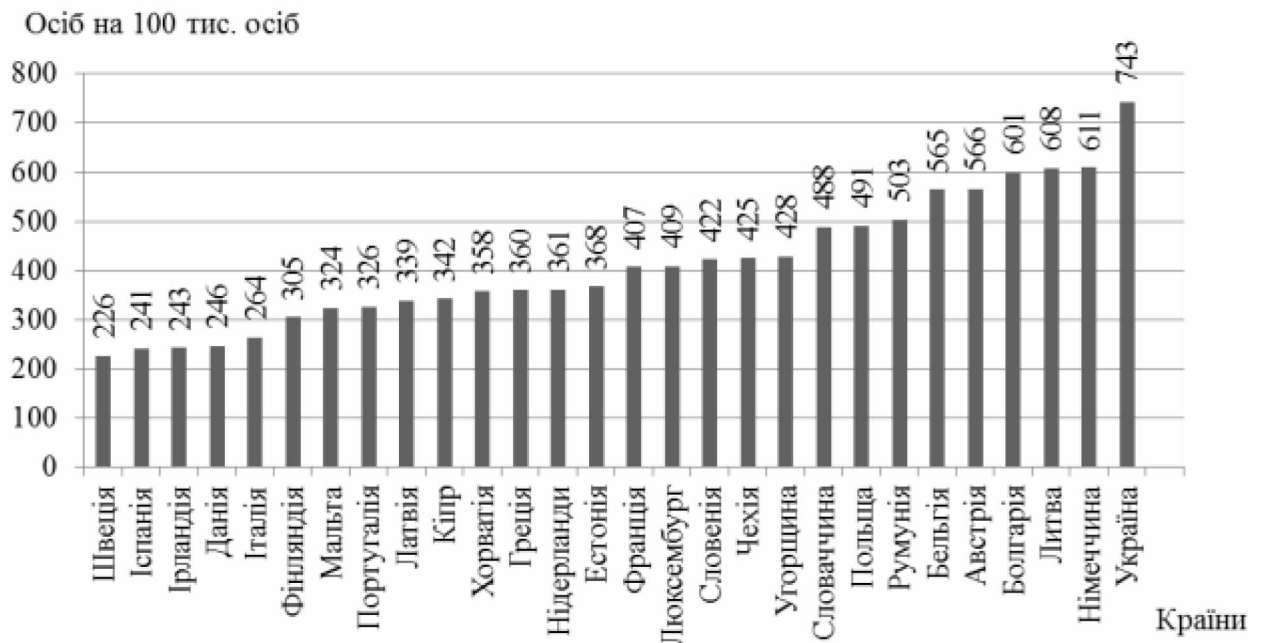


Рис. 1.5. Кількість лікарняних ліжок у країнах Європи у розрахунку на 100 тис. населення, осіб

Джерело: сформовано автором за даними []

Найбільше лікарняних ліжок є в Німеччині, Литві та Болгарії – понад 600 у розрахунку на 100 тис. осіб. Найменшим цей показник є у Швеції, Іспанії, Ірландії, Данії, Італії (менше 300 ліжок). В Україні кількість лікарняних ліжок у розрахунку на 100 тис. населення є найбільшою – 743 ліжка. Для узагальнення показників, що характеризують рівень розвитку системи охорони здоров'я доцільно провести кореляційно-регресійний аналіз. За його допомогою можна визначити вплив низки чинників на результативні

ознаки і на основі такого аналізу сформувані стратегічні вектори розвитку на різних управлінських рівнях. Для проведення кореляційно-регресійного аналізу ефективно використовувати програмний продукт Statistica, за його допомогою можна розрахувати основні коефіцієнти та інші показники, що характеризують зв'язки між ознаками, а також наглядно розглянути на графіках. Для проведення кореляційно-регресійного аналізу з метою оцінювання ефективності системи охорони здоров'я у європейських країнах відібрано такі показники:

$Y$  – тривалість життя, років;

$X_1$  – витрати на охорону праці, млн. євро;

$X_2$  – кількість лікарняних ліжок на 100 тис. населення;

$X_3$  – чисельність лікарів на 100 тис. населення.

Вихідні дані для аналізу представлені в додатку Е, а результат розрахунку – в додатку Ж. За результатами кореляційно-регресійного аналізу виявлено, що тіснота зв'язку між досліджуваними ознаками середня, коефіцієнт кореляції становить 0,474, це означає, що на тривалість життя, крім досліджуваних ознак, також впливають інші чинники. Критерій Фішера  $F = 2,22$  більший табличного значення, тому сформовану модель можна використовувати для подальшого аналізу та прогнозування. Рівняння регресії, що описує вказану залежність має вигляд:

$$Y = 64 + 0,00002 X_1 - 0,015 X_2 + 0,0096 X_3 \quad (1.1)$$

Цікавою є закономірність із кількістю лікарняних ліжок, за результатами аналізу виявлено, що тривалість життя обернено пропорційно залежить від кількості лікарняних ліжок, на це вказує знак мінус.

Таким чином, за кількісними показниками, що характеризують розвиток системи охорони здоров'я Україна знаходиться на рівні країн Євросоюзу, і в деяких аспектах навіть перевищує значення в основного масиву країн. Однак, за індикаторами людського розвитку Україна посідає низькі позиції, зокрема за тривалістю життя, це підкреслює необхідність підвищення якості медичних послуг та удосконалення системи державного управління в цій галузі.

## РОЗДІЛ 2

### ІНСТИТУЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В РЕГІОНІ

#### 2.1. Система управління охорони здоров'я в регіональному розрізі

Провідну роль в регулюванні відносин у системі охорони здоров'я відіграє державне управління. Основні механізми, стратегії, завдання, цілі, та функції інституційного забезпечення постійно змінюються. В умовах сучасного реформування системи охорони здоров'я в Україні державне управління у цій сфері набуло нових функцій і має іншу структуру, порівняно із попередніми роками. Регіональні особливості управління охороною здоров'я формуються залежно від загальнодержавної структури державного управління в галузі та в цілому.

Державне управління охороною здоров'я розподілене між центральним рівнем управління – Міністерство охороною здоров'я, Національною службою здоров'я України (НСЗУ), й іншими міністерствами; регіональними адміністраціями, а також значною кількістю адміністративних органів влади на міському, районному, сільському рівні, тобто на рівнях територіальних громад. В Україні ієрархія державного управління охороною здоров'я (рис. 2.1) має п'ятирівневу структуру:

Перший рівень – міжнародний. Головним суб'єктом управління є Всесвітня організація охорони здоров'я та інші міжнародні організації, на рівні яких узгоджуються глобальні стратегії розвитку системи охорони здоров'я, затверджуються міжнародні стандарти та протоколи лікування, загальні підходи до подолання епідемій та пандемій, налагодження партнерських відносин щодо проведення спільних досліджень у сфері медицини та охорони здоров'я, співфінансування важливих проектів у галузі.

Другий рівень – національний. Основним суб'єктом управління при цьому є Міністерство охорони здоров'я України.

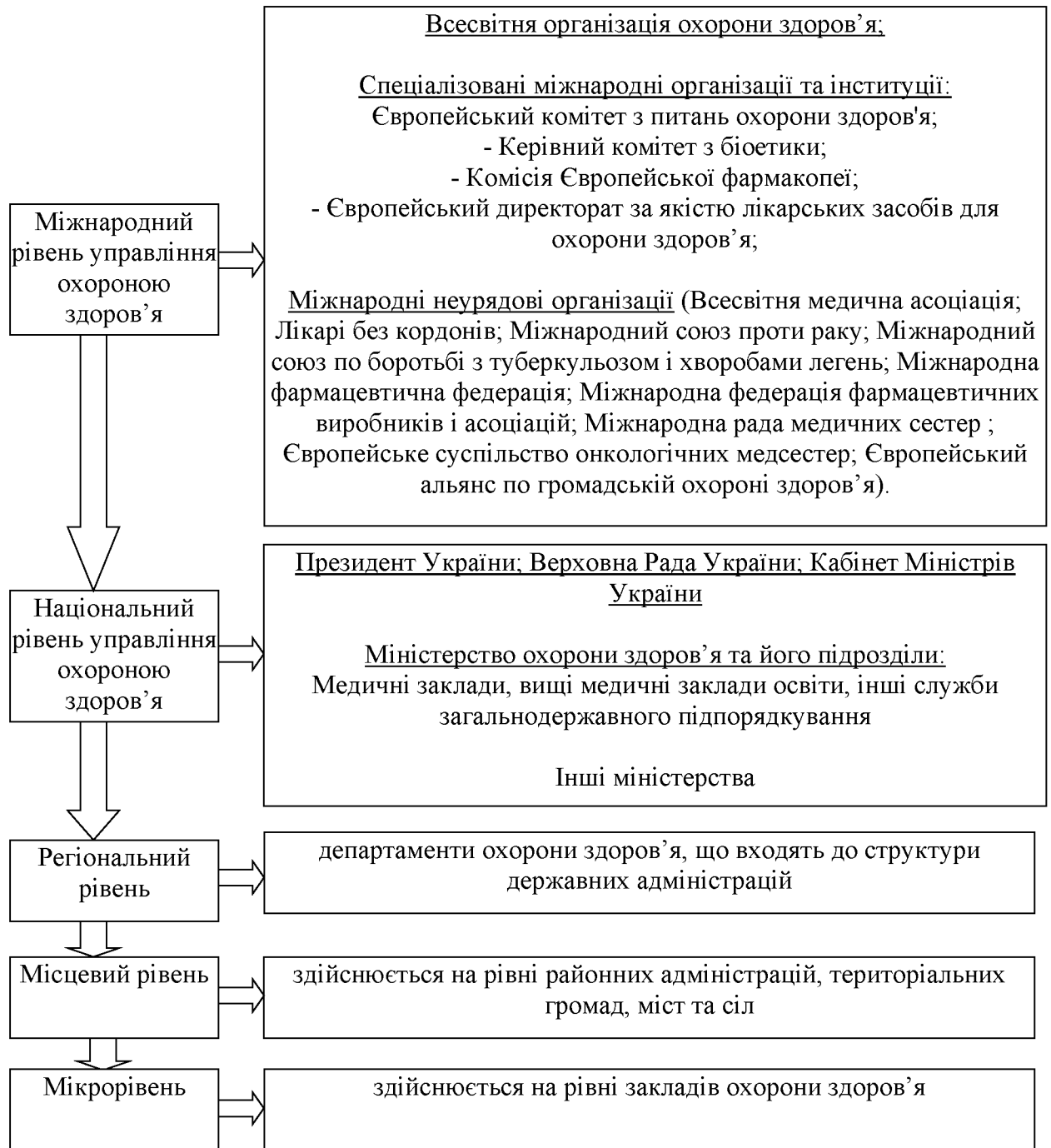


Рис. 2.1. Структура державного управління системою охорони здоров'я України

Джерело: узагальнено автором

МОЗ належить до системи органів виконавчої влади, що забезпечує реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я. На цьому ж рівні державного управління знаходяться установи, що підпорядковуються МОЗу,

зокрема санітарно-епідеміологічна служба (СЕС), вищі медичні навчальні заклади, науково-дослідні інститути, заклади охорони здоров'я державної власності. Також на цьому ж рівні державного управління охороною здоров'я знаходиться Національною службою здоров'я України (НСЗУ).

Третій рівень – регіональний. Це департаменти охорони здоров'я, що входять до структури державних адміністрацій.

Четвертий рівень – місцевий, здійснюється на рівні районних адміністрацій, територіальних громад, міст та сіл.

П'ятий рівень – рівень закладів охорони здоров'я.

Міністерство охорони здоров'я України складається з 9 директоратів, 4 департаменти, 3 управління, 3 відділи, 4 сектори та патронатна служба (додаток 3).

Міністерство охорони здоров'я України, будучи центральним органом виконавчої влади, підпорядковується Кабінетом Міністрів України. МОЗ забезпечує реалізацію державної політики в галузі охорони здоров'я, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, захисту людей від інфекційних хвороб, до повноважень міністерства також належить попередження та профілактика неінфекційних захворювань, реалізація державної політики у сферах:

- епідеміологічного нагляду, імунопрофілактики, пропаганди здорового способу життя, зменшення вживання тютюнових виробів, забезпечення безпеки харчових продуктів, створення національної системи крові та управління системою якості щодо безпеки крові, боротьби із стійкістю до протимікробних препаратів, зокрема антибіотиків, реагування на загрози для здоров'я та надзвичайні стани у галузі охорони здоров'я, а також здійснення державної політики у галузі санітарного та епідемічного добробуту населення;

- розвитку системи медичних послуг, продовження впровадження електронної системи в галузі охорони здоров'я, забезпечення фінансових державних гарантій в галузі медичного обслуговування;

- забезпечення якісними та безпечними лікарськими засобами, контроль над виробництвом та реалізацією лікарських засобів та медичних препаратів,

контроль за обігом наркотичних засобів і психотропних речовин, а також їх аналогів;

- розвитку кадрового потенціалу в галузі охорони здоров'я, підвищення якості вищої медичної та фармацевтичної науки та освіти.

Основні завдання Міністерства охорони здоров'я України представлені в додатку К. Подібні завдання вирішуються на регіональному рівні управління охороною здоров'я. У Полтавській області функції управління охороною здоров'я виконує Департамент охорони здоров'я. Його структура представлена на рис. 2.2.



Рис. 2.2. Організаційна структура Департаменту охорони здоров'я Полтавської державної обласної адміністрації

Джерело: узагальнено автором

На рівні міста Полтави повноваження з управління охороною здоров'я покладені на Департамент охорони здоров'я Полтавської міської ради, головним напрямком роботи якого є проведення заходів, направлених на покращення і захист здоров'я населення в місті, сприяння реалізації важливих

напрямів соціальної політики у сфері соціального захисту і забезпечення соціально незахищених верств міста.

Проаналізуємо динаміку чисельності лікарів у розрізі регіонів України (додаток Л, табл. 2.1).

Таблиця 2.1

### Динаміка чисельності лікарів за регіонами України, 2018-2020 рр.

Регіони	2018 р.	2019 р.	2020 р.	Відхилення 2020 р. від 2018 р.	
				абсолютне, +/-	відносне, %
Україна	156 863	154 265	147 361	-9 502	-6,1
АР Крим	-	-	-	-	-
Вінницька	7 105	7 195	6 933	-172	-2,4
Волинська	3 717	3 747	3 633	-84	-2,3
Дніпропетровська	12 412	12 093	11 466	-946	-7,6
Донецька	5 524	5 372	5 192	-332	-6,0
Житомирська	4 240	4 169	4 017	-223	-5,3
Закарпатська	4 408	4 290	3 999	-409	-9,3
Запорізька	7 384	7 320	7 023	-361	-4,9
Івано-Франківська	7 636	7 454	7 140	-496	-6,5
Київська	6 224	6 075	5 646	-578	-9,3
Кіровоградська	3 063	2 982	2 791	-272	-8,9
Луганська	1 955	1 934	1 869	-86	-4,4
Львівська	12 278	12 143	11 880	-398	-3,2
Миколаївська	3 238	3 176	2 990	-248	-7,7
Одеська	9 580	9 644	9 334	-246	-2,6
Полтавська	6 292	6 091	5 887	-405	-6,4
Рівненська	4 375	4 324	4 168	-207	-4,7
Сумська	4 010	3 929	3 693	-317	-7,9
Тернопільська	5 136	5 032	4 853	-283	-5,5
Харківська	11 761	11 681	11 027	-734	-6,2
Херсонська	3 110	3 018	2 722	-388	-12,5
Хмельницька	4 931	4 870	4 659	-272	-5,5
Черкаська	4 216	4 163	3 792	-424	-10,1
Чернівецька	5 062	4 937	4 767	-295	-5,8
Чернігівська	3 502	3 471	3 293	-209	-6,0
м. Київ	15 704	15 155	14 587	-1 117	-7,1

Джерело: узагальнено автором за []

Виходячи з даних табл. 2.1, можна зробити висновок про зменшення середньорічної чисельності лікарів у цілому по Україні – на 9502 особи, або на 6,1 %. Їх чисельність становила у 2020 р. 147361 осіб. Зокрема, у Черкаській області чисельність лікарів скоротилась на 424 особи, або на 10,1 %, у

Закарпатській – на 409 осіб, або на 9,3 %, Кіровоградській – на 272 особи, або на 8,9 %. У цих регіонах відбулось найбільш суттєве скорочення лікарів. Такі показники зумовлені, з одного боку, реформуванням галузі та оптимізацією медичного персоналу, а з іншого боку, у медичній галузі спостерігається значний відтік кадрів за кордон, наприклад, у сусідні європейські країни – Польщу та Чехію. Найменше скорочення лікарів спостерігається в таких регіонах, як Вінницька, Волинська та Одеська області – відповідно на 172 особи (2,4 %), 84 особи (2,3 %) та 246 осіб (2,6 5). Щодо Полтавської області, то у 2020 р. чисельність лікарів у регіоні становила 5887 осіб, порівняно із 2018 р. це на 405 осіб, або 6,4 %, менше. У рейтингу регіонів за чисельністю лікарів першу позицію займає м. Київ – 15704 лікарів (рис. 2.3).

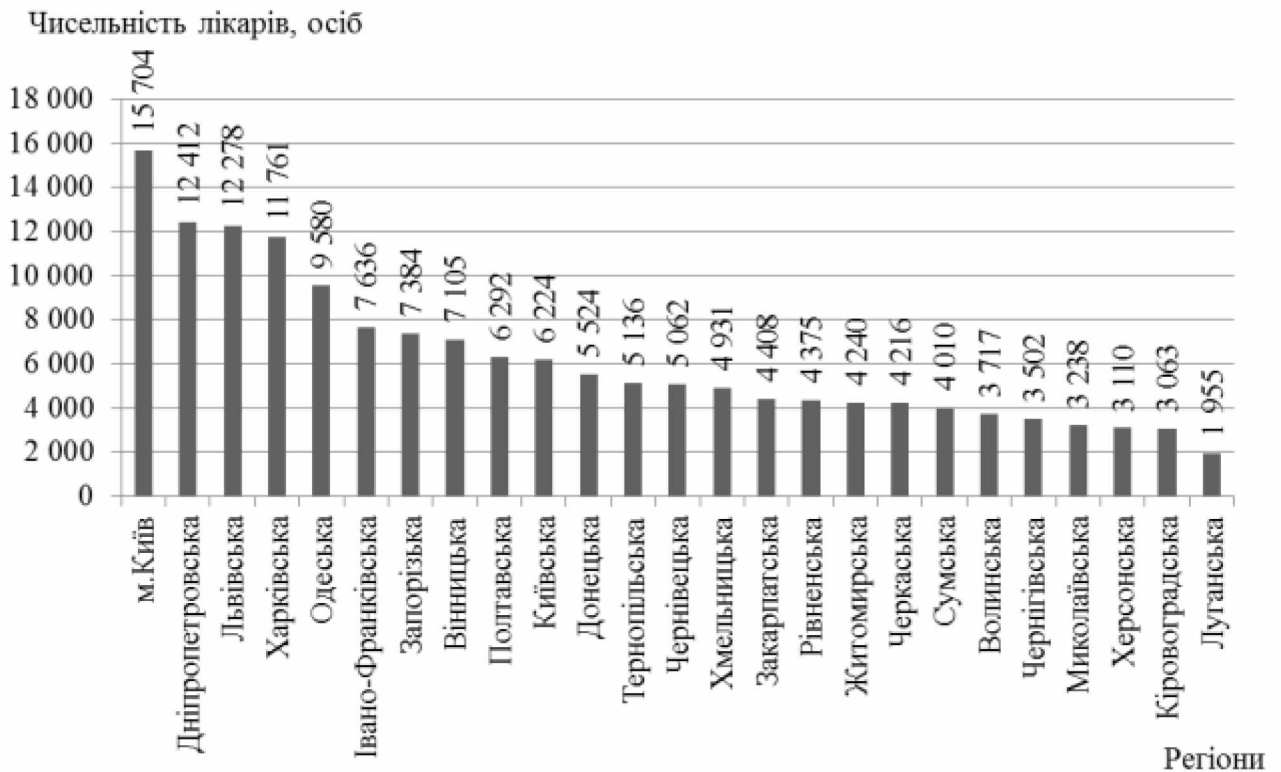


Рис. 2.2. Рейтинг регіонів України за чисельністю лікарів, 2020 р.

Джерело: узагальнено автором

Лідуючі позиції за чисельністю лікарів займають також Дніпропетровська, Львівська та Харківська області – понад 11 тис. лікарів. Це зумовлено насамперед розмірами цих регіонів, зокрема чисельністю

населення, а отже, і потребою в лікарях. У Полтавській області працює 6292 лікарів, цей регіон посідає дев'яту позицію в рейтингу за чисельністю лікарів. Найменше медичного персоналу зосереджено у Волинській, Чернігівській, Миколаївській, Херсонській, Кіровоградській та Луганській областях. Протягом 2018-2020 рр. спостерігається скорочення медичних у всіх регіонах України (додаток М, табл. 2.2).

Таблиця 2.2

**Динаміка кількості медичних закладів за регіонами України,  
2018-2020 рр., одиниць**

Регіони	2018 р.	2019 р.	2020 р.	Відхилення 2020 р. від 2018 р.	
				абсо- лютне, +,-	відносне, %
Україна	606	591	585	-21	-3,5
АР Крим	-	-	-	-	-
Вінницька	31	31	30	-1	-3,2
Волинська	26	25	24	-2	-7,7
Дніпропетровська	25	25	23	-2	-8,0
Донецька	19	20	20	1	5,3
Житомирська	24	24	24	0	0,0
Закарпатська	22	22	22	0	0,0
Запорізька	23	22	22	-1	-4,3
Івано-Франківська	36	31	30	-6	-16,7
Київська	31	28	27	-4	-12,9
Кіровоградська	23	23	23	0	0,0
Луганська	16	15	15	-1	-6,3
Львівська	55	55	55	0	0,0
Миколаївська	17	17	17	0	0,0
Одеська	28	28	28	0	0,0
Полтавська	25	25	25	0	0,0
Рівненська	24	23	21	-3	-12,5
Сумська	22	21	20	-2	-9,1
Тернопільська	32	31	32	0	0,0
Харківська	29	27	27	-2	-6,9
Херсонська	18	18	18	0	0,0
Хмельницька	25	25	25	0	0,0
Черкаська	21	21	21	0	0,0
Чернівецька	12	12	13	1	8,3
Чернігівська	22	22	23	1	4,5

Джерело: узагальнено автором за []

У 2020 р. в Україні їх налічувалося 585 одиниць, що на 21 заклад, або 3,5 % менше, ніж у 2018 р. Скоротилась кількість медичних закладів в

сільській місцевості – з 55 одиниць у 2018 р. до 36 закладів у 2020 р. Кількість лікарняних ліжок також суттєво скоротилась – з 86672 одиниць у 2018 р. до 77860 одиниць станом на 31 грудня 2020 р. Зменшилась чисельність хворих, які звертались до лікарні протягом року – з 3062026 осіб у 2018 р. до 1940224 хворих у 2020 р. Також зменшилась тривалість перебування на лікуванні хворих протягом року – з 28127017 ліжко-днів у 2018 р. до 16853693 ліжко-днів у 2020 р. Найбільше лікарень зосереджено у Львівській області – 55 одиниць (рис. 2.3).

Кількість лікарень, одиниць

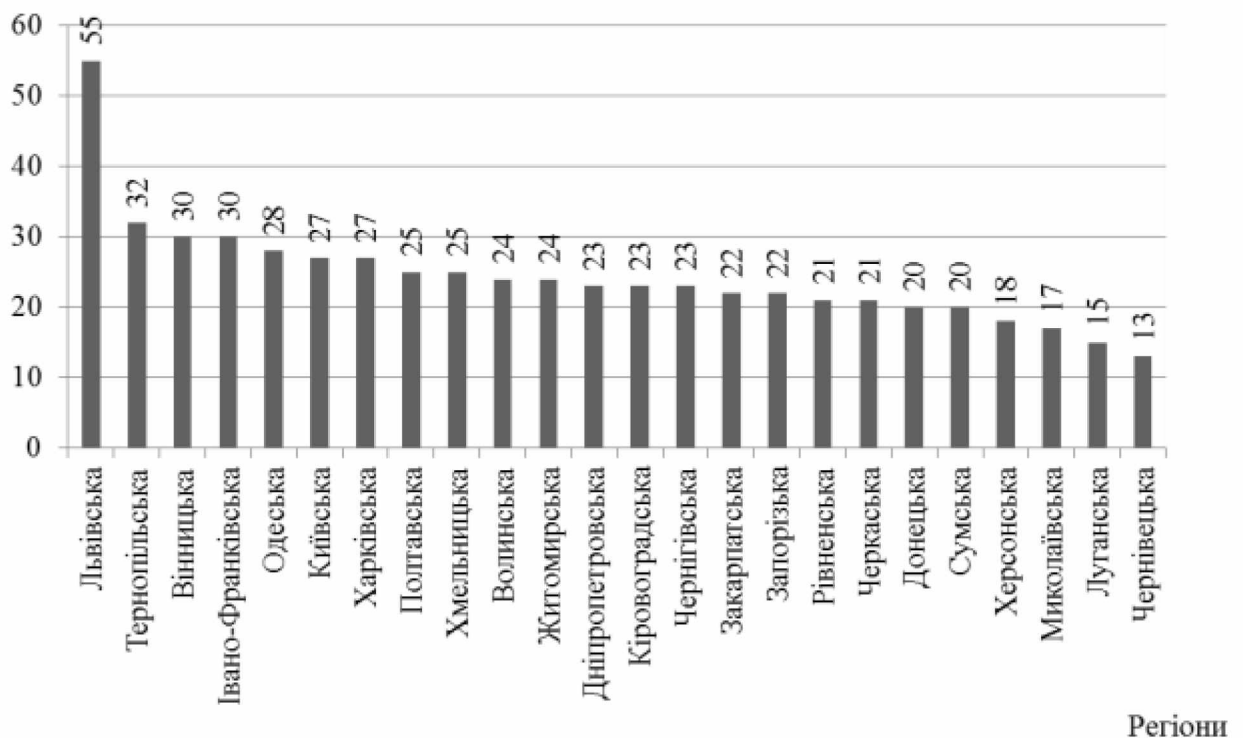


Рис. 2.3. Рейтинг регіонів України за кількістю лікарень, 2020 р.

Джерело: узагальнено автором

Також найбільше лікарень зосереджено в Тернопільській (32 од.), Вінницькій (30 од.), Івано-Франківській (30 од.), Одеській (28 од.) та Київській (27 од.) та Харківській (27 од.) областях. У Полтавській області функціонує 25 лікарень. Найменше лікарень зосереджено в Херсонській, Миколаївській, Луганській та Чернівецькій областях – менше 20 одиниць. Такі показники зумовлені розмірами регіонів, кількістю адміністративних

одиниць, які входять до їх складу, чисельністю населення. Найбільше у відсотковому співвідношенні зменшилась кількість лікарень в Івано-Франківській області – на 6 одиниць, або 16,7 %, а також у київській області – на 4 лікарні, або 12,9 %.

Характеризуючи в цілому рівень розвитку системи охорони здоров'я в Україні та ефективність державного управління в цій галузі, варто зазначити, що показники охорони здоров'я в Україні є одними з найгірших у Європі, країна знаходиться на другому місці за рівнем смертності, як збільшилась на 12,7 % за 20 років, для порівняння у Європейському Союзі цей показник знизився на 6,7 %. При цьому, 25 % смертності – це смертність серед працездатного населення. В Україні зафіксовано ожин з найвищих показників смертності від серцево-судинних захворювань – 772,1 летальних випадки на 100 тис. чоловіків і 440,9 летальних випадків – на 100 тис. жінок. Близько 80 % від загальної чисельності померлих в Україні у віці понад 60 років припадає на хвороби системи кровообіг, новоутворення, хвороби органів дихання. Така ситуація впливає на середню тривалість життя. Такі показники зумовлені низкою чинників, які пов'язані не тільки з ефективністю державного управління у сфері охорони здоров'я. Важливим чинником є низький рівень економічного розвитку в державі, а також фундаментальні проблеми в галузі охорони здоров'я, сформовані протягом тривалого часу.

Основними чинниками, що зумовили сучасний стан системи управління охороною здоров'я є неефективність та застарілість методів управління охороною здоров'я, відсутність економічної зацікавленості лікарів та іншого медичного персоналу в раціональному використанні ресурсів та підвищення якості медичної допомоги, слабка орієнтація на споживача та відсутність конкурентного середовища серед постачальників медичних послуг.

Щодо Полтавської області, то за індикаторами ефективності системи охорони здоров'я даний регіон займає нижчі позиції відносно інших регіонів. Так, наприклад, за таким показником, як задоволеність дільничним терапевтом або сімейним лікарем в Полтавській області складає 73 % (у

середньому по Україні – 76 5); звернення до лікаря в останньому випадку хвороби – 50 % (у середньому по Україні – 71 %); витрати на ліки протягом останніх 30 днів – 1029 грн. (по Україні – 572 грн).

За наступними показниками Полтавщина має вищі показники, ніж в середньому по Україні, однак їх відсотковий результат значно нижчий потенційно можливого: показник задоволеності допомогою в стаціонарі Полтавської області складає 63 %; відсоток людей, які оцінюють свій стан добрий та дуже добре – 63 %; не мають надлишкової ваги та ожиріння – 50 %.

Таким чином, в Україні в цілому та в Полтавській області зокрема, існує низка проблем в галузі охорони здоров'я, які потребують першочергової уваги та розроблення стратегії розвитку системи охорони здоров'я, оснований на сучасних методах управління та впровадження передового досвіду.

## **2.2. Особливості управління закладом охорони здоров'я на прикладі КП «1-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради»**

Характеризуючи систему охорони здоров'я в м. Полтава, варто зазначити, що у 2020 р. в системі охорони здоров'я працювало 4082 особи, з яких 990 лікарів та 1558 середніх медичних працівників. Таким чином, у розрахунку на 10 тис. населення припадає 34,5 лікарів та 54,3 особи середнього медичного персоналу. На даний час у м. Полтава функціонує 12 закладів охорони здоров'я, з них 7 надають стаціонарну допомогу. Кількість ліжок складає 1417 одиниць, отже, забезпеченість стаціонарними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення становить 49,4. Кількість ліжок денного стаціонару на 10 тис. населення становить 6,4.

Оцінюючи демографічні показники а Полтавському регіоні, варто вказати на їх негативну тенденцію (табл. 2.3). Демографічна ситуація в Полтавській області характеризується перевищенням смертності над народжуваністю.

**Демографічні показники у Полтавській області,  
2018-2020 рр., одиниць**

Показники	2017 р.	2018 р.	2019 р.	Відхилення 20219 р. від 2017 р.	
				абсо- лютне, +,-	відносне, %
Народилось, осіб	2249	2096	1827	-422	-18,8
Народжуваність, %	7,7	7,2	6,3	-1,4	-18,2
Померло, осіб	3892	3994	3817	-75	-1,9
Смертність, %	13,4	13,8	13,3	-0,1	-0,7
Природний приріст населення, осіб	-1643	-1898	-1990	-347	21,1
Відсоток природного приросту, %	-5,7	-6,6	-7	-1,3	22,8

У 2019 р. народилось 1827 дітей, що на 422 дітей, або 18,8 %, менше, ніж у 2017 р. рівень смертності протягом трьох років залишався приблизно на одному рівні 13,3 %. Природний приріст населення був від'ємним – 1990 осіб у 2019 р. Такі тенденції є вкрай негативними і відповідно характеризують систему охорони здоров'я.

Систему охорони здоров'я характеризує стан захворюваності на так звані соціальні хвороби, до яких зокрема належить туберкульоз. В останні роки ситуація в м. Полтава щодо захворюваності на цю хворобу залишається складною, однак можна простежити і позитивні тенденції. Так, у 2018 р. було 143 випадки захворюваності, у 2019 р. – 113 випадків. Смертність від туберкульозу дещо збільшилась, у 2018 р. на 100 тис. населення цей показник становив 3,1, у 2019 р. – 5,2. У 2019 р. у лікувально-профілактичних закладах було здійснено 160,4 тис. флюорографічних обстежень, у 2018 р. – 158,4 тис. таких оглядів. Варто зазначити, що у 2019 р. впроваджено сучасну методику діагностики туберкульозу за допомогою тест-системи GeneXpert.

Щодо захворюваності ВІЛ/СНІД, то даний показник по м. Полтава зменшився до 462,4 випадки на 100 тис. населення, тоді як у 2018 р. було 488,3 випадки на 100 тис. населення. У Полтаві здійснюється безкоштовне обстеження на ВІЛ-інфекцію вагітних, дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих

матерів, донорів. Протягом вагітності та при пологах, жінкам проводиться антиретровірусна терапія та профілактичні заходи, направлені на мінімізацію інфікування, під час пологів, новонародженої дитини. Показники поширеності захворюваності на гепатит дещо знизились. На 100 тис. населення у 2018 р. чисельність хворих на гепатит В становила 57, на гепатит С – 335, у 2019 р. – 56,5, на гепатит С – 304,6. Негативним є факт збільшення чисельності наркозалежних. У 2019 р. на 100 тис. населення складає 77,8 випадків, у 2018 р. – 72,2 випадки.

Первинну медичну допомогу в м. Полтава надають три Центри первинної медико-санітарної допомоги:

- КП «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1 Полтавської міської ради» – налічує 231,75 посад, з них 79,25 лікарів, 95,5 – середнього медичного персоналу;

- КП «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2 Полтавської міської ради» – налічує 343,75 посад, з них 111 лікарів, 153 – середнього медичного персоналу;

- КП «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3 Полтавської міської ради» – налічує 196 посад, з них 73,75 лікарів, 85,75 – середнього медичного персоналу.

До складу центрів входять 30 амбулаторій загальної практики – сімейної медицини. Заклади охорони здоров'я первинної ланки підключені до електронної системи «eHealth», що дозволяє отримувати фінансування в здоров'я України за надані медичні послуги. Заклади первинної медичної допомоги здійснюють такі лабораторні та діагностичні дослідження: загальний аналіз крові та сечі, виявлення глюкози в крові, загальний холестерин, вимірювання артеріального тиску, електрокардіограма, вимірювання ваги, зросту, швидкі тести на вагітність, тропоніни, ВІЛ, вірусні гепатити тощо.

Щодо вторинної медичної допомоги, то даний сектор зазнав найбільших реформ. Так, на початку лютого 2019 р. запроваджено новий механізм

фінансування через Національну службу здоров'я України. Як наслідок, лікарні вторинного рівня проходять відповідну реорганізацію.

Для автономізації закладів охорони здоров'я створені відповідні умови, зокрема проведена комп'ютеризація лікувальних закладів вторинного рівня надання медичної допомоги. Медичні послуги, які надаються у закладах вторинного рівня включають:

- надання пацієнтам, відповідно до законодавства, на безоплатній та платній основі послуг вторинної, тобто спеціалізованої, стаціонарної медичної допомоги, зокрема екстреної, невідкладної, яка є необхідною для забезпечення ефективної профілактики, діагностики і лікування хвороб, травм, отруєнь та інших порушень здоров'я;

- надання пацієнтам спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги;

- надання пацієнтам медичної допомоги більш високого рівня спеціалізації, у разі потреби, на базі інших закладів охорони здоров'я, шляхом направлення пацієнтів до цих закладів у порядку, встановленому законодавством;

- організація взаємодії з іншими закладами охорони здоров'я, для забезпечення наступництва у наданні медичної допомоги та ефективного використання ресурсів системи медичного обслуговування;

- проведення експертизи тимчасової непрацездатності та контролю за видачею відповідних листків непрацездатності;

- направлення на медико-соціальну експертизу осіб, які мають стійку втрату працездатності;

- пологова та неонатальна допомога;

- проведення профілактичних оглядів.

У відповідності до Розпорядження Кабінету Міністрів України № 198 від 22 березня 2017 року «Про затвердження переліку та складу госпітальних округів Полтавської області» на території області створено Східний госпітальний округ. До складу госпітального округу увійшли всі заклади

охорони здоров'я, що забезпечують надання вторинної медичної допомоги розміщені на території: м. Полтави, Диканського, Зінківського, Карлівського, Котелевського, Машівського, Новосанжарського, Полтавського, Решителівського та Чутівського районів.

Вторинну медичну допомогу в м. Полтава надають п'ять міських клінічних лікарень, дитяча міська клінічна лікарня, міська клінічна поліклініка, міський клінічний пологовий будинок, які мають статус комунальних підприємств і підпорядковуються Полтавській міській раді. Характеристика цих закладів охорони здоров'я представлена в табл. 2.4.

Таблиця 2.4

**Характеристика закладів охорони здоров'я, що надають вторинну  
(спеціалізовану) медичну допомогу**

Заклади охорони здоров'я	Штат	Потужність	Структура
1	2	3	4
КП «1-а клінічна лікарня Полтавської міської ради»	779,75 посад, з них 185 лікарів, 288 – середній медперсонал	250 ліжок стаціонару, 500 відвідувань у зміну, 400 тис. відвідувань у рік, травмпункт – 20 тис. пацієнтів	7 стаціонарних відділень: терапевтичне, неврологічне, відділення гострої цереброваскулярної патології, хірургічне, травматологічне, дитяче інфекційне, відділення анестезіології та інтенсивної терапії
КП «2-а клінічна лікарня Полтавської міської ради»	237,75 посад, з них 82 лікаря, 148 – середній медперсонал	240 ліжок стаціонару, 240 відвідувань у зміну, 170 тис. відвідувань у рік	6 стаціонарних відділень: терапевтичне, ендокринологічне, оториноларингологічне, два хірургічних, відділення анестезіології та інтенсивної терапії
КП «3-а клінічна лікарня Полтавської міської ради»	281,5 посад, з них 62 лікаря, 288 – середній медперсонал	170 ліжок стаціонару, 780 відвідувань у зміну, 100 тис. відвідувань у рік	5 відділень: терапевтичне, неврологічне, хірургічне, травматологічне відділення анестезіології та інтенсивної терапії
КП «1-аклінічна лікарня Полтавської міської ради»	617,5 посад, з них 152,25 лікарів, 240 – середній медперсонал	120 ліжок стаціонару, 1000 відвідувань у зміну, 500 тис. відвідувань у рік	У складі поліклініки функціонує єдина у місті централізована біохімічна лабораторія, також клініко-діагностична лабораторія, рентгенологічна служба, профілакти, потужне відділення відновного лікування та ін. У стаціонарі функціонує 3 відділення: два терапевтичних та гінекологічне
КП «5-а клінічна лікарня Полтавської міської ради»	178,75 посад, з них 23,75 лікарів, 67,25 – середній медперсонал	152 ліжок стаціонару, 5 тис. відвідувань у рік	3 відділення: терапевтичне, неврологічне, гінекологічне. В епідемічний період лікарня є міським базовим закладом для лікування пацієнтів з ускладненнями гострих респіраторно-вірусних інфекцій та грипу

1	2	3	4
КП «Дитяча міська клінічна лікарня Полтавської міської ради»	961,75 посад, з них 171,75 лікарів, 379,5 – середній медперсонал	300 ліжок стаціонару, 540 відвідувань у зміну, 300 тис. відвідувань у рік	допомога дітям у віці від 6 до 18 років міста та області. Заклад має статус «Доброзичлива до дитини». 10 лікувальних відділень: відділення раннього дитинства, пульмонологічне, ендокринологічне, онкогематологічне, хірургічне, отропедотравматологічне, отоларингологічне, офтальмологічне, відділення патології новонароджених із соматичними ліжками, відділення анестезіології та інтенсивної терапії
КП «3-а міська клінічна поліклініка Полтавської міської ради»	236,75 посад, з них 67,75 лікарів, 99,75 – середній медперсонал	470 відвідувань у зміну, 300 тис. відвідувань у рік	У складі поліклініки централізована бактеріологічна лабораторія, клініко-діагностична лабораторія, рентгенологічна служба, відділення профілактики, відділення відновного лікування та ін.
КП «Міський клінічний пологовий будинок Полтавської міської ради»	429 посад, з них 87 лікарів, 171 – середній медперсонал	185 ліжок стаціонару, 5 тис. пацієнтів у рік	5 відділень: пологове, патології вагітних, гінекологічне, відділення анестезіології з інтенсивною терапією для дорослих, відділення інтенсивної терапії новонароджених
КП «Міська дитяча клінічна стоматологічна поліклініка Полтавська міська рада»	117,25 посад, з них 38,25 лікарів, 38 – середній медперсонал	300 відвідувань у зміну, 150 тис. відвідувань у рік	Поліклініка забезпечує всі види амбулаторної стоматологічної допомоги: терапевтичну (лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота, лікування захворювань тканин пародонту), хірургічну, ортодонтичну

КП «1-аклінічна лікарня Полтавської міської ради» є типовим закладом охорони здоров'я, що надає широкий спектр медичних послуг. Це заклад планового лікування, що має потужну поліклініку, надає амбулаторну, вторинну спеціалізовану медичну допомогу дорослому населенню, зокрема медичну реабілітацію, стоматологічну та цілодобову стаціонарну допомогу дорослому населенню.

Метою лікарні є забезпечення потреб населення в якісному, кваліфікованому, доступному медичному обслуговуванні в постійному, покращенні послуг, втілення інновацій, що також передбачає раціональне використання матеріальних, фінансових, наукових та інтелектуальних ресурсів. Основні завдання закладу охорони здоров'я чітко окреслені в статуті, який представлено в додатку П.

4 міська клінічна лікарня має столітньою історією. У кінці 30-х років на місці теперішнього стаціонару лікарні була збудована друга робітничо-селянська поліклініка. У роки війни це приміщення повністю було зруйновано. З 1962 року заклад перейменовано в 4 міську клінічну лікарню з пологовим, хірургічним та гастроентерологічним відділенням.

На сьогоднішній день КП «1-аклінічна лікарня Полтавської міської ради» у своєму складі має:

- будівлю поліклініки площею 10588,10 кв. м. по вул. Залізна, 17;
- будівлю стаціонару площею 4062,8 кв. м. по вул. Європейська. 101, крім того на умовах договору суборенди від 02.01.2019 року № 1 з «Центром первинної медико-санітарної допомоги № 2 Полтавської ради» лікарня користується частиною нежитлових приміщень площею 2601 кв. м. по вул. І. Мазепи, 36 цільовим використанням – під поліклініку.

Лікарня надає лікувально-профілактичну допомогу не тільки 100000 населенню району обслуговування, але і іншим жителям Східного округу. Пацієнт, який звернувся у поліклініку має змогу отримати весь спектр обстеження та консультацію спеціалістів майже всіх спеціальностей. А такі спеціалісти як: алерголог, мамолог, проктолог працюють лише на нашій базі. На базі поліклініки функціонує найбільше в місті відділення відновлювального лікування, яке має кабінети тепло-грязе лікування, водобальнеолікування, два зали ЛФК, тренажерний комплекс та два басейни.

Організаційна структура лікарні представлена в додатку Р. Відповідно до організаційної структури визначаються структура та функції управління. На чолі КП «1-аклінічна лікарня Полтавської міської ради» знаходиться директор, якому підпорядковується заступник директора з поліклінічної роботи, діяльність якого розповсюджується на поліклініку по вул. Івана Мазепи, 36 та вул. Залізна, 17; а також заступники директора з ЕТН, з економічних питань, медичної частини. Поліклінічна частина включає відділення та відповідні кабінети. Медична частина охоплює стаціонар, що включає терапевтичне відділення № 1,2, гінекологічне відділення, операційно-

анестезіологічний блок, лікарів-терапевтів чергових, середній медичний персонал, діагностичні пара клінічні підрозділи, господарсько-обслуговуючий персонал. По-суті, структура управління КП «1-аклінічна лікарня Полтавської міської ради» є лінійною, вона є типовою для більшості закладів охорони здоров'я в Україні.

У 2020 р. згідно штатного розпису в клінічній лікарні налічувалось 582,5 посад, це на 69,5 посад, або на 10,7 %, менше, ніж у 2016 р. (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

**Динаміка показників чисельності медичного персоналу у  
КП «1-а клінічна лікарня Полтавської міської ради», 2016-2020 рр.**

Показники	2016 р.	2017 р.	2018 р.	2019 р.	2020 р.	Відхилення 2020 р. від 2016 р.	
						абсо- лютне, +,-	відносне, %
Всього посад згідно штатного розпису	652	652	642,5	617,5	582,5	-69,5	-10,7
у т.ч. лікарів	156,75	156,75	156	152,25	136,25	-20,5	-13,1
Зайнято посад	147,75	146,5	144,75	140,75	112	-35,75	-24,2
Забезпеченість на 10 тис. населення	15,7	15,6	15,6	15,2	13,6	-2,1	-13,4
Прибуло лікарів	3	3	4	3	5	2	66,7
Вибуло лікарів	3	6	5	8	34	31	1033,3
Середні медичні працівники по штату	256	256	255,5	240	230	-26	-10,2
Зайнято посад	227	221,75	216,5	209	185	-42	-18,5
Забезпеченість на 10 тис. населення	25,6	25,5	25,6	24	18,4	-7,2	-28,1
Прибуло	17	15	18	11	5	-12	-70,6
Вибуло	23	16	30	23	20	-3	-13,0

Джерело: узагальнено автором за []

У 2020 р. відбувається зменшення чисельності лікарів на 31 особу, що насамперед зумовлено реорганізацією систем охорони здоров'я. Наразі чисельність лікарів та середніх медичних працівників є оптимальною. Однак, при цьому, відбувається зменшення показника забезпеченості лікарями на 10 тис. населення з 15,7 у 2016 р. до 13,6 у 2020 р. Забезпеченість на 10 тис. населення середнім медичним персоналом також зменшилось. При цьому, спостерігається підвищення якості обслуговування населення, підвищення

продуктивності праці персоналу та автоматизації допоміжних процесів. У поліклініках ведуть амбулаторний прийом лікарі: ревматолог, пульмонолог, кардіолог, гематолог, травматолог, уролог, алерголог, гастроентеролог, мамолог, ендокринолог, отоларинголог, офтальмолог, хірург, гінеколог, ендоскопіст, інфекціоніст, фізіотерапевт, лікар УЗІ, лікар ФД, невропатолог, стоматолог. У 2020 р. КП «1-аклінічна лікарня Полтавської міської ради» було акредитовано на першу акредитаційну категорію. Більшість лікарів, що працюють у цій лікарні мають вищу категорію – 65 осіб (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

**Показники атестації лікарів та середнього медичного персоналу у  
КП «1-а клінічна лікарня Полтавської міської ради», 2016-2020 рр.**

Показники	2016 р.	2017 р.	2018 р.	2019 р.	2020 р.	Відхилення 2020 р. від 2016 р.	
						абсо- лютне, +,-	відносне, %
Атестовано лікарів всього	125	122	121	127	100	-25	-20,0
Вища категорія	65	70	70	80	65	0	0,0
I категорія	43	36	35	35	26	-17	-39,5
II категорія	17	16	16	12	9	-8	-47,1
Не підлягають атестації	27	34	13	21	15	-12	-44,4
Пройшли курси підвищення кваліфікації	95	56	66	57	111	16	16,8
Не пройшли курси більше 5 років	-	-	-	-	-	-	-
Атестовано середній медперсонал всього	167	159	158	159	155	-12	-7,2
Вища категорія	113	115	120	122	119	6	5,3
I категорія	36	29	22	22	16	-20	-55,6
II категорія	18	15	16	15	20	2	11,1
Не підлягають атестації	60	65	56	43	30	-30	-50,0
Пройшли курси підвищення кваліфікації	47	35	35	27	64	17	36,2
Не пройшли курси більше 5 років	-	-	-	-	-	-	-
Атестовано лікарів всього	125	122	121	127	100	-25	-20,0
Вища категорія	65	70	70	80	65	-	-
I категорія	43	36	35	35	26	-17	-39,5

Джерело: узагальнено автором за []

Аналіз даних табл. 2.6 свідчить про високий рівень медичного персоналу в лікарні. Атестація кадрів поводиться регулярно. У КП «1-аклінічна лікарня Полтавської міської ради» відсутня категорія персоналу, що не пройшли атестацію більше, ніж за 5 років. Щодо роботи лікарні, то варто вказати на зменшення кількості ліжок у 2020 р. порівняно із 2016 р. на 10 одиниць, або на 7,7 %. Це скорочення відбулось у гінекологічному відділенні. Чисельність пролікованих хворих також зменшилась з 5253 осіб у 2016 р. до 1935 осіб у 2020 р. У відсотковому співвідношенні найбільше скоротилось число хворих у гінекологічному відділенні – на 1336 осіб, або на 75,7 %. Робота ліжка по лікарні зменшилась більше, ніж вдвічі (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

**Показники роботи стаціонарних відділень у КП «1-а клінічна лікарня  
Полтавської міської ради», 2016-2020 рр., одиниць**

Показники	2016 р.	2017 р.	2018 р.	2019 р.	2020 р.	Відхилення 2020 р. від 2016 р.	
						абсо- лютне, +,-	відносне, %
1	2	3	4	5	6	7	8
Кількість ліжок по лікарні	130	130	120	120	120	-10	-7,7
Гінекологічне відділення	40	40	30	30	30	-10	-25,0
Терапевтичне відділення № 1	50	50	50	50	50	0	0,0
Терапевтичне відділення № 2	40	40	40	40	40	0	0,0
Проліковано хворих	5253	4847	4643	5234	1935	-3318	-63,2
Гінекологічне відділення	1764	1459	1302	1209	428	-1336	-75,7
Терапевтичне відділення № 1	1850	1731	1741	1955	673	-1177	-63,6
Терапевтичне відділення № 2	1639	1657	1600	2070	834	-805	-49,1
Робота ліжка по лікарні	327	302	324	336	119,5	-207,5	-63,5
Гінекологічне відділення	302	235	280	264	85,6	-216,4	-71,7
Терапевтичне відділення № 1	341,6	325	327	339	109	-232,6	-68,1
Терапевтичне відділення № 2	334,2	340	353	387	158	-176,2	-52,7
Оберт ліжка по лікарні	40,4	37,2	39	43,6	16,1	-24,3	-60,1
Гінекологічне відділення	44,1	36,4	43,4	40,3	14,2	-29,9	-67,8
Терапевтичне відділення № 1	36,9	34,6	34,8	39,1	13,5	-23,4	-63,4
Терапевтичне відділення № 2	40,9	41,4	40	52	20,8	-20,1	-49,1
Середні терміни лікування по лікарні	8	8,1	8,3	7,7	7,4	-0,6	-7,5
Гінекологічне відділення	6,8	6,4	6,4	6,5	6	-0,8	-11,8
Терапевтичне відділення № 1	9,2	9,4	9,3	8,6	8	-1,2	-13,0
Терапевтичне відділення № 2	8,1	8,1	8,8	7,4	7,5	-0,6	-7,4
Виконання плану ліжка/дня	96,2	90	95,2	99	40,2	-56	-58,2
Гінекологічне відділення	89	70	82,4	78	40,4	-48,6	-54,6
Терапевтичне відділення № 1	100,5	96	96,2	100	32	-68,5	-68,2

Продовж. табл. 2.7

1	2	3	4	5	6	7	8
Терапевтичне відділення № 2	98,3	100	104	114	46,5	-51,8	-52,7
Померло по лікарні	47	42	43	61	22	-25	-53,2
Гінекологічне відділення	-	-	-	-	-	0	#ДЕЛ/0!
Терапевтичне відділення № 1	19	15	19	21	14	-5	-26,3
Терапевтичне відділення № 2	28	27	24	40	8	-20	-71,4
Летальність по лікарні	0,9	0,8	0,9	1,2	1,1	0,2	22,2
Гінекологічне відділення	-	-	-	-	-	0	#ДЕЛ/0!
Терапевтичне відділення № 1	1	0,8	1	1	2	1	100,0
Терапевтичне відділення № 2	1,6	1,6	1,5	1,9	0,9	-0,7	-43,8
Оперовано хворих	1158	958	768	824	307	-851	-73,5
Хірургічна активність	64	63	60	69	74,8	10,8	16,9
Полосні операції	111	82	60	114	46	-65	-58,6
Планові	81	64	45	79	27	-54	-66,7
Ургентні	30	18	15	35	19	-11	-36,7
Оперативна активність	6,2	5,6	4,6	9,4	10,7	4,5	72,6
Передопераційний ліжко-день при планових операціях	до 1 дня	до 1 дня	до 1 дня	до 1 дня	до 1 дня	-	-

Джерело: узагальнено автором за []

Середні терміни лікування по лікарні у 2020 р. становили 7,4 днів, що на 7,5 % менше, порівняно із 2016 р. Суттєво зменшилась кількість летальних випадків по лікарні – з 47 у 2016 р. до 22 у 2020 р., що складає 53,2 %. Кількість операцій суттєво зменшилась на 851, або на 73,5 %, що пов'язано насамперед із перенесенням планових нетермінових операцій на інші дати у зв'язку з пандемією коронавірусу.

Таким чином, управління у сфері охорони здоров'я нині здійснюється під впливом глобалізаційних чинників, що зумовлюють необхідність трансформації методів управління та самої структури галузі. У Полтавському регіоні мережа закладів охорони здоров'я є досить розвиненою, у розрахунку на 10 тис. населення більшість показників, а саме чисельність лікарів, середнього медичного персоналу, кількість лікарняних ліжок є оптимальною. Галузь охорони здоров'я в Полтавському регіоні та Україні в цілому потребує подальших змін та ефективної стратегії розвитку, оснований на принципі найвищої пріоритетності життя і здоров'я людини.

## РОЗДІЛ 3

### УДОСКОНАЛЕННЯ СТРАТЕГІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **3.1. Шляхи підвищення ефективності публічного управління та державного регулювання у сфері охорони здоров'я**

Сфера охорони здоров'я є особливим суб'єктом державного управління. Ця галузь, порівняно із іншими потребує значної уваги, оскільки розвиток сфери медичних послуг пов'язаний із життям і здоров'ям громадян. У зв'язку з цим методи державного управління та регулювання у сфері охорони здоров'я суттєво відрізняються від тих, що застосовуються в інших галузях. Держава насамперед має виконувати регулюючу функцію, вектори якої повинні бути обґрунтованими. Необхідно розмежувати функції держави як власника, і держави як регулятора.

Вивчаючи європейський досвід, можна зробити висновок про суттєве розмежування функцій державного втручання та регулювання. Ефективність останнього залежить від інституційного забезпечення. Так, наприклад, для виконання регулюючої функції утворюються спеціальні органи, які носять наглядовий характер. Їх правовий статус і місце в системі державної влади, особливості взаємовідносин з іншими органами державної влади мають свою специфіку в кожній державі. Так, у Європі (Болгарії, Великобританії, Нідерландах, Чехії, Фінляндії) сфера охорони здоров'я (а саме: сектори громадського здоров'я, фармацевтика, сектор медичного страхування) є об'єктом державного регулювання, що здійснюється відповідними регуляторними органами.

Наприклад, у Болгарії органом державного регулювання в галузі охорони здоров'я є Національний фонд страхування здоров'я. Дана установа є незалежною публічною установою, що відокремлена від системи соціального страхування. У Болгарії діє система обов'язкового страхування здоров'я та

відбувається регулювання добровільного страхування. Фонд має відповідні органи управління та відокремлений від державного бюджету. Національний фонд страхування здоров'я приймає підзаконні нормативно-правові акти, що стосуються цін на лікарські засоби, які реалізуються для застрахованих осіб, якщо ці медичні засоби повністю оплачуються державою.

У Чеській Республіці регулювання здійснюється у фармацевтичній сфері. Для виконання цієї функції створено Державний інститут контролю лікарських засобів, що підпорядковується Міністерству здоров'я. У Фінляндії створено Фінське агентство лікарських засобів, воно займається ліцензуванням аптек та здійснює регулювання в галузі обігу фармацевтичних препаратів. Це агентство підпорядковується Міністерству соціальних відносин та здоров'я. У Латвії державне регулювання у сфері фармацевтики здійснюється Інспекцією охорони здоров'я, Державним агентством лікарських засобів, Службою з питань продуктів харчування та ветеринарії. У Нідерландах створено Нідерландський орган з питань охорони здоров'я, який має незалежний статус. Регуляторний орган створено у Великобританії – Монітор, що регулює діяльність суб'єктів, які функціонують у галузі охорони здоров'я. Монітор – це виконавчий позавідомчий державний орган, функціонування якого забезпечується Департаментом охорони здоров'я.

У Європейському Союзі у сфері охорони здоров'я державне регулювання є досить дієвим, застосовуються ефективні підходи щодо впровадження інституційного забезпечення у цій сфері. У Європі прагнуть до незалежності регулятора у процесі реалізації основних функцій.

В Україні також відбувається розвиток незалежного державного регулювання в різних соціально-економічних сферах, зокрема і в системі охорони здоров'я.

В останні роки в Україні у системі публічного управління створена група нових суб'єктів, які мають особливий статус, – національні комісії, вони здійснюють державне регулювання в різних соціально-економічних сферах, наприклад, енергетиці, зв'язку та інформатизації, комунальних послуг, ринків

цінних паперів та фінансових послуг тощо. Ці органи є державними колегіальними органами і не відносяться до гілок влади. Національні комісії державного регулювання утворюються та ліквідуються Президентом України, функціонують на основі спеціальних законів та положень.

У країнах Європи у сфері охорони здоров'я державне регулювання здійснюється у галузі медичного страхування. В Україні державне регулювання в сфері медичного страхування проводиться Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг. Відповідно, можемо зробити висновок, що в Україні вже існує спеціальне інституційне забезпечення державного регулювання у сфері охорони здоров'я.

У системі заходів щодо державного регулювання у сфері охорони здоров'я в Україні доцільно звернути більшу увагу на регулювання у фармацевтичній сфері, що є надзвичайно важливим, оскільки забезпечення населення якісними лікарськими засобами сприятиме покращенню їх здоров'я та сприятиме скороченню тривалості лікування. В Україні основні функції державного управління та регулювання у галузі охорони здоров'я виконуються Міністерством охорони здоров'я України, а також центральними органами виконавчої влади. Державне регулювання обігу лікарських засобів забезпечується Міністерством охорони здоров'я України та Державною службою з лікарських засобів. Також в Україні створено Державну службу з лікарських засобів, яка є центральним органом виконавчої влади, до головних завдань якої належать: розроблення пропозицій щодо формування державної політики щодо контролю безпечності та якості лікарських засобів і медичних виробів, ліцензування діяльності з виробництва лікарських препаратів, їх імпорту, оптової та роздрібною торгівлі тощо. На нашу думку, у сфері охорони здоров'я доцільним є розмежування функцій управління та регулювання та утворення відповідного незалежного регуляторного органу.

Національна комісія з регулювання фармацевтичної діяльності має включати вісім відділів (департаментів) (рис. 3.1).



Рис. 3.1. Структура Національної комісії з регулювання фармацевтичної діяльності

Джерело: розроблено автором

У результаті створення Національної комісії з регулювання фармацевтичної діяльності можна досягти позитивних результатів, а також одержати соціальний та економічний ефект (рис. 3.2).

Розробляючи стратегію підвищення ефективності державного регулювання, необхідно звернути увагу на діяльність наглядових органів, які створені в галузі охорони здоров'я, зокрема, це такі наглядові органи, як наглядові, спостережні та опікунські ради.

Наглядова рада призначає керівника підприємства чи установи, здійснює контроль і спрямовує діяльність керівника відповідно до завдань, визначених у статуті. Наглядові ради утворюються при комунальних унітарних підприємствах.

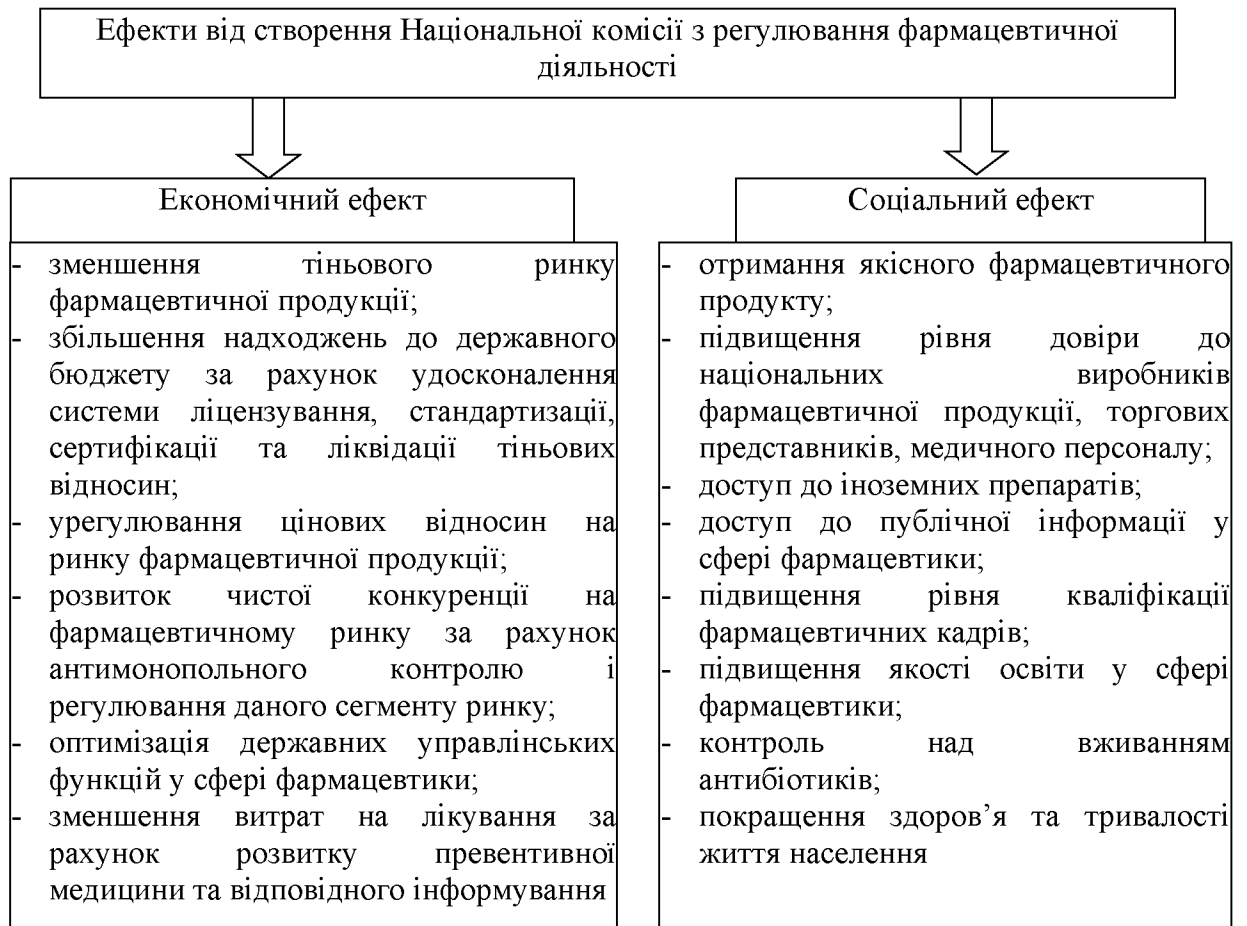


Рис. 3.2. Економічний та соціальний ефект від діяльності Національної комісії з регулювання фармацевтичної діяльності

Джерело: розроблено автором

Рішення щодо створення приймає територіальна громада, а не громадська ініціативна група, що є недоліком існування такої інституціональної одиниці. Крім того, до інших недоліків можна віднести те, що діяльність наглядової ради насамперед направлена на спостереження за керівником, а не всієї організації в цілому.

Діяльність спостережної ради регламентується Постановою КМУ «Про спостережну раду закладу охорони здоров'я та внесення змін до Типової форми контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я» від 28.12.2017 р. №1077. Головними завданнями спостережної ради є: дотримання прав пацієнтів, контроль за розглядом скарг; контроль

економіко-фінансової діяльності закладу охорони здоров'я; розроблення пропозицій щодо удосконалення діяльності закладу охорони здоров'я та медичного обслуговування пацієнтів тощо.

Спостережна рада складається не більше як з 15 осіб, а саме: представника власника медичного закладу, представників органів місцевої влади з галузі охорони здоров'я (1-4 осіб); депутатів місцевих рад (1-2 особи); громадськості (1-8 осіб). Члени спостережної ради повинні відповідати таким вимогам: позитивна ділова репутація; відсутність конфлікту інтересів; професійні знання та досвід; відсутність непогашеної судимості. Спостережна рада утворюється строком на 3 роки.

Недоліком функціонування спостережної ради, так само, як і наглядової, є те, що вона створюється відповідно до рішення ради, тому громадськість на її створення не впливає. Відбір до спостережної ради здійснюється шляхом Інтернет-голосування, що є не зовсім коректним, оскільки такий відбір може сприяти виходу в лідери не фахівців, а активних публічних осіб. Крім того, кандидати від депутатського корпусу можуть переслідувати власний інтерес в діяльності закладу охорони здоров'я.

Опікунська рада керується Наказом МОЗ «Про затвердження Примірного положення про опікунську раду при закладі охорони здоров'я» від 23.07.2014 р. № 517. Вона є громадським консультативно-дорадчим органом і створюється для вирішення таких завдань, як сприяння ефективній діяльності закладу охорони здоров'я; залучення додаткових ресурсів, наприклад, у вигляді благодійної допомоги; здійснення громадського нагляду за використанням коштів, що надійшли у вигляді благодійної допомоги; захист прав працівників та пацієнтів тощо.

Опікунська рада складається з не більше як 15 осіб, цей склад затверджується рішенням керівника закладу охорони здоров'я. Конкретних вимог до кандидатів немає, але є перелік осіб, які можуть рекомендувати кандидатури: працівники та керівник закладу охорони здоров'я; фактичні члени Опікунської ради; громадські, релігійні благодійні організації;

представники ЗМІ; волонтери; самовисуванці. Строк дії повноважень 3 роки.

Недоліком функціонування опікунської ради є «вільна пропозиція» кандидата до складу опікунської ради. Не всі члени опікунської ради можуть бути професіоналами, які постійно перебувають у тренді інновацій у галузі охорони здоров'я.

В умовах реформування інституційного забезпечення у сфері охорони здоров'я необхідно більше уваги приділити механізму утворення та діяльності наглядових органів у сфері охорони здоров'я. З одного боку, діяльність таких рад має сприяти прозорості функціонування закладів охорони здоров'я, а з іншого боку – не повинна заважати їх розвитку.

Рішення про створення відповідної ради для реалізації громадського контролю у закладі охорони здоров'я приймається залежно від мети.

Наглядову раду створюють: якщо для допомоги та контролю за керівником закладу, тобто для забезпечення прозорості діяльності насамперед директора закладу охорони здоров'я. Спостережна рада сприятиме досягненню мети щодо підвищення якості медичних послуг, також це допомога для залучення додаткових коштів, нагляд за економічною та фінансовою діяльністю, контроль за якістю обслуговування та дотриманням прав пацієнтів. Опікунська рада сприяє обміну досвідом в різних сферах, забезпечує комунікації з боку підприємницьких структур, представників влади та інших стейкхолдерів, спостережні ради сприяють втіленню міжнародних стандартів у національну систему охорони праці тощо.

Виходячи з вищезазначеного, найбільш прогресивним буде результат співпраці із опікунською радою, оскільки за таких умов можлива співпраця з широким колом небайдужих осіб, що може сприяти ефективному обміну досвідом та підвищенню ефективності системи управління закладом охорони здоров'я. При цьому, має бути ретельний відбір членів опікунської ради та чітко визначені її функції та повноваження.

### **3.2. Стратегічні напрями управління закладом охорони здоров'я на регіональному рівні**

Основою стратегії управління розвитком системи охорони здоров'я у Полтавському регіоні є насамперед орієнтованість на людей. Усі рішення, які стосуються охорони здоров'я, повинні прийматися із урахуванням потреб і прав людей (пацієнтів, медичних працівників) для забезпечення доступності, якості і безпеки медичних послуг, а також створення умов для формування здорового способу життя. Усі рішення, що будуть прийматись, будуть базуватися на пропозиціях та зауваженнях громадян Полтави, суб'єктів господарювання, органів місцевого самоврядування громадських організацій та професійних асоціацій. Обрані шляхи модернізації системи охорони здоров'я Полтави повинні створити нову сучасну модель, у якій кожен полтавець отримає необхідні йому медико-санітарні послуги, не відчувши при цьому фінансових труднощів.

Стратегія розвитку системи охорони здоров'я повинна забезпечувати максимально високу віддачу кожної вкладеної у систему охорони здоров'я бюджетної гривні, кращу якість та доступність послуг для пацієнтів, кращі умов роботи та доходи для лікарів.

Враховуючи досягнуті результати медичної реформи, доцільно сформулювати перспективні напрями стратегічного управління розвитком закладів охорони здоров'я з урахуванням впливу глобалізації (рис. 3.3).

Має відбутись перезавантаження системи управління за рахунок таких кроків:

- 1) пошуку та підготовки кадрів адміністративно-управлінського персоналу з урахуванням основ сучасного менеджменту для управління охорони здоров'я за комунальних закладів охорони здоров'я; створення належних організаційних умов щодо функціонування єдиного медичного простору для надання гарантованого пакету медичних послуг, створення єдиного медичного інформаційного простору міста (Електронної медицини)

на основі впровадження та ефективного використання інформаційних і комунікаційних технологій; впровадження ефективної системи моніторингу і аналізу діяльності закладів охорони здоров'я.



Рис. 3.3. Напрями стратегічного управління розвитком закладів охорони здоров'я в умовах глобалізаційних змін

Джерело: розроблено автором

2) подальший розвиток первинної ланки надання медичної допомоги;

- 3) 100% забезпечення оснащенням/обладнанням закладів первинної ланки;
- 4) запровадження «місцевих стимулів» за ефективно виконані пріоритетні напрями роботи, наприклад 100 % охоплення щепленнями та 100 % проведення скринінгу визначених хвороб;
- 5) забезпечення фінансової доступності до медикаментів для соціально уразливих верств населення;
- 6) розвиток вторинної ланки: пріоритет на відкриття (будівництво, реконструкція) якісних та ефективних закладів з мотивованими медичними працівниками;
- 7) створення генерального плану лікарень на міському рівні;
- 8) сформоване, спільне з обласною владою, бачення створення та розвиток високотехнологічних центрів;
- 9) інвестування й розвиток у лікарні на основі аналізу доступності допомоги і фінансової ефективності;
- 10) впровадження аутсорсингу немедичних послуг;
- 11) визначення переліку послуг, які будуть покриватися понад державний гарантований пакет за рахунок коштів місцевого бюджету;
- 12) ефективне управління організацію проведення клінічних лабораторних послуг в мережі закладів охорони здоров'я м. Полтави;

Важливим стратегічним напрямком є інформатизація системи охорони здоров'я. Зокрема доцільним є створення єдиного медичного інформаційного простору в межах міста: забезпечення закладів охорони здоров'я необхідної технічною інфраструктурою для ефективної та повноцінної інформатизації охорони здоров'я; запровадження електронного документообігу між всім суб'єктами системи ОЗ в м. Полтава.

Безумовним завданням є забезпечення реалізації права громадян на отримання медичних послуг, відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 року №2168-VIII, у межах програми медичних гарантій держави, а саме:

- первинної медичної допомоги: вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги:

- третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; паліативної медичної допомоги;

- медичної реабілітації;

- медичної допомоги дітям:

- медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами;

- екстреної допомоги.

Реалізація цих медичних гарантій має базуватися на наступних принципах:

1) Гарантований пакет послуг, що доступний кожному мешканцю.

Цей принцип повинен бути застосований незалежно від статі, віку, сексуальної орієнтації, релігійних чи політичних переконань, сімейного або цивільного стану. Він повинен бути застосований до всіх і кожного, та базуватися на повазі до прав людини. Водночас, держава повинна приділяти особливу увагу вразливим соціальним групам, оскільки показники здоров'я у них суттєво відстають від показників решти населення.

2) Дотримання національних стандартів якості та професіоналізму.

Цей принцип спрямований на надання якісної медичної допомоги, яка повинна бути безпечною, ефективною і спрямованою на задоволення потреб пацієнта, підтримку, освіту та розвиток персоналу, удосконалення управління галуззю.

3) Взаємоповага пацієнтів та медичних працівників.

Повага, гідність, співчуття й турбота повинні бути принципом номер один у роботі з пацієнтами. Їх безпека, досвід під час перебування в системі та результати для здоров'я будуть покращуватися, коли медичні працівники будуть мотивовані для підвищення якості своєї роботи.

Що стосується стратегії розвитку КП «1-аклінічна лікарня Полтавської міської ради», то на сьогоднішній день основними цінностями функціонування закладу є:

- довіра пацієнта та між членами колективу;
- повага до пацієнта та до праці кожного, безпечні умови праці медичного персоналу;
- професіоналізм на всіх етапах надання медичної допомоги;
- командна робота направлена на кінцевий результат.

У ході розробки стратегії розвитку 4 МКЛ було проаналізовано поточний стан лікарні за допомогою SWOT аналізу (додаток Р). Було визначено сильні та слабкі сторони організації, можливості для розвитку та зовнішні загрози. Серед сильних сторін доцільно виділити: професійний рівень та досвід колективу, діюча система навчання та підвищення професійних компетенцій персоналу, позитивний імідж закладу, комфортні умови перебування пацієнтів, географічне розташування закладу, сучасне обладнання, застосування новітніх технологій, відповідність державним стандартам якості надання допомоги на вторинному рівні, формалізований та відпрацьований маршрут пацієнта, співпраця з іншими закладами охорони здоров'я, підготовка лікарів на основі співпраці з Українською медичною стоматологічною академією.

Серед слабких сторін закладу можна відмітити відмітити низький рівень заробітної плати ремонтні роботи, що тривають, складність модернізації приміщень пов'язане з віком споруд, упереджене ставлення населення до державних закладів охорони здоров'я, недостатнє фінансування, низький рівень використання телемедичних технологій.

Виходячи з цього визначено можливості розвитку закладу – це реформування галузі охорони здоров'я, розширення свободи у використанні активів, фінанси . реформуванні кадрової політики, визначення організаційної структури закладу, енергозберігаючі технології, освоєння нових методика і напрямів надання медичної допомоги, оптимізації роботи відділень.

Загрози це в основній частині зовнішні загрози, які мало залежать від нас, але вони є: старіння населення, міграція молодого населення, підвищення конкуренції між медичними закладами, прискорення темпів технологічного

старіння обладнання, нестабільна геополітична ситуація в країні.

Виходячи з позитивних і негативних факторів необхідно мінімізувати фактори, що можуть ускладнювати досягнення мети, і навпаки розвивати фактори, що дають додаткову можливість для досягненні цілей.

Згідно із «Законом про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» 1 квітня 2020 р. стартував другий етап медичної реформи. 4 МКЛ уклала договір з НСЗУ. З квітня 2020 р. програма медичних гарантій – перелік безоплатних медичних послуг – запрацювала у повному обсязі. Це – шлях до забезпечення конституційного права громадян на безоплатну медичну допомогу від держави.

Пріоритетом у діяльності КП «1-аклінічна лікарня Полтавської міської ради» має буде збільшення доходної частини та зменшення витрат.

Доходна частина буде формуватися з налагодження співпраці з НСЗУ, за рахунок надання послуги з пакету «амбулаторної допомоги», які будуть оплачуються з державного бюджету на основі єдиних національних тарифів. До пакету «амбулаторна вторинна спеціалізована допомога» входить такі послуги: поліклінічна робота, жіночі консультації; лабораторна та інструментальна діагностика; амбулаторна медична реабілітація пацієнтів у відновному періоді; надання ургентної стоматологічної допомоги дорослим; проведення хірургічних втручань в амбулаторних умовах; перебування пацієнта в закладі в умовах денного стаціонару; послуги, які пов'язані з проведенням пріоритетних медичних послуг, що надаються в амбулаторних умовах мамографії, гістероскопії, езофагогастродуоденоскопії, колоноскопії, цистоскопії, бронхоскопії, дерматоскопі; робота приймального відділення, стаціонар.

Зменшення видатків можна досягти за рахунок енергозберігаючих технологій. Доцільно вдосконалити систему опалення для регулювання оптимального температурного режиму закладу, встановлення балансувальних кранів в інженерних шафах та клапанів регулювання на радіотарах, заміна ситстеми освітлення на LED лампи та докомплектацію датчиками руху

існуючих світильників у місцях загального користування. А також перегляд кадрового ресурсу, а саме оптимізація господарської частини, зменшення адміністративного персоналу та інші заходи, що зменшать витрати на заробітну плану.

## ВИСНОВКИ

Система охорони здоров'я в Україні – це та сфера, яка потребує першочергової уваги та відповідної трансформації згідно глобалізаційних вимог та потреби підвищення якості медичних послуг. Оцінювання статистичних даних підкреслює відставання показників ефективності функціонування системи охорони здоров'я в Україні від європейських індикаторів. Старт медичної реформи на початку 2018 р. дав позитивні результати, які проявляються в розбудові мережі кардіологічних центрів, покращенні стану лікарень, підвищенні якості медичних послуг.

Основні напрямки стратегічного управління розвитком закладів охорони здоров'я в умовах глобалізаційних змін охоплюють політико-правову, організаційну, фінансово-економічну, соціально-медичну сфери. При цьому, галузь охорони здоров'я має бути інтегрованою з усіма сферами національної економіки, а глобальною метою ефективного стратегічного управління закладами охорони здоров'я – зменшення захворюваності та продовження тривалості життя, що в кінцевому підсумку сприятиме і економічному зростанню через підвищення продуктивності та якості праці.

Базисом стратегічного управління розвитком закладів охорони здоров'я має стати посилення політико-правової бази, а саме удосконалення законодавства, забезпечення прозорості та своєчасності розподілу коштів, орієнтація на найкращий міжнародний досвід. Щодо організаційної сфери управління закладами охорони здоров'я, то насамперед необхідно звернути увагу на якість та доступність медичних послуг для всіх верств населення. У цілому результатом стратегічних перетворень у сфері управління закладами охорони здоров'я має стати зменшення захворюваності та продовження тривалості життя.

Основою формування стратегії розвитку закладу охорони здоров'я має бути співпраця різних секторів економіки, служб, організацій в інтересах пацієнтів, громади та населення (міжсекторальна взаємодія).

Система охорони здоров'я як галузь повинна взаємодіяти з іншими службами, органами державного сектору та широким колом громадських об'єднань, благодійних організацій та юридичних осіб приватної форми власності з метою підвищення рівня здоров'я та добробуту.

Доцільно досягти оптимального співвідношення ціна-якість та найбільш ефективне, справедливе та стійке використання обмежених ресурсів. Державні та бюджетні кошти на охорону здоров'я мають бути спрямовані винятково на благо мешканців громади.

З метою забезпечення виконання програми медичних гарантій можуть бути сформованими наступні основні пріоритети розвитку медичної галузі у м. Полтаві: створення єдиного медичного простору в рамках госпітального округу; створення трансплантологічної служби в регіоні; організація роботи служби паліативної медичної допомоги в місті, та створення мобільних паліативних бригад; організація роботи служби медичної реабілітації та відновного лікування в місті; оптимізація ресурсів медичної галузі; навчання та перекваліфікація медичного персоналу; забезпечення умов безпечного материнства та дитинства; діджиталізація та автоматизація в місті процесу надання медичних послуг та медичної звітності; побудова ефективної системи комунікації з отримувачами медичних послуг; формування політики громадського здоров'я за рахунок розбудови системи громадського здоров'я, яка буде комплексом інструментів, процедур і заходів, що реалізуються задля зміцнення здоров'я населення; профілактика та запобігання захворюванням, подовження активного та працездатного віку, зокрема за рахунок заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднаних зусиль усього суспільства.

Напрями подальших досліджень в даному напрямку полягають в обґрунтуванні стратегії мотивації працівників закладів охорони здоров'я для підвищення якості медичних послуг.