

ХМЕЛЬНИЦЬКА ОБЛАСНА РАДА
ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ПРАВА
ІМЕНІ ЛЕОНІДА ЮЗЬКОВА

ФАКУЛЬТЕТ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ

Кафедра публічного управління та адміністрування

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему:

**«Публічне адміністрування у сфері медичного
обслуговування населення в Україні»**

Виконала: студентка магістратури
за спеціальністю
281 Публічне управління та
адміністрування
Ольга ТРОХИМЧУК

Керівник: к. е. н., доцентка
Олена ХИТРА

(науковий ступінь, вчене звання, прізвище та ініціали)

Рецензент:

(науковий ступінь, вчене звання, прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

Трохимчук О.В. Публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення в Україні

Магістерська робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 281 Публічне управління та адміністрування

Мета магістерської роботи полягає в тому, щоб на підставі законодавства, теоретичних положень та аналізу практичного впровадження інновацій у роботу медичних закладів міста проаналізувати стан публічного адміністрування в сфері медичного обслуговування населення та надати рекомендації щодо підвищення його ефективності.

У теоретичному розділі роботи визначено сутність та структуру публічного адміністрування в цілому та публічного адміністрування у медичній галузі. Визначено суб'єкти публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я в Україні та проаналізовано державну політику України щодо розвитку медичної сфери. Вивчено досвід зарубіжних країн щодо реформ сфери охорони здоров'я та проведено аналогію з реформуванням даної сфери в Україні, надано рекомендації щодо покращення ситуації у медичному обслуговуванні.

У дослідницько-аналітичному розділі розкрито практичні аспекти функціонування механізму публічного адміністрування на прикладі закладів охорони здоров'я м. Хмельницького. Проаналізовано показники роботи Хмельницького управління охорони здоров'я за 2021–2023 рр. та оцінено ефективність управлінської діяльності у цій сфері.

У рекомендаційному розділі визначено пріоритетні напрями розвитку сфери медичного обслуговування, зокрема його інноваційної складової як такої, а головне – підвищення якості, ефективності та доступності медичної допомоги населенню. Запропоновано поширення в управлінні та адмініструванні медичної сфери цифровізації, з метою покращення доступності медичного

обслуговування, методу пріоритетності на амбулаторному етапі, для виключення або зменшення проблеми відстрочених та затриманих звернень пацієнтів, що у кінцевому рахунку підвищить рівень якості та ефективності надання медичної допомоги, а також підвищить рівень задоволеності пацієнтів.

Ключові слова: публічне адміністрування, публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення, реформування медичної сфери, державна політика, заклади охорони здоров'я.

Annotation

Trokhymchuk O.V. Public administration in the field of medical care of the population in Ukraine

Master's degree work for obtaining an open master's degree in the specialty 281 Public management and administration

The purpose of the master's thesis is to analyze the state of public administration in the field of medical care of the population in Ukraine, to analyze the efficiency of the work of medical institutions in the city of Khmelnytskyi, and to provide recommendations for improving its efficiency, based on legislation and theoretical provisions. The priority directions of the development of the field of medical care, in particular its innovative component as such, and most importantly, the improvement of the quality, efficiency and accessibility of medical care to the population, have been identified. It is proposed to spread digitalization in the management and administration of the medical field, with the aim of improving the accessibility of medical care, the method of priority at the outpatient stage, to eliminate or reduce the problem of delayed and delayed patient referrals, which will ultimately increase the level of quality and efficiency of the provision of medical care, as well as will increase the level of patient satisfaction.

Key words: public administration, public administration in the field of medical care of the population, reforming the medical field, state policy, health care institutions.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ У СФЕРІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ.....	9
1.1. Поняття та елементи механізму публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення	9
1.2. Суб'єкти публічного адміністрування та державна політика медичного обслуговування населення в Україні	133
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ У СФЕРІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ У М. ХМЕЛЬНИЦЬКОМУ	21
2.1. Практичні аспекти функціонування механізму публічного адміністрування на прикладі закладів охорони здоров'я м. Хмельницького	21
2.2. Аналіз показників роботи Хмельницького управління охорони здоров'я за 2021–2023 рр.	30
РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ У СФЕРІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ.....	38
3.1. Основні напрями підвищення ефективності публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення	38
3.2. Адаптація зарубіжного досвіду публічного адміністрування у контексті реформування медичного обслуговування в Україні.....	47
ВИСНОВКИ.....	59
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	63
ДОДАТКИ.....	69

ВСТУП

Актуальність теми. Вибрана тема дослідження актуальна, тому що на сучасному етапі в медичній сфері відбуваються стрімкі зміни. Реформування медичної галузі та євроінтеграційні процеси породжують прагнення до якісного, безпечного та ефективного здійснення медичного обслуговування населення України. Останні медичні реформи, зокрема, спрямовані на підвищення якості медичного обслуговування через надання якісних та доступних медичних послуг.

Орієнтиром останнього десятиріччя і на подальшу перспективу для удосконалення охорони здоров'я в Європі і в кожній країні-члені Європейського бюро ВООЗ визнано загальноєвропейську політику “Здоров'я для всіх”. Вона передбачає, що всі країни повинні активно здійснювати політику досягнення здоров'я для всіх людей на державному, регіональному та місцевому рівнях за підтримки відповідних структур. Однак складність цього завдання обумовлюється тим, що взяти на себе зобов'язання ліквідації хвороб не можуть ні держава, ні громадяни, ні будь-яка окрема галузь економіки [1, с. 132–133].

Охорона здоров'я розглядається багатьма вченими як суспільне благо, коли надання медичної допомоги кожній людині має важливе значення для суспільства в цілому. У свою чергу, така позиція в більшості європейських країн стала частиною традиційного консенсусу відносно важливості дотримання принципу солідарності та всеохоплюючого доступу населення до ресурсів охорони здоров'я. З іншого боку, ринкові важелі за своєю природою засновані на припущенні, що кожна медична послуга є товаром, який можна продати на відкритому ринку. В умовах ринку економіка охорони здоров'я вивчає вплив законів ринку в системі медичної допомоги та вплив охорони здоров'я на основний фактор виробництва – робочу силу. З економічної точки зору адекватна охорона здоров'я підвищує якість людського капіталу, збільшуючи можливості людини продуктивно працювати [2, с. 3].

В Конституції України прописане право громадян на безкоштовне

медичне обслуговування. На даний момент стан медичного обслуговування не в повній мірі може забезпечити якісне безоплатне надання медичних послуг, тому проблема публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення є досить актуальною, запровадження та реалізація міжнародних стандартів надання медичних послуг, маю надію, допоможе вийти на ефективний рівень надання усіх видів медичної допомоги та медичної діагностики.

В Україні процес реформування публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування триває ще з 2017 року: з прийняттям Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та продовжений у 2018 році під час ратифікації належних медичних практик GCP, дотримання норм яких має відбуватися на всіх етапах медичного обслуговування. 01.07.2022 року прийнято Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги», в якому внесені зміни до окремих статей законів про медичне обслуговування населення відповідно до сучасного стану та вимог охоплення населення якісними медичними послугами.

Але, зважаючи на позитивні кроки в реформуванні медичної сфери, для вирішення нагальних проблем, які пов'язані з якістю та ефективністю медичного обслуговування в Україні, ще потрібно багато праці та удосконалення. Саме тому публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення потрібно переглядати і надалі реформувати як із застосуванням досвіду європейських країн, так і оцінюючи помилки та проблеми, які виникли в функціонуванні медичних систем Європи та світу.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Економічні аспекти функціонування сфери охорони здоров'я є предметом досліджень багатьох науковців. Зокрема, Д.В. Карамішев і Н.М. Удовиченко [1] сформулювали основні принципи функціонування системи охорони здоров'я в контексті загальнолюдських цінностей соціальної держави; А.Г. Ахламов і Н.Л. Кусик [2], Е.О. Гапонова [3], Н.В. Резнікова, О.А. Іващенко, О.І. Войтович [4] дослідили

специфіку функціонування ринкових механізмів у сфері охорони здоров'я; І.А. Голованова, О.І. Краснова і Т.В. Плужнікова [5–9] розкрили особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я; С.М. Гончарук, С.В. Приймак, Л.Я. Даниляк і Д.В. Долбнєва [10; 11], Л.В. Ліштаба [12], І.В. Мартусенко і Т.Д. Сіташ [13; 14], В.В. Руденко [15] обґрунтували шляхи трансформації фінансування системи охорони здоров'я в Україні; В.І. Борщ [16], Н.Г. Дутко [17], О.В. Мартякова та І.В. Трикоз [18], А.О. Москвіна і О.О. Вороніна [19], Н.М. Ткачова [20] проаналізували переваги від впровадження державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я.

Мета і завдання дослідження. Мета дослідження полягає в тому, щоб на підставі законодавства, теоретичних положень та аналізу практичного впровадження інновацій у роботу медичних закладів міста проаналізувати стан публічного адміністрування в сфері медичного обслуговування населення та надати рекомендації щодо підвищення його ефективності.

Відповідно до зазначеної мети поставлені такі завдання дослідження:

- сформулювати поняття та визначити елементи механізму публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення;
- охарактеризувати законодавство щодо забезпечення публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення;
- розглянути питання щодо суб'єктів публічного адміністрування та особливості державної політики у сфері медичного обслуговування населення в Україні;
- проаналізувати особливості реалізації механізму публічного адміністрування в медичних закладах м. Хмельницького та визначити показники ефективності;
- охарактеризувати міжнародний досвід щодо публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення та окреслити перспективи його адаптації до вітчизняних реалій.

Об'єкт дослідження – діяльність медичних закладів м. Хмельницького.

Предметом дослідження є механізми публічного адміністрування у сфері

медичного обслуговування населення м. Хмельницького.

Методи дослідження. Теоретичною і методологічною основою магістерської роботи є дослідження вітчизняних вчених та фахівців з питань публічного адміністрування. У процесі написання магістерської роботи використано такі методи: системного підходу – для оцінювання управління та адміністрування в медичних закладах; аналізу та синтезу – для дослідження сутності, структури, принципів публічного адміністрування; методи порівняльного та економічного аналізу – для аналізу ресурсного потенціалу закладів; графічно-аналітичний метод – для наочної ілюстрації за допомогою рисунків і таблиць, статистичного аналізу – для дослідження показників діяльності медичного закладу.

Інформаційною базою дослідження стали нормативно-правові акти, які регламентують діяльність закладів охорони здоров'я, наукові праці зарубіжних і вітчизняних авторів, матеріали науково-практичних конференцій, ресурси мережі Інтернет.

Практична значущість роботи полягає у тому, що запропоновані заходи з удосконалення управління та адміністрування у медичних закладах дозволять покращити якість та доступність надання медичних послуг населенню.

Структура роботи. Відповідно до мети та завдань дослідження робота складається зі вступу, 3 розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи 63 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ У СФЕРІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ

1.1. Поняття та елементи механізму публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення

В період сучасного реформування медичної сфери з метою дотримання конституційно прописаних основ медичного обслуговування населення необхідно встановлювати та впроваджувати методи та засоби контролю державою змін та нововведень. Ця діяльність є пріоритетною, оскільки її результати суттєво впливають на захист публічного здоров'я, удосконалення надання медичних послуг різного спрямування, створення гарантій захисту прав лікарів та пацієнтів під час медичного обслуговування, а також підвищення стандартів якості у забезпеченні медичним обслуговуванням населення [21].

Медичне обслуговування населення є важливою частиною державної діяльності, яка полягає у забезпеченні громадського здоров'я, приросту населення та збереження працездатності громадян, і таким чином, зростання економічного розвитку країни. Медичне обслуговування, в свою чергу, не може здійснюватися якісно та доступно без регулюючих механізмів. Такими механізмами мають виступати механізми управління та адміністрування. З розвитком громадянського суспільства та поширенням демократичних цінностей змінювались підходи до управління суспільством на більш гнучкі, на такі, що спрямовані на надання якісних публічних послуг. Ці зміни призвели до появи нової форми управління в публічному секторі – «публічного адміністрування». На відміну від державного управління, публічне адміністрування – це цілеспрямована взаємодія публічних адміністрацій з юридичними і фізичними особами з приводу забезпечення реалізації законів й підзаконних актів та виконання основних функцій [22].

Першочерговим завданням в адмініструванні є розробка механізму та його складових елементів. Наступним кроком є визначення ефективності механізму публічного адміністрування. Його ефективність буде залежати як від врегулювання та забезпечення медичного обслуговування населення, так і від вибору пріоритетних напрямків та розробки програм надання медичних послуг.

Загалом, оскільки медичне обслуговування населення є явищем соціальним та правовим одночасно, якісне функціонування його можливе за умови узгодження соціальних, наукових та правових аспектів, чим і займається публічне адміністрування у зазначеній сфері.

Так, поняття «державне управління» в сучасному Енциклопедичному словнику з державного управління визначене як діяльність держави (органів державної влади), спрямована на створення умов для реалізації функцій держави, основних прав і свобод громадян, узгодження різноманітних груп інтересів у суспільстві та між державою і суспільством, забезпечення суспільного розвитку відповідними ресурсами [23, с. 150]. Складовою частиною управління є механізм управління, під яким науковці розуміють найактивніший складник системи управління, який забезпечує вплив на чинники, а вже від стану системи залежить результат діяльності керованого об'єкта. Механізм управління включає в себе такі елементи: цілі управління; критерії управління; фактори управління; ресурси управління [24; 25].

Оскільки фактори державного управління можуть мати економічну, соціальну, організаційну, політичну й правову природу, комплексний механізм державного управління має являти собою систему економічних, мотиваційних, організаційних, політичних та правових механізмів.

Згідно з Енциклопедією державного управління [26] поняття «публічний» є більш широким, ніж «державний», і містить такі пояснення, як «державний» та «суспільний, народний, загальнонародний, комунальний, відкритий, гласний». Використовуючи поняття «публічний», маємо на увазі те, що стосується органів виконавчої влади, адміністративного апарату та органів місцевого самоврядування. Це значить, що публічне адміністрування є

складовою частиною публічного управління, на засадах демократії та з використанням методів і технологій управління, що можуть орієнтуватись на соціальну сферу і забезпечувати надання послуг громадянам якісно та згідно з чинними світовими стандартами. У Міжнародній енциклопедії державної політики та адміністрування зазначається: «Публічне управління – це галузь практики і теорії, яка є ключовою для публічного адміністрування та зосереджена на внутрішній діяльності державних установ, зокрема на вирішенні таких управлінських питань, як контроль, керівництво, планування, організаційне постачання, забезпечення інформаційними технологіями, управління персоналом та оцінка ефективності» [27].

Потрібно відрізнити дві основні спеціальності з управління різними сферами суспільного життя – публічне адміністрування та публічна політика (урядування). Публічна політика є основою та змістом публічного управління; публічне адміністрування – це механізм публічного управління. Механізми публічного адміністрування починаються від взаємодії всіх гілок влади: законодавчої, виконавчої та судової, і закінчуються фаховою діяльністю публічних службовців.

А.М. Школик трактує «публічне адміністрування» як сукупність організаційних дій, діяльності та заходів, які виконуються різними суб'єктами та інституціями на основі закону та в межах, визначених законом для досягнення публічного інтересу [28, с. 35].

О.В. Кузьменко під «публічним адмініструванням» розуміє діяльність суб'єкта публічної адміністрації, спрямовану на виконання владних повноважень публічного змісту [29, с. 39]. С.І. Чернов і С.О. Гайдученко визначають «публічне адміністрування» як регламентовану законами та іншими нормативно-правовими актами діяльність суб'єктів публічного адміністрування, спрямовану на втілення в життя законів та інших нормативно-правових актів шляхом прийняття адміністративних рішень, надання встановлених законами адміністративних послуг [30].

Таким чином, публічне адміністрування – це врегульована

законодавством діяльність адміністрації (адміністрацій) для задоволення публічних інтересів та надання публічних послуг. Відповідно, «публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення» – це врегульована законодавством діяльність ліцензованих закладів охорони здоров'я з надання медичних послуг під час практичної діяльності з метою задоволення публічного інтересу.

Механізми публічного адміністрування за побудовою поділяються на:

- механізми публічного адміністрування спрямовані на досягнення певної мети;
- механізми функціонування системи на різних етапах суспільного розвитку;
- механізми здійснення процесу публічного адміністрування різними владними органами та окремими посадовими особами [31, с. 28].

Далі доцільно розглянути структуру механізму публічного адміністрування.

Т.О. Коломоєць визначає, що складовими елементами структури механізму публічного адміністрування є: суб'єкт і об'єкт управління; цілі, принципи, функції, методи, інформація, технологія та технічні засоби. Але якщо виходити з того, що управління – це єдність діяльності й відносин, а також враховуючи особливості державного управління, цей склад доцільно трансформувати [31, с. 34].

Суб'єкт і об'єкт – найважливіші елементи механізму публічного адміністрування, саме їх взаємодія відображена у нормативних документах, що регламентують вплив держави на будь-яку сферу життєдіяльності суспільства [30]. У системі державного управління об'єктом управління виступає суспільство, суспільна діяльність, а суб'єктом – органи виконавчої влади. Суб'єкт і об'єкт публічного адміністрування перебувають у постійній динамічній взаємодії, у процесі якої виникають управлінські відносини – відносини людей щодо здійснення функцій адміністрування [32, с. 34].

Як на мене, елементами механізму публічного адміністрування у будь-

якій сфері є сукупність нормативно-правових актів, які визначають правовий статус суб'єкта та об'єкта, і засоби адміністрування.

Нормативно-правові акти відображають безпосередньо усі сторони діяльності суб'єктів, що забезпечують медичне обслуговування населення. На їх основі встановлюються відповідні сучасні правила поведінки у сфері медичного обслуговування населення, виникають та змінюються конкретні правові відносини тощо. Окрім того, засоби публічного адміністрування медичного обслуговування населення являють собою розгалужену систему правових прийомів, що застосовуються державою для забезпечення якісного, ефективного та безпечного медичного обслуговування.

1.2 Суб'єкти публічного адміністрування та державна політика медичного обслуговування населення в Україні

Для визначення та характеристики суб'єктів публічного адміністрування визначимо поняття «публічна адміністрація сфери медичного обслуговування населення» та «суб'єкт публічного адміністрування сфери медичного обслуговування населення».

Термін «публічна адміністрація у сфері медичного обслуговування населення» має логічно виходити з терміну «публічна адміністрація». Публічна адміністрація, а саме публічні органи управління здійснюють різні функції щодо задоволення потреб людини та громадянина у різних сферах, і однією з цих функцій є публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення, які виконуються з метою надання медичних послуг задля забезпечення та збереження здоров'я людини.

Показники здоров'я громадян, які постійно відстежуються та беруться як один з критеріїв подальшого реформування медичної сфери, здатні впливати на стан адміністрування медичної сфери у певній мірі. Публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення, як правило, розглядається як загальна система адміністрування, але має і специфічні риси управління, які

пов'язані з особливостями даної сфери [33, с. 12].

Верховна Рада України, Президент України, Кабінет Міністрів України, громадяни та об'єднаннями громадян є суб'єктами формування державної політики, в тому числі у сфері медичного обслуговування населення.

Згідно з законодавчими нормами суб'єкти, які реалізують адміністрування у сфері медичного обслуговування населення, можуть бути поєднані у такі групи:

а) суб'єкти з загальними повноваженнями: Верховна Рада України, Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, Президент України, Уповноважений Верховної Ради України з прав людини [34], Рада національної безпеки і оборони України, Кабінет Міністрів України, Генеральна прокуратура України, інші центральні органи виконавчої влади, яким підпорядковані відомчі заклади охорони здоров'я, органи місцевого самоврядування та місцеві органи виконавчої влади, а також органи судової системи України;

б) суб'єкти з консультативно-дорадчими повноваженнями: Рада з питань національної єдності при Президентові України; Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції /СНІДу при Кабінеті Міністрів України; Міжвідомча координаційна рада при МОЗ України з питань міжгалузевої взаємодії закладів охорони здоров'я; Громадська рада при Міністерстві охорони здоров'я України; Рада молодих вчених при Міністерстві охорони здоров'я України; Колегія Міністерства охорони здоров'я України; Вчена медична рада Міністерства охорони здоров'я України; Координаційна рада з питань розвитку медсестринства України; Клініко-експертні комісії Міністерства охорони здоров'я; Клініко-експертні комісії управлінь охорони здоров'я міських, районних органів місцевого самоврядування;

в) суб'єкти зі спеціалізованими публічними повноваженнями: Міністерство охорони здоров'я України, Національна служба здоров'я України тощо.

Зокрема, Верховна Рада України законодавчо врегульовує сферу

медичного обслуговування через прийняття відповідних законодавчих актів.

Президент України згідно з Конституцією України та Основами законодавства України про охорону здоров'я визнається гарантом права громадян на охорону здоров'я. Через систему органів виконавчої влади здійснює вплив на управління медичною сферою [35].

Кабінет Міністрів України розробляє цільові програми та механізми, що покращують ефективність діяльності у медичній сфері, реалізує державну політику і цій сфері, забезпечує адміністрування заходів щодо епідеміологічного благополуччя громадян та якісного надання медичних послуг, тощо [36, с. 172]; реалізує виконавчу владу безпосередньо та через міністерства та місцеві державні (військові) адміністрації.

Наступним суб'єктом публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення є Рада громадського контролю, Вона створена Кабінетом Міністрів України та діє в рамках гарантованого державою пакета медичного обслуговування населення, та центральні органи, такі як Міністерство охорони здоров'я, Академія медичних наук України, Національна служба здоров'я України, Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції /СНІДу, Державна служба з лікарських засобів та контролю за наркотиками тощо.

Міністерство охорони здоров'я України – виконавчий орган, що формує та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, в тому числі у сфері медичного обслуговування населення. Також здійснює адміністрування у напрямках захисту та профілактики населення від інфекційних хвороб, профілактики неінфекційних захворювань, імунопрофілактики, формування здорового способу життя, харчової безпеки, створення національної системи крові, реагування та оголошення надзвичайних станів у сфері охорони здоров'я; впровадження електронної системи охорони здоров'я; технічного регулювання медичних виробів та засобів медичного призначення, контролю лікарських засобів, обігу наркотичних засобів, сильнодіючих засобів та їх прекурсорів тощо.

Новим суб'єктом публічної адміністрації у сфері медичного

обслуговування населення є Національна служба здоров'я України. Центральний орган виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій за програмою медичних гарантій; виступає замовником медичних послуг та лікарських засобів [37].

Національна служба здоров'я України проводить прогнозування та аналіз потреб населення України у медичних послугах та лікарських засобах; здійснення стратегічних закупівель медичних послуг та реімбурсації лікарських засобів за програмою медичних гарантій; розробляє проекти програми медичних гарантій; та аналіз витрат таких закладів на медичне обслуговування у встановленому законодавством порядку; укладає договори про медичне обслуговування населення та договори про реімбурсацію, здійснює контроль за цільовим та ефективним використанням коштів за програмою медичних гарантій; здійснює оплати згідно з тарифом за надані пацієнтам медичні послуги та лікарські засоби та відшкодування вартості лікарських засобів за договорами про реімбурсацію за програмою медичних гарантій; проводить аналіз звітності тих, хто надає медичні послуги, щодо переліку та обсягу наданих медичних послуг за договорами про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій; аналіз звітності аптечних закладів про відпущені лікарські засоби, які підлягають реімбурсації, та їх вартість; публікує щорічний звіт про результати діяльності; розробляє проекти державних цільових програм з питань, що належать до її компетенції, участь у забезпеченні виконання таких програм тощо [37].

Відомо, що при Міністерстві охорони здоров'я України створюються консультативно-дорадчі органи, які також є суб'єктами публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення.

Одним з таких органів є Клініко-експертна комісія Міністерства охорони здоров'я України, яка утворюється для розгляду звернень фізичних та юридичних осіб, правоохоронних органів щодо клініко-експертних питань профілактики, діагностики, медичного лікування, реабілітації, оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування та Медична рада

закладу охорони здоров'я, яка є консультативно-дорадчим органом закладу охорони здоров'я, що діє постійно і наділений повноваженнями щодо внутрішнього контролю якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування закладами охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування. Вона створюється з метою залучення працівників закладів охорони здоров'я до діяльності з проведення оцінки якості медичної допомоги та медичного обслуговування тощо [38].

Таким чином, забезпечення медичного обслуговування населення є одним з пріоритетів розвитку сучасної держави та невід'ємною складовою державної політики охорони здоров'я України, спрямованої на зміцнення здоров'я нації.

Державна політика у сфері медичного обслуговування населення спрямовується на підтримку наукових досліджень, впровадження нових технологій, а також на створення умов для підвищення рівня здоров'я громадян України та поліпшення якості медичного обслуговування і медичної допомоги, організації національної системи охорони здоров'я відповідно до вимог Конституції України [39], Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [40] та інших нормативно-правових актів [41].

М.М. Білинська, Т.П. Авраменко, В.М. Князевич, Я.Ф. Радиш та Н.О. Васюк [42; 43] визначають державну політику у сфері медичного обслуговування населення як 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.

Незважаючи на пропозиції, що реформувати потрібно, орієнтуючись на

європейські країни, та змінювати підходи від традиційної моделі М. Семашка, яка базувалася більше на профілактиці, працюючи практичним фахівцем в сфері медицини, бачу односторонність такого твердження. Якщо змінити модель, в основу якої покладена ринкова організація цієї діяльності, це надасть можливість розвиватися таким галузям медицини, як трансплантологія, лікування онкологічних, серцево-судинних захворювань, проводити більш віртуозні оперативні втручання, розширити спектр діагностики захворювань тощо, але порівняно з попередньою системою це знизить профілактичну складову. Тому частіше трапляються «запущені випадки» та збільшилась потреба в паліативній допомозі. До речі, розвиток паліативної та хоспісної допомоги теж стрімко розвивається на сучасному етапі. Тому реформування сфери медицини має передбачати такі напрямки, як: надання якісних медичних послуг; переорієнтація функціонування медичних закладів на профілактичну та діагностичну їх діяльність; переорієнтація не лише на західні моделі реформування медичної сфери, а створення власного «продукту» - системи, яка б поєднала кращі надбання традиційної системи з новітніми віяннями; удосконалення фінансування сфери медичного обслуговування населення; розширення гарантованого пакету медичних послуг; удосконалення та контрольованість функцій медичного обслуговування населення на рівнях надання медичних послуг (первинного, вторинного та третинного рівнів); удосконалення нормативно-правової бази, яка врегульовуватиме сферу медичного обслуговування населення; удосконалення та підтримка за допомогою науки моделі публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення.

У 2017–2018 роках відбулося реформування первинної ланки медичного обслуговування населення. З позитивного вбачається лише зручність та доступність через електронні медичні системи та можливість лікарям удосконалюватись та розвиватись. До відчутних плюсів віднесемо матеріальне забезпечення медичного персоналу первинної ланки. Доступність на амбулаторному етапі до обстежень та консультацій вузьких спеціалістів значно

знизилась, як і рівень консультування. Тому що один спеціаліст, який би він досвідчений не був, не може досконало знати всі нюанси вузької медичної спеціалізації.

Другим етапом реформування став етап змін у вторинній ланці. У процесі реформування медичні заклади взяли на себе сервісні зобов'язання. Це рецепція, в тому числі електронна, організація місць для людей з обмеженими можливостями тощо. Ці зобов'язання для медичних закладів означали необхідність інвестувати в ці зміни.

Реформування вторинного та третинного рівнів медичної допомоги, згідно з програмою державних гарантій, привело до реалізації закладами пакетів надання медичних послуг за пріоритетними напрямками. Це дозволило цим напрямкам (а саме інсультний пакет, гострі серцево-судинні захворювання, до цього року ковідний пакет, лікування цукрового діабету, трансплантологія, вагітність та пологи, реабілітація та паліативна допомога) розвиватись та досягти високого рівня надання медичної допомоги. Хоча зменшення значущості у фінансовому забезпеченні решти захворювань, навпаки, призвело до зниження профілактики та підтримки збалансованого рівня здоров'я цих категорій.

Підсумовуючи, доцільно встановити, що медична послуга є основоположним поняттям, яке включає в себе широке коло функцій; це послуга, яка надається пацієнту суб'єктом публічної адміністрації у сфері охорони здоров'я, який має відповідну ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та господарської діяльності. Проте, ця послуга не обмежується лише медичною допомогою, а також передбачає надання інших соціальних та адміністративних послуг, необхідних для забезпечення медичного обслуговування населення.

Механізм публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення є видом механізму публічного адміністрування, це система взаємопов'язаних та взаємозалежних структурних елементів, за допомогою яких суб'єкти публічної адміністрації забезпечують надання медичної

допомоги населенню з метою задоволення публічного інтересу.

Публічна адміністрація у сфері медичного обслуговування населення – це сукупність незалежних публічних суб'єктів сфери медичного обслуговування населення, які наділені державно-владними функціями, спрямованими на надання медичних та інших публічних послуг, інколи в примусовому порядку, необхідних для забезпечення життєдіяльності та збереження здоров'я людини та або групи людей, які проживають на певній території.

Зауважимо, що основними ознаками поняття «публічна адміністрація у сфері медичного обслуговування населення» є: наявність незалежних публічних суб'єктів; діяльність у сфері медичного обслуговування населення; володіння державно-владними повноваженнями; реалізація повноважень з метою надання медичних та інших публічних послуг; забезпечення життєдіяльності та збереження здоров'я людини; реалізація норм законів та підзаконних актів лише у сфері медичного обслуговування населення.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ У СФЕРІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ У М. ХМЕЛЬНИЦЬКОМУ

2.1. Практичні аспекти функціонування механізму публічного адміністрування на прикладі закладів охорони здоров'я м. Хмельницького

Механізм публічного адміністрування в міських закладах охорони здоров'я м. Хмельницького має ряд особливостей, які визначають його ефективність та результативність.

Однією з таких особливостей є централізований характер управління. Це забезпечує узгодженість дій усіх органів місцевого самоврядування, а також сприяє ефективному використанню ресурсів. Іншою особливістю є наявність чіткого розподілу повноважень між різними органами місцевого самоврядування.

Центральним органом управління є Хмельницька міська рада, яка здійснює загальне керівництво та контроль за діяльністю закладів охорони здоров'я. Хмельницька міська рада затверджує бюджет на охорону здоров'я громади, визначає пріоритетні напрями розвитку охорони здоров'я громади.

Виконавчим органом управління є Управління охорони здоров'я Хмельницької міської ради, яке розробляє плани та програми розвитку охорони здоров'я міста, забезпечує матеріально-технічне та фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я, контролює дотримання законодавства у сфері охорони здоров'я. Заклади охорони здоров'я, підпорядковані Управлінню охорони здоров'я Хмельницької міської ради, надають медичну допомогу населенню міста, виконують вимоги законодавства у сфері охорони здоров'я.

Організаційна структура Управління охорони здоров'я Хмельницької міської ради включає в себе такі структурні підрозділи: лікувально-профілактичний сектор, організаційно-методичний кабінет, фінансовий сектор,

господарчу групу.

Основними функціями Управління охорони здоров'я Хмельницької міської ради є: забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я на території міста; організація та контроль за наданням медичної допомоги населенню; забезпечення матеріально-технічного та фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я; розробка та впровадження заходів щодо покращення надання медичної допомоги населенню.

Управління на рівні Управління охорони здоров'я Хмельницької міської ради здійснюється через механізм призначення керівників комунальних закладів, які входять до структури закладів охорони здоров'я міста, та делегування їм повноважень відповідно до розроблених положень, статутів на основі чинного законодавства держави.

Основними завданнями Управління охорони здоров'я Хмельницької міської ради визначено: забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я на території громади; координація діяльності закладів охорони здоров'я, які перебувають у комунальній власності територіальної громади міста; організація надання медичної допомоги; кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я; впровадження інноваційних технологій у сфері охорони здоров'я; контроль за дотриманням законодавства у сфері охорони здоров'я.

До структури закладів охорони здоров'я входять комунальні підприємства міста Хмельницького, які умовно можна поділити на лікувально-профілактичні заклади і фармацевтичні заклади. Детальна структура відображена в Додатку А.

Безпосереднє управління закладами охорони здоров'я здійснюють їх керівники. Керівники закладів охорони здоров'я підпорядковуються Управлінню охорони здоров'я Хмельницької міської ради та несуть персональну відповідальність за виконання покладених на них завдань.

Основними функціями керівників закладів охорони здоров'я є: виконання покладених на заклади охорони здоров'я завдань; забезпечення надання якісної

та доступної медичної допомоги населенню; організація та контроль за діяльністю працівників закладів охорони здоров'я; забезпечення ефективного використання матеріально-технічних та фінансових ресурсів.

Механізм публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення в закладах охорони здоров'я м. Хмельницького характеризується високим рівнем автоматизації. У всіх закладах впроваджені електронні системи управління, що значно покращує якість та оперативність надання послуг населенню.

Окрім того, механізм публічного адміністрування в закладах охорони здоров'я м. Хмельницького постійно вдосконалюється. Це пов'язано з реформуванням місцевого самоврядування та впровадженням нових технологій.

Серед конкретних прикладів особливостей механізму публічного адміністрування в закладах охорони здоров'я м. Хмельницького можна відзначити:

- запровадження електронної системи надання адміністративних послуг. Це дозволяє жителям міста отримувати необхідні послуги в режимі онлайн, без необхідності відвідувати відповідні установи;

- запровадження системи моніторингу ефективності діяльності закладів охорони здоров'я. Ця система дозволяє оцінювати результативність роботи органів місцевого самоврядування та вносити необхідні корективи.

Публічне адміністрування в закладах охорони здоров'я міста здійснюється на основі таких принципів: громадська участь – залучення громадськості до планування та контролю за діяльністю закладів охорони здоров'я; ефективність – забезпечення ефективного використання ресурсів у сфері охорони здоров'я; якість – забезпечення надання якісної та доступної медичної допомоги населенню.

Можемо розглянути конкретні прояви реалізації механізму публічного адміністрування. Хмельницька міська рада затверджує бюджет на охорону здоров'я міста на наступний 2024 рік. У бюджеті передбачені кошти на

закупівлю нового медичного обладнання для міської лікарні. Управління охорони здоров'я Хмельницької міської ради розробляє план закупівлі нового медичного обладнання для міської лікарні. План включає перелік обладнання, його вартість та терміни поставки. На рівні управління оголошується конкурс постачальників (тендер) через систему Прозоро. Після затвердження результатів конкурсу затверджуються його результати та визначається переможець. Переможець укладає договір на поставку медичного обладнання відповідно до специфікації, умов конкурсу за ціною, визначеною за результатами такого конкурсу. У підсумку міська лікарня отримує нове медичне обладнання, яке використовується для надання медичної допомоги населенню міста.

Інший приклад публічного адміністрування в закладах охорони здоров'я м. Хмельницького стосується фармацевтичного підприємства. Хмельницька міська рада затверджує програму закупівлі лікарських засобів для закладів охорони здоров'я міста. Управління охорони здоров'я Хмельницької міської ради розробляє план закупівлі лікарських засобів для закладів охорони здоров'я міста та забезпечує закупівлю лікарських засобів для закладів охорони здоров'я міста. Фармацевтичне підприємство виготовляє лікарські засоби та продає їх закладам охорони здоров'я міста гуртовими поставками.

Показники контролю ефективності публічного адміністрування в закладах охорони здоров'я загалом та м. Хмельницького зокрема можна розділити на такі групи: ті, що характеризують якість медичної допомоги (рівень смертності та захворюваності населення, середня тривалість життя, індекс якості життя); ті, що характеризують доступність медичної допомоги (територіальна доступність закладів, які надають медичну допомогу, фінансова доступність медичної допомоги, достатня кількість медичних працівників); ті, що характеризують рівень задоволення населення медичною допомогою.

За рекомендаціями ВООЗ чинники якості медичної допомоги – це оптимальне використання забезпечення медичної сфери, ризику для пацієнта, рівень кваліфікації медичного персоналу, задоволення населення отриманою

допомогою.

Деякі контрольні пороги (межі) та показники роботи кінцевої ланки підприємства - надавача медичної послуги наведені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1 Показники роботи КП «Хмельницька міська лікарня» ХМР за 2022 рік

Індикатор якості	Контрольні межі
МЕДИЧНА РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ	
Госпітальна летальність, %	0,4-0,6
Післяопераційна летальність, %	0,6-0,8
Хірургічна активність, %	60-70
Загальна частота внутрішньолікарняної інфекції, %	1-2
Частота внутрішньолікарняної інфекції після операції, %	0,5-1
Позитивний результат лікування, %	96-98
Розбіжність до- та післяопераційних діагнозів, %	3-4
Розбіжність клінічного та патологоанатомічного діагнозів, %	5-7
ЕКОНОМІЧНА РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ	
Оборот ліжка	21-22
Середній ліжко-день до операції (діб)	2-2,5
Середній ліжко-день після операції (діб)	10-12
Частота незапланованих повернень в операційну, %	0,3-0,5
Частота незапланованих повернень у ВРІТ, %	3,3-4,5
Частота незапланованих регоспіталізацій, %	2-2,5
Частота незапланованих переведень до інших лікувальних закладів, %	0,2-0,3
Частота тривалих госпіталізацій (понад 30 діб), %	3-5
Інструментальне навантаження на 1 хворого	9,0-9,5
Лабораторне навантаження на 1 хворого	33,0-35,0
СОЦІАЛЬНА РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ	
Задоволеність пацієнта лікуванням, %	85-90
Бажання повторно лікуватися у стаціонарі, %	80-85

Показники, що характеризують ефективність використання ресурсів:

1. Кількість медичних працівників на 1000 населення.
2. Відсоток оснащеності закладів охорони здоров'я сучасним обладнанням.
3. Витрати на охорону здоров'я на душу населення.

Показники, що характеризують ефективність реалізації державних програм охорони здоров'я:

1. Виконання планових показників по реалізації державних програм

охорони здоров'я.

2. Рівень задоволеності населення результатами реалізації державних програм охорони здоров'я.

Розглянемо особливості реалізації державних програм в сфері охорони здоров'я. Однією з них є програма «Доступні ліки» – урядова програма реімбурсації (повної або часткової оплати лікарських засобів з бюджету), затверджена в 2017 році. До затвердженого опису препаратів, що підлягають реімбурсації, увійшли ліки від серцево-судинних захворювань, цукрового діабету II типу, бронхіальної астми. У 2019 році перелік ліків, які можна було отримати з частковою доплатою або безкоштовно, розширився. Сюди увійшли ліки проти серцево-судинних хвороб; для профілактики інсультів; нецукрового діабету та цукрового діабету I та II типів; бронхіальної астми та хронічних бронхітів; розладів психіки та поведінки, епілепсії; для лікування хвороби Паркінсона. Ця програма в Хмельницькій територіальній громаді працювала у повному обсязі.

Територіальна доступність медичної допомоги, на мою думку, для населення має свої як позитивні, так і негативні аспекти. Хмельницька об'єднана територіальна громада (Хмельницька ОТГ) утворена 12 червня 2020 року. До складу Хмельницької ОТГ входять місто Хмельницький, селище Богданівці і 23 села (докладніше про склад громади у додатку Б). Надання медичної допомоги в населених пунктах, які увійшли до складу громади, надається закладами міста Хмельницького. Територіально наближені до громадян лише заклади первинної допомоги, такі як амбулаторії сімейної медицини. За кваліфікованою та вузькоспеціалізованою допомогою потрібно звертатись у місто. Рівень надання допомоги вищий, а наближеність нижча. Хоча, можна зауважити, що деяке зниження територіальної доступності виправляється реформою в роботі закладів екстреної медичної допомоги. Виїзд бригад екстреної медичної допомоги здійснюється з підстанцій у всі населені пункти та координується з єдиного диспетчерського центру, який знаходиться у

м. Хмельницькому. Тому пацієнти можуть своєчасно отримати невідкладну та екстрену допомогу, а також транспортуються до медичних закладів міста.

Важливо зазначити, що розвиток публічного адміністрування в закладах охорони здоров'я є складним і тривалим процесом, який потребує спільних зусиль органів державної влади, місцевого самоврядування та громадськості.

У сфері публічного адміністрування медичного обслуговування населення в Хмельницькій ОТГ спостерігаються такі тенденції:

1. Підвищення вимог до якості медичних послуг. У зв'язку з розвитком медичних технологій та зростанням обізнаності населення про здоров'я підвищуються вимоги до якості медичних послуг.

2. Децентралізація управління охорони здоров'я. У рамках реформи охорони здоров'я продовжується децентралізація управління охорони здоров'я, що передбачає передачу повноважень у сфері охорони здоров'я від центрального органу виконавчої влади до місцевих органів влади.

3. Інформатизація охорони здоров'я, що дозволяє підвищити ефективність управління системою охорони здоров'я та покращити доступність медичних послуг.

Війна в Україні призвела до нових проблем у сфері охорони здоров'я. Торкнулись зміни і медичних закладів громади м. Хмельницького. Це збільшення захворюваності та кількості «запущених» випадків через велику кількість переселенців, які проїжджають транзитом або залишаються мешкати в місті. Проблемним був 2022 рік, коли потік переселенців був найбільший. Це призвело до найбільшого напруження роботи первинної ланки охорони здоров'я. Але, разом з тим, відмічався потік лікарів та середнього медичного персоналу – переселенців, які влаштувались працювати в медичних закладах Хмельницької громади. Також відмічалось зростання кількості травм та психічних розладів. За час війни кількість людей, які потребують психологічної та психіатричної допомоги, збільшилась майже в 2 рази. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, до 50 % людей, які пережили війну, можуть мати психічні розлади. Для задоволення цих потреб необхідно збільшити

доступність психіатричних закладів та психіатричної допомоги. Також необхідно розробити та впровадити програми з профілактики та лікування психічних розладів, пов'язаних з війною.

Лікувальні заклади, зокрема міська лікарня, частково перепрофільовувались для надання допомоги пораненим та реабілітацію поранених. Нестачі медичних препаратів та медичного обладнання наразі не спостерігалось. Хмельниччина – відносно спокійна територія, тому медичні заклади не постраждали, а співпраця з іноземними медичними організаціями привела до отримання гуманітарної допомоги, що дещо покращило забезпечення лікарень.

Нестача кваліфікованих медичних кадрів є однією з найгостріших проблем у сфері охорони здоров'я України. За даними Державного комітету статистики України, у 2021 році в місті Хмельницькому на 10 тис. населення припадало 37,5 лікарів, тоді як у середньому по Європейському Союзу – 38,2. Війна в Україні призвела до додаткової втрати медичних кадрів. Деякі медичні працівники були мобілізовані до Збройних сил України, інші виїхали за кордон.

Необхідність прийняття нових нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я, які б враховували особливості воєнного часу, стало нагальним завданням.

Рекомендації щодо вирішення проблем:

1. Збільшення фінансування закладів охорони здоров'я. Це дозволить забезпечити якісну та доступну медичну допомогу населенню. Але збільшити фінансування за державний кошт наразі не вдасться, тому що фінансування закладів медицини Національною службою здоров'я України відбувається за реалізацію державних програм та проліковані випадки (надані медичні послуги). Тому збільшення фінансування залежить певним чином від роботи закладу. Хоча доцільно було б підтримати фінансові потреби закладів у закупівлі обладнання та оснащення з бюджету міської ради.

2. Збільшення кількості медичних працівників. Це можна зробити шляхом підвищення престижності професії лікаря та залучення медичних працівників з

інших країн, запровадження пілг для медичних працівників, зокрема, надання житла, безкоштовного медичного обслуговування.

3. Удосконалення законодавства у сфері охорони здоров'я, зокрема внесення змін до Кримінального кодексу України, які посилять відповідальність за корупційні правопорушення у сфері охорони здоров'я, прийняття законів, які дозволять покращити надання медичної допомоги та реабілітації військовослужбовців, які втратили працездатність.

4. Запровадження системи електронного документообігу в закладах охорони здоров'я.

5. Покращення доступності психологічної та психіатричної допомоги, забезпечення медичних закладів кваліфікованими спеціалістами в цій галузі.

Для вирішення зазначених проблем необхідно продовжити реформу системи охорони здоров'я в місті Хмельницькому. Під час війни ми можемо тільки говорити про часткове реформування публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я та підготовку підґрунтя для такого реформування у вигляді нормативно-правової бази на зразок законодавства розвинених країн. На мій погляд, майбутня реформа повинна бути орієнтована на виконання таких завдань:

- удосконалити систему нормативно-правового забезпечення сфери охорони здоров'я, яка б відповідала сучасним потребам та забезпечувала ефективне управління системою охорони здоров'я;

- збільшити частку витрат на охорону здоров'я у ВВП України. Це дозволить забезпечити належний рівень фінансування охорони здоров'я та покращити якість надання медичних послуг;

- впровадити ефективні системи управління сферою охорони здоров'я, які б забезпечували продуктивне використання коштів, виділених на охорону здоров'я.

2.2 Аналіз показників роботи Хмельницького управління охорони здоров'я за 2021–2023 рр.

Аналіз показників роботи є важливим завданням, яке дозволяє оцінити ефективність системи охорони здоров'я та розробити заходи щодо її покращення. Такий аналіз передбачає вивчення таких аспектів, як доступність медичної допомоги мешканцям Хмельницької ОТГ, якість медичної допомоги, реалізованість державних програм у медичній сфері в медичних та фармацевтичних закладах міста, а також дозволяє з'ясувати можливі проблеми та перспективи в розвитку галузі.

Для аналізу ефективності роботи медичних закладів м. Хмельницького нами обрані деякі статистичні показники, значення і динаміку яких розглянемо більш детально.

Кожен медичний заклад в підпорядкуванні Хмельницького управління охорони здоров'я подає щорічно звіт лікувально-профілактичного закладу (форма № 20). Форму № 20 заповнюють юридичні особи незалежно від їх організаційно-правової форми – однопрофільні, багатoproфільні, спеціалізовані лікарні, лікарні особливого типу, амбулаторно-поліклінічні заклади. Форму № 20 складають також фізичні особи - підприємці, які провадять господарську діяльність з медичної практики, та заповнюють лише ті розділи (таблиці), що стосуються їх виду діяльності [44]. Зразок звітної документації форми № 20 представлений в Додатку В.

Про якість надання стаціонарної допомоги свідчать показники ліжкового фонду медичних закладів. Ліжковий фонд визначає, скільки пацієнтів може бути одночасно госпіталізовано та отримувати медичну допомогу. Ці показники відстежуються Управлінням охорони здоров'я, звітуються в кінці року в Обласному департаменті охорони здоров'я. Показники ліжкового фонду за останні три роки представлені в Додатку Г.

У Хмельницькому ліжковий фонд від 2021 по 2023 роки демонструє тенденцію до зростання. Так, на початок 2021 року загальна кількість ліжок у

медичних закладах міста становила 12100, на початок 2022 року – 12200, а 2023 року – 12300 (у порівнянні з кількістю населення: на початок 2021 року – 271748 осіб, на початок 2022 року – 289394 осіб, на початок 2023 року – 290276 осіб).

Змінився і профіль ліжок в медичних закладах міста. Зокрема, з розвитком таких напрямків як паліативна та хоспісна допомога та реабілітація. Тенденцію до зростання та реформування ліжкового фонду представлено на рисунках 2.1, 2.2.

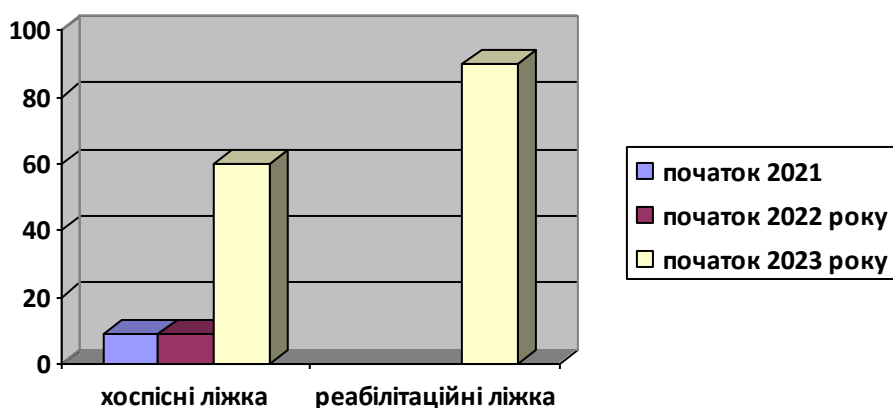


Рисунок 2.1 Розширення ліжкового фонду хоспісної допомоги та реабілітації

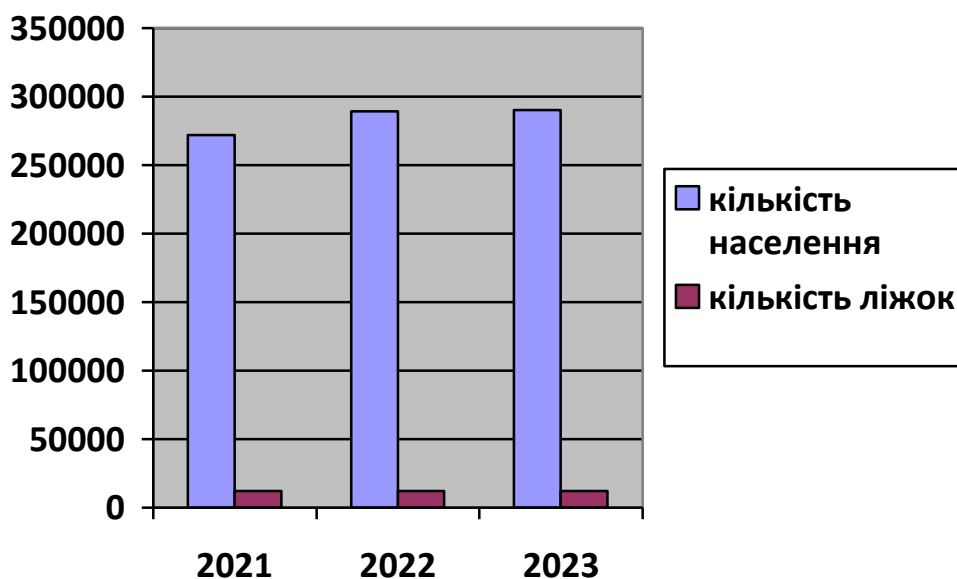


Рисунок 2.2 Зростання ліжкового фонду в лікувальних закладах м. Хмельницького за останні 3 роки в порівнянні з зміною кількості населення

Коефіцієнт завантаження ліжок визначається як відношення кількості зайнятих ліжок до загальної кількості ліжок. У м. Хмельницькому цей показник за 2021 – початок 2023 років має тенденцію до зростання. Так, у 2021 році він становив 78 %, у 2022 році – 80 %, а на початок 2023 року – 82 %. Це означає, що ліжка у медичних закладах міста все частіше заповнені пацієнтами, хоча аналізуючи інші показники, перераховані нижче, подібне зростання завантаження ліжок скоріше говорить про оптимізацію ліжкового фонду.

Середня тривалість перебування пацієнта у стаціонарі (на ліжку) обчислюється як відношення кількості проведених хворими ліжко-днів до кількості вибулих хворих (виписаних та померлих) за 2021–2023 роки має тенденцію до скорочення. Так, у 2021 році вона становила 10 днів, у 2022 році – 9 днів, а у 2023 році – 8 днів.

Це не завжди означає, що пацієнти швидше виліковуються від захворювань. Скоріше з практичного досвіду, аніж з аналізу статистики, можна стверджувати, що середня тривалість перебування пацієнта на ліжку скорочується до можливого мінімуму, оскільки чим менше зайняте ліжко одним пацієнтом, тим більше на затверджених ліжках можна пролікувати пацієнтів за звітний період часу. Як зазначалося вище, фінансування від Національної служби здоров'я України проводиться за пролікований випадок, тому закладу вигідно ввімкнути «конвеєр» з надання медичних послуг з метою збільшення фінансування.

Середньорічне число ліжок визначається з урахуванням термінів розгортання нових ліжок (шляхом додавання до числа ліжок на початок планованого періоду середньорічного їх приросту або шляхом зменшення на число ліжок, що скорочуються або тимчасово згорнені у зв'язку з капітальним (поточним) ремонтом за кожним структурним підрозділом).

Графічно розрахунок середньорічних ліжок на прикладі роботи Хмельницької міської лікарні представлено на рисунку 2.3.

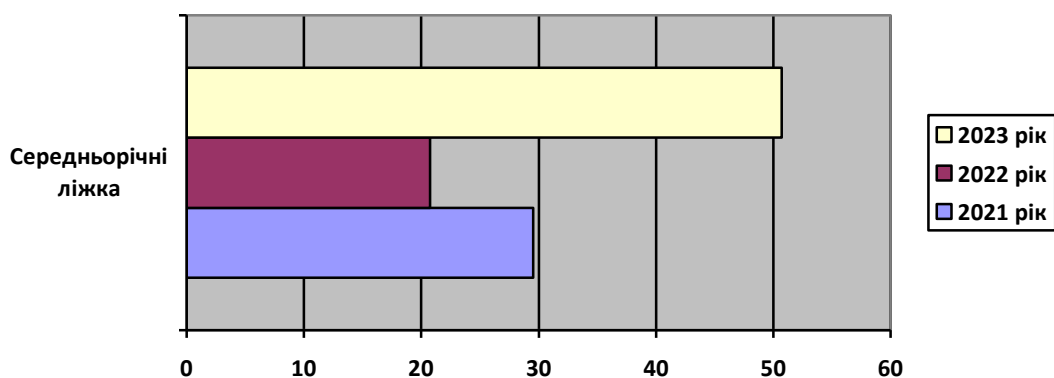


Рисунок 2.3 Прогностичні показники розрахунку середньорічних ліжок за 2021–2023 рр.

Наступним важливим показником використання ліжкового фонду є відношення кількості проведених у лікарні ліжко-днів до середньорічної кількості фактично розгорнутих ліжок. Цей показник помножений на кількість днів роботи закладу характеризує його пропускну спроможність.

Зростання ліжкового фонду є позитивним фактором, оскільки дозволяє збільшити доступність медичної стаціонарної допомоги для населення. Однак необхідно також враховувати, що зростання ліжкового фонду не завжди є ефективним. Наприклад, якщо ліжка не заповнені пацієнтами, це може призвести до їхнього не використання та втрати коштів. Хоча, беручи до уваги зростання коефіцієнту зайнятості ліжка, в медичних закладах, які підконтрольні Хмельницькому міському управлінню охорони здоров'я, ефективність використання ліжок також зростає.

Відсоток пацієнтів, які вилікувалися від захворювання, за 2021–2023 роки має тенденцію до зростання. Так, у 2021 році він становив 85 %, у 2022 році – 87 %, а за перше півріччя 2023 року – 89 %. Це означає, що ефективність медичної допомоги у м. Хмельницькому зростає. Якісні показники відсотку пацієнтів які пролікувались та вилікувались впливає не лише на рейтинг лікарень, а й на фінансові прибутки, бо Національна служба охорони здоров'я оплачує лише пролікований випадок без летального завершення.

Проаналізуємо показники захворюваності на туберкульоз за 2021–2023 роки, оскільки вона має тенденцію до зростання. Статистика по захворюваності на туберкульоз відображена в Додатку Е. Так, у 2021 році захворюваність на туберкульоз становила 28 хворих на 100 тис. населення, у 2022 році – 30 хворих на 100 тис. населення, а у період першого півріччя 2023 року – 32 хворих на 100 тис. населення.

Це зростання пов'язане з такими факторами, як зниження рівня життя населення; зростання кількості людей з ослабленим імунітетом; покращення діагностики туберкульозу; зменшення доступності та зниження профілактичної складової у вирішенні цієї проблеми. Зростання захворюваності свідчить про погіршення ситуації з епідемією туберкульозу в місті.

Показник виявлення туберкульозу визначається як відношення кількості вперше виявлених хворих на туберкульоз до загальної кількості хворих на туберкульоз. У Хмельницькому цей показник за 2021 початок 2023 року має тенденцію до зростання. Так, у 2021 році він становив 70 %, у 2022 році – 75 %, а першій половині 2023 року – 80 %. Це означає, що все більше хворих на туберкульоз виявляються на ранніх стадіях захворювання, коли вони є більш виліковними. Ми говоримо про виявлення та лікування туберкульозу на амбулаторному етапі, яке здійснюється за допомогою профілактичних оглядів та проведення флюорографій. Тому в статистиці (Додаток Е) в порівняльній таблиці подається поруч з захворюваністю на туберкульоз і кількість проведених флюорографій в амбулаторних та стаціонарних медичних закладах міста.

Показник вилікування від туберкульозу визначається як відношення кількості вилікованих хворих на туберкульоз до загальної кількості хворих на туберкульоз. У м. Хмельницькому цей показник за 2021–2023 роки має тенденцію до зростання. Так, у 2021 році він становив 85 %, у 2022 році – 87 %, а у 2023 році – 89 %. Це означає, що ефективність лікування туберкульозу в місті зростає.

Показник смертності від туберкульозу визначається як відношення кількості померлих від туберкульозу до загальної кількості хворих на туберкульоз. У м. Хмельницькому цей показник за 2021–2023 роки має тенденцію до зниження. Так, у 2021 році він становив 15 %, у 2022 році – 12 %, а у 2023 році – 10 %. Це означає, що смертність від туберкульозу в місті знижується.

Загалом, аналіз показників ефективності боротьби з туберкульозом у м. Хмельницькому свідчить про те, що система охорони здоров'я міста працює, але через загальнодержавні тенденції руйнування профілактичної медицини та скорочення фтизіатричної служби захворюваність на туберкульоз зростає. Показник вилікування від туберкульозу зростає, а показник смертності від туберкульозу знижується. Саме ці тенденції є позитивними і свідчать про те, що система охорони здоров'я міста все ж ефективна у боротьбі з туберкульозом.

Однак необхідно продовжувати роботу щодо покращення ситуації з епідемією туберкульозу у місті. Для цього необхідно: знизити рівень бідності та соціальної нерівності; покращити доступ населення до фтизіатричної допомоги; розвивати профілактику туберкульозу.

Паліативна допомога – це комплексна допомога, спрямована на покращення якості життя пацієнтів з невиліковними захворюваннями. Вона включає в себе фізичний, психологічний, соціальний та духовний аспекти.

У м. Хмельницькому паліативна допомога надається у Хмельницькій міській лікарні, Хмельницькій міській дитячій лікарні (дитяча паліативна допомога) та амбулаторно – через роботу виїзних паліативних бригад. Крім того, паліативну допомогу надають приватні медичні центри та волонтерські організації. Ліжка дитячої паліативної допомоги були розгорнуті лише на початок 2023 року, кількість ліжок паліативної допомоги дорослому населенню зросла з 9 до 50. Це свідчить про розвиток стаціонарної паліативної допомоги.

Реабілітація – це комплекс заходів, спрямованих на відновлення здоров'я та працездатності пацієнтів, які перенесли захворювання або травму. Виклики часом та війною призвели до прискорення розвитку реабілітації.

За останні 2 роки на базі Хмельницької міської лікарні було відкрито реабілітаційне відділення спочатку на 30 ліжок, далі на 60 ліжок, яке успішно функціонує, в тому числі і для реабілітації військових. Також організована робота реабілітаційних відділень на базі Хмельницького лікувально-діагностичного центру. При чому, станом на перше півріччя 2023 року кількість ліжок було – 50, останні зміни відбулись за останній в третьому кварталі року.

Це зростання пов'язане з такими факторами, як: збільшення кількості людей, які потребують реабілітації внаслідок захворювань та травм; покращення доступності реабілітації; розвиток реабілітації в Україні та фінансування пакету реабілітаційних послуг.

Зростання кількості пацієнтів, які отримують реабілітацію, є позитивним фактором, оскільки свідчить про те, що система охорони здоров'я міста стає більш доступною для пацієнтів, які потребують реабілітації.

Вплив війни на реабілітацію хворих у м. Хмельницькому був значним. Внаслідок війни в місті збільшилася кількість пацієнтів, які потребують реабілітації внаслідок захворювань та травм, отриманих внаслідок бойових дій.

Проаналізувати ефективність роботи закладів, які надають первинну медичну допомогу (а саме ПМСД1 та ПМСД 2), можна з статистичних даних, які подаються щоквартально за схемою, представленою в Додатку Є.

Варто звернути увагу на кадрове забезпечення первинної ланки лікарями та середнім медичним персоналом. Воно практично відповідає встановленим нормам (з 244 посад сімейних лікарів зайнято 242 посади, що становить 99 %). А отже, престижність і фінансова задоволеність сама професії сімейний лікар зросла завдяки реформі.

За результатами аналізу можна надати такі пропозиції:

1. Розвиток мережі закладів охорони здоров'я:
 - Будівництво нових закладів охорони здоров'я у віддалених районах міста.

- Відкриття нових відділень та підрозділів у існуючих закладах охорони здоров'я.

- Залучення приватних інвестицій у розвиток закладів охорони здоров'я.

2. Підвищення кваліфікації медичних працівників:

- Підвищення стипендій для студентів медичних закладів.

- Надання грантів для медичних працівників для навчання за кордоном.

- Проведення регулярних семінарів та тренінгів для медичних працівників.

3. Розвиток профілактики захворювань:

- Проведення інформаційних кампаній про здоровий спосіб життя.

- Створення центрів здоров'я.

- Проведення регулярних оглядів населення.

Реалізація цих заходів дозволить покращити ефективність системи охорони здоров'я м. Хмельницького та забезпечити доступність високоякісної медичної допомоги для всіх мешканців міста.

Загалом, аналізуючи показники роботи на основі статистичних даних, можна зробити висновок, що реформа охорони здоров'я працює, незважаючи на виклики сучасності, такі як війна, перенесений коронавірус тощо. Хоча недоліки все ж існують, і подальший розвиток буде залежати від їх виправлення. Пропоную в наступному розділі проаналізувати перспективи розвитку та досвід реформування в зарубіжних країнах системи охорони здоров'я та провести аналогію із реформою в Україні.

РОЗДІЛ 3

ПЕРСПЕКТИВИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ У СФЕРІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ

3.1. Основні напрями підвищення ефективності публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення

В Україні триває реформа охорони здоров'я, яка була розпочата у 2015 році на основі Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2022 років.

Пандемія COVID-19 стала серйозною перепорою на шляху запровадження реформ у сфері охорони здоров'я в Україні. Більшість медичних закладів виявилися недостатньо підготовленими до роботи в умовах пандемії, що призвело до недостатнього фінансування, нестачі кадрових ресурсів та матеріально-технічної бази. Зокрема, медичні заклади не були оснащені необхідними кисневими системами та киснем, що негативно позначилося на якості та ефективності надання медичної допомоги.

Для того, щоб українська система охорони здоров'я стала ефективною та здатною забезпечити медичним обслуговуванням усіх громадян, необхідно продовжувати реалізацію реформ, передбачених Стратегією сталого розвитку «Україна – 2023». Ці реформи спрямовані на створення пацієнтоорієнтованої системи охорони здоров'я, яка буде відповідати європейським стандартам.

Сучасні реформи охорони здоров'я в Україні відповідають європейським стандартам. Вони спрямовані на підвищення особистої відповідальності громадян за власне здоров'я, забезпечення для них вільного вибору надавачів медичних послуг належної якості, за оцінкою безпосередньо самого споживача, надання адресної допомоги соціально незахищеним категоріям громадян та створення дружньої обстановки в сфері медичного обслуговування приватними компаніями.

Для підвищення ефективності публічного адміністрування у сфері

медичного обслуговування населення необхідно удосконалити його на всіх рівнях, починаючи від екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. У процесі децентралізації органів місцевого самоврядування ця сфера знаходиться у невизначеній площині щодо її фінансування та адміністрування, що робить актуальним дослідження особливостей її запровадження.

Україна має один з найгірших показників сфери медичного обслуговування населення в європейському регіоні. За рівнем смертності (14,9 на 1000 населення) Україна знаходиться на другому місці, при цьому цей показник збільшився на 12,7 % за останні 20 років, тоді як у Європейському Союзі він знизився на 6,7 %. Тривожна ситуація у сфері медичного обслуговування населення в Україні обумовлена швидким старінням населення та зменшенням кількості медичного персоналу. Це пов'язано зі смертністю, фінансовими проблемами та міграцією за кордон.

У результаті цього необхідно виокремити певні проблеми, які необхідно вирішити, щоб забезпечити ефективність публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення. До цих проблем необхідно віднести такі:

1. Незадовільний стан здоров'я усієї української нації є однією з основних проблем, яка обумовлює необхідність реформування сфери медичного обслуговування населення. Цей стан характеризується високим рівнем захворюваності, смертності, інвалідності та передчасної смерті.

2. Нераціональне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення є ще однією проблемою, яка обумовлює неефективність публічного адміністрування. Воно характеризується низькою ефективністю управління, неефективним розподілом ресурсів, а також невідповідністю сучасних вимог.

3. Відсутність належного забезпечення медичними технологіями та недосконалість управління ними також є проблемою, яка обумовлює неефективність сфери медичного обслуговування населення. Це призводить до неможливості надання сучасних медичних послуг, а також до неефективного використання медичних технологій.

4. Недостатнє інформування населення про новітні медичні технології, сучасні засоби збереження здоров'я та активного відпочинку є проблемою, яка обумовлює недостатню профілактику захворювань. Це призводить до того, що люди не вживають заходів для збереження свого здоров'я, що збільшує ризик захворювань.

5. Недосконалість законодавчого врегулювання сфери медичного обслуговування населення також є проблемою, яка обумовлює неефективність системи охорони здоров'я. Це призводить до невизначеності в правовому регулюванні, а також до неможливості ефективного захисту прав пацієнтів.

Для досягнення цієї мети необхідно виокремити такі напрями ефективності публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення:

1. Діджиталізація у сфері медичного обслуговування населення. Це дозволить підвищити ефективність управління, забезпечити доступність медичних послуг для населення, а також поліпшити якість надання цих послуг.

2. Розвиток навчальної та науково-дослідної діяльності під час підготовки фахівців у сфері медичного обслуговування населення. Це забезпечить підготовку кваліфікованих медичних працівників, здатних надавати якісні медичні послуги.

3. Удосконалення належного фінансування сфери медичного обслуговування населення. Це дозволить забезпечити доступність медичних послуг для всіх верств населення, а також поліпшити якість цих послуг.

4. Впровадження якісної кадрової політики у сфері медичного обслуговування населення. Це дозволить залучити та утримати кваліфікованих медичних працівників у сфері охорони здоров'я.

5. Покращення санітарного та епідемічного благополуччя населення. Це дозволить попередити поширення захворювань та поліпшити загальний стан здоров'я населення.

6. Розвиток сфери трансплантології. Це дозволить покращити якість життя та продовжити життя людей, які потребують трансплантації органів.

Ці напрями ефективності публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення є взаємопов'язаними та взаємодоповнюваними. Їх реалізація дозволить підвищити ефективність системи охорони здоров'я та забезпечити належний рівень медичного обслуговування населення.

У 2017 році розпочалося впровадження електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ), яка є інформаційно-телекомунікаційною системою, що забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією шляхом створення, розміщення, оприлюднення та обміну інформацією, даними та документами в електронному вигляді.

Переведення сфери медичного обслуговування населення на цифрові рейки (діджиталізація) передбачає впровадження зручних для пацієнтів онлайн-сервісів, які дозволяють:

- обрати собі бажаного лікаря;
- укласти з ним декларацію на обслуговування;
- записатися за допомогою електронної черги на прийом;
- виписати е-рецепт на лікарські засоби;
- отримати е-лікарняний лист;
- подати статистичні звіти, документацію та аналітичні дані до Національної служби здоров'я та до Міністерства охорони здоров'я України;
- подати статистичні дані щодо епідеміологічної ситуації до Державної служби України з питань безпечності продуктів та захисту споживачів тощо.

Але, на жаль, є багато невирішених питань, які маємо вдосконалити в майбутньому для перенесення в «цифру» сфери медичного обслуговування населення.

До проблем в цій сфері, які ми бачимо нас сьогодні, можемо віднести:

1. Надання електронної згоди на медичне втручання родичів та дітей. Це дозволить уникнути випадків, коли пацієнт не може дати згоду на медичне втручання з об'єктивних причин (наприклад, через несвідомий стан або відсутність).

2. Надання електронної згоди на передачу органів родичів з метою

трансплантації. Це дозволить спростити та прискорити процес трансплантації органів.

3. Надання електронної відмови від госпіталізації та перебування на стаціонарному лікуванні. Це дозволить пацієнтам, які не потребують стаціонарного лікування, уникнути зайвих витрат і небезпек, пов'язаних з перебуванням у лікарні.

Значним недоліком є й те, що донині немає електронних медичних карток, які необхідно внести до електронного кабінету пацієнта. Ці картки мають висвітлювати:

- Всі перенесені захворювання. Це дозволить лікарям краще розуміти стан здоров'я пацієнта та призначати ефективне лікування.

- Методики та протоколи лікування тих чи інших захворювань. Це дозволить лікарям спостерігати за ефективністю лікування та вчасно вносити корективи.

- Календар щеплень, починаючи від самого народження. Це дозволить забезпечити своєчасне та якісне щеплення населення.

Цифрові технології можуть зробити медичну допомогу більш доступною для пацієнтів, дозволяючи їм отримувати медичну допомогу в зручному для них місці та часі. Наприклад, пацієнти вже записуються на прийом до лікаря онлайн, а також отримувати результати аналізів та консультації лікарів дистанційно. Наприклад, електронна система охорони здоров'я дозволить лікарям швидко отримувати результати аналізів та попередні діагнози, що призведе до зменшення часу, необхідного для встановлення остаточного діагнозу та призначення лікування; отримувати доступ до більшої кількості інформації про пацієнтів та їх стан здоров'я.

Якщо цифровізація та оптимізація структури будуть проведені якісно та з урахуванням всіх необхідних аспектів, то можна очікувати, що прогнозовані зміни будуть досягнуті. Однак, якщо ці процеси будуть проведені неякісно або без урахування всіх необхідних аспектів, то прогнозовані зміни можуть бути не досягнуті або досягнуті не в повному обсязі.

Графічне зображення прогнозованих показників подано у Додатку Ж.

Не менш важливим напрямком підвищення ефективності медичного обслуговування населення є розвиток навчальної діяльності та науково-дослідної роботи у цій сфері.

Важливою є якісна модернізація навчальної діяльності фахівців у сфері медичного обслуговування населення. Уряд зробив спробу впровадити безперервний професійний розвиток працівників сфери медичного обслуговування населення [51]. Мета цієї спроби – підтримання та підвищення стандартів діяльності фахівців у сфері медичного обслуговування населення, які відповідають сучасним вимогам. Сучасна система безперервного навчання забезпечить якісний контроль рівня знань та професійних навичок, удосконалить протоколи надання медичної допомоги та покращить якість медичного обслуговування українців в цілому.

Безперервний професійний розвиток також має включати такі елементи, як одиниці вимірювання навчально-наукового рівня студента, що пізніше формуватиметься у відповідний бал його фахової спроможності. Крім того, у безперервний професійний розвиток мають бути включені такі різновиди освіти, як інформальна освіта (самоосвіта) та неформальна освіта у сфері медичного обслуговування населення.

Науково-дослідна діяльність у сфері медичного обслуговування населення є важливою умовою її розвитку. Без наукових досліджень неможливо впроваджувати новітні методи профілактики, діагностики, лікування та реабілітації.

Науково-дослідна діяльність також є важливим напрямом інноваційної політики України у сфері медичного обслуговування населення. Вона дозволяє розробляти нові лікарські засоби та медичні технології. В умовах стрімкого розвитку науки та медицини важливо, щоб медичні працівники та науковці були в курсі останніх досягнень у цих сферах. Для цього необхідно регулярно проводити наукові заходи, на яких можна ознайомитися з новими методами лікування, діагностики, профілактики та реабілітації.

Головним інструментом координації проведення наукових заходів в Україні є Реєстр наукових заходів. У 2023 році було організовано та проведено 565 наукових медичних заходів, присвячених найбільш значущим медичним напрямкам. Серед них були з'їзди, конгреси, симпозиуми та науково-практичні конференції. У заходах взяли участь вітчизняні та зарубіжні фахівці.

Аналіз звітних матеріалів наукових форумів свідчить про зростання їх організаційного та наукового рівня. Питання, які обговорювалися на цих заходах, відображають актуальні проблеми медичної науки та практики.

Для забезпечення ефективності медичного обслуговування населення необхідно удосконалити фінансування цієї сфери. Переведення фінансування сфери медичного обслуговування населення на місцеві бюджети не принесло позитивних змін. Медичні працівники відчули брак коштів, багато з них було скорочено або звільнено. Проблеми, які виникають у цій сфері, призводять до значних фінансових труднощів. У результаті скорочення фінансування лікарень та інших медичних закладів багато з них закривається. Медичні працівники не забезпечені системами власного захисту, інфікуються, хворіють та помирають або звільняються. Це може призвести до негативних наслідків.

Для вирішення проблеми необхідно налагодити взаємозв'язок між якістю медичного обслуговування та видатками на його фінансування, забезпечити медичний персонал медичним оснащенням, системами власного захисту, запровадити тотальний контроль за надходженням, розподілом та використанням коштів, удосконалити електронну систему медичного обслуговування населення, запровадити базове загальнообов'язкове медичне страхування з можливістю його розширення тощо.

Важливим напрямом ефективності медичного обслуговування населення є кадрова політика, основним елементом якої є необхідність забезпечити кадрами з високим рівнем знань та досвідом медичні установи усіх ланок.

Кількісно-якісний аналіз медичного персоналу, проведений відповідно до міжнародного (ISCO-2008) та національного обліку, свідчить про динамічні зміни показників. Національна оцінка абсолютної кількості лікарів на чверть

(24 %) перевищує аналогічну оцінку, отриману шляхом застосування міжнародного стандарту розрахунку. Так, за національним обліком абсолютна кількість лікарів становить 156865, а медичних сестер – 314413; за міжнародним обліком ISCO-2008 – 132715 лікарів та 276172 медичних сестер. Кількість середнього медичного персоналу за національним обліком на 14 % перевищує абсолютну кількість згідно з міжнародним обліком ISCO-2008.

Одним з важливих напрямків удосконалення медичного обслуговування населення є розвиток сфери трансплантології в Україні [52]. Україна має найнижчий у світі показник посмертного донорства – лише 0,18 випадків на один мільйон населення.

Нині в Україні трансплантацію органів та анатомічних частин проводять: Державна установа «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова Національної академії медичних наук» (пересадка нирок, серця, печінки); Одеський, Львівський, Харківський, Запорізький та Дніпропетровський регіональні центри (тільки пересадка нирок).

У 2008 році держава розпочала розвиток трансплантології, у 2012 році Державна цільова соціальна програма «Трансплантація» була завершена. Вона була профінансована лише на 51,5 %, і її реалізація була обмежена лише придбанням лікарських засобів імуносупресивної дії, тобто тих, які необхідні у посттрансплантаційний період. Частково були проведені закупівлі медичного обладнання та забезпечено матеріально-технічною базою деяких закладів, які мали проводити трансплантацію.

Створення Єдиної державної інформаційної системи трансплантації з дев'ятьма передбаченими трансплантаційними реєстрами було заплановано, але і донині воно не профінансовано державою та не введено в дію.

Спробуємо передбачити зростання тривалості життя, якщо проаналізувати реформи в медичній сфері, що відбулися і мають продовжуватись (таблиця 3.1, графічне відображення – в Додатку Ж).

Таблиця 3.1 Збільшення тривалості життя після реформ

Показник	Початковий рівень	Прогнозований рівень
Середня тривалість життя	72 роки	75 років
Смертність від основних захворювань	20%	15%
Смертність від неінфекційних захворювань	15%	10%

Примітка: матеріали прогнозовано за показниками летальності з статистичних даних Хмельницького управління охорони здоров'я

Це лише прогнозовані зміни, які можна припустити, вивчаючи тенденції у світі після реформування медичної галузі. Реальні зміни можуть відрізнятися від прогнозованих залежно від конкретних умов та обставин.

Проаналізувавши шляхи удосконалення публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення, можемо зробити висновки, а саме, що публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення є важливим фактором забезпечення доступності та якості медичної допомоги населенню, а також що для ефективного публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення необхідно враховувати міжнародний досвід та розробляти власні підходи.

Проведене дослідження дозволило сформулювати основні завдання та виклики, які медична галузь ставить перед науковцями та експертами в частині розбудови медицини в Україні.

Основними завданнями є: запровадження новітніх досягнень медицини в загальну практику; розробка, удосконалення та впровадження у практичну діяльність новітніх стандартів щодо забезпечення якісним та ефективним медичним обслуговуванням населення; впровадження ефективних новітніх методик ранньої профілактики та діагностики різноманітних захворювань.

Нагальним завданням також є створення Єдиного реєстру донорів та трансплантологічних матеріалів, який має включатиме такі дані: інформація про донорів, включаючи згоду на пересадку органів, наданої особисто або уповноваженою особою; інформація про медичні заклади, які ліцензовані на

проведення трансплантології; інформація про фахівців-трансплантологів; інформація про договори про проведення трансплантації; інформація про сумісність органів та анатомічних частин; інформація про осіб із пересадженими органами та анатомічними матеріалами; інформація про посттрансплантаційні ускладнення та смерті донорів та реципієнтів.

Також необхідним є наповнення та вдосконалення Електронного кабінету пацієнта, що є важливим кроком на шляху до реформування медичної галузі в Україні. Концепція повинна передбачати такі заходи: створення єдиної інформаційної системи охорони здоров'я; забезпечення доступу пацієнтів до своєї медичної інформації; впровадження електронних рецептів та електронних карток пацієнтів; автоматизація процесів надання медичної допомоги.

3.2. Адаптація зарубіжного досвіду публічного адміністрування у контексті реформування медичного обслуговування в Україні

Для того щоб стати членом Європейського Союзу, Україна повинна привести своє національне законодавство в галузі охорони здоров'я у відповідність до міжнародних стандартів та інтегрувати його в структуру законодавства країн ЄС. Це необхідно для того, щоб забезпечити громадянам України доступ до якісних медичних послуг, які відповідають стандартам ЄС.

Ключовим в публічному адмініструванні у сфері охорони здоров'я є його реформування та зміни в частині регулювання суспільних відносин, які забезпечують якісне та ефективне медичне обслуговування. Ці зміни спрямовані на підвищення доступності медичних послуг для всіх громадян, незалежно від їхнього соціального статусу, а також на підвищення якості цих послуг. Крім того, система охорони здоров'я повинна бути спрямована на запобігання поширенню захворювань і забезпечення прозорості відповідальності за неналежне виконання професійних обов'язків. Важливо також, щоб система охорони здоров'я була чутлива до нагальних потреб населення.

За домінантним методом фінансування системи медичного

обслуговування населення виділяють ті, які фінансуються через загальне оподаткування. Подібна система є характерною для скандинавських країн, Ірландії, Великої Британії та країн Південної Європи (Греція, Іспанія, Італія, Португалія). У цих країнах загалом визнається роль державного сектора як основного джерела фінансування, що дає змогу забезпечувати загальний доступ населення до служб медичного обслуговування населення і справедливий географічний розподіл ресурсів. Сторону покупців представляють органи охорони громадського здоров'я.

Також є системи, основним джерелом фінансування яких є соціальне страхування. У таких системах (наприклад, в Австрії, Бельгії, Німеччині, Люксембурзі, Франції, Швейцарії) держава здійснює регулювання і суворий контроль за системами медичного обслуговування населення для заборони витрат (наприклад, через установлення максимальних рівнів страхових внесків) і забезпечення більшого ступеня рівності й солідарності.

Зазначена класифікація систем охорони здоров'я не враховує такі важливі фактори, як рівень розвитку економіки, соціальний захист населення, політичну систему країни тощо.

Наприклад, в країнах з розвинутою економікою, як правило, діє система обов'язкового медичного страхування, яка забезпечує доступ до медичних послуг для всіх громадян. У країнах з менш розвинутою економікою, як правило, діє система добровільного медичного страхування, яка є менш доступною для населення.

Саме тому у міжнародній практиці розрізняють:

1) систему обов'язкового медичного страхування. У цій системі фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок обов'язкових страхових внесків громадян. Цей тип системи охорони здоров'я є найбільш поширеним у країнах з розвинутою економікою;

2) систему добровільного медичного страхування. У цій системі фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок добровільних страхових внесків громадян. Цей тип системи охорони здоров'я є менш

поширеним, ніж система обов'язкового медичного страхування;

3) бюджетну систему охорони здоров'я. У цій системі фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок державних коштів. Цей тип системи охорони здоров'я є поширеним у країнах з менш розвиненою економікою;

4) приватну систему охорони здоров'я. У цій системі фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок приватних коштів громадян. Цей тип системи охорони здоров'я є менш поширеним, ніж система обов'язкового медичного страхування або бюджетна система.

Згідно з запропонованою класифікацією, бюджетна система медичного обслуговування населення є найбільш поширеним типом системи охорони здоров'я у світі. Вона є характерною для багатьох країн Європи, таких як Велика Британія, Швеція, Фінляндія, Іспанія, Канада, Австралія, Греція, Грузія.

Аналізуючи систему охорони здоров'я України, можна стверджувати, що на сучасному етапі впроваджено бюджетну систему та систему добровільного медичного страхування, хоча остання запроваджена в незначному обсязі. Розвивається значно приватна система, хоча бюджетна система є основною.

Бюджетна система охорони здоров'я забезпечує доступність медичних послуг для всіх громадян, незалежно від їхнього соціального статусу. Великобританія є основним прикладом бюджетної системи охорони здоров'я і однією з найефективніших систем охорони здоров'я у світі. Медичне обслуговування населення у Великобританії здійснюється Національною службою охорони здоров'я, яка фінансується за рахунок державних коштів. На цю систему припадає 85 % бюджетних видатків, що становить 9,3 % внутрішнього валового продукту. Інша частина витрат на сферу охорони здоров'я покривається з розрахунків за отримані медичні послуги та страхування здоров'я населення. Національна служба охорони здоров'я Великобританії є безкоштовною для всіх громадян, незалежно від їхнього соціального статусу. Вона забезпечує широкий спектр медичних послуг, включаючи амбулаторну та стаціонарну допомогу, стоматологічні послуги, психіатричну допомогу та медичну допомогу при нещасних випадках.

Нововведений орган управління – Національна служба охорони здоров'я України – очевидно утворилась через перейняття досвіду бюджетної системи охорони здоров'я. Вона повторює функції та завдання, які постають перед відповідним органом Великобританії, але за виключенням стоматологічної допомоги.

Наростаючі фінансові проблеми Національної системи охорони здоров'я Великобританії є однією з основних проблем цієї системи. Дефіцит бюджету Національної системи охорони здоров'я Великобританії у 2006 році становив від 0,7 до 1,0 млрд. ф.ст., а для підтримання наявного рівня медичного обслуговування бюджет системи необхідно збільшити втричі до 2025 року. Дефіцит фінансових ресурсів обмежує можливості щодо впровадження новітніх лікувальних технологій, оновлення обладнання та залучення кваліфікованого персоналу. Дефіцит бюджету Національної системи охорони здоров'я Великобританії може призвести до того, що система охорони здоров'я Великобританії не зможе надавати якісне медичне обслуговування всім громадянам.

Зниження якості медичного обслуговування є ще однією проблемою. Все частіше має місце вибірковість пацієнтів під час проведення медичних обстежень та оперативних втручань, збільшуються черги на планову госпіталізацію та проведення інших медичних послуг. Більше 60 % населення, яке обслуговувала Національна система охорони здоров'я Великобританії, очікують на надання необхідного медичного обслуговування понад 15–20 тижнів, а 50 % хворих на онкологічні захворювання взагалі не в змозі потрапити на прийом до лікаря. Низька якість медичного обслуговування може призвести до погіршення здоров'я населення та зростання смертності.

Є ризик, що проблеми, які виникли у Великобританії, ми можемо очікувати і в Україні, якщо своєчасно не оцінено буде ризики та не прийнято превентивні міри. До мір, які необхідно на сьогодні вже вжити, слід віднести наступні: збільшити кількість лікарів затребуваних вузьких спеціальностей на кількість населення, визначити питання розподілу хворих за пріоритетністю (до

прикладу проводити медичне сортування пацієнтів за необхідності швидкості надання допомоги ще на амбулаторному етапі починаючи з сімейних лікарів, так як це вже працює в екстреній медицині). Приклад сортування в екстреній медицині подано на рисунку 3.1.

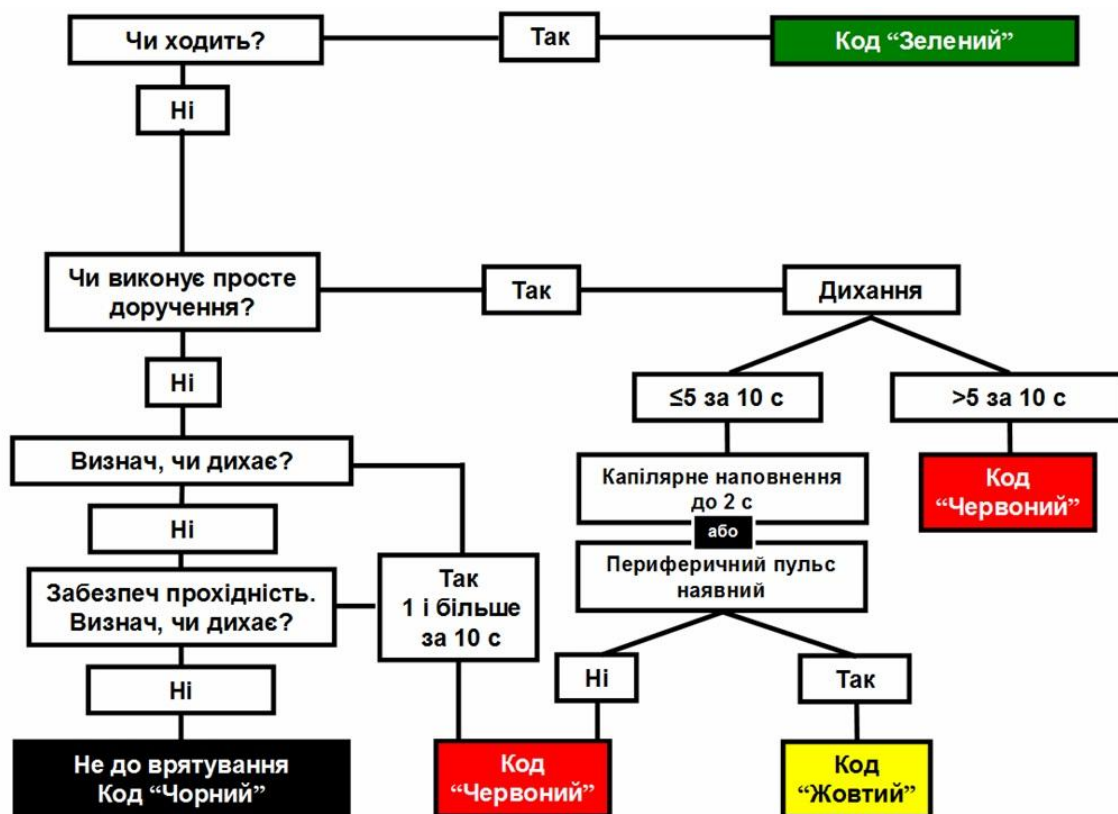


Рисунок 3.1 Схема первинного медичного сортування

Примітка: Сайт Агенції екстреної медичної допомоги
<https://aemc.org.ua/info/article/153/>

З вказаної блок-схеми можемо побачити, що первинний пріоритет надання допомоги надається пацієнтам «ЧЕРВОНИМ», ті які мають відповідні клінічні показники. Код «ЖОВТИЙ» - пацієнти з дещо відстроченою допомогою, а код «ЗЕЛЕНИЙ» - відстрочені пацієнти.

Доцільно було б при наданні допомоги на амбулаторному етапі в Україні, адаптувати систему сортування з екстреної медицини. Пропозиції, щодо можливої системи сортування подаю в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2 Схеми пріоритетності звернень в амбулаторній допомозі

Кодування пріоритетності	Захворювання	Терміни обслуговування
ЧЕРВОНИЙ	Захворювання серцево-судинної системи в стадії декомпенсації або субкомпенсації; захворювання дихальної системи, в тому числі верхніх дихальних шляхів в стадії загострення; захворювання нирок та сечовивідних шляхів в стадії загострення. Гострі інфекційні захворювання, тощо.	До 5 днів
ЖОВТИЙ	Ревматичні захворювання, гастроентерологічні захворювання (окрім захворювань, що входять в поняття «Гострий живіт»); захворювання опорно-рухового апарату (крім гострого больового синдрому) тощо.	До 15 днів
ЗЕЛЕНИЙ	Профілактичні медичні огляди; профілактичне сезонне; лікування хронічних захворювань без порушення функцій органу тощо.	До 30 днів

Примітка: складено авторкою

З вказаної таблиці можемо передбачити, що відстрочення надання амбулаторної допомоги в тих випадках, які потребують швидкого реагування при вірному сортуванні буде мінімальним, а доступність до надання медичного обслуговування – зросте.

Важливою причиною проблем з фінансуванням Національної системи охорони здоров'я Великобританії є різке підвищення вартості лікарських засобів та медичних послуг. Це призвело до того, що повно та якісно не охоплено медичним обслуговуванням усіх громадян країни. Цей фактор є однією з найсерйозніших загроз для існування Національної системи охорони здоров'я Великобританії. Проводячи аналогію з Україною, на жаль, можна відмітити, що зростання цін на вироби медичного призначення і ліки відбуваються постійно.

Вказані недоліки не лише загрожують банкрутством, а й ведуть до зниження впевненості суспільства у здатності забезпечити доступність та якість медичного обслуговування для всіх громадян. Майже 90 % британців вказують на необхідність реформування моделі охорони здоров'я, а 2/3 жителів визнають за необхідне посилити особисту відповідальність людини за покриття витрат на медичну допомогу задля підвищення якості медичних послуг [45].

У 2010 році уряд Великобританії анонсував реформу у сфері медичного обслуговування, яка мала забезпечити децентралізацію.

Система охорони здоров'я Грузії також є бюджетною. У 2013 році в країні була проведена реформа, яка призвела до переходу на повне бюджетне фінансування. Сьогодні в Грузії працює державна програма «Universal Health Care Program», яка фінансує сферу медичного обслуговування населення за допомогою загальних доходів державного бюджету країни. Реформа в Грузії була успішною і дозволила вирішити проблему загального доступу усіх прошарків населення до якісного та ефективного медичного обслуговування населення.

Незважаючи на успіхи реформи, в Грузії досі існує проблема високого рівня власних витрат населення на медичні послуги. Так, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у 2023 році населення Грузії платило з власної кишені 55,6 % від усіх витрат на медицину. Цей показник є одним з найвищих у Європі.

Не можна обійти увагою медичного обслуговування населення, яка побудована на приватному капіталі. Різновидом такої концепції є медичне обслуговування населення у США. У США відсутнє універсальне національне медичне обслуговування, а натомість американці купують медичне страхування, щоб покрити значну частину своїх витрат на охорону здоров'я.

У США діє приватна система медичного обслуговування, яка передбачає, що медичні послуги фінансуються за рахунок приватних страхових компаній або безпосередньо самими пацієнтами. Медичне страхування захищає від заборгованості за отримання медичних послуг, оплачує регулярні огляди, лабораторні аналізи, вакцини та ліки, що відпускаються за рецептом. Медичне страхування забезпечує фінансовий захист у разі необхідності отримання медичних послуг. Воно оплачує широкий спектр медичних послуг, включаючи регулярні огляди, лабораторні аналізи, вакцини та ліки, що відпускаються за рецептом. Щоб отримати медичне страхування, потрібно вибрати план медичного страхування, зареєструватися та здійснювати регулярні платежі до

медичної страхової компанії.

Особи, які проживають у США і мають медичне страхування, наділені спектром послуг при реалізації права на охорону здоров'я. Перш за все це швидкий доступ до спеціалізованих лікарів, отримання необхідної допомоги з використанням найновітніших технологій, інновацій, передових сучасних технологій та методів лікування. Медичні послуги в США відрізняються високою якістю та доступністю. Пацієнти, які мають медичне страхування, можуть швидко отримати доступ до спеціалізованих лікарів та отримати необхідну допомогу з використанням найновітніших технологій.

Американські лікарні лідирують у світі в галузі досліджень та розробок, саме в США розроблено багато ліків та технологій, які використовує весь світ [46; 47].

У США діє приватна система медичного обслуговування, яка передбачає, що медичні послуги фінансуються за рахунок приватних страхових компаній або безпосередньо самими пацієнтами. Існує кілька різних типів медичного страхування, які відрізняються покриттям та вартістю. Наприклад, план базового медичного страхування покриває лише основні медичні послуги, такі як візити до лікаря, госпіталізація та екстрені медичні послуги. План розширеного медичного страхування покриває також додаткові медичні послуги, такі як амбулаторне лікування, діагностичні процедури та ліки, що відпускаються за рецептом.

США є одним зі світових лідерів у галузі охорони здоров'я. Американська система охорони здоров'я характеризується високою якістю медичних послуг, широким спектром доступних медичних технологій та інноваційними дослідженнями та розробками.

Перш за все це швидкий доступ до спеціалізованих лікарів, отримання необхідної допомоги з використанням найновітніших технологій, інновацій, передових сучасних технологій та методів лікування. Американські лікарні лідирують у світі в галузі досліджень та розробок, саме в США розроблено багато ліків та технологій, які використовує весь світ [46; 47]. Разом з тим у

США існує проблема непокритих витрат на охорону здоров'я. Незастраховані особи, а також ті, хто має недостатнє медичне страхування, стикаються з надзвичайно високими витратами на медичні послуги. Лікарні можуть відмовитися від лікування незастрахованих осіб або вимагати від них попередньої оплати. Це призводить до того, що незастраховані люди часто відкладають медичну допомогу або взагалі відмовляються від неї, навіть якщо вона необхідна. Наприклад, медична допомога щодо лікування перелому ноги може коштувати до 7500 доларів, а середня вартість триденного перебування в лікарні становить близько 30000 доларів. Це може призвести до серйозних наслідків для здоров'я, включаючи погіршення стану здоров'я, інвалідність та навіть смерть.

У США також існують різноманітні страхові програми, які надають медичні послуги певним категоріям осіб, наприклад, дітям, молоді з особливими медичними потребами, військовослужбовцям, ветеранам, службовцям публічної служби тощо.

Однією з найактуальніших проблем охорони здоров'я в США є те, що американська система надання медичних послуг характеризується недоступністю цих послуг для широкого кола населення, яке може скористатися лише бюджетними медичними закладами, де здійснюється незначна оплата за наданий пакет медичних послуг. До цієї категорії населення відносяться незастраховані особи, які не мають приватної медичної страховки у зв'язку з безробіттям, низьким рівнем доходу або відсутністю страхування з боку роботодавця.

Для нашої держави з низьким рівнем достатку населення подібна система буде загрожувати значною проблемою непокритих витрат на охорону здоров'я, якщо б за основу реформування було б взято приватну систему охорони здоров'я. Крім того, запровадження обов'язкового страхування, спричинить збільшення відрахувань з заробітної плати працівника, як наслідок призведе до падіння доходів громадян.

У зв'язку з необхідністю вирішення цієї проблеми було впроваджено

реформу охорони здоров'я населення та захисту пацієнтів США, яка передбачала забезпечення медичними послугами більшої кількості населення шляхом зменшення чисельності осіб, які не в змозі придбати собі медичне страхування. За цією реформою планувалося зробити медичне обслуговування та медичне страхування доступним для всіх прошарків населення, виключаючи дискримінаційні позиції.

На мій погляд, доцільно запровадити поетапно страхову медицину, з нахилом на добровільне медичне страхування протягом перехідного періоду, протягом якого слід провести кампанію по популяризації цього кроку в мас-медіа.

Далі пропоную розглянути багаторівневою систему медичного обслуговування, що включає в себе як приватне, так і державне медичне страхування, на прикладі її побудови в Японії. Японія є однією з країн світу, де живе найбільш здорове населення. Цей показник обумовлений, зокрема, високою доступністю медичних послуг для всіх громадян країни.

З 1960-х років в Японії діє універсальна система державного медичного страхування, якою охоплені усі громадяни Японії і яка забезпечила ефективне та якісне медичне обслуговування усіх без винятку верств населення. В Японії цю систему називають «системою вільного доступу», згідно з якою пацієнти можуть отримувати необхідні медичні послуги, коли хворіють або отримали травми за фіксованою ставкою внеску, лише за умови підтвердження страхування [48].

Однією з особливостей японської системи охорони здоров'я є гарантований доступ до медичних послуг. Це означає, що всі громадяни Японії мають право на отримання медичної допомоги, незалежно від свого фінансового становища, соціального статусу або серйозності захворювання. Японська система охорони здоров'я фінансується за рахунок податків та страхових внесків. Страхові внески в Японії є відносно низькими, вони становлять близько 3 % від зарплати працівника. Це дозволяє забезпечити доступ до високоякісних медичних послуг за відносно низьку вартість.

Усе медичне страхування в Японії включає в себе широкий спектр медичних послуг, включаючи понад 500 різновидів медичних та стоматологічних послуг, а також забезпечення лікарськими препаратами. Зарахування на державне медичне страхування є обов'язковим для всіх громадян Японії, а також для іноземців, які проживають у країні понад три місяці.

На мою думку, така система може функціонувати в державі з високим рівнем економіки та стабільними доходами її громадян. Культура та працездатність народів східних країн дозволила побудувати стабільну економіку та дійсно дієву систему адміністрування у медичній галузі.

Французька система охорони здоров'я є змішаною, вона поєднує в собі державні та приватні медичні послуги. Уряд визначає, які медичні послуги покриваються в повному обсязі або частково. Французька система охорони здоров'я фінансується за рахунок податків та страхових внесків. Страхові внески у Франції є відносно високими, вони становлять близько 12 % від зарплати працівника. Це дозволяє забезпечити високий рівень якості медичних послуг та доступність для всіх громадян.

У Франції також передбачений варіант оплати медичних послуг самотійно, за власні кошти, а також комбінації варіантів:

1. Співоплата – це фіксована сума, яку пацієнт доплачує за медичні послуги на додаток до оплати страховою компанією або державою. Ця система передбачає, що пацієнт бере на себе частину витрат на лікування. Співоплата може бути використана для зменшення витрат на медичне обслуговування, підвищення рівня оплати праці медичних працівників або для стимулювання пацієнтів до більш відповідального ставлення до свого здоров'я.

2. Співстрахування – це система, в якій витрати на медичні послуги розподіляються між пацієнтом і страховиком. Зазвичай страховик покриває частину витрат, а пацієнт доплачує іншу частину. Співстрахування може бути обов'язковим або добровільним. Наприклад, у деяких країнах співстрахування є обов'язковим для всіх громадян, а в інших – є добровільним і доступним лише для тих, хто хоче його оформити. Співстрахування також може бути державним

або приватним. Державне співстрахування фінансується за рахунок податків, а приватне – за рахунок страхових внесків.

3. Додаткова плата за спеціалізовані медичні послуги, не передбачені державною чи приватною страховкою («balancebilling») – це практика, коли лікарі або медичні заклади стягують з пацієнтів додаткову плату за послуги, які не покриваються державною чи приватною страховкою [49].

Медичне обслуговування населення за системою змішаного типу є також в Нідерландах. Державна система охорони здоров'я в Нідерландах забезпечує базове медичне обслуговування, яке є обов'язковим для всіх громадян. Приватна система охорони здоров'я пропонує додаткове медичне обслуговування, яке може бути обрано за бажанням. Додаткове медичне страхування в Нідерландах може покривати такі послуги, як стоматологічні послуги, лікування за кордоном, альтернативна медицина та інші [50].

Додаткове медичне обслуговування найманих працівників є поширеною практикою у багатьох країнах в тому числі країн ЄС.

В основі медичного обслуговування в європейських країнах, які мають позитивний досвід, лежить державне фінансування загальних та необхідних для життєдіяльності кожної людини медичних послуг. Усі інші послуги надаються за рахунок різного роду страхування. Саме таку модель використала і Україна в реформуванні охорони здоров'я. Бюджетна система державного фінансування через Національну службу здоров'я України, як замовника послуг, і додаткові послуги, але не через страхування, а надання оплатних послуг (приватна медицина). Страхова медицина практично не розвинута.

Класифікація типів систем медичного обслуговування населення дає можливість краще зрозуміти їхні особливості та порівняти між собою. Для України оптимальною є змішана система медичного обслуговування населення, яка поєднує в собі переваги бюджетної, приватної та страхової систем. Вважаю, що за основу майбутніх реформ потрібно взяти наступні систему медичного обслуговування населення: страхову (як у Японії), державну (як у Грузії, Швеції, Великобританії) та приватну (як у США).

ВИСНОВКИ

На основі теоретичного та практичного узагальнення було сформульовано низку сучасних наукових підходів, положень та висновків, а також запропоновано рекомендації щодо удосконалення публічного адміністрування у цій сфері.

Медичне обслуговування населення – це цілеспрямована та організаторська діяльність ліцензованих закладів охорони здоров'я та /або сертифікованих кваліфікаційних медичних працівників з метою надання якісних, ефективних та безпечних медичних послуг.

Основними ознаками медичного обслуговування населення, які були досліджені в ході написання роботи, є: цілеспрямованість – спрямованість на досягнення конкретних результатів, наприклад, покращення здоров'я населення, запобігання захворювань, лікування та реабілітація пацієнтів; організованість – наявність чіткого плану та процедур, які забезпечують ефективність надання медичної допомоги; ліцензованість закладів охорони здоров'я – їхня відповідність встановленим вимогам, зокрема щодо матеріально-технічної бази, кваліфікації персоналу та якості надання медичної допомоги; сертифікація кваліфікаційних медичних працівників – підтвердження їхньої компетентності на підставі успішного проходження сертифікаційного іспиту; надання якісних, ефективних та безпечних медичних послуг – відповідність медичної допомоги встановленим стандартам якості, ефективності та безпеки.

Державна політика у сфері медичного обслуговування населення – це система загальнодержавних рішень та зобов'язань, спрямованих на збереження та зміцнення громадського здоров'я шляхом надання медичних послуг з метою профілактики, діагностики, лікування та реабілітації захворювань, травм, отруєнь і патологічних станів, а також у зв'язку із вагітністю та пологами.

Основними напрямками реалізації державної політики у сфері медичного обслуговування населення є: надання медичних послуг, належної якості,

відповідно до сучасних стандартів, що забезпечують ефективне лікування та реабілітацію пацієнтів; зміна орієнтації медичних закладів на профілактичну та діагностичну діяльність, спрямовану на запобігання захворюванням а не на їх лікування; пропаганда здорового способу життя жителів країни; перегляд механізмів фінансування сфери медичного обслуговування населення, направлених на розширення страхової медицини; удосконалення та розширення переліку нозологій, які підлягають лікуванню за державний кошт, доповнивши пріоритет на профілактичні заходи; закупити в медичні установи усіх ланок сучасне медичне обладнання, навіть за часткове залучення коштів від страхової медицини чи залучені кошти приватних осіб, а не здійснювати закриття (оптимізацію) лікувально-профілактичних закладів; реформування освіти, з створенням належних баз та програм підготовки фахівців, з здійсненням стажування в лікувальних закладах за кордоном; об'єднання лікувальних та навчальних закладів в університетські клінічні лікарні, з метою співпраці, впровадження, вдосконалення та розробки новітніх світових методик медичної допомоги.

Державна політика у сфері медичного обслуговування населення є важливим інструментом забезпечення здоров'я населення. Вона повинна бути спрямована на підвищення якості та доступності медичної допомоги, формування здорового способу життя та запобігання захворюванням.

Механізм публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення – це система взаємопов'язаних та взаємозалежних структурних елементів, за допомогою яких суб'єкти публічної адміністрації забезпечують надання медичної допомоги населенню з метою задоволення публічного інтересу. Елементами механізму публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення є: нормативно-правові акти, які визначають правовий статус суб'єкта, об'єкта та засоби адміністрування; органи публічної адміністрації, які здійснюють управління у сфері медичного обслуговування населення; методи та інструменти публічного адміністрування, які застосовуються для досягнення цілей управління.

Нормативно-правове забезпечення сфери медичного обслуговування населення – це комплекс правових норм, які регулюють відносини у сфері надання медичної допомоги населенню. Класифікаційні групи нормативно-правового забезпечення медичного обслуговування населення залежно від предмета правового регулювання: акти, які спрямовані на надання медичних послуг та медичної допомоги; акти, які формують взаємовідносини закладів охорони здоров'я із пацієнтами; акти, які врегульовують характерологічні суспільні відносини у сфері медичного обслуговування населення; акти, які встановлюють юридичну відповідальність за порушення норм у сфері медичного обслуговування населення.

Публічна адміністрація у сфері медичного обслуговування населення – це сукупність незалежних публічно-правових суб'єктів, які наділені державно-владними повноваженнями та забезпечують надання медичних та інших публічних послуг задля забезпечення та збереження здоров'я людини. Основні ознаки публічної адміністрації у сфері медичного обслуговування населення такі: публічно-правовий характер – суб'єкти публічної адміністрації є юридичними особами публічного права; наділення державно-владними повноваженнями – суб'єкти публічної адміністрації мають право приймати обов'язкові для виконання рішення; спрямованість на надання медичних та інших публічних послуг – мета діяльності публічної адміністрації полягає в забезпеченні та збереженні здоров'я людини; незалежність – суб'єкти публічної адміністрації діють незалежно від інших суб'єктів суспільних відносин.

В ході підготовки роботи були окреслені напрямки підвищення ефективності публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення, якими є: 1) цифровізація; 2) розвиток на основі сучасних технологій навчальної та науково-дослідної роботи; 3) покращення фінансування сфери медичного обслуговування населення; 4) фахова кадрова політика сфері медичного обслуговування населення; 5) підвищення санітарного та епідемічного рівня безпеки громади; 6) комплекс заходів розвитку трансплантології.

Відповідно, проаналізувавши досвід європейських країн та США, проведено аналогію щодо реформування медичної системи в Україні та визначено, що медична сфера функціонує за бюджетною системою фінансування, страхова система фінансування не розвинута. Запропоновано: розглянути та перейняти досвід з змішаної системи медичного обслуговування Японії та розвинути систему страхової медицини. Саме поєднання різних систем дасть можливість розвиватись системі охорони здоров'я в повному обсязі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Карамішев Д.В., Удовиченко Н.М. Основні принципи функціонування системи охорони здоров'я в контексті загальнолюдських цінностей соціальної держави. *Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення)*: матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Львів, 17–18 квітня 2008 р.). С. 129–136. URL: http://medicallaw.org.ua/uploads/media/02_129_01.pdf (дата звернення: 16.11.2023).
2. Ахламов А.Г., Кусик Н.Л. Економіка та фінансування охорони здоров'я: навчально-методичний посібник. Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2011. 134 с.
3. Гапонова Е.О. Особливості формування ринку медичних послуг в Україні на сучасному етапі. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна*. 2014. № 1144. Вип. 3 (1). С. 94–97.
4. Резнікова Н.В., Іващенко О.А., Войтович О.І. Моделі конкуренції на ринку послуг в сфері охорони здоров'я: проблема використання потенціалу медичної галузі та її регулювання в умовах глобалізації. *Ефективна економіка*. 2018. № 1. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=6277> (дата звернення: 16.11.2023).
5. Краснова О., Плужнікова Т. Роль держави в регулюванні сфери охорони здоров'я в ринкових умовах. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Серія “Економічні науки”*. 2019. № 1. С. 37–43. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvmduce_2019_1_8 (дата звернення: 16.11.2023).
6. Краснова О.І. Теоретичні підходи до визначення сутності державного регулювання сфери охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2016. № 8. С. 58–62. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ipd_2016_8_14 (дата звернення: 16.11.2023).
7. Краснова О.І., Плужнікова Т.В. Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018.

№ 7. С. 46–48. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/7_2018/10.pdf (дата звернення: 16.11.2023).

8. Краснова О.І. Удосконалення фінансування сфери охорони здоров'я в Україні з використанням світового досвіду. *Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі. Серія “Економічні науки”*. 2013. № 1. С. 78–82. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvpushk_2013_1_16 (дата звернення: 16.11.2023).

9. Голованова І.А., Краснова О.І. Економічне обґрунтування реформи галузі охорони здоров'я: досвід постсоціалістичних країн та доцільність його впровадження в Україні. *Економічний часопис-XXI*. 2014. № 3–4 (2). С. 19–22.

10. Долбнєва Д.В., Гончарук С.М. Необхідність та основні напрямки вдосконалення порядку формування та використання ресурсного потенціалу охорони здоров'я в Україні. *Проблеми економіки*. 2016. № 3. С. 46–52. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pecon_2016_3_7 (дата звернення: 16.11.2023).

11. Гончарук С.М., Приймак С.В., Даниляк Л.Я. Сучасний стан і проблеми фінансування установ охорони здоров'я в Україні. *Бізнес Інформ*. 2016. № 1. С. 190–194. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/binf_2016_1_31 (дата звернення: 16.11.2023).

12. Ліштаба Л.В. Сучасний стан та особливості фінансування сфери охорони здоров'я в Україні. *Східна Європа: економіка, бізнес та управління*. 2017. Вип. 1 (06). С. 19–23. URL: <https://chmnu.edu.ua/wp-content/uploads/2019/07/Lishtaba-L.V..pdf> (дата звернення: 16.11.2023).

13. Мартусенко І.В., Сіташ Т.Д. Трансформація фінансування системи охорони здоров'я в Україні та зарубіжних країнах. *Проблеми економіки*. 2013. № 1. С. 321–325. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pecon_2013_1_48 (дата звернення: 16.11.2023).

14. Сіташ Т.Д. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: тенденції та реформування. *Механізм регулювання економіки*. 2012. № 1. С. 164–169. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mre_2012_1_19 (дата звернення: 16.11.2023).

15. Руденко В.В. Сучасний стан фінансового забезпечення охорони

здоров'я в Україні. *Економіка та суспільство*. 2018. Вип. 19. С. 1129–1138. URL: http://economyandsociety.in.ua/journal/19_ukr/170.pdf (дата звернення: 16.11.2023).

16. Борщ В.І. Державно-приватне партнерство як запорука інноваційного розвитку національної галузі охорони здоров'я. *Вісник ЖДТУ. Серія "Економіка, управління та адміністрування"*. 2019. № 2 (88). С. 156–161.

17. Дутко Н.Г. Напрями розвитку державно-приватного партнерства: галузь охорони здоров'я. *Економіка та держава*. 2011. № 1. С. 105–108. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ecde_2011_1_28 (дата звернення: 16.11.2023).

18. Мартякова О.В., Трикоз І.В. Механізм реалізації державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. *Часопис економічних реформ*. 2013. № 4. С. 33–39. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Cher_2013_4_8 (дата звернення: 16.11.2023).

19. Москвіна А.О., Вороніна О.О. Застосування міжнародного досвіду державно-приватного партнерства в охороні здоров'я України. *Глобальні та національні проблеми економіки*. 2018. Вип. 23. С. 91–95. URL: <http://global-national.in.ua/archive/23-2018/20.pdf> (дата звернення: 16.11.2023).

20. Ткачова Н.М. Напрями реформування державної політики в сфері охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 8. С. 83–86. URL: <http://er.nau.edu.ua/handle/NAU/42249> (дата звернення: 16.11.2023).

21. Москаленко В.Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст: монографія. Київ: Книга плюс, 2008. 320 с.

22. Європеїзація публічного адміністрування в Україні в контексті європейської інтеграції: матеріали наук.-практ. конф. 17 груд. 2009 р., м. Дніпропетровськ / за заг. ред. Л.Л. Прокопенка. Дніпро: ДРІДУ НАДУ, 2009. 224 с.

23. Енциклопедичний словник з державного управління / уклад.: Ю.П. Сурмін, В.Д. Бакуменко, А.М. Михненко та ін. ; за ред. Ю.В. Ковбасюка, В.П. Трощинського, Ю.П. Сурміна. Київ: НАДУ, 2010. 820 с.

24. Ларіна Р.Р., Владзимирський А.В., Балусєва О.В. Державний механізм забезпечення інформатизації системи охорони здоров'я: монографія / під заг.

ред. В.В. Дорофієнко. Донецьк: ТОВ «Цифрова типографія», 2008. 252 с.

25. Харічкова С.К., Дорошук Г.А. Менеджмент організацій і адміністрування : навчальний посібник. Одеса: Освіта України, 2015. 443 с.

26. Енциклопедія державного управління: у 8 т. Т. 8. Публічне врядування / наук.-ред. кол.: В.С. Загорський [та ін.]. Львів: ЛРІДУ, НАДУ, 2011. 712 с.

27. Глосарій Програми розвитку ООН. URL: <http://www.unpan.org/Directories/UNPublicAdministration> Glossary (дата звернення: 12.12.2023).

28. Школик А.М. Порівняльне адміністративне право. Львів: ЗУКЦ, 2007. 308 с.

29. Кузьменко О.В. Курс адміністративного права України: підручник. Київ: Юрінком Інтер, 2018. 820 с.

30. Чернов С.І., Гайдученко С.О. Публічне адміністрування: текст лекцій; Харк. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О.М. Бекетова. Харків: ХНУМГ, 2014. 97 с.

31. Коломоець Т.О. Адміністративне право України. Академічний курс : підручник. Київ: Юрінком інтер, 2011. 576 с.

32. Шатило О.А. Публічне адміністрування: конспект лекцій. Житомир: ЖДТУ, 2014. 51 с.

33. Стрельченко О.Г. Суб'єкти публічного адміністрування сфери охорони здоров'я. *Юридичний часопис НАВС*. 2011. № 2. С. 11–16.

34. Про Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини: Закон України від 23 грудня 1997 р. / Верховна Рада України. URL: <https://ngu.gov.ua/ua/pro-upovnovazhenogo-verhovnoyi-rady-ukrayiny-z-prav-luyduyu> (дата звернення: 11.12.2023).

35. Губський С.М., Іншин М.І, Міроненко Т.Є та ін. Комплексний порівняльно-правовий аналіз відповідності законодавства України законодавству ЄС у сфері охорони здоров'я людей, тварин, рослин, 2006. 439 с. URL: <https://old.minjust.gov.ua/file/23469.docx>. (дата звернення 11.12.2023).

36. Стрельченко О.Г. Центральні органи виконавчої влади у сфері охорони здоров'я як суб'єкти публічного адміністрування. *Наука і*

правоохорона. 2012. № 2. С. 171–177.

37. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101 / Кабінет Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення 12.12.2023).

38. Положення про медичну раду закладу охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я України 05 лютого 2016 р. № 69 / Міністерство охорони здоров'я України. *Офіційний вісник України*. 2016 р. № 23. С. 299.

39. Конституція України. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 12.12.2023).

40. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII / Верховна Рада України. *Відомості Верховної Ради*. 2018. № 5. Ст. 31.

41. Про засади державної політики охорони здоров'я: Проект Закону України від 17 липня 2015 р. № 2409. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/JH1UX68C.html (дата звернення 13.12.2023).

42. Князевич В.М., Радиш Я.Ф., Васюк Н.О. Державна політика України в галузі охорони здоров'я як організаційно-нормативна система владних дій та управлінських рішень. *Інвестиції: практика та досвід*. 2015. № 7. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/7_2015/23.pdf. (дата звернення 13.12.2023).

43. Білинська М.М., Авраменко Т.П. Управління змінами сфери охорони здоров'я. Київ: Нац. акад. держ. упр. при Президентові України, 2015. 80 с.

44. Інструкція щодо заповнення форми звітності № 20 «Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи - підприємця, які провадять господарську діяльність із медичної практики, за 20__ рік»: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10.07.2007 № 378 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1018-07#Text> (дата звернення 13.12.2023).

45. Горін В. Фінансові аспекти реформування охорони здоров'я у зарубіжних державах: висновки для України. *Світ фінансів*. 2014. № 1. С. 195–204.

46. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. URL: https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk_1-2_2020-43-52.pdf (дата звернення: 13.12.2023).

47. Protection from high medical costs. URL: <https://www.healthcare.gov/why-coverage-is-important/protection-from-high-medical-costs/> (дата звернення: 13.12.2023).

48. Japan Health System Review. Health Systems in Transition. 2018.Vol. 8 №. 1. URL: https://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5390.pdf (дата звернення 01.12.2023).

49. The U.S. Department of Health & Human Services: Health Care. URL: <https://www.hhs.gov/healthcare/index.html> (дата звернення: 13.12.2023).

50. Rijksoverheid. Hoe is de zorgverzekering in Nederland geregeld? URL: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/zorgverzekeringsstelsel-in-nederland> (дата звернення 13.12.2023).

51. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 302 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/302-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення 13.12.2023).

52. Про затвердження Державної цільової соціальної програми «Трансплантація»: Постанова Кабінету Міністрів України від 8 жовтня 2008 року № 894. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/894-2008-%D0%BF#Text> (дата звернення 13.12.2023).

ДОДАТКИ

Додаток А

Перелік комунальних закладів охорони здоров'я Хмельницької міської ради

Станом на грудень 2023 року до мережі закладів охорони здоров'я, які підпорядковані Управлінню охорони здоров'я Хмельницької міської ради, входять наступні заклади:

Лікувально-профілактичні заклади

- Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр
- Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №1 та його амбулаторії
- Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2 та його амбулаторії
- Хмельницька міська дитяча лікарня
- Хмельницька міська лікарня
- Хмельницький міський перинатальний центр
- Хмельницька інфекційна лікарня

Спеціалізовані заклади

- Медичний стоматологічний центр

Фармацевтичні заклади

- Хмельницька міська аптека «Віола»

Додаток Б

Склад Хмельницької об'єднаної територіальної громади.

Хмельницька територіальна громада — з адміністративним центром в місті Хмельницькому.

Площа громади — 492,821 км², населення — 290 118 осіб (станом на 2019 рік).

Склад: місто Хмельницький, селище Богданівці

села: Бахматівці, Березове, Климківці, Колибань, Копистин, Мала Колибань, Малашівці, Масівці, Мацьківці, Олешин, Пархомівці, Пирогівці, Прибузьке, Черепівка, Черепова, Шаровечка

Старостинські округи:

1. Олешинський старостинський округ
(села Олешин, Іванківці, Черепівка, Черепова, Велика Калинівка)
2. Давидковецький старостинський округ (село Давидківці)
3. Копистинський старостинський округ
(села Копистин, Івашківці, Колибань, Мала Колибань, селище Богданівці)
4. Шаровечківський старостинський округ
(села Шаровечка, Мацьківці, Малашівці, Волиця, Водички, Климківці)
5. Пироговецький старостинський округ
(села Пирогівці, Прибузьке, Пархомівці, Бахматівці)
6. Богдановецький старостинський округ
(села Богданівці, Масівці, Березове)

Додаток В

З в і т н і с т ь

Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи - підприємця, які провадять господарську діяльність з медичної практики за 2021 рік

Хмельницька
02. Всього по містах
22. м. Хмельницький
КП «Хмельницька міська лікарня»

0 Форма у цілому (0)

Подають	Терміни подання	Форма № 20 (річна)
1. Юридичні особи незалежно від їх організаційно-правової форми та фізичні особи-підприємці, які провадять господарську діяльність із медичної практики, – Міністерству охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурним підрозділам з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.	Згідно з наказом структурного підрозділу з питань охорони здоров'я	ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України 10 липня 2007 року № 378
2. Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, інші центральні органи виконавчої влади, у сфері управління яких перебувають заклади охорони здоров'я, зведений звіт – Міністерству охорони здоров'я України.	Згідно з наказом МОЗ	(зі змінами згідно з наказами МОЗ 17.06.2013 № 511, 04.10.2018 № 1802) за погодженням із Держстатом

Респондент	Найменування	
	КП «Хмельницька міська лікарня»	
Місцезнаходження	29000, м. Хмельницький, провулок Проскурівський, 1 (поштовий індекс, область / Автономна Республіка Крим, район,	
	населений пункт, вулиця/провулок, площа тощо,	
	№ будинку/корпусу, № квартири/офіса)	

Гнійн.хір.д/діт.		12			12	0,44
Уролог.д/доросл.						0,96
Уролог.д/дітей		15			15	0,55
Проктологічні						
Онколог.д/доросл.						
онколог. д/дітей		3			3	0,11
Д/вагітн.та род.			30		30	1,10
Патолог.вагітн.			55		55	2,02
Гінекол.д/доросл.	25		75		25	3,68
Туб.д/дор.в т.ч:						
Туб.д/діт.в т.ч:						
Неврол.д/доросл.	73				73	2,69
Неврол. д/дітей		40			40	1,47
Психіат.д/доросл.						
Психіат.д/дітей						
Психосоматичні						
Наркологічних						
Офтальм.д/доросл.						
Офтальм.д/дітей						
Отолар.д/доросл.	30				30	1,10
Отолар.д/дітей		40			40	1,47
Шк-венер.д/дор.						
Шк-венер.д/дітей						
Педіат.сом.в т.ч:		150			150	5,52
-д/недон,хв.нов.		50			50	1,84
-д/грудних дітей		30			30	1,10
Радіолог,рентг.						
Віднов.лік.д/дор.						
Віднов.лік/дітей						
інші	9				9	0,33
в т.ч. Хоспісні	9				9	0,33
ВСЬОГО	587	360	200	200	1520	55,93

Рух ліжок у м. Хмельницький початок 2022 року

Територія	Хмельницька міська лікарня	Хмельницька дитяча лікарня	Хмельницький перинатальний центр	Хмельницька інфекційна лікарня	Всього м. Хмельницький	населення на 01.01.21 289394	кількість ліжок (на 10 тис.)
Терапевтичні	45				45		1,55
Кардіологічні	30				30		1,04
Кард.ревм.д/дітей							
Ревм.д/дорослих	25				25		0,86
Алерг.д/дорослих							
Алерг.д/дітей							
Пульмон.д/доросл.	5				5		0,17
Пульмон.д/дітей							
Ендокр.д/доросл.	20				20		0,69
Ендокр.д/дітей							
Гастр.д/дорослих	30				30		1,04
Гастр.д/дітей							
Гемат.д/дорослих							
Гемат.д/дітей							
Нефрол.д/доросл.							
Нефрол.д/дітей							
Імунал.для дорослих							
Імунал.для дітей							
Інфекц.д/доросл.	300			125	425		16,07
Інфекц.д/дітей				75	75		2,59
Хірург.д/доросл.	50				50		1,73
Хірург.д/дітей		30			30		1,04
Нейрох.д/доросл.	2				2		0,07
Нейрох.д/дітей		5			5		0,17
Кардіох.для дор.							
Судинної хірург.							
Торак.хір.д/дор.							
Торак.х. д/дітей		5			5		0,17
Опікові для дор.							
Опікові для дітей							
Ортопед.д/доросл.							
ортопед.д/дітей		30			30		1,04
Травм.д/дорослих	60				60		2,07
травм.д/дітей		30			30		1,04
Стомат.д/доросл.							
Стомат.д/дітей							
Гнійн.хір.д/дор.							1,04
Гнійн.хір.д/діт.		12			12		0,41

Уролог.д/доросл.						0,90
Уролог.д/дітей		15			15	0,52
Проктологічні						
Онколог.д/доросл.						
онколог. д/дітей		3			3	0,10
Д/вагітн.та род.			30		30	1,04
Патолог.вагітн.			55		55	1,90
Гінекол.д/доросл.	25		75		25	3,46
Туб.д/дор.в т.ч:						
Туб.д/діт.в т.ч:						
Неврол.д/доросл.	73				73	2,52
Неврол. д/дітей		40			40	1,38
Психіат.д/доросл.						
Психіат.д/дітей						
Психосоматичні						
Наркологічних						
Офтальм.д/доросл.						
Офтальм.д/дітей						
Отолар.д/доросл.	30				30	1,10
Отолар.д/дітей		40			40	1,47
Шк-венер.д/дор.						
Шк-венер.д/дітей						
Педіат.сом.в т.ч:		150			150	5,18
-д/недон,хв.нов.		50			50	1,73
-д/грудних дітей		30			30	1,04
Радіолог,рентг.						
Віднов.лік.д/дор.						
Віднов.лік/дітей						
інші	9				9	0,31
<i>в т.ч. Хоспісні</i>	9				9	0,31
ВСЬОГО	587	360	200	200	1520	52,52

Рух ліжок у м. Хмельницький початок 2023 року

Територія	Хмельницька міська лікарня	Хмельницька дитяча лікарня	Хмельницький перинатальний центр	Хмельницька інфекційна лікарня	Всього м. Хмельницький	населення на 01.01.21	ліжками (на 10 тис.)
Терапевтичні	55				55	290276	1,89
Кардіологічні	30				30		1,03
Кард.ревм.д/дітей		3			3		0,10
Ревм.д/дорослих	20				20		0,69
Алерг.д/дорослих							
Алерг.д/дітей							
Пульмон.д/доросл.							0,17
Пульмон.д/дітей		5			5		0,69
Ендокр.д/доросл.	20				20		0,17
Ендокр.д/дітей		5			5		0,69
Гастр.д/дорослих	20				20		0,17
Гастр.д/дітей		5					
Гемат.д/дорослих							
Гемат.д/дітей							
Нефрол.д/доросл.							
Нефрол.д/дітей		2			2		0,07
Імунал.для дорослих							
Імунал.для дітей							
Інфекц.д/доросл.	300			125	425		4,31
Інфекц.д/дітей				75	75		2,58
Хірург.д/доросл.	80				80		2,76
Хірург.д/дітей		25			25		0,86
Нейрох.д/доросл.	22				22		0,76
Нейрох.д/дітей		5			5		0,17
Кардіох.для дор.							
Судинної хірург.							
Торак.хір.д/дор.							
Торак.х. д/дітей		3			3		0,17
Опікові для дор.							
Опікові для дітей							
Ортопед.д/доросл.							
ортопед.д/дітей		25			25		0,69
Травм.д/дорослих	110				110		3,79
травм.д/дітей		25			25		0,86
Стомат.д/доросл.							
Стомат.д/дітей							
Гнійн.хір.д/дор.	60				60		2,07
Гнійн.хір.д/діт.		7			7		0,24
Уролог.д/доросл.	50				50		1,72

Уролог.д/дітей		10			10	0,34
Проктологічні						
Онколог.д/доросл.						
онколог. д/дітей		5			5	0,17
Д/вагітн.та род.			30		30	1,89
Патолог.вагітн.			55		55	2,41
Гінекол.д/доросл.	40		75		115	3,96
Туб.д/дор.в т.ч:						
Туб.д/діт.в т.ч:						
Неврол.д/доросл.	83				83	2,86
Неврол. д/дітей		20			20	0,69
Психіат.д/доросл.						
Психіат.д/дітей						
Психосоматичні						
Наркологічних						
Офтальм.д/доросл.						
Офтальм.д/дітей		3			3	1,10
Отолар.д/доросл.	60				60	2,07
Отолар.д/дітей		27			27	0,93
Шк-венер.д/дор.						
Шк-венер.д/дітей						
Педіат.сом.в т.ч:		80			80	2,76
-д/недон,хв.нов.		20			20	0,69
-д/грудних дітей		18			18	0,62
Радіолог.рентг.						
Віднов.лік.д/дор.	50				50	2,07
Віднов.лік/дітей		40			40	1,89
інші	50	10			60	2,07
<i>в т.ч. Хоспісні</i>	50	10			60	2,07
ВСЬОГО	760	300	200	200	1520	50,30

Додаток Д

Середній перебіг хворого на ліжку на прикладі Хмельницької міської лікарні.

Розрахунок середньорічних ліжок В ХМЛ в 2021 році

Календарний місяць	Кіл-ть днів	Кіл-ть ліжок	Планові ліжко дні (гр.3 х гр.2)	
1	2	3	4	
січень	31	30	930	
лютий	28	30	840	
березень	10	30	300	
березень	21	30	630	
1 квартал	90		2 700	30,00
квітень	30	30	900	
травень	31	30	930	
червень	7	30	210	
червень	2	30	60	
червень	6	30	180	
червень	15	30	450	
6 місяців	181		5 430	30,00
липень	31	30	930	
серпень	31	30	930	
вересень	30	30	900	
9 місяців	273		8 190	30,00
жовтень	31	30	930	
листопад	25	30	750	
листопад	5	25	125	
грудень	31	25	775	
Р І К	365		10 770	29,51

Розрахунок середньорічних ліжок В ХМЛ в 2022 році

Календарний місяць	Кіл-ть днів	Кіл-ть ліжок	Планові ліжко дні (гр.3 х гр.2)	
1	2	3	4	
січень	9	9	81	
січень	22	30	660	
лютий	28	30	840	
березень	20	5	100	
березень	11	30	330	
1 квартал	90		2 011	22,34
квітень	5	30	150	
квітень	25	20	500	

травень	31	20	620	
червень	30	20	600	
6 місяців	181		3 881	21,44
липень	31	20	620	
серпень	31	20	620	
вересень	30	20	600	
9 місяців	273		5 721	20,96
жовтень	31	20	620	
листопад	30	20	600	
грудень	31	20	620	
Р І К	365		7 561	20,72

Розрахунок середньорічних ліжок В ХМЛ в 2023 році

Календарний місяць	Кіл-ть днів	Кіл-ть ліжок	Планові ліжко дні (гр.3 x гр.2)	
1	2	3	4	
січень	31	90	2790	
лютий	22	90	1980	
лютий	6	60	360	
березень	10	60	600	
березень	21	55	1155	
1 квартал	90		6 885	76,50
квітень	30	55	1650	
травень	31	55	1705	
червень	30	55	1650	
6 місяців	181		11 890	65,69
липень	31	55	1705	
серпень	2	55	110	
серпень	29	35	1015	
вересень	30	35	1050	
9 місяців	273		15 770	57,77
жовтень	31	35	1085	
листопад	30	55	1650	
грудень	31			
Р І К	365		18 505	50,70

Додаток Е
Діагностика туберкульозу за 2020-2021 роки

м. Хмельницький								
Рік	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Звітний період	3 міс.	3 міс.	6 міс.	6 міс.	9 міс.	9 міс.	12 міс.	12 міс.
Кількість хворих на туберкульоз		11		28		48		61
Кількість флюорографій:		38657		79291		117104		154118
ПМСД №1		11283		22914		37285		53236
ПМСД №2		24952		49957		72592		90449
ХМЛ		422		1042		1756		2155
ЛДЦ		2000		5378		5471		8278
Кількість інфарктів	120	87	156	171	240	206	359	307
Кількість інсультів	164	191	384	404	650	603	805	890
Кількість пневмоній:	1280	2643	1992	5944	3007	6583	8764	10352
з них COVID19		1927		4559		4935	4325	8126



Діагностика туберкульозу за 2021-2022 роки

м. Хмельницький								
Рік	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Звітний період	3 міс.	3 міс.	6 міс.	6 міс.	9 міс.	9 міс.	12 міс.	12 міс.
Кількість хворих на туберкульоз	11	11	28	28	48	57	61	58
Кількість флюорографій:	38657	42622	79291	82549	117104	121970	154118	162164
ПМСД №1	11283	14286	22914	26579	37285	39093	53236	56196
ПМСД №2	24952	25307	49957	48973	72592	73945	90449	93163
ХМЛ	422	494	1042	1650	1756	2228	2155	2980
ЛДЦ	2000	2535	5378	5347	5471	6704	8278	9825
Кількість інфарктів	87	73	171	154	206	239	307	398
Кількість інсультів	191	176	404	423	603	625	890	831
Кількість пневмоній:	2643	1665	5944	1949	6583	2389	10352	3456
з них COVID19	1927	1139	4559	1320	4935	1578	8126	1794

Діагностика туберкульозу за 2022-2023 роки станом на вересень 2023 року.

Рік	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Звітний період	3 міс.	3 міс.	6 міс.	6 міс.	9 міс.	9 міс.	12 міс.	12 міс.
Кількість хворих на туберкульоз	11	10	28	17	57	24	58	
Кількість флюорографій:	42622	40318	82549	87719	121970	133981	162164	0
ПМСД №1	14286	14440	26579	27413	39093	43303	56196	
ПМСД №2	25307	22050	48973	52148	73945	79132	93163	
ХМЛ	494	860	1650	2016	2228	2901	2980	
ЛДЦ	2535	2968	5347	6142	6704	8645	9825	
Кількість інфарктів (ОТГ):	73	81	154	162	239	230	398	
Кількість інсультів(ОТГ):	176	205	423	426	625	622	831	0
<i>геморагічні</i>		22		46		74		
<i>ішемічні</i>		183		380		548		
Кількість пневмоній(ОТГ):	1665	543	1949	1138	2389	1318	3456	
з них COVID19(ОТГ)	1139	98	1320	199	1578	212	1794	

Показники туберкульозу у 2021-2023 роках



Додаток Є

Перелік основних інтегральних показників стану моніторингу охорони здоров'я міста Хмельницького за місяці 2023 року

1. СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ				
1	1.1	Смертність немовлят у віці до одного року життя	народилося живими дітей у поточному періоді (zareestrovano в органах РАЦС)	
	1.2		народилося живими дітей у поточному році (середнє значення)	144
	1.3		померло дітей у віці до одного року життя	1
2	2.1	Материнська смертність	кількість випадків	
	3.1	Захворюваність на туберкульоз органів дихання	к-сть випадків захвор. на туберкульоз ОД (з +)	5
4	4.1	Захворюваність на злоякісні новоутворення	к-сть випадків захвор. на злоякісні новоутворення (з +)	173
5	5.1	Захворюваність на СНІД	к-сть випадків захвор. на СНІД (з +)	
6	6.1	Частота ВІЛ-інфекції	к-сть випадків ВІЛ - інфікованих (з +)	
7	7.1	Захворюваність на хронічний алкоголізм	к-сть випадків захвор. на хронічний алкоголізм (з +)	
8	8.1	Захворюваність на алкогольні психози	кількість випадків захворювань на алкогольні психози	
9	9.1	Захворюваність на наркоманію	к-сть випадків захворювань на наркоманію (з +)	
10	10.1	Рівень первинної інвалідності у віці до 18 років	чисельність дітей у віці до 18 років	58913
	10.2		первинно визнано інвалідами дітей у віці до 18 років	23
11	11.1	Рівень первинної інвалідності у працездатному віці	чисельність працездатного населення (без підлітків)	17731
	11.2		первинно визнано інвалідами у працездатному віці	1
12	12.1	Кількість пологів	кількість пологів в пологовому стаціонарі	
	12.2		з них багатоплідні	
	12.3		з них трійнею і більше	
13	13.1	Кількість новонароджених (в пологовому стаціонарі та поза стаціонаром)	народилося живими	
	13.2		кількість мертвонароджених	
14	14.1	Забезпеченість населення стаціонарними ліжками	кількість ліжок в цілодобових стаціонарах	
15	15.1	Кількість днів роботи ліжка	проведено хворими ліжко - днів в стаціонарі	
	15.2		середня кількість ліжок в стаціонарі за звітний період	

16	16.1	Середній термін перебування хворого на ліжку	поступило хворих з цілодобових стаціонарів всього	
17	17.1	Ліжка в денних стаціонарах при поліклініках	кількість ліжок в денних стаціонарах	0
18	18.1	Проліковано хворих в денних стаціонарах поліклінік	проліковано хворих в денних стаціонарах поліклінік	
19	19.1	Питома вага закладів охорони здоров'я, що пройшли акредитацію до загальної кількості закладів	кількість лікарських закладів (без ФАП)	
	19.2		к-сть лікарських закладів, які підлягали акредитації	
	19.3		з них пройшли акредитацію	
20	20.1	Кількість посад сім. лікарів	кількість штатних посад сімейних лікарів	153
21	21.1	Укомплектованість штатних посад сімейних лікарів	кількість зайнятих посад сімейних лікарів	148,5
	21.2		кількість фізичних осіб сімейних лікарів	144
3. ФІНАНСУВАННЯ ГАЛУЗІ				
22	22.1	Фактичні витрати бюджетних коштів з консолідованого бюджету	чисельність всього населення	127024 166528
	22.2		затверджений консолідований бюджет на рік, в тис.грн.	8644,6 139100,4
	22.3		фактичне фінансування з бюджету, в тисячах гривень	1386,8 33806,4
23	23.1	Фінансові витрати на придбання медобладнання	витрачено коштів (ф.№ 2), в тисячах гривень	270,8
24	24.1	Залучено позабюджетних коштів	абсолютне число (без гуманітарної допомоги), в тис. грн.	68,6 1692,0
	24.2		крім того гуманітарна допомога, в тисячах гривень	0
4. КАДРОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ГАЛУЗІ				
25	25.1	Забезпечення лікарями (включаючи зубних)	кількість штатних посад лікарів	244
	25.2		абсолютне число фізичних осіб лікарів	242
26	26.1	Забезпеченість середніми медичними працівниками (включаючи ФАП)	кількість штатних посад	132,5
	26.2		абсолютне число фізичних осіб	125
27	27.1	Питома вага атестованих лікарів (без зубних лікарів) від плану підлягаючих атестації на період	чисельність лікарів, які підлягали атестації в поточному році (згідно плану атестації)	28
	27.2		чисельність лікарів, які підлягали атестації за звітний період	4
	27.3		атестовано лікарів за звітний період	4

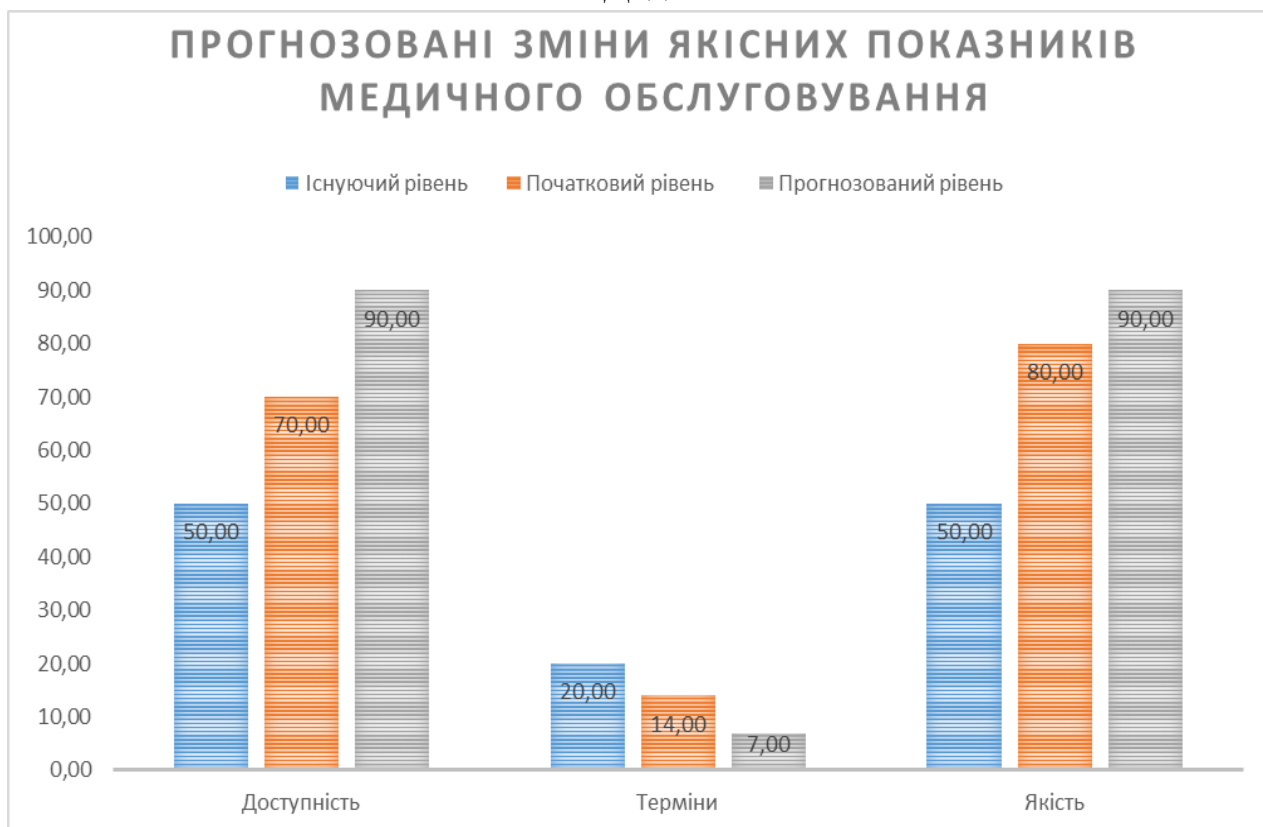
28	28.1	Питома вага атестованих середніх медичних працівників від плану підлягаючих атестації на період	чисельність середнього медперсоналу, які підлягали атестації в поточному році (згідно плану атестації)	36
	28.2		чисельність середнього медперсоналу, які підлягали атестації з за звітний період	6
	28.3		атестовано середнього медперсоналу за звітний період	6
29	29.1	Питома вага атестованих керівників закладів охорони здоров'я та їх заступників із спеціальності управління охорони здоров'я	чисельність організаторів охорони здоров'я, які підлягали атестації в поточному році (згідно плану атестації)	1
	29.2		чисельність організаторів охорони здоров'я, які підлягали атестації за звітний період	
	29.3		атестовано з числа організаторів охорони здоров'я за звітний період	
30	30.1	Укомплектованість фізичними особами посад лікарів СДЛ і СЛА (з зубними)	кількість штатних посад лікарів СДЛ і СЛА	
	30.2		зайнято посад лікарів СДЛ і СЛА всього	
	30.3		кількість фізичних осіб лікарів СДЛ і СЛА	
31	31.1	Укомплектованість фізичними особами посад середнього медперсоналу ФАП	кількість штатних посад середнього медперсоналу ФАП	
	31.2		зайнято посад середніх медпрацівників ФАП всього	
	31.3		кількість фізичних осіб середніх медпрацівників ФАП	
32	32.1	Коефіцієнт співвідношення кількості посад лікарів до посад медсестер медичних сестер	кількість штатних посад лікарів (ф.20, т-ця 1100, р.1)	244,0
	32.2		кількість штатних посад медсестер (ф.20, т-ця 1100, р.95)	265,5

5. ДОСТУПНІСТЬ ТА ЯКІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ				
33	33.1	Рівень госпіталізації в цілодобові стаціонари	поступило хворих в цілодобові стаціонари	
34	34.1	Хірургічна активність в стаціонарі (всі оперуючі відділення сумарно)	вибуло хворих з усіх оперуючих відділень	
	34.2		проведено операцій в стаціонарі всього	
35	35.1	Післяопераційна летальність при гострій хірургічній	оперовано хворих при гострій хірургічній патології (ф.20, т-ця 3600)	

	35.2	патології	померло з числа оперованих при гострій хірургічній патології (ф.20, т-ця 3600)	
36	36.1	Питома вага візуальних форм злоякісних новоутворень, виявлених вперше в III стадії (візуальні форми)	кількість випадків візуальних локалізацій всього	72
	36.2		кількість візуальних локалізацій III ст.	4
37	37.1	Питома вага злоякісних новоутворень, виявлених вперше в IV стадії	виявлено хворих із злоякісними новоутвореннями всього	173
	37.2		кількість виявлених вперше в IV ст.	28
38	38.1	Дорічна летальність онкохворих серед первинних хворих (річний показник)	виявлено хворих із злоякісними новоутвореннями всього за попередній рік	328
	38.2		померло до 1 року з моменту виявлення	15
39	39.1	Питома вага виїздів швидкої медичної допомоги до хворих з хронічними захворюваннями	загальна кількість виїздів	
	39.2		кількість виїздів до хворих з хронічною патологією	
40	40.1	% деструктивних форм tbc органів дихання серед вперше виявлених	виявлено вперше хворих tbc органів дихання	
	40.2		виявлено хворих з деструктивними формами tbc	
41	41.1	Питома вага закриття порожнини розпаду серед вперше виявлених хворих на tbc	вперше виявлено хворих tbc з порожниною розпаду	
	41.2		кількість хворих tbc, у яких порожнина закрилась	
42	42.1	Питома вага припинення бактеріовиділення серед вперше виявлених хворих на tbc	виявлено бактеріовиділювачів серед вперше виявл. хв.	
	42.2		кількість хворих tbc, у яких бактеріовиділення припинилося	
43	43.1	Частота родових травм у новонароджених	зарєстровано черепно-мозкових та спінальних травм у новонароджених	
44	44.1	Частота абортів включаючи міні-аборти	чисельність жінок фертильного віку	
	44.2		всього абортів, вкл. міні-аборти	

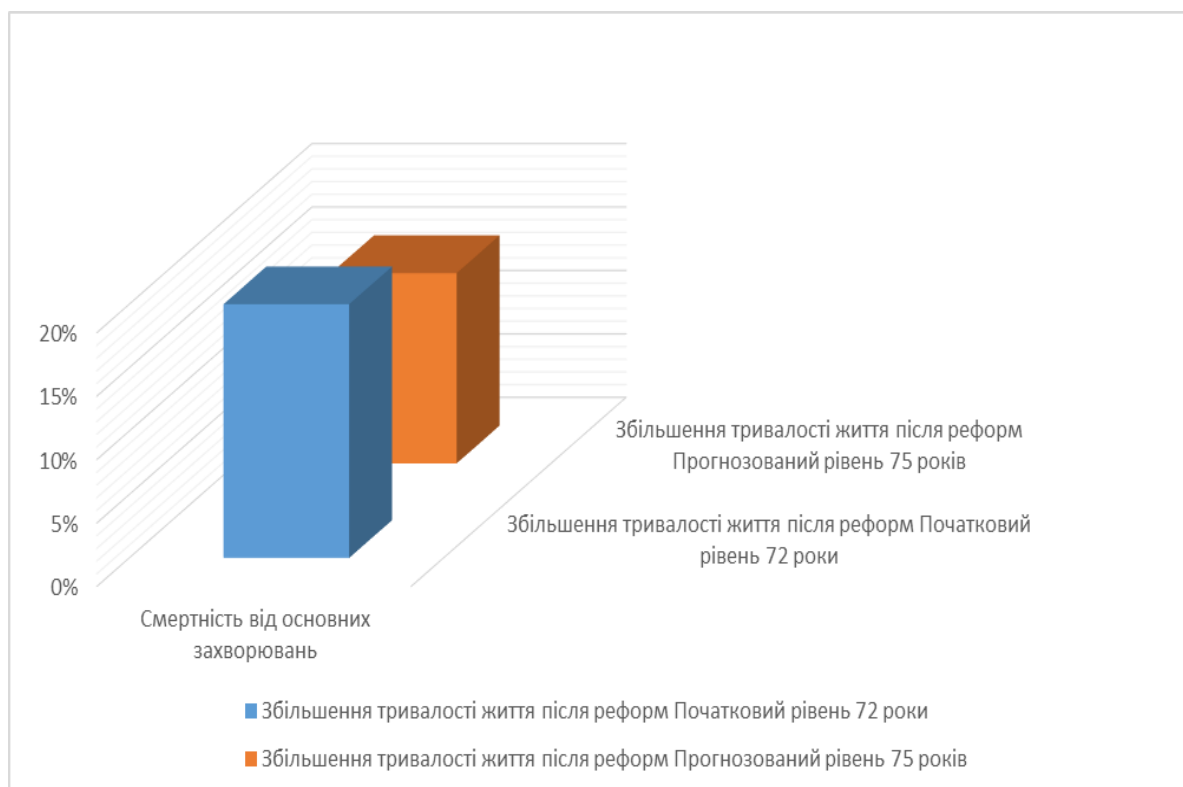
45	45.1	Кількість обґрунтованих звернень громадян на незадовільне медичне обслуговування	надійшло звернень громадян на незадовільне медичне обслуговування всього	
	45.2		в т.ч.: на адресу МОЗ України	

Додаток Ж

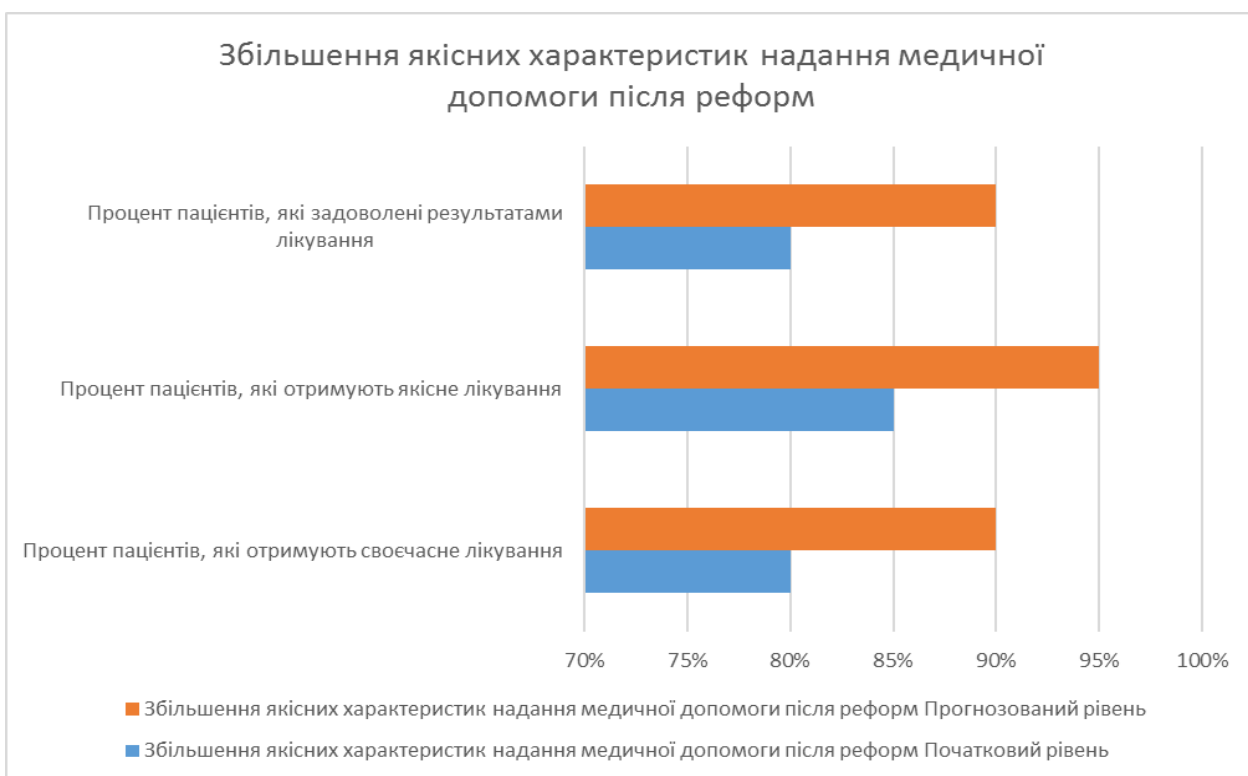


Додаток 3

Прогнозовані показники тривалості життя.



Додаток И



Виконала: студентка
магістратури за спеціальністю
281 Публічне управління та
адміністрування

_____ Ольга ТРОХИМЧУК

Науковий керівник:
доцентка кафедри публічного
управління та адміністрування,
к. е. н., доцентка

_____ Олена ХИТРА

Робота допущена до захисту:
завідувач кафедри публічного
управління та адміністрування,
д.держ.упр., професор

_____ Едуард ЩЕПАНСЬКИЙ