

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА**

Факультет економіки та управління

Кафедра національної економіки та публічного управління

ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА ПРОГРАМА

Цифрове врядування

Галузь знань 28 Публічне управління та адміністрування

Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування

Форма навчання: заочна

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему

**«ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
З НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ
В УМОВАХ ЦИФРОВИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ»**

здобувача **Павловської Катерини Петрівни**



(підпис)

Науковий керівник: кандидат наук з державного управління, доцент
Васюк Наталія Олегівна



(підпис)

**Робота допущена до захисту перед екзаменаційною комісією
з атестації здобувачів вищої освіти (ЕК)**

Завідувач кафедри:

доктор наук з державного управління, доцент, Карпенко О.В.

Київ 2022

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА**

Факультет економіки та управління

Кафедра національної економіки та публічного управління

ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА ПРОГРАМА

Цифрове врядування

Галузь знань 28 Публічне управління та адміністрування

Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування

ПОГОДЖЕНО

Керівник проєктної групи (гарант)
освітньо-професійної /
освітньо-наукової програми

_____ О.В.Карпенко

_____ 2022 р.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

_____ О.В.Карпенко

_____ 2022 р.

ІНДИВІДУАЛЬНЕ ЗАВДАННЯ

здобувачу вищої освіти Павловській Катерині Петрівні

заочної форми навчання

на підготовку кваліфікаційної магістерської роботи

на тему

«Державна політика у сфері охорони здоров'я
з надання первинної медичної допомоги в Україні
в умовах цифрових трансформацій»

Тему затверджено наказом ректора Університету від 25 жовтня 2022 р. № 1854-ст

Кваліфікаційна магістерська робота виконується на матеріалах нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я, фундаментальних положень з теорії державного управління, наукових праць українських і зарубіжних учених за темою дослідження.

План кваліфікаційної магістерської роботи

Розділ 1	Теоретичні основи державної політики у сфері охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги в Україні в умовах цифрових трансформацій
Розділ 2	Сучасний стан державної політики у сфері охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги в Україні в умовах цифрових трансформацій
Розділ 3	Пріоритетні напрями удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги в Україні в новітніх цифрових умовах
Об'єкт дослідження:	система охорони здоров'я
Предмет дослідження:	державна політика у сфері охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги в Україні в умовах цифрових трансформацій
Мета кваліфікаційної магістерської роботи:	теоретичне обґрунтування та розробка практичних рекомендацій з удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги в Україні в умовах цифрових трансформацій.

Конкретні завдання, які здобувач повинен виконати для досягнення поставленої мети:

У розділі 1	Дослідити генезу державної політики щодо трансформації системи надання первинної медичної допомоги в Україні; проаналізувати державну політику зарубіжних країн щодо трансформації системи надання первинної медичної допомоги
У розділі 2	з'ясувати стан нормативно-правового та організаційно-функціонального забезпечення первинної медичної допомоги в умовах цифровізації; проаналізувати кадрову політику сфери охорони здоров'я на первинному рівні надання медичної допомоги в умовах цифровізації
У розділі 3	обґрунтувати розвиток стратегічного управління закладів охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги; окреслити ключові напрями удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги в Україні в умовах цифровізації

**Завдання підготував
науковий керівник**


(підпис)

Васюк Н.О.

(ініціали, прізвище)

« 01 » липня 2022 р.

**Завдання одержав
Здобувач**


(підпис)

Павловська К.П.

(ініціали, прізвище)

« 01 » липня 2022 р.

Реферат

Кваліфікаційна магістерська робота містить 85 сторінок, 6 таблиць, список використаних джерел складається з 78 найменувань.

«Державна політика у сфері охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги в Україні в умовах цифрових трансформацій»

Об'єктом дослідження є сфера охорони здоров'я.

Предметом дослідження є державна політика у сфері охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги в Україні в умовах цифрових трансформацій.

Мета і завдання дослідження. Метою магістерської роботи є теоретичне обґрунтування та розробка практичних рекомендацій з удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги в Україні в умовах цифрових трансформацій.

Завдання дослідження:

- дослідити генезу державної політики щодо трансформації системи надання первинної медичної допомоги в Україні;
- здійснити аналіз державної політики зарубіжних країн щодо надання первинної медичної допомоги в умовах цифровізації;
- з'ясувати стан нормативно-правового забезпечення реформування системи охорони здоров'я на первинному рівні;
- проаналізувати організаційно-функціональне забезпечення первинної медичної допомоги в умовах цифровізації системи охорони здоров'я в Україні;
- визначити пріоритетні напрями удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги в Україні в новітніх цифрових умовах.

Теоретична, методична та практична значущість отриманих результатів. Під час дослідження автором роботи було систематизовано періодизацію розвитку державної політики щодо трансформації системи надання первинної медичної допомоги в Україні.

Практичні результати дослідження полягають в розробленні науково обґрунтованих пропозицій щодо визначення шляхів удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги в Україні в умовах цифрових трансформацій. Основні теоретичні положення магістерської роботи та запропоновані висновки можуть бути використані в діяльності органів публічної влади, закладах вищої освіти України, які готують фахівців у сфері публічного управління та адміністрування, а також у процесі підготовки програмних та нормативно-правових документів з питань цифрових трансформацій системи надання первинної медичної допомоги.

Рік виконання кваліфікаційної магістерської роботи – 2022.

Рік захисту роботи – 2022.

Ключові слова: сфера охорони здоров'я, первинна медична допомога, державна політика, цифрові трансформації.

В і д г у к
про кваліфікаційну магістерську роботу
здобувача факультету економіки та управління
освітньо-професійної програми
«Цифрове врядування»

Павловської Катерини Петрівни

**на тему «Державна політика у сфері охорони здоров'я з надання
первинної медичної допомоги в Україні в умовах цифрових
трансформацій»**

1. Актуальність теми обумовлюється необхідністю формування цифрової економіки та суспільства, а технологічні розробки розглядаються в якості одного із ключових чинників сталого розвитку. Одним із таких питань є розуміння важливості переходу на цифровий формат для політики, пов'язаної, зокрема, зі сферою охорони здоров'я.

2. Позитивні риси кваліфікаційної магістерської роботи: одержані наукові результати належно обґрунтовані у відповідних розділах магістерського дослідження. Достовірність положень, висновків і рекомендацій, представлених в роботі, не викликає сумнівів з огляду на доцільне та результативне використання адекватно дібраної методології та сучасних підходів теоретичного наукового дослідження.

3. Наявність самостійних розробок автора. Автором запропоновано низку ключових напрямів удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги в Україні в умовах цифрових трансформацій, зокрема: підвищення якості надання медичних послуг, орієнтованих на пацієнта; сприяння здоровому та шанобливому середовищу робочої сили; ефективне використання фінансування закладів охорони здоров'я; забезпечення ефективного та підзвітного лідерства та управління; максимізація інновацій і використання технологій з охорони здоров'я; постійний аудит системи охорони здоров'я.

4. Цінність теоретичних висновків та практичних рекомендацій: здійснено теоретичне обґрунтування та розробка практичних рекомендацій з удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги в Україні в умовах цифрових трансформацій. Отримані в процесі дослідження результати свідчать про досягнення мети, вирішення поставлених завдань, що дає змогу сформулювати низку узагальнюючих висновків, пропозицій та рекомендацій, що мають теоретичне і практичне значення.

5. Наявність недоліків: у роботі авторкою здійснено аналіз державної політики зарубіжних країн щодо надання первинної медичної допомоги в умовах цифровізації. Робота виграла б у разі надання більш конкретних пропозицій щодо застосування зарубіжного досвіду в Україні.

Зазначені недоліки не знижують загальної високої оцінки магістерського дослідження.

6. Загальна оцінка кваліфікаційної магістерської роботи та її допущення до захисту перед ЕК: робота є закінченим науковим дослідженням, відповідає вимогам галузевого стандарту вищої освіти за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування», може бути допущена до захисту перед екзаменаційною комісією і заслуговує високої оцінки (рекомендована оцінка – 92 бали).

Науковий керівник:
кандидат наук з державного управління,
доцент



Васюк Н. О.

“ ____ ” _____ 2022 р.

Рецензія
на кваліфікаційну магістерську роботу здобувача вищої освіти

Павловської Катерини Петрівни

**Тема «Державна політика у сфері охорони здоров'я з надання
первинної медичної допомоги в Україні в умовах цифрових
трансформацій»**

Актуальність теми кваліфікаційної магістерської роботи і доцільність її розроблення. У сучасному світі серед ключових напрямів діяльності будь-якої розвиненої держави провідне місце відводиться створенню умов не лише для інноваційного розвитку економіки, соціального прогресу, але й для ефективного технологічного забезпечення сучасної сфери охорони здоров'я. Однією з найважливіших умов реформування та модернізації системи охорони здоров'я є надання доступної та якісної первинної медичної допомоги. Серед пріоритетів – досягнення покращення здоров'я, зменшення нерівності в громадському здоров'ї та задоволення очікувань пацієнтів. У цьому зв'язку дослідження державної політики у сфері охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги в Україні в умовах цифрових трансформацій є надзвичайно актуальним.

Якість проведеного дослідження. Наукові положення, висновки і рекомендації, сформульовані в роботі базуються на опрацюванні широкого кола наукових джерел, зокрема праць українських та зарубіжних авторів, які спеціалізуються на дотичній проблематиці, що дозволяє зробити висновок про обґрунтованість результатів дослідження.

Позитивні риси кваліфікаційної магістерської роботи. Кваліфікаційна магістерська робота є оригінальним, цілісним, комплексним, завершеним науковим дослідженням на актуальну тему, що містить обґрунтовані теоретичні висновки, і відповідає встановленим вимогам. Одержані наукові результати належно обґрунтовані у відповідних розділах магістерського дослідження.

Зауваження. Оцінюючи в цілому позитивно магістерське

дослідження Павловської К.П., слід вказати на окремі дискусійні положення та висловити таке зауваження. Авторкою визначено ключові напрями удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги в Україні в сучасних цифрових реаліях, зокрема підвищення якості надання медичних послуг, орієнтованих на пацієнта. Вважаємо, що робота виграла б у разі надання конкретних пропозицій щодо розроблення проєкту нормативно-правового акта з цього питання.

Зазначене дискусійне положення кваліфікаційної магістерської роботи, не знижує загальної високої оцінки наукової цінності дослідження.

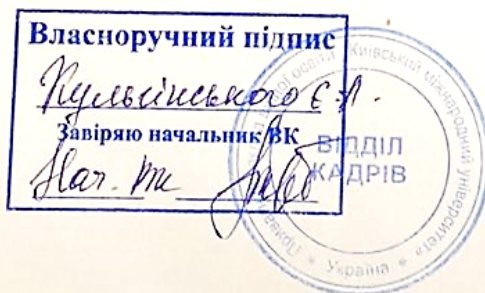
Практична значимість висновків і рекомендацій полягає в розробленні науково обґрунтованих пропозицій щодо визначення шляхів удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги в Україні в умовах цифрових трансформацій. Основні теоретичні положення магістерської роботи та запропоновані висновки можуть бути використані в діяльності органів публічної влади, закладах вищої освіти України, які готують фахівців у сфері публічного управління та адміністрування, а також у процесі підготовки програмних та нормативно-правових документів щодо цифрових трансформацій системи надання первинної медичної допомоги.

Рецензент:

доктор наук з державного управління, доцент,
професор кафедри стоматології
Приватного закладу вищої освіти
“Київський міжнародний університет”



Є.А.Кульгінський



ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я З НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ В УМОВАХ ЦИФРОВИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ ...	6
1.1. Генеза державної політики щодо трансформаційних змін системи надання первинної медичної допомоги в Україні	6
1.2. Державна політика зарубіжних країн щодо надання первинної медичної допомоги в умовах цифровізації.....	17
РОЗДІЛ 2 СУЧАСНИЙ СТАН ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я З НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ В УМОВАХ ЦИФРОВИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ .	33
2.1. Нормативно-правове забезпечення цифровізації системи охорони здоров'я на первинному рівні	33
2.2. Організаційно-функціональне забезпечення первинної медичної допомоги в умовах цифровізації системи охорони здоров'я в Україні.....	39
2.3. Кадрова політика сфери охорони здоров'я на первинному рівні надання медичної допомоги в умовах цифровізації (на прикладі Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2» Святошинського району м. Києва)	47
РОЗДІЛ 3 ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я З НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ В НОВІТНІХ ЦИФРОВИХ УМОВАХ.....	58
3.1. Розвиток стратегічного управління закладів охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги.....	58
3.2. Ключові напрями удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги в Україні в умовах цифровізації	66
ВИСНОВКИ	73
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	77

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. У сучасному світі серед ключових напрямів діяльності будь-якої розвиненої держави провідне місце відводиться створенню умов не лише для інноваційного розвитку економіки, соціального прогресу, але й для ефективного технологічного забезпечення сучасної сфери охорони здоров'я. В Україні одним із ключових чинників сталого розвитку на державному рівні розглядаються технологічні розробки, а також визнається необхідність формування цифрової економіки та суспільства та важливість переходу на цифровий формат для політики, пов'язаної, зокрема, зі сферою охорони здоров'я.

Однією з найважливіших умов реформування та модернізації системи охорони здоров'я є надання доступної та якісної первинної медичної допомоги. Серед пріоритетів – досягнення покращення здоров'я та зменшення нерівності в громадському здоров'ї, задоволення очікувань пацієнтів, що включає демонстрацію особистої (гідність, конфіденційність і самодостатність) і професійної (належна турбота та увага, надання доступних і якісних послуг) поваги. Первинна медична допомога значною мірою визначає ефективне функціонування системи охорони здоров'я.

Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, первинна медична допомога – це комплекс взаємопов'язаних заходів зміцнення здоров'я, санітарії, лікування та профілактики, які здійснюються при первинному контакті громадян із системою охорони здоров'я. Вона враховує сформовані та нові умови навколишнього середовища, спосіб життя і спрямована на збереження, відновлення та зміцнення здоров'я. Цей вид допомоги втілює в собі основні цінності та принципи (доступність медико-санітарних послуг, комплексне обстеження пацієнтів, злагодженість у роботі з іншими службами та підрозділами, наступність у спостереженні за пацієнтами в різних закладах охорони здоров'я, спрямованість на надання медичних, соціальних, та психологічна допомога). Відповідно основним пріоритетом

розбудови системи охорони здоров'я в умовах цифрових трансформацій має бути доступність та якість медичної допомоги для населення в рамках інтегрованої системи охорони здоров'я.

Про важливість наукового пошуку щодо аналізу функціонування системи охорони здоров'я на сучасному етапі свідчать численні наукові праці українських авторів М.Білинської, З.Гладуна, Л.Жаліло, В.Князевича, Н.Кризиної, І.Криничної, Б.Криштопи, В.Лєхан, В.Москаленка, А.Нагорної, Я.Радиша, І.Рожкової, І.Солоненка та інших науковців.

Разом з тим, у науковій літературі залишаються мало дослідженими комплексні підходи до удосконалення державної політики щодо розвитку державної політики у сфері охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги в Україні в умовах цифрових трансформацій. Це й обумовило вибір теми магістерського дослідження, визначення його мети та завдань.

Об'єкт дослідження – сфера охорони здоров'я.

Предмет дослідження – державна політика у сфері охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги в Україні в умовах цифрових трансформацій.

Метою магістерської роботи є теоретичне обґрунтування та розробка практичних рекомендацій з удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги в Україні в умовах цифрових трансформацій.

Завдання дослідження:

- дослідити генезу державної політики щодо трансформації системи надання первинної медичної допомоги в Україні;
- здійснити аналіз державної політики зарубіжних країн щодо надання первинної медичної допомоги в умовах цифровізації;
- з'ясувати стан нормативно-правового забезпечення реформування системи охорони здоров'я на первинному рівні;
- проаналізувати організаційно-функціональне забезпечення первинної

медичної допомоги в умовах цифровізації системи охорони здоров'я в Україні;

– визначити пріоритетні напрями удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги в Україні в новітніх цифрових умовах.

Теоретична, методична та практична значущість отриманих результатів полягає в розробленні науково обґрунтованих пропозицій щодо визначення шляхів удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги в Україні в умовах цифрових трансформацій.

Основні теоретичні положення магістерської роботи та запропоновані висновки можуть бути використані в діяльності органів публічної влади, закладах вищої освіти України, які готують фахівців у сфері публічного управління та адміністрування, а також у процесі підготовки програмних та нормативно-правових документів з питань цифрових трансформацій системи надання первинної медичної допомоги.

Інформаційна база дослідження. Кваліфікаційна магістерська робота виконується на матеріалах нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я, фундаментальних положень з теорії державного управління, наукових праць українських і зарубіжних учених за темою дослідження.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків. Кваліфікаційна магістерська робота містить 85 сторінок, 6 таблиць, список використаних джерел налічує 78 найменувань.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я З НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ В УМОВАХ ЦИФРОВИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ

1.1. Генеза державної політики щодо трансформаційних змін системи надання первинної медичної допомоги в Україні

В умовах повоєнної відбудови народного господарства ХХ століття та подолання наслідків громадянської війни радянська система охорони здоров'я склалася історично та була обґрунтована у працях М.Семашка, З.Соловйова, Г.Камінського та ін. В ті часи головним завданням програми медичної допомоги була боротьба з туберкульозом та іншими соціальними хворобами. М.Семашко зазначав, що охорона здоров'я має стати справою усього суспільства та держави [1, с. 5].

Централізована державна система захисту громадського здоров'я на основі бюджетного фінансування була єдиною в світі у ті роки. Всесвітня організація охорони здоров'я на той час рекомендувала іншим країнам впроваджувати її, оскільки вона вважалася найпрогресивнішою. До прикладу, бюджетна охорона здоров'я Великобританії до цих пір вважається однією з найкращих в світі, деякі підходи системи М.Семашка залишаються і досі функціонувати [2, с. 123].

Разом з тим, варто зазначити, що така система є життєздатною лише за умов соціалізму, відтак у ринкових умовах вона функціонувати ефективно не здатна.

Таким чином, питання модернізації неефективної системи охорони здоров'я постало на часі, оскільки вона не спроможна була надавати якісні і вчасні медичні послуги, та глибоко занурилась у корупційні схеми. Витрати на сферу охорони здоров'я стали занадто високими, а основний індикатор здоров'я в Україні - середня тривалість життя - залишалися на одному із найнижчих рейтингових місць у Європі.

Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) визначає здоров'я як стан повного фізичного, соціального та психічного благополуччя, а не лише тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів. Разом з тим, ідеального здоров'я практично не буває, хоча повне фізичне і душевне благополуччя можна саме так тлумачити.

Також здоров'ям вважається повна узгодженість функціонування всіх органів та систем організму, оптимальна саморегуляція, рівновага між організмом та зовнішнім середовищем за умови відсутності хворобливих проявів. Отже, здатність організму бути у балансі із навколишнім середовищем можна назвати здоров'ям.

До чинників, які визначають сучасні тенденції та тренди в охороні здоров'я, Європейське регіональне бюро (ЄРБ) ВООЗ відносить стрімкі демографічні зміни, глобалізаційні процеси в економіці, соціально-політичному житті, екологічні проблеми, міграцію населення, нерівність доступу до послуг та розподілу матеріальних благ, урбанізацію тощо [3, с. 211].

В Україні майже через двадцять років після проголошення незалежності розпочалася трансформація системи охорони здоров'я. При цьому періодизацію системи охорони здоров'я України можна розділити на чотири етапи: 1991-2000 роки; 2000-2010 роки; 2010-2013 роки; з 2014 року і до сьогодні.

Після проголошення незалежності упродовж першого десятиріччя існування української держави реформування у сфері охорони здоров'я майже не здійснювалось. Головним завданням новоствореного центрального органу виконавчої влади у сфері охорони здоров'я - Міністерства охорони здоров'я України - полягало у стримуванні руйнації системи охорони здоров'я, отриманої у радянський спадок, та збереження того ж рівня соціальних гарантій, який би мінімально дозволив забезпечити населення медичною допомогою.

За підтримки фонду «Відродження» та під егідою Світового банку та Європейської комісії в 2004-2005 роках було розроблено стратегічні напрями розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я. Надалі було окреслено та відпрацьовано відповідні рекомендації та заходи, необхідні Уряду для їх втілення у життя [4, с. 28].

Упродовж 2000-2010 років за підтримки Європейської комісії була розроблена низка міжнародних проектів, серед них «Профілактичні та первинні заходи охорони здоров'я України, Києва та ряду областей» (2002-2004 роки), «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні» (2003-2006 роки), «Підтримка розвитку системи медичних стандартів в Україні» (2004-2006 роки), «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» (2007-2009 роки) [5].

Принципи та матеріали зазначених документів лягли в основу Указу Президента України від 07.12.2000 № 1313/2000, яким була затверджена Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, яка досі є чинною, незважаючи на втрату актуальності більшості її положень. Однак в цей період в Україні глибоких і докорінних реформ у сфері охорони здоров'я не проводилося.

Лише президентська Програма економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» дала початок здійснення реформ у сфері охорони здоров'я. Теоретичною базою для змістовного наповнення модернізаційних змін та реформування були наукові розвідки та розробки вітчизняних та зарубіжних вчених, експертів, інформаційні дані успішної діяльності провідних світових систем охорони здоров'я, матеріали проектів Єврокомісії та ЄС у сфері охорони здоров'я, які пілотно та локально реалізовувалися в Україні в період 2003-2009 років [6].

Переорієнтація з фінансування надмірно пропорційної та частково застарілої інфраструктури на фінансову підтримку з надання послуг стала

головною метою медичної реформи.

З метою мінімізації можливих негативних наслідків та відпрацювання форм і механізмів роботи апробація результатів та наслідків реформування здійснювалася у визначених пілотних областях – експериментальних майданчиках, оскільки в Україні на той час досвіду проведення глибинних перетворень в секторі охорони здоров'я не було. Пілотними регіонами було обрано індустріальні Дніпропетровську та Донецьку області; аграрну Вінницьку область; та столицю Київ. Кількість населення зазначених регіонів коливалась у межах майже 27% віз загальної чисельності громадян України, що давало можливість отримати репрезентативні результати цього пілоту.

У 2011-2012 роках була розроблена законодавча база для реалізації зазначеного експерименту, яка ґрунтувалась на основі думки жителів місцевих громад, органів державної влади та місцевого самоврядування, медичних фахівців та депутатського корпусу місцевих рад [2, с. 256].

Результати проведеного експерименту засвідчили, що доцільним та ефективним є:

- пріоритетний розвиток первинної медичної допомоги, що базується на засадах загальної практики – сімейної медицини;
- розмежування первинної та вторинної медичної допомоги;
- розвинута мережа амбулаторій в районах міст, селищах та селах шляхом створення осередків (центрів) первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД)
- надання вторинної та екстреної допомоги на регіональному рівні шляхом акумулювання (об'єднання) коштів державного бюджету;
- у відповідність з рівнем важкості і складності захворювання започаткування системи маршрутизації пацієнтів до закладів охорони здоров'я та організація провідних закладів госпітальних округів - лікарень інтенсивного лікування;
- за умов методичного удосконалення організація оплати праці

відповідно до обсягів виконуваної роботи та її якості;

- використання реімбурсації та референтних (порівняльних) цін на лікарські засоби для лікування гіпертонічної хвороби, запроваджуючи процеси державного їх регулювання [7, с. 37].

Також, в пілотному режимі потребувала попередня робота щодо започаткування автономізації закладів охорони здоров'я, професійного навчання фахівців, запровадження в закладах різних рівнів методів оплати медичних послуг та медичної допомоги, інституційних та функціональних перетворень на рівнях вторинної та третинної медичної допомоги, опрацювання підходів щодо контрактних відносин, взаємодії з органами публічної влади усіх рівнів тощо.

На сьогодні, на наше переконання, триває новітній період реформування медичної галузі, який характеризується комплексністю та масштабністю перетворень. Цьому передувала суттєва робота Урядів щодо вироблення нових сучасних та апробованих підходів до модернізаційних змін у сфері охорони здоров'я.

Потреба у збільшенні гнучкості управління та зменшенні впливу адміністративних методів є головними та першочерговими завданнями на шляху реформування. Наприклад, цільове фінансування охорони здоров'я з державного бюджету у вигляді медичної субвенції було вперше в Україні запроваджено у 2015 році. Окрім того, започатковано таке фінансування, яке дозволяє одночасно отримувати кошти і з місцевого, і з державного бюджетів. Алгоритми формування ресурсного забезпечення (штатних розписів закладів охорони здоров'я) в залежності від розміру ліжкового фонду скасовано відповідним наказом Міністерством охорони здоров'я [8].

Мало завантажені лікарні (відповідно малопотужні та слабко оснащені) перепрофільовуються, до прикладу, на діагностичні центри, реабілітаційні, хоспіси під нагальні потреби населення. Зазначені лікувальні заклади отримують фінансові ресурси за конкретні послуги. Місцева влада зобов'язана

опікуватися упорядкуванням мережі лікувальних закладів, яка має бути відповідно оптимізована.

Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016-2020 в першу чергу базувалась на досягненнях та успішній реалізації пілотів попередніх років із акцентом на фінансово-економічному забезпеченні. Таким чином, остаточний перехід від морально та реально застарілої Семашківської моделі фінансування до фінансування за результатами діяльності, став основною ідеєю реформи [9].

Передбачені реформою зміни стосувались насамперед: створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як центрального органу виконавчої влади та єдиного закупівельника медичних послуг; початок здійснення пулінгу (об'єднання) бюджетних коштів для фінансування державних гарантій на національному рівні; запровадження гарантованого державою пакета медичної допомоги; початку роботи щодо стратегічної закупівлі медичних послуг на договірних засадах, тим самим завершивши неналежне утримання мережі медичних закладів; запровадження електронної системи охорони здоров'я (eHealth) та автономізації (самостійності) медичних закладів з набуттям статусу некомерційних медичних підприємств більшості з них.

Низка нормативних актів та законодавчих ініціатив, які набули чинності у 2017 році, спрямовувались на успішну реалізацію започаткованих реформ. До їх переліку можна віднести: Закон України про «Автономізацію закладів охорони здоров'я» [10]; Методичні рекомендації щодо перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства [11]; Закон України «Про державні фінансові гарантії» [12], який визначає фінансові зобов'язання надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України. Одночасно з цим було внесено зміни та доповнення до Бюджетного кодексу [13]. Окрім того,

створено Національну службу здоров'я України [14], визначено порядок укладання договорів про медичне обслуговування, встановлено вимоги до надавачів медичних послуг та [15] затверджено методику розрахунку вартості медичних послуг [16; 17].

Започатковано реалізацію принципу «гроші йдуть за пацієнтом», впроваджено зміни щодо алгоритму фінансування первинної медицини (наприклад сімейний лікар, педіатр, терапевт). Кількість пацієнтів, які обрали певний медичний заклад, персонально сімейного лікаря та якість наданих медичних послуг обумовлюють розмір бюджетного фінансування медичного закладу [18]. Національна служба здоров'я України, яка отримала статус Державного страховика, отримала також повноваження основного закупівельника у лікарень медичних послуг на підставі прозорих умов та відповідно до встановленого переліку.

У свою чергу медичні заклади стали вмотивованими щодо підвищення якості медичних послуг та медичної допомоги, оновлення матеріальної бази, придбання сучасного обладнання, покращення доступу, щоб зберегти професійний кадровий потенціал та залучити якомога більше пацієнтів [19].

Державні гарантії та вільний ринок медичних послуг обумовили успішну реалізацію реформи, яка продовжується. Більша половина населення, а точніше більше 28 млн громадян України впродовж декількох років після старту реформи, уклали договори із сімейними лікарями. До прикладу, у Польщі за такий же термін було укладено договори із сімейними лікарями лише третиною населення країни, що вважалось досить успішним результатом.

Існує успішно у деяких країнах і система Бісмарка. Вона досить успішно реалізована у високорозвинених країнах, де паралельно функціонує і приватне, і державне страхування. Наприклад, у Німеччині, вартість лікування людини покривається щомісячними внесками працездатних, працюючих громадян, які вносять у лікарняну касу майже 15% від зарплати.

В Україні започаткована реформа за прикладом британської моделі, яка передбачає, що податки від доходу фізичних осіб, податок на додану вартість кожен працюючий громадянин вносить щомісячно шляхом відповідних відрахувань, частина з яких спрямовується на охорону здоров'я. Зазначений фінансовий ресурс акумулюється на рахунках Національної служби здоров'я України, яка виконує функції державного страховика та здійснює закупівлю у лікарень медичних послуг.

Разом з тим, існують й певні ризики, неврахування яких може призвести до певних негативних наслідків.

Державні гарантії щодо надання медичної допомоги та фінансові спроможності щодо покриття витрат на їх надання є головною концепцією реформи. Однак, варто зазначити, що сама програма державних гарантій, унормована Законом [20], не має чіткого методологічного підґрунтя її наповнення та формування.

Документом окреслено усі види медичної допомоги, та їх медикаментозне забезпечення, однак відсутнє ранжування за пріоритетністю медичних послуг, зокрема щодо медичних та соціальних ознак. Крім того, не передбачено механізму співоплати пацієнтами надання медичних послуг, що іде в розріз із Конституційними гарантіями щодо безоплатності медичної допомоги, що надає їй декларативних характеристик.

Надані Національній службі здоров'я України повноваження щодо формування політики в сфері охорони здоров'я є дещо перебільшеними, оскільки орган наділений, окрім функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, ще й функціями розробника тарифів та програми державних гарантій, функціями адміністрування електронної системи охорони здоров'я, робота щодо якої не обмежується обслуговуванням фінансово-економічної діяльності в охороні здоров'я (ст.7 Закону).

Окрім того, наказом Міністерства охорони здоров'я у 2016 році

скасовано поняття «уніфіковані клінічні протоколи», чим було внесено зміни в підходах до стандартизації. Ці зміни надали можливість лікарям застосовувати так звані «нові клінічні протоколи» без відповідної адаптації, тобто обрати клінічний протокол з визначених в наказі електронних ресурсів різних країн, що певною мірою створює загрози для інтегрованості та наступності медичного обслуговування населення України.

Певні ризики обумовлює і новий порядок акредитації, який з 30 січня 2018 року відповідно до ст.16 Основ законодавства про охорону здоров'я дозволяє її проводити на добровільних засадах на противагу державної і обов'язкової процедури для закладів охорони здоров'я [20]. Для більшості європейських країн такий підхід є традиційним, однак в українських реаліях він не має мотиваційних механізмів, відповідно до якого укладання контрактів на фінансування має бути можливим лише з акредитованими установами.

У 2020 році відбувся наступний етап змін, оскільки розпочалась реформа спеціалізованої медичної допомоги (вторинної і третинної ланки: поліклініки, шпиталі, лікарні тощо. На цьому рівні працює той же принцип «гроші йдуть за пацієнтом», який передбачає, що пацієнт обирає лікарню, отримує медичну допомогу чи послугу, медичний заклад виставляє рахунок за цю послугу НСЗУ, яке його оплачує [21].

Цілком очевидно, що ефективність лікування визначається балансом зв'язку між якістю послуг і задоволеністю. Задоволеність пацієнтів залежить від багатьох факторів. Сприяння загальному задоволенню пацієнтів наданням медичних послуг, покращення спілкування між лікарем і пацієнтом, зменшення витрат на медичне обслуговування, покращення процесу лікування, просування медичного закладу та лікарняного середовища, скорочення часу очікування на медичну послугу, заохочення довіри пацієнтів до рецептів, заохочення довіри пацієнтів до лікарів і заохочення довіри пацієнтів до рекомендованого медичного обстеження – все це може сприяти підвищенню задоволеності пацієнтів лікуванням. Однак медичний заклад

може залишитися й без фінансування у разі відсутності достатньої кількості послуг на рік, оскільки лікарня не отримає контракт із НСЗУ.

У такому випадку пацієнт шукатиме іншу лікарню, якщо заплатив за лікування значну суму лікарю та отримав неякісну медичну допомогу. Інша лікарня може боротися за цільове програмне фінансування, оскільки має кращий сервіс, умови, лікарів. Таким чином, пацієнт буде приводити за собою гроші НСЗУ як національного страховика, обираючи певний медичний заклад.

Реформа продовжується, й Урядом оновлено відповідною Постановою порядок формування госпітальних округів [22]. Сформовано склад та перелік госпітальних округів в кожному регіоні України. Міністерством охорони здоров'я затверджено Положення про госпітальний округ [23]. Впорядковано та затверджено рамкові вимоги до багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування, в яких передбачено вимоги до інфраструктури та обладнання, кадрових медичних ресурсів, обслуговуючого персоналу, комунікацій і транспорту, норми щодо навантаження на кадри тощо [24; 25].

Таким чином, долучились реформаційних процесів практично усі комунальні медичні заклади (районні, міські, обласні лікарні) країни та отримуватимуть фінансування за прямими договорами із НСЗУ. На сьогодні у лікарні, поліклініки та спеціалізовані заклади гроші йдуть за пацієнтом відповідно до головного принципу реформування.

Гроші за медичні послуги, надані конкретному пацієнту відтепер отримуватимуть лікарні, які обирають ці самі пацієнти. Такі медичні заклади за новою системою зможуть збільшити своє фінансове забезпечення. У порівнянні з минулорічним місцевим та державним фінансовим забезпеченням близько 40% медичних закладів отримали більший бюджет.

Разом з тим, в Україні також існує великий тіньовий ринок медичних послуг, який, за неофіційною статистикою, коливається в межах 80%. За таких умов лише активність НСЗУ з питань контролю якості медичних послуг та усвідомлена поведінка самих пацієнтів забезпечить успіх медичної реформи.

Документ під назвою «Основи європейської політики «Здоров'я - 2020» країни Європейського регіону ВООЗ розробили та прийняли у відповідь на нові виклики та загрози сучасності [26]. Ці основи розглядаються як стратегічна платформа, орієнтована на конкретні дії, заснована на європейських цінностях, з можливістю адаптації до сучасних та конкретних реалій.

«Здоров'я-2020» - це основа політики охорони здоров'я, заснована на цінностях і фактичних даних щодо благополуччя людей Європейського регіону ВООЗ. «Основи європейської політики «Здоров'я - 2020» мають забезпечити розуміння та натхнення для усіх в усьому європейському регіоні, хто хоче скористатися новими можливостями для вдосконалення здоров'я та благополуччя нинішнього та майбутніх поколінь, розуміючи виклики та загрози, демонструючи можливості та шляхи вперед. «Здоров'я - 2020» для всіх це не лише політики та експерти, а й громадянське суспільство, громади, родини та фізичні особи.

«Здоров'я - 2020» має важливе значення для економічного та соціального розвитку. Документ має дві документальні форми, включені в одну публікацію. Європейська політична основа для підтримки уряду та суспільства в інтересах здоров'я та благополуччя забезпечує політиків і практиків основними цінностями та принципами, необхідними для практичної реалізації «Здоров'я-2020». Положення документу зосереджені на головному питанні - проблем охорони здоров'ям, а також можливості для його покращення та надає вагомі політичні, соціальні та економічні аргументи на користь здоров'я, з визначенням ключових стратегічних цілей політики та пріоритетів.

Основи політики та стратегія «Здоров'я-2020» розглядаються як живий посібник, створюють гнучку основу для політики та практики в державах-членах Європейського регіону, спираючись на довгу історію глобального та регіонального політичного мислення. «Здоров'я-2020» повністю відповідає

процесу реформування ВООЗ і активно просувається Регіональним комітетом ВООЗ.

Шляхи вирішення існуючих проблем у сфері охорони здоров'я та сучасні стратегії викладено у новій європейській політиці.

Основними цінностями нової європейської політики встановлено: справедливість та право кожної людини на охорону здоров'я, солідарність, загальна доступність, стійкість, право на участь у прийнятті рішень, висока якість медичної допомоги, відсутність дискримінації, захист людської гідності, рівність доступу, підзвітність, прозорість.

1.2. Державна політика зарубіжних країн щодо надання первинної медичної допомоги в умовах цифровізації

Сьогодні важливість здоров'я як однієї з найважливіших проблем людини спонукає дослідників цілеспрямовано вивчати реформи системи охорони здоров'я. Системи охорони здоров'я постійно реформуються, щоб підвищити ефективність і результативність, створити справедливість і забезпечити людям доступ до медичних послуг.

У зв'язку з цим увага до принципів первинної медико-санітарної допомоги визнається основним завданням для досягнення цієї мети. Таким чином, підтримка первинної медико-санітарної допомоги на сьогодні є необхідною, ніж будь-коли, аби забезпечити розвиток систем охорони здоров'я відповідно до тих технічних та технологічних здобутків, які ми маємо на сьогодні на шляху до повсюдної цифровізації. Цей важливий факт спонукає політиків та науковців до пошуку такої систем охорони здоров'я, яка забезпечить ефективну роботу первинної ланки.

Первинна медична допомога відіграє важливу роль у системах охорони здоров'я. Всесвітня організація охорони здоров'я визначає головною метою систем охорони здоров'я покращення здоров'я, але зазначає, що фінансування має бути справедливим, а системи медичної допомоги мають відповідати

очікуванням людей. Всесвітня організація охорони здоров'я визнає цінність міцної бази первинної медичної допомоги в національних системах охорони здоров'я. Тож цілком очевидно, що первинна медична допомога має важливі переваги в системах охорони здоров'я з точки зору стримування витрат, стану здоров'я населення та низки інших результатів, пов'язаних зі здоров'ям [27, с. 225].

На думку більшості експертів і на основі досвіду кількох країн, стратифікація медичних послуг і програми сімейних лікарів можуть бути основним вирішенням багатьох проблем системи охорони здоров'я у світі. Різноманітні дослідження показали, що сімейний лікар має кращу кореляцію з наслідками для здоров'я, навіть у регіонах, де рівень здоров'я населення є досить низьким. Всесвітня організація охорони здоров'я також визнає, що сімейна медицина є основою для покращення якості. З цієї причини первинна медична допомога є однією з найважливіших реформ у розвитку систем охорони здоров'я за останні десятиліття.

У багатьох країнах Північної Америки та Західної Європи сімейний лікар є основою надання медичних послуг. Декілька країн у східному Середземноморському регіоні також знаходяться на різних етапах реалізації таких реформ. В арабському світі ця спеціальність є відносно новою, і система охорони здоров'я впроваджує первинну медичну допомогу як політику охорони здоров'я та готує лікарів для цієї мети. Насправді дії, які вживаються в цьому аспекті в кожній країні, швидко змінюються у світлі умов індустріального розвитку суспільства та ставлення політиків до здоров'я. Тому завжди виникає питання, залежно від контексту, яка модель підходить для досягнення кращих результатів і які вимоги необхідні для досягнення цілей політики [28].

Важливими рушійними факторами розвитку систем охорони здоров'я є задоволення у повному обсязі потреб населення у сфері охорони здоров'я при високій економічній ефективності. Системи охорони здоров'я повинні

забезпечувати краще здоров'я, що визначено у Цілях розвитку тисячоліття ООН, Всесвітній асамблеї охорони здоров'я, яка проходить щороку у Женеві.

Наприклад, Закон про доступне лікування у США було запроваджено функціонування медичних будинків первинної допомоги, оскільки саме потужна первинна медична допомога сприяє кращому функціонуванню систем охорони здоров'я в цілому. Первинна медична допомога – це перший рівень професійної медичної допомоги, куди люди звертаються зі своїми проблемами зі здоров'ям і де більшість населення лікувальні та профілактичні потреби в охороні здоров'я задовольняють.

Сучасні виклики систем охорони здоров'я включають нові фактори ризику, старіння населення, нерівність у здоров'ї, дедалі складніші економічні, екологічні проблеми, зростання витрат на охорону здоров'я, технологічні зміни та брак людських ресурсів – усе це потребує невідкладного зміцнення первинної медичної допомоги у в усьому світі, щоб впоратися з цими проблемами [29].

Загальне охоплення медичним обслуговуванням існує в усіх країнах Європи, незважаючи на різницю в структурі власності систем надання медичних послуг. Оскільки країни в усьому світі прагнуть розвивати всеосяжну медичну допомогу та керувати приватним сектором у своїх системах охорони здоров'я, європейський досвід може запропонувати корисну інформацію. Існують різні моделі надання медичної допомоги, де приватний сектор переважає в одних країнах і має мінімальне значення в інших. Європейський досвід свідчить про те, що її можна ефективно надавати з або без надання широкомасштабного приватного сектору в лікарнях, спеціалізованих та первинній медичній допомозі, і що, крім того, це може надаватися з високим рівнем задоволеності пацієнтів [30].

Надання медичної допомоги функціонує незалежно від фінансування, і існує більше конкуренції, більше відмінностей і більше змін у власності, стимулах і регулюванні надання медичної допомоги, ніж у випадку з

фінансуванням. Тим не менш, фінансування встановлює контекст для власності разом із політичними та нормативними вказівками, прямо чи опосередковано визначаючи, яка суміш власності може розвиватися.

Загальне охоплення медичним обслуговуванням існує в усіх європейських країнах. Фінансування охорони здоров'я в Європі майже повсюдно управляється урядом, або безпосередньо через податкові надходження (як у Великій Британії), або напівпрямо через обов'язкове, кероване та субсидоване державою соціальне медичне страхування (як у Німеччині). По всій Європі державне та соціальне медичне страхування забезпечує систему охорони здоров'я майже для всіх громадян, як свідчать дані опитування системи охорони здоров'я ОЕСР.

Хоча форма страхування різниться між країнами, а додаткове приватне страхування є поширеним у деяких (Бельгія, Голландія, Словенія), але не в інших (Франція, Норвегія), найважливішим наслідком для надання послуг є те, що вони існують приватним постачальникам у більшості країн, платять або національні системи медичного страхування, або жорстко регульовані схеми соціального медичного страхування, які координують закупівлі. Платежі за охорону здоров'я з власної кишені стабільно низькі в усіх досліджуваних європейських країнах і становлять менше ніж 0,5% від витрат на профілактику та більше 20% від загальних витрат на охорону здоров'я загалом. Урок для інших країн полягає в тому, що державні закупівлі та регулювання не є ані гарантією, ані перешкодою для великого приватного ринку надання медичних послуг [31].

Існує глобальний рух, спрямований на те, щоб зробити медичне обслуговування доступним для тих, хто його потребує, забезпечивши загальне охоплення медичним обслуговуванням у всіх країнах до 2030 року. Прагнучи до цього, багато країн з низьким і середнім рівнем доходу продовжують боротися з тим, як і наскільки інтегрувати приватні постачальників в офіційну регульовану та фінансовану державою систему охорони здоров'я.

У Німеччині залишається очевидним вплив бісмарківської моделі соціального страхування та високий рівень заключення приватних контрактів. У Сполученому Королівстві вплив бачення Беверіджа щодо національної системи охорони здоров'я продовжує відбуватись і в наші дні. Тим не менш, відмінності між європейськими системами охорони здоров'я стають менш важливими, оскільки моделі фінансування вирівнюються внаслідок старіння населення та зростаючих очікувань щодо догляду, відтак державне фінансування заповнює все більше прогалин у традиційному соціальному медичному страхуванні, тоді як конкуренція стає все більш поширеною в національних системах медичного страхування за управління витратами.

Лікарні перебувають у перехідному стані по всій Європі, оскільки амбулаторні послуги виходять за межі медичних закладів, і більшість країн наполягають на підвищенні ефективності, що вимірюється коротшими середніми термінами перебування та вищими показниками використання ліжок. Там, де державні та приватні лікарні існують паралельно, як у Німеччині, відмінності в пропонованих послугах, кількості ліжок, тривалості перебування в ліжку та досвіді пацієнтів між державними та приватними лікарнями є мінімальними [32].

Дослідження систем охорони здоров'я ОЕСР 2022 показало, що послуги первинної медичної допомоги переважно надаються в приватних установах у 15 із 22 європейських країн, включаючи майже всі країни з системами соціального медичного страхування та п'ять країн із національними системами охорони здоров'я: Данію, Ірландію, Норвегію, Франції та Великобританії. У Фінляндії, Ісландії, Італії, Польщі, Португалії, Іспанії та Швеції первинна медична допомога є переважно державною.

У Швеції первинна медична допомога надається центрами охорони здоров'я, до складу яких входить багатoproфільна робоча сила, включаючи лікарів загальної практики, медсестер, медсестер-спеціалістів, які мають досвід лікування діабету чи інших хронічних захворювань, а також часто

ерготерапевтів і психологів. У 2019 році 56,2% із 496 центрів первинної медичної допомоги у Швеції є державними. Решта 43,8% – приватні, які працюють за договорами з регіоном [33].

Єдиної відповіді щодо лідерства якоїсь певної країни у сфері охорони здоров'я та ефективного забезпечення реалізації права на охорону здоров'я на сьогодні не існує, оскільки щорічні рейтинги щодо найкращої медичної системи варіюються, що пояснюється різними підходами щодо оцінювання та різними вихідними даними.

Наприклад, Індекс GHS 2021 вимірює спроможність 195 країн підготуватися до епідемій і пандемій. Усі країни залишаються надзвичайно неготовими до майбутніх епідемічних і пандемічних загроз, включаючи загрози, потенційно більш руйнівні, ніж COVID-19. Середня оцінка розвинутих країн у 2021 році становила 38,9 зі 100, що практично не змінилося порівняно з 2020 роком. Розглядаючи загальні показники індексу GHS, жодна країна не ввійшла до вищого рівня (5) індексу GHS, що свідчить про наявність значних прогалин у всіх країнах. Підсилення цієї готовності залишаються принципово важливими для усіх країн світу [34].

Відповідно до звіту про Європейський індекс споживачів охорони здоров'я місця переможців зайняли системи охорони здоров'я Нідерландів, Швейцарії, Норвегії. При цьому найкращою за доступністю у медичній сфері визнана Швейцарія, високі гарантії прав пацієнтів встановлено у Норвегії та Нідерландах, висока ефективність лікування з'ясована у Швейцарії, Фінляндії та Норвегії, медична інклюзивність є високою у Швеції та Нідерландах, якісна профілактична робота організована у Норвегії [35].

Найкращою у світі відповідно до рейтингу з питань рівня забезпеченості медичними послугами визнана Британська система охорони здоров'я. Модель охорони здоров'я Великобританії у переважності носить державний характер, оскільки з державного бюджету країни формується близько 90% видатків та галузь. Ці видатки становлять майже 9,5% ВВП (валового внутрішнього

продукту). Зазначені обсяги дещо поступаються видаткам (також з державного бюджету країни) на потреби Пенсійного фонду. Таке фінансування дає можливість забезпечувати коштами державного бюджету у межах 82% - 85% усіх видатків.

Окрім того, приватне медичне страхування дозволяє отримувати 8% надходжень, готівкові кошти громадян становлять від 2% до 5%, усе інше покривається комерційною діяльністю медичних закладів та державним медичним страхуванням. До того ж у Великобританії досить часто практикується відшкодування вартості проїзду до лікувального закладу, а за деякими рецептами, які виписують лікарі, ліки відпускаються безоплатно [36].

Уряд Британії зосередив увагу на рівні первинної медичної допомоги запровадивши концепцію «внутрішнього ринку». она полягає у тому, що лікарі загальної практики сімейної медицини організували створення самоврядних об'єднань розпорядників коштів (фондоутримувачів). Поняття «співробітництво» прийшло на заміну терміну «ринок» а розпорядники коштів стали групами первинної допомоги. Це дозволило здійснювати гальмування та стримування росту вартості лікування, мотивувати лікарський персонал економити, що врешті дало можливість створити модель, яка напевно є у світі найменш затратною.

Британські урядовці переконані, що глобальні витрати на охорону здоров'я зростають неприйнятними темпами. Гроші, витрачені на ліки та вирішення проблем, пов'язаних із медикаментами, продовжують зростати. Висока поширеність помилок у лікуванні та неправильного призначення препаратів є серйозною проблемою в системах охорони здоров'я та часто може сприяти побічним ефектам, багатьом із яких можна запобігти. Тут, на думку британських фахівців, на допомогу можуть прийти фармацевти.

Як наслідок, у фармацевтів є величезна можливість значно вплинути на зниження витрат на охорону здоров'я, оскільки вони володіють досвідом, щоб виявляти, вирішувати та запобігати помилкам і проблемам, пов'язаним із

прийомом ліків. Розвиток практики клінічної фармації в останні десятиліття призвів до збільшення кількості фармацевтів, які працюють на клінічних посадах у всьому світі.

Відтак, послуги, що надаються фармацевтом, і клінічні втручання знижують ризик потенційних побічних ефектів від ліків і покращують результати лікування пацієнтів. Більшість опублікованих наукових досліджень показують, що такі дії фармацевта є економічно ефективними або мають гарне співвідношення витрат.

Можливо, саме таке рішення дозволило Великобританії мати удвічі менший бюджет на медичну галузь на противагу від інших розвинутих країн світу та мати найменш затратну модель системи. При цьому самі громадяни, наприклад США, визнають, що британська система охорони здоров'я є кращою, аніж американська, оскільки в США на одну людину витрачають 8500 доларів на рік, у Британії – 3400 доларів [37].

Система охорони здоров'я Австралії – це складне поєднання постачальників послуг та інших медичних працівників із низки організацій – від урядів Австралії, штатів і територій та неурядового сектору. Разом вони працюють над задоволенням потреб австралійців у догляді за фізичним і психічним здоров'ям.

Складна структура системи охорони здоров'я Австралії відображається в механізмах її фінансування. Система охорони здоров'я фінансується урядами Австралії та штатів і територій, а також недержавними фінансовими організаціями, такими як приватні страхові компанії та окремі особи. Уряди Австралії та штатів і територій в основному поділяють відповідальність за фінансування, функціонування, управління та регулювання системи охорони здоров'я. Приватний комерційний і некомерційний сектори також відіграють важливу роль в роботі державних і приватних лікарень, аптек і медичних практик, а також надають продукти приватного медичного страхування.

Медичні послуги в Австралії надаються різними медичними

працівниками, які працюють у різних закладах, від великих лікарень (у столицях і регіональних центрах) до невеликих медичних клінік (наприклад, у віддалених районах). Працівники охорони здоров'я Австралії включають лікарів загальної практики, хірургів та інших медичних спеціалістів, медсестер і акушерок, стоматологів, інших медичних працівників, у тому числі корінних медичних працівників, парамедиків, адміністративний та інший допоміжний персонал.

Різноманітні організації підтримують медичні послуги. Департаменти охорони здоров'я та інші установи відповідають за політику та планування послуг. Дослідницькі та статистичні організації збирають і публікують інформацію про ефективність системи охорони здоров'я, стан здоров'я та проблеми. Університети та служби охорони здоров'я готують медичних працівників. Групи споживачів та правозахисники відіграють певну роль у публічних дебатах щодо політики та регулювання. Добровільні та громадські організації також надають підтримку безпосередньо окремим особам, а також за допомогою таких заходів, як збір коштів на дослідження та підвищення обізнаності через програми пропаганди здоров'я.

Міністри охорони здоров'я штатів і територій Австралії разом із міністром охорони здоров'я уряду Австралії працюють разом над формуванням системи охорони здоров'я Австралії з метою покращення результатів охорони здоров'я та забезпечення сталості системи охорони здоров'я [38].

У 2017 році уряд Австралії разом із штатами та територіями погодив Австралійську рамкову систему охорони здоров'я – механізм для підтримки загальносистемної звітності про здоров'я та ефективність охорони здоров'я в Австралії (NHPPC 2017).

У грудні 2019 року AIHW випустила ANPF «National front door» і платформу звітності про показники, яка слугує навігаційним інструментом для доступу до даних про здоров'я австралійців і ефективність системи охорони

здоров'я. Показники АНPF будуть оновлюватися в міру появи нових даних. АІНW керує програмою роботи з розробки нових показників у рамках АНPF.

Уряд Австралії:

- розробляє національну політику охорони здоров'я;
- фінансує медичні послуги через Medicare та ліки через Pharmaceutical Benefit Scheme (PBS);
- надає кошти державам і територіям для послуг державних лікарень;
- фінансує специфічні послуги для населення, включаючи контрольовану громадою первинну медичну допомогу аборигенам і жителям островів Торресової протоки, медичні послуги для ветеранів і догляд за престарілими;
- фінансує охорону здоров'я та медичні дослідження;
- регулює лікарські засоби та виробни медичного призначення;
- підтримує доступ до приватного медичного страхування та регулює його.

Уряди штатів і територій:

- фінансувати державні лікарні та керувати ними
- регулювати та ліцензувати приватні лікарні та інші медичні заклади, а також регулювати продукти, що впливають на здоров'я, такі як алкоголь і тютюн
- надавати профілактичні послуги на рівні громади (наприклад, скринінг на рак та імунізацію), послуги швидкої допомоги та послуги для розгляду скарг на будь-яке з них.

Органи місцевого самоврядування в деяких юрисдикціях можуть брати участь у:

- наданні послуг з охорони здоров'я та підтримки в громаді та вдома;
- послугах з охорони навколишнього середовища (наприклад, утилізація відходів, фторування води);
- діяльності у сфері охорони здоров'я.

Крім того, всі рівні влади Австралії мають спільні обов'язки, включаючи освіту та підготовку медичних працівників, регулювання медичних працівників, стандарти та безпеку харчових продуктів, підвищення безпеки та якості медичної допомоги та фінансування програм і послуг

Таким чином, в Австралії основною складовою первинної медичної допомоги є інститут сімейної медицини, до головних завдань якого є профілактична робота щодо захворювань. Лікарів загальної практики є набагато більше, аніж вузьких спеціалістів. Направлення сімейного лікаря є підставою для відвідування вузького спеціаліста. Така організація роботи медичної галузі дозволяє з високою ефективністю витратити гроші на підготовку кадрів [39].

Найкращою системою охорони здоров'я в Європі вважається Швейцарія. Разом з тим, вона є однією з найдорожчих у світі. Система охорони здоров'я Швейцарії не заснована на оподаткуванні та не фінансується роботодавцями, на відміну від інших європейських країн. Натомість кожен, хто проживає в Швейцарії, щоб отримати лікування повинен сплатити внески для отримання базового медичного страхування та страхування від нещасних випадків.

Швейцарія вперше запровадила федеральний закон про медичне страхування в 1912 році, засновуючи та регулюючи добровільне приватне страхування на кантональному чи регіональному рівні. Відсоток жителів Швейцарії, які мають медичне страхування, зріс з 11% у 1915 році до 40% у 1930 році, до 60% у 1947 році та до 80% у 1959 році. До 1990-х років швейцарське страхування було загальним [40].

Незважаючи на це, у 1994 році конфедерація запровадила серйозну реформу системи охорони здоров'я, Федеральний закон Швейцарії про медичне страхування, включав такі заходи: встановлення субсидій на основі доходу, щоб зробити покриття доступнішим для швейцарців з низьким рівнем доходу; запровадження індивідуального доручення вимагати покриття; і

містять витрати.

Як наслідок, сьогодні Швейцарія має універсальну ринкову систему медичного страхування, за якою кожен громадянин Швейцарії купує приватне покриття на індивідуальному ринку. Пакет страхових виплат певною мірою стандартизований Федеральним управлінням охорони здоров'я, хоча окремі регіони (кантони) мають значну гнучкість у структурі своїх страхових ринків.

Слід зазначити, що швейцарська система була моделлю для реформ охорони здоров'я губернатора Массачусетса Мітта Ромні в 1996 році, а також для Закону президента Обами про доступне лікування, прийнятого в 2010 році. Програма Medicare Advantage США, за якою люди похилого віку купують приватне страхування, також має багато подібності до швейцарської системи. У Швейцарії немає «державних опцій» чи інших державних страхових планів.

Що стосується покриття ліків, що відпускаються за рецептом, Федеральна комісія з лікарських засобів Швейцарії має перелік ліків для стандартного пакету страхових виплат. Крім того, страхові компанії в певному кантоні можуть об'єднатися, щоб узгодити ціни на ліки з виробником.

Швейцарія є головним офісом компаній Roche і Novartis, двох найбільших у світі інноваційних фармацевтичних компаній. Більшість інших фармацевтичних компаній розміщують свої європейські штаб-квартири в Швейцарії через низькі податкові ставки конфедерації [41].

Швейцарія є лідером в Індексі з першим місцем у рейтингу якості. Швейцарія лідирує серед усіх країн за інфраструктурою, маючи найвищий показник щодо кількості медичних сестер на душу населення та майже оптимальну місткість лікарень. Щодо заходів із запобігання захворюванням, то Швейцарія особливо виділяється у запобіганні госпіталізацій, а також у виживанні хворих на рак. Нарешті, Швейцарія забезпечує високий рівень лікування, орієнтованого на пацієнта, з коротким часом очікування та великою кількістю пацієнтів, які повідомляють про позитивні стосунки зі своїми

постачальниками.

Хоча її система охорони здоров'я є дорожчою, ніж у більшості інших країн, Швейцарія займає високе місце за вибором. Швейцарці цінують свободу вибору медичних послуг, пропонуючи як широкий спектр планів медичного страхування, так і абсолютно вільний вибір постачальників. Разом з тим, Швейцарія займає середину Індексу щодо доступу до нових методів лікування, незважаючи на добре розвинену фармацевтичну промисловість [42].

Кожен, хто живе або працює в Нідерландах, за законом зобов'язаний оформити стандартне медичне страхування, щоб покрити витрати, наприклад, на консультацію лікаря загальної практики, лікування в лікарні та ліки, що відпускаються за рецептом. Уряд визначає покриття, передбачене стандартним пакетом. Усі страховики пропонують однаковий стандартний пакет. Медичні страхові компанії зобов'язані приймати будь-кого, хто подає заявку на стандартний пакет страхування, і повинні стягувати з усіх страхувальників однаковий внесок, незалежно від їхнього віку чи стану здоров'я.

Система медичного страхування в Нідерландах заснована на принципі соціальної солідарності. Усі оплачують загальну вартість медичних послуг. Кожен робить свій внесок, наприклад, у вартість догляду за вагітними та геріатричної допомоги.

В Нідерландах не всі медичні послуги покриваються стандартним пакетом. Громадянин може оформити додаткову страховку, щоб покрити, наприклад, фізіотерапію або стоматологічну допомогу. Додаткове страхування не є обов'язковим, і ніхто не зобов'язаний укладати стандартний пакет і додаткове страхування в одній страховій компанії [43].

Страхові компанії не зобов'язані приймати всіх, хто звернувся за додатковим страхуванням. Страхова компанія може відмовитися прийняти особу як клієнта або запитати про здоров'я, перш ніж прийняти. Люди з низьким рівнем доходу можуть мати право на отримання медичної допомоги,

щоб допомогти оплатити медичне страхування. Діти до 18 років страхуються безкоштовно за стандартний пакет, вони повинні мати медичне страхування, але не платять внески за стандартний пакет. Батьки повинні зареєструвати дитину в страховій компанії протягом чотирьох місяців після її народження.

Окрім того, особа повинна сплатити внесок, залежний від доходу, за стандартний пакет. Цей внесок, тобто відсоток від доходу, визначений Законом про медичне страхування. Кожна людина має право на необхідну медичну допомогу, навіть якщо її стан викликаний нездоровим чи нерозсудливим способом життя [44].

У США немає універсальної безкоштовної програми охорони здоров'я, на відміну від більшості інших розвинених країн. Натомість, відповідно до принципів вільного ринку, більшість американців обслуговуються поєднанням державних і приватних програм і систем охорони здоров'я. Більшість лікарень і клінік знаходяться у приватній власності, близько 60% є некомерційними, а ще п'ята частина є комерційними закладами. Покриття федеральними та державними програмами є частковим, і більшість застрахованих американців мають приватне страхування на основі зайнятості.

Групові плани, що фінансуються роботодавцем, охоплюють близько 150 мільйонів американців. До приватного страхування належать організації з підтримки здоров'я, які є мережами постачальників. Застраховані пацієнти звертаються до лікаря первинної ланки, який у разі потреби направляє їх до спеціаліста.

Більш популярним варіантом є використання організацій привілейованих постачальників, які дозволяють пацієнтам звертатися до зовнішніх постачальників, вибрати свого терапевта та відвідувати спеціаліста без направлення постачальника, якщо перший бажає. Ними зараз користуються понад 55% застрахованих працівників [45].

Аналіз державної політики зарубіжних країн щодо трансформації системи надання первинної медичної допомоги показав, що єдиної

універсальної чи правильної системи функціонування сфери охорони здоров'я не існує. Дослідження показало, що у функціонуванні охорони здоров'я важлива роль відводиться існуючій багаторічній культурі суспільства, соціальній поведінці, розсудливості щодо способу життя громадян конкретної країни тощо. Окрім того, зростаючий виклик для системи охорони здоров'я полягає в тому, щоб полегшити ідентифікацію безпечних і ефективних програм для медичних працівників і пацієнтів, щоб отримати найбільшу користь для здоров'я, а також керувати рішеннями щодо покриття платників. Майже всі розвинені країни намагаються визначити рамки політики для покращення процесу прийняття рішень, догляду за пацієнтами та результатів для здоров'я в цьому контексті. Незважаючи на те, що досліджувані країни йдуть різними шляхами, існує широке міжнародне зближення щодо вимог у сферах прозорості, змісту здоров'я, сумісності, конфіденційності та безпеки.

З'ясовано, що фінансування охорони здоров'я може бути успішно реалізоване як в межах бюджетного алгоритму дій, так і в рамках соціального медичного страхування.

Для удосконалення функціонування української системи сфери охорони здоров'я є потреба у розробці та реалізації власної національної програми медичного страхування з урахуванням економічних та соціальних особливостей розвитку сучасної держави.

З цією метою, до прикладу, варто поліпшити якість надання медичних послуг, забезпечити своєчасність та доступність її надання, зосередивши таким чином основні зусилля на вирішенні найважливіших проблем охорони здоров'я, що дозволить вдосконалити управління всією системою та її фінансування.

У розділі також досліджено історичні аспекти державної політики щодо трансформації системи надання первинної медичної допомоги в Україні та визначено необхідність реформування неефективної системи охорони здоров'я, яка не здатна надавати задовільні послуги та потерпає від корупції.

Встановлено, що показники здоров'я в Україні, такі як середня тривалість життя, є одними з найгірших у Європі, у той же час витрати є порівняно високими.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я З НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ В УМОВАХ ЦИФРОВИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ

2.1. Нормативно-правове забезпечення цифровізації системи охорони здоров'я на первинному рівні

Конституція України є найважливішим нормативно-правовим актом, що регулює діяльність системи охорони здоров'я в Україні [46].

Право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування гарантує стаття 49 Основного Закону. Для ефективного і доступного медичного обслуговування держава створює відповідні умови. Медична допомога надається безоплатно у державних і комунальних закладах охорони здоров'я. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності.

«Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ займає одне з основних місць у державних регулятивних процесах функціонування системи охорони здоров'я в Україні [20].

Документ окреслює організаційні, правові, соціальні та економічні засади охорони здоров'я в Україні, реалізація яких дозволить забезпечити довголітнє активне життя громадян, високу працездатність, гармонійний розвиток фізичних і духовних сил, мінімізацію або усунення факторів, що чинять шкідливий вплив на здоров'я тощо.

Зазначеним законом (стаття 5) встановлено принципи функціонування системи охорони здоров'я в Україні, які полягають у наступному:

- охорона здоров'я визнається одним з головних чинників виживання та розвитку народу України та є пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави;
- державою гарантується дотримання прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я та пов'язаних з ними інших державних

гарантій.

Статтею 7 Закону гарантується право на охорону здоров'я, встановлений обсяг медичних послуг та лікарських засобів. Стаття 8 Основ встановлює право на безоплатне отримання у комунальних та державних медичних закладах медичної допомоги та захист права на охорону здоров'я.

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» є одним із основоположних законодавчих актів, що регулює фінансові зобов'язання держави у галузі охорони здоров'я. У документі встановлено джерела видатків на медичне обслуговування, а саме: фінансові ресурси Державного бюджету, надходження місцевих бюджетів та кошти, отримані медичними закладами від надання платних медичних послуг [12].

Зазначеним законом започатковується інший, новий алгоритм фінансування видатків в галузі охорони здоров'я, відповідно до якого на перший план виступає фінансування саме потреб населення у медичних послугах на противагу існуючій до цих пір української практики фінансування та утримання медичних закладів.

Документом також запроваджено програму медичних гарантій (державних гарантій медичного обслуговування населення), яка встановлює обсяг та перелік медичних послуг, лікарських засобів, включно з медичними виробами. Окрім того, передбачається гарантування державою за рахунок фінансування із джерел Державного бюджету України видатків, спрямованих на діагностику, профілактичну роботу, лікування та реабілітацію у зв'язку з травмами, патологічними станами, хворобами тощо. Також держава гарантує фінансування оплати медичних послуг, пов'язаних із вагітністю та пологами.

В межах своїх повноважень та компетенції органи місцевого самоврядування мають право підтримувати комунальні заклади медичного спрямування, фінансувати місцеві програми розвитку охорони здоров'я на території громади, як-то: реконструкції медичних закладів, капітального

ремонту, оновлення матеріально-технічної бази, мотиваційних виплат та додаткової оплати праці медичних працівників, розробки та реалізації місцевих програм з питань покращення громадського здоров'я, надання населенню медичних послуг інші програми у галузі охорони здоров'я.

Оновлена стаття 10 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» встановлює, що обсяг платних медичних послуг, які не входять до програми медичних гарантій, з грудня 2019 року є необмеженим. Зазначене стосується як закладів охорони здоров'я державної форми власності, так і комунальних медичних закладів, які є надавачами медичних послуг за програмою медичних гарантій.

Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. № 410 «Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» [15] є базовим правовим документом щодо фінансового аспекту діяльності системи охорони здоров'я у реформаційних процесах галузі.

Цією постановою затверджено Типову форму договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій та Порядок укладення, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, який укладається з Національною службою здоров'я України.

Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» від 28 березня 2018 року №391 встановлює вимоги щодо суб'єктів, які будуть фінансуватися з державного бюджету галузі охорони здоров'я, що здійснюють господарську діяльність для надання медичних послуг населенню [47]. Зазначений документ є важливим з точки зору удосконалення фінансового забезпечення у процесі реформування медичної галузі.

В контексті реформування первинної ланки медичної допомоги нагальними та важливими є також накази Міністерства охорони здоров'я України: від 19.03.2018 р. № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» та № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу».

Наказом № 503 затверджено типову форму декларації, яка документально засвідчує процес вибору лікаря, врегульовано безпосередньо процес вибору лікаря, зазначено алгоритм подання та припинення дії декларації з вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу тощо [48].

Наказом № 503 встановлено низку Переліків, зокрема: Перелік медичних послуг з надання первинної медичної допомоги; перелік медичних втручань у межах первинної медичної допомоги для груп пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань; Перелік лабораторних та інструментальних діагностичних досліджень, що здійснюються у межах медичних послуг з надання первинної медичної допомоги. Послуги, що наведені у вищезазначених переліках, повинні фінансуватися з державного бюджету України шляхом видатків програми державних медичних гарантій [49].

Досліджуючи стан нормативно-правового забезпечення цифровізації системи охорони здоров'я на первинному рівні, варто зазначити, що реформування електронної системи охорони здоров'я здійснюється в межах сучасної цифрової трансформації багатьох сфер публічного управління, в тому числі й охорони здоров'я.

У цьому зв'язку відповідні повноваження закріплено за новоствореною Національною службою здоров'я України, а також затверджено Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я та Порядок опублікування відомостей з електронної системи охорони здоров'я (постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411 “Деякі питання

електронної системи охорони здоров'я").

Набуття чинності цієї постанови дало можливість використовувати електронні сервіси громадянам, які потребують медичної допомоги, тим самим забезпечивши реалізацію прав пацієнтів за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення [50].

Разом з тим, незважаючи на трансформаційні процеси, що відбуваються у галузі у зв'язку з реформуванням та цифровізацією, сфера охорони здоров'я потребує удосконалення нормативно-правової бази, оскільки до цього часу існує низка правових колізій та проблем у галузі.

Як зазначалось вище, стаття 49 Конституції України передбачає безоплатність надання медичної допомоги, яку громадяни отримують у державних і комунальних закладах охорони здоров'я.

Досягнення рівноважності у можливостях державного бюджету щодо покриття витрат на надання медичної допомоги та задекларовані Основним законом гарантії безоплатності її надання є найголовнішим та найскладнішим завданням держави. Адже у програмі державних гарантій, яка встановлена Законом «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» не виписано методики та алгоритмів формування цих самих гарантій та їх наповнення [12].

Окрім того, у документі не визначено ранжування за видами медичної допомоги щодо пріоритетності надання медичних послуг за медичними та соціальними ознаками, не встановлено норми щодо співоплати медичних послуг пацієнтами тощо. Зрозуміло, що це пов'язано із чітко встановленою конституційною нормою щодо безоплатності отримання громадянами України медичної допомоги, однак цілком очевидно, що зазначені питання необхідно врегульовувати, оскільки зазначена норма Основного закону виглядає занадто декларативною.

Окрім того, одночасне покладання статтею 7 Закону функцій і організатора функціонування електронної системи охорони здоров'я, і

замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, і розробника програми державних гарантій та тарифів, на Національну службу здоров'я України свідчить про перевищення (і дублювання в тому числі) повноважень даного органу, оскільки Положенням про Міністерство охорони здоров'я України [51] чітко визначено, даний орган державної влади формує та реалізує державну політику і щодо впровадження електронної системи охорони здоров'я, забезпечення державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення тощо.

У справі про безоплатну медичну допомогу від 29.05.2002р. № 10-рп/2002, яка стосувалась офіційного тлумачення норми ч.3 ст. 49 Конституції України а саме: «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно», рішенням Конституційного Суду України встановлено, що цю норму варто тлумачити таким чином, що у комунальних та державних закладах охорони здоров'я усім громадянам без попереднього, поточного або наступного розрахунку надається медична допомога незалежно від її обсягу.

Разом з тим, в останні роки в усіх колах набула потужного обговорення проблема щодо запровадження медичного страхування. Тож цілком очевидно, що концептуальні засади, механізми та принципи запровадження медичного страхування, у тому числі державного, повинні бути визначені відповідним законом. Окрім того, нормативного врегулювання потребують й питання роботи добровільних медичних фондів, а також порядку, видів та переліку надання медичних послуг, які виходять за межі безоплатної медичної допомоги.

Нагальної уваги Міністерства охорони здоров'я також потребують питання «парамедичних» послуг, механізмів їх надання, оскільки в Україні поки що відсутній законодавчий документ, який має регулювати порядку їх надання. Відомо, що медичну допомогу первинного рівня отримують лише діти та люди літнього віку. Спеціалізованою та високоспеціалізованою

медичною допомогою спроможне користуватися населення працездатного віку.

Такий нерівномірний характер споживання та надання медичної допомоги не відповідає принципам її надання у країнах з високим рівнем розвитку, де первинна медична допомога має найбільших обсяг надання, спеціалізована – має менший обсяг, і найменший відсоток надання у загальному обсязі має високоспеціалізована медична допомога. Таке співвідношення доводить, що більшість хвороб можна вилікувати без необхідності залучення вузькоспеціалізованих фахівців.

Отже, дослідженням нормативно-правового забезпечення цифровізації на первинному рівні, встановлено, що процеси цифрових трансформаційних змін у медичній галузі регулюються низкою законів та підзаконних актів.

Також, на сьогодні, у період збройного вторгнення росії на територію України, а пандемія коронавірусної інфекції COVID-19 продовжує поширюватись, зростають загрози та виклики системі охорони здоров'я, особливо на первинному рівні, що проявляються у недостатньому кадровому, фінансовому, матеріально-технічному забезпеченні.

2.2. Організаційно-функціональне забезпечення первинної медичної допомоги в умовах цифровізації системи охорони здоров'я в Україні

Використання цифрових технологій для здоров'я стало помітною сферою практики для задоволення потреб охорони здоров'я. Термін «цифрове здоров'я» походить від eHealth, який визначається як «використання інформаційно-комунікаційних технологій для підтримки здоров'я та пов'язаних зі здоров'ям поля». Мобільне здоров'я (mHealth) є підмножиною eHealth і визначається як «використання технологій мобільного бездротового зв'язку для здоров'я». Нещодавно було введено термін цифрове здоров'я як «широка парасолька». Цей термін охоплює eHealth (що включає mHealth), а також нові сфери, такі як використання передових обчислювальних наук у

«великих даних», геноміці та штучному інтелекті [30].

Незважаючи на обмежені ресурси, багато країн, що розвиваються, розпочали реформу охорони здоров'я, щоб забезпечити широкий доступ до стандартної медичної допомоги та водночас скоротити витрати. Враховуючи масштаби реформ охорони здоров'я, рішення країн часто залежать від урядів та їхніх власного бачення щодо покращення та зміцнення здоров'я населення.

У цих умовах заклади охорони здоров'я підпадають під вплив політики з метою нав'язування закону та порядку для реалізації державної політики та стратегій. Різні країни намагаються реформувати свої послуги охорони здоров'я, використовуючи різні моделі управління, запроваджуючи досвід високорозвинутих країн Європи та світу, часто поза контекстом і без урахування їх ресурсного забезпечення та управлінського потенціалу.

Цифрові трансформації є одним з основних підходів до управління, які були адаптовані та впроваджені країнами, що розвиваються з метою вдосконалення комплексу медичних послуг та покращення способів надання медичної допомоги.

Зміна принципів та підходів у фінансуванні сфери охорони здоров'я в Україні розпочалася із прийняттям Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, яка була схвалена Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р. [52].

Як зазначалось у попередніх підрозділах цієї роботи, для реалізації положень зазначеної Концепції були ухвалені відповідні законодавчі зміни, а саме: прийнято Закони України «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України» [53] та «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [12].

Відповідальність Уряду, чітке визначення завдань та повноважень, активна участь місцевого самоврядування та керівників закладів охорони здоров'я стали ключовими акцентами цього реформування.

Операційне керівництво [54] було розроблено з метою сприяння

започаткуванню реформи медичної допомоги на первинному рівні у об'єднаних територіальних громадах, районах та містах при допомозі технічної підтримки міжнародних організацій, що опікуються медичною галуззю, а також Міністерства охорони здоров'я України.

Операційне керівництво передбачало вирішення низки питань, до яких віднесено:

1. Розробка безпосереднього алгоритму фінансування системи охорони здоров'я: впровадження програми медичних гарантій, стратегічне замовлення медичних послуг, принципи та механізми фінансування первинної медичної допомоги, виконання програм громадського здоров'я на первинному рівні.

2. Планування мережі закладів медичної допомоги на первинному рівні у об'єднаних територіальних громадах, районах та містах.

3. Загальна організація первинної медичної допомоги та надання медичних послуг на первинному рівні, порядок формування звітності.

4. Діяльність мережі закладів первинного рівня надання медичної допомоги з правової точки зору.

5. Організація управлінської роботи: забезпечення діяльності мережі закладів, які надають первинну медичну допомогу; робота з медичним та обслуговуючим персоналом; забезпечення дотримання вимог щодо вчасності та якості надання медичних послуг, фінансові аспекти діяльності, робота з електронною системою eHealth.

6. Забезпечення системної комунікативної діяльності медичних закладів з медичним та обслуговуючим персоналом, пацієнтами, засобами масової інформації, громадськими організаціями тощо.

Отже, зазначений документ являє собою практичне керівництво до дії, яке розроблено для використання органами місцевого самоврядування (об'єднаними територіальними громадами), уповноваженими та відповідальними особами районів та міст, до функцій яких належить управління закладами охорони здоров'я первинної ланки медичної допомоги.

До прикладу, Київська Міська Рада рішенням від 14.12.2017 за № 692/3699 доєдналась до цифрового розвитку та реформування системи охорони здоров'я в столиці України, ухваливши відповідну Концепцію [55].

Документом встановлено низку чітких завдань, які стосуються покрокового здійснення переходу системи охорони здоров'я міста Києва на такий алгоритм фінансування, який заснований на моделі державного солідарного медичного страхування громадян, кошти на яке спрямовуватимуться зі спеціальних рахунків міського бюджету.

Таким чином, закумульовані фінансові ресурси дозволять забезпечити діяльність закладів охорони здоров'я у відповідності до сучасних потреб та викликів технологічного світу, розширити автономний статус медичних закладів, особливо у фінансовому, організаційному та мотиваційному аспектах тощо.

Експерти проекту USAID “Підтримка реформи охорони здоров'я” вперше провели в Україні соціологічне дослідження, що стосувалось аналізу роботи закладів охорони здоров'я первинного рівня та засвідчили, що відбулись якісні кардинальні зміни після започаткування діяльності щодо капітаційної оплати послуг [56].

В рамках цього дослідження було проведено опитування понад 2000 пацієнтів та проаналізовано роботу 163-х закладів первинної медичної допомоги, з питань, що стосувались обсягу споживання послуг з надання первинної медичної допомоги, зміни підходів до лікування, методів та алгоритмів надання послуг, взаємодії між лікарем та пацієнтом, стану охоплення послугами первинної медичної допомоги різних категорій населення, рівня задоволеності серед пацієнтів та лікарів, зокрема вразливих груп.

За результатами проведеної роботи фахівці отримали прийшли до наступних висновків:

- прийом пацієнтів у середньому лікарі ведуть протягом 4,5 години на

день, здійснюючи прийом не менше 20-ти пацієнтів;

- середня тривалість візиту одного пацієнта не перевищує 13 хвилин;
- у середньому жінки складають 68% від загальної кількості пацієнтів, що свідчить, що основними споживачами послуг первинної медичної допомоги є жінки (у середньому 40 до 64-х років);
- зазначений показник щодо жіночої категорії пацієнтів у сільській місцевості становить майже 70%;
- 34% від загальної кількості візитів становлять гострі симптоми хвороби;
- 20% від загальної кількості візитів становлять хронічні захворювання;
- 69% пацієнтів, які прийшли на прийом до лікаря (середньорічний показник), отримували до 10 послуг первинної медичної допомоги (це здача аналізів, вакцинація, звернення до лікаря, отримання довідок та рецептів тощо);
- середньорічний показник відвідувань пацієнтів з гострими симптомами хвороби становить 10,1 разів на рік; з хронічними захворюванням – в середньому 14 разів на рік; відвідування для отриманням рецептів – 12,2 разів на рік;
- більше послуг первинної медичної допомоги отримують пацієнти із вразливих груп населення, вони частіше направляються на вторинний рівень;
- послуг паліативної допомоги потребують пацієнти, які в середньому на рік отримують 15,6 послуг первинної медичної допомоги; постраждали від Чорнобильської катастрофи – 16,6 послуг; безпритульні особи – 13,2; люди із особливими потребами – 18;
- на кожні 100 візитів пацієнтів один лікар первинної медичної допомоги робить у середньому 16 направлень до вузьких спеціалістів;
- у лікарів первинної медичної допомоги з досвідом роботи менше 10 років простежується найвищий середній рівень направлень – (18 направлень на 100 візитів);

- середній вік лікарів загальної практики становить 47 років, 80% з них жінки;
- майже 60% медичних закладів мають дефіцит фахівців медичного профілю;
- середня кількість укладених договорів з лікарями коливається в межах 1,700 декларацій;
- кошти, отримані від НСЗУ, були основним джерелом доходів в усіх закладах первинної медичної допомоги: в ЦПМСД – 82%, у поліклініках – 92%, в лікарнях – 50%, амбулаторіях – 72%.

Таким чином, організаційно-функціональні зміни, що відбулися у роботі лікарів та управлінців та безпосередньо у самому закладі первинної медичної допомоги, свідчать про наступне:

- зменшення кількості візитів на дому та збільшення обсягу телефонних консультацій відзначили більшість лікарів;
- 64% лікарів залишились переконані, що методи та практики лікування не зазнали суттєвих змін, однак більше 51% лікарів стверджують, що їх підходи до надання послуг лікарів змінилися на краще;
- на думку лівової частки керівників закладів первинної медичної допомоги, зміни відбулися у підходах щодо оплати праці та у результатах формування фінансових планів;
- 71,1% лікарів переконані, що задоволеність збільшилася після введення капітації; 78,5% медичного персоналу мають задовільні умови своєї роботи;
- облаштування доступу для людей з особливими потребами потребує досить велика частка закладів первинної медичної допомоги в сільській місцевості.

Фахівці проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» провели також дослідження «Оцінка поведінки провайдерів первинної медичної допомоги», до якої долучились Київська школа економіки та

міжнародна корпорація “The Palladium Group”, яка здійснює консультаційну діяльність. За наслідками проведеного дослідження з’явилося перше розуміння проведених результатів цифрових перетворень на первинному рівні надання медичної допомоги [57].

Результати реалізації проекту USAID “Підтримка реформи охорони здоров’я” дозволили:

- розробити методологічну підтримку у вигляді збірки матеріалів для медичних закладів первинного рівня «Етапи впровадження реформи фінансування системи охорони здоров’я закладами первинної медичної допомоги», які реалізовані у вигляді пропозиції щодо використання електронних інструментів, які покликані полегшити операційне та фінансове планування для закладу первинної медичної допомоги;
- розробити Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров’я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства;
- підготувати покрокове Операційне керівництво щодо організації процесу надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні; на типові запитання з різних напрямків втілення реформи первинної медичної допомоги підготовлено відповіді;
- провести 10 вебінарів (тренінгових сесій), які адаптовані на основі тренінгу «Управління закладами первинної медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров’я» та здійснити їх запис [58].

Крім того, з метою проведення аналізу та підведення проміжних підсумків реформи, протягом квітня-липня 2019 року Світовий банк та Всесвітня організація охорони здоров’я провели узагальнене оцінювання впровадження реформи фінансування системи охорони здоров’я за період починаючи з 2016 року.

Таке оцінювання покликане було здійснити документування впливу реформи на встановлені цілі (якість, доступність, захист від фінансового

тягаря, ефективність надання медичних послуг); визначення кореляції із передовими міжнародними практиками; надання рекомендацій щодо наступних пріоритетних напрямів реформування; окреслення ймовірних майбутніх загроз та викликів та шляхів щодо їх подолання. У результаті було запропоновано такі напрями:

- мінімізація загроз, пов'язаних з фінансовим управлінням у сфері охорони здоров'я;
- відпрацювання механізму збору доходів та об'єднання (пудлінгу) ресурсів та оцінка змін фіскального простору;
- використання цифрових технологій для проведення оцінки впровадження стратегічних закупівель медичних послуг та оцінки перетворень на рівні первинної медичної допомоги з метою прискорення їх прогресу та розвитку;
- участь лікарень та закладів, що надають амбулаторно-поліклінічну допомогу щодо розробки чи запровадження працюючих варіантів підготовки до стратегічних закупівель послуг поза первинною медичною допомогою;
- відпрацювання чітко встановленого гарантованого пакету медичних послуг як з точки зору процесу, так і з точки зору змісту;
- засвоєння досвіду та уроків, отриманих у процесі цифрових трансформацій для подальшого реформування.

За результатами підбиття підсумків Світовий банк та Всесвітня організація охорони здоров'я у підсумковому звіті з питань оцінювання впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я зазначили успішність впровадження медичної реформи в Україні, акцентували увагу на створенні Національної служби здоров'я – спеціального органу як інституції, що забезпечує реалізацію реформування вітчизняної системи охорони здоров'я. Крім того, підкреслено, що результати уже відчутні, вони з'являються на рівні первинної медичної допомоги, а подальші кроки цифрових трансформаційних змін у медичній галузі тривають.

Разом з тим, зазначено, що реалізація реформи охорони здоров'я має процвітати, щоб знайти рішення як для пацієнтів, так і для медичних працівників. Технічна компетентність працівників охорони здоров'я, які зрештою впроваджують новий процес реформування системи охорони здоров'я, відіграє важливу роль в успіху чи провалі реформи.

Таким чином, резюмуючи, зазначимо, що реформа у частині зміни підходів із фінансування системи охорони здоров'я в Україні відповідає провідним міжнародним практикам покращення якості, доступності та ефективності надання медичних послуг. Експерти міжнародного рівня зазначили, що стійкі політичні зобов'язання та якісні міжвідомчі відносини між Міністерством охорони здоров'я України, Кабінетом Міністрів України, Міністерством фінансів України та Національною службою здоров'я України стали запорукою успішного впровадження реформи.

2.3. Кадрова політика сфери охорони здоров'я на первинному рівні надання медичної допомоги в умовах цифровізації (на прикладі Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2» Святошинського району м. Києва)

У ХХІ столітті, в умовах епідеміологічних та демографічних ризиків, зміни характеру хвороб і збільшення тягаря хронічних захворювань в усьому світі, потреба у зміцненні первинної медичної допомоги та розвитку сімейної медицини стоїть на порядку денному багатьох урядів світу. Політика охорони здоров'я є невід'ємним аспектом системи охорони здоров'я України, яка допомагає формувати та захищати здоров'я та благополуччя нашого населення. Політика впливає на такі фундаментальні питання, як доступ до медичної допомоги, вартість, методи доставки та конфіденційність. Це включає в себе правила та норми, встановлені законодавцем на місцевому, державному та національному рівнях.

Термін «політика охорони здоров'я» стосується рішень, цілей і дій, які визначають спосіб надання медичної допомоги та доступ до неї. Наприклад,

політика може включати правові норми та правила безпеки штату або протоколи щодо того, як саме медична допомога та ліки надаються пацієнтам у конкретній лікарні. «Політика охорони здоров'я» також стосується політики щодо доступу до медичної допомоги, охоплення та вартості. Підкатегорії політики охорони здоров'я включають громадське здоров'я, глобальне здоров'я, медичні послуги, медичне страхування, психічне здоров'я та фармацевтичні препарати [59].

Розглядаючи питання кадрової політики сфери охорони здоров'я на первинному рівні надання медичної допомоги в умовах цифровізації на прикладі Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2» Святошинського району м. Києва, варто зазначити, що загрози здоров'ю населення є реальним викликом для сучасної державної політики.

Оскільки нинішній стан політики щодо збереження здоров'я нації має низку проблем, саме невідкладні першочергові реформи медичної галузі, в тому числі в частині кадрового забезпечення, здатні трансформувати вітчизняну сферу охорони здоров'я та розбудувати потужну, вискоєфективну та технологічну систему надання медичної допомоги, яка відповідатиме високим стандартам розвинених країн Європи та світу.

Трансформаційні зміни у наданні первинної медичної допомоги та отримання автономних принципів роботи закладів охорони здоров'я розпочалися у 2018 році.

Сімейні лікарі вирішують більшість звернень пацієнтів, оскільки саме на первинному рівні надається необхідна та ефективна медична допомога у багатьох розвинених країнах світу, що свідчить про спроможність побудувати таку систему, яка на початковому етапі задовольняє тих, хто до неї звертається, оскільки це уможливорює уникнення складного, дороговартісного лікування та допомагає запобігти низці хвороб до їх ускладнення. Таким чином, покращення умов праці медичного персоналу на первинному рівні

надання медичної допомоги є одним із головних питань кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я [60].

Аналізуючи стан задоволеності медичного та обслуговуючого персоналу, адміністрація закладу отримує зворотній зв'язок щодо його прихильності до даного закладу, має відгуки про задоволеність/незадоволеність роботи. Таким чином, результати дають можливість побудувати подальшу діяльність закладу з урахуванням інформації, отриманої з такого аналізу, підняти рівень задоволеності працівників, що має бути пріоритетним завданням кадрової роботи у закладі [61].

У якості інструменту для отримання зворотного зв'язку може виступати експертне опитування, мета якого полягає в отриманні даних, що відображаються у оцінках, знаннях, думках респондентів. Зазвичай вони мають значну багаторічну практику, є досвідченими та компетентними фахівцями, мають глибокі знання про об'єкт або предмет аналізу [62].

Анонімне опитування допомагає отримувати відгуки про опитування, не збираючи особисту інформацію, як-от ім'я, номер телефону, електронну пошту тощо. Забезпечивши конфіденційність, можна розраховувати на більше залучення та відповідей. Крім того, анонімні опитування отримують більш надійні, чесні та відкриті відповіді [63]. Робота над розробкою якісної анкети часто охоплює кілька тижнів, якщо не місяців, і залучає кількох осіб. Деякі з них працюватимуть як установники цілей, деякі будуть розробниками, деякі займатимуться тестуванням і контролем якості, і можна вважати цілком зрозумілим, що під час його розробки буде багато переглядів, удосконалень і змін.

Експертне опитування шляхом анонімного анкетування дозволяє простежити динаміку збільшення/зниження рівня задоволеності умовами роботи медичного та обслуговуючого персоналу, окреслити заходи щодо покращення умов їх праці. До прикладу, у 4 кварталі 2021 року було

організовано опитування задоволеності умовами праці медичних працівників Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2» Святошинського району м. Києва.

В якості інструменту було розроблено анкету, що містила критерії, які відображають рівень задоволеності умовами праці медичними працівниками та соціально-демографічні характеристики опитуваних. Респондентам в анкеті запропоновано було відповісти на запитання з поданими варіантами відповіді на них, містився також й блок відкритих питань, який передбачав розгорнуті відповіді (табл. 2.1.).

Таблиця 2.1. Соціально-демографічні характеристики респондентів – медичних працівників Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2» Святошинського району м. Києва»

	Стать:	Жінки – 92			Чоловіки – 1	
1	Вік	18-24 року 1 особа	25-35 років 19 осіб	36-49 років 38 осіб	50-59 років 12 осіб	60 і більше років 20 осіб
2	Освіта	Незакінчена середня 1 особа	Середня медична 25 осіб	Середня професійна 15 осіб	Незакінчена вища 1 особа	Вища 59 осіб
3	Категорія медичного персоналу	Молодший медичний персонал 2 особи		Середній медичний персонал 44 осіб	Лікар 37 осіб	Керівники амбулаторій 2 особи
4	Стаж роботи в медичному центрі	Менше 1 року 6 осіб	1-3 роки 5 осіб	3-7 років 18 осіб	7-15 років 13 осіб	Більше 15 років 48 осіб

Всього в опитуванні взяли участь 101 респондент – медичні працівники закладу, зокрема жінок – 91,1%, чоловіків – 1% (7,9% стать не вказали); вік респондентів: 18-24 років, – 1%; 25-35 років – 18,8%; 36-49 років – 37,9%; 50-59 років – 11,9%; 60 і більше років – 19,8% (10,9% вік не вказали); освіта опитуваних: незакінчена середня – 1%, середня медична – 24,8%, середня професійна – 14,9%, незакінчена вища – 1%, вища – 58,4%; категорія медичного персоналу: молодший медичний персонал – 2%, середній медичний

персонал – 43,6%, лікар – 36,6%, керівники амбулаторних закладів сімейної медицини – 2% (15,8% категорію не вказали); стаж роботи респондентів в медичному центрі: менше року – 5,9%, 1-3 роки – 5%, 3-7 років – 17,8%, 7-15 років – 12,9%, більше 15 років – 47,5%.

В результаті аналізу результатів проведеного анкетування можемо зробити наступні висновки.

Дослідження стимулювання праці та мотивації медичних працівників показало, що 71% опитуваних згодні з тим, що заробітна плата на підприємстві виплачується вчасно і в повному обсязі.

В той же час 51% респондентів незадоволені рівнем заробітної плати, майже 39% вважають, що будуть премійовані при досягненні високих результатів в роботі. Близько 46% вважають, що відповідальне ставлення до справи, ініціатива заохочуються, а трохи більше 77% респондентів мають можливість проходити додаткове навчання, яке допомагає виконувати роботу на більш високому рівні (табл. 2.2.).

Таблиця. 2.5. Рівень мотивації та стимулювання праці медичних працівників Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2» Святошинського району м. Києва» (%)

№ з/п	Суть запитання	Процентне співвідношення відповідей, %
1.	Чи надана можливість підвищення кваліфікації чи проходження навчання, що дозволить працювати більш ефективно?	77,2
2.	Чи заохочується ініціатива та відповідальне ставлення до роботи?	45,8
3.	Чи наявна практика додаткового винагородження за умови досягнення високих результатів у роботі?	38,6
4.	Чи влаштовує рівень заробітної плати?	21,8
5.	Чи вчасно та в повному обсязі виплачується заробітна плата?	71,3

Індустрія охорони здоров'я є трудомісткою, у якій якість послуг зрештою пов'язана з продуктивністю, навичками, мотивацією та задоволеністю постачальників медичних послуг. В умовах підвищеного

суспільного попиту на ефективні медичні послуги для керівників медичних закладів є вкрай важливим мотивувати працівників і водночас виправдати очікування пацієнтів.

Аналіз чітко показує важливість ефективної політики щодо людських ресурсів для покращення ефективності системи охорони здоров'я. Мотивація є ключем до успішного досягнення особистих та/або організаційних цілей. Відомо, що робоче середовище може бути організовано ефективно, в якому люди самі відчуватимуть мотивацію.

Майже усі респонденти (87%) вважають, що працівники закладу дотримуються правил, інструкцій, розпоряджень, прийнятих у закладі охорони здоров'я. Біля 74% вважають, що підрозділ, в якому вони працюють, є досить безпечним та захищеним місцем для роботи. Більше 65% вважають, що на робочому місці створено зручні умови праці. У високій кваліфікації співробітників впевнені 80% респондентів. Те, що всі співробітники виконують виробничий план і відповідально ставляться до якості медичного обслуговування, зазначають більше 73% респондентів (табл. 2.3).

Таблиця 2.3. Задоволеність умовами праці та дотримання медичними працівниками чинних нормативно-правових актів, що регулюють діяльність Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2» Святошинського району м. Києва» (%)

№ з/п	Суть запитання	Процентне співвідношення відповідей, %
1.	Чи всі працівники відповідально ставляться до обов'язків та виконують доведений план?	73,3
2.	Чи всі фахівці є кваліфікованими та досвідченими?	80,2
3.	Чи створено зручні та комфортні умови праці?	65,3
4.	Чи є захищеним та безпечним структурний підрозділ, у якому працюєте?	74,3
5.	Чи дотримуетесь правил, розпоряджень, настанов, інструкцій, прийнятих у медичному закладі?	87,1

За останні кілька десятиліть проблема розвитку корпоративної культури закладу стала більш комплексною. Традиційні зусилля з охорони праці та

безпеки включають компенсацію працівникам та управління непрацездатністю, пов'язаною з професійною діяльністю. Зарубіжні фахівці з охорони праці в медичних установах також докладають зусиль для застосування первинних, вторинних і третинних профілактичних заходів із цього питання.

Тим не менш, культурна корпоративна трансформація часто вимагає систематичного підходу, спрямованого на рушійні сили культурних змін, а також комплексних зусиль організацій, щоб запровадити та виміряти широкий спектр скоординованих змін для покращення клімату всередині закладу.

Вимірювання корпоративної культури - це нещодавня розробка, що розвивається досить потужно останнім часом. Оскільки існує довгий перелік детермінант здоров'я, це вимірювання рівня корпоративної культури має бути комплексним, визнаючи вплив, який сама робота чинить на психологічний клімат, середовище на робочому місці та політику компанії. Вимірювання мають бути значущими та практичними, якщо заклади бажають використовувати необхідні ресурси.

Очікується, що керівники охорони здоров'я підтримуватимуть здоров'я та продуктивність працівників за допомогою стійких та економічно ефективних програм.

У цьому зв'язку вбачається цілком очевидним: щоб бути успішними, компанії повинні включити здоров'я та безпеку своїх працівників в місію, бачення та цінності організації. Таблиця 2.4. ілюструє рівень корпоративної культури у закладі.

Так, 64% респондентів вважають, що колектив дружний і згуртований. При виникненні протиріч або суперечливих моментів в колективі 71% респондентів вважають, що розбіжності завжди вдається подолати. 76% вважають себе членом єдиної команди закладу. Що взаємодія з безпосереднім керівником будується вільно і відкрито вважають 79% респондентів. 58% респондентів вважають, що керівництво закладу буде із співробітниками

справедливі, відкриті відносини.

Таблиця 2.4. Рівень корпоративної культури в Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2» Святошинського району м. Києва»

№ з/п	Сутність запитання	Згоден	%	Не впевнений	%	Не згоден	%
1	В медичному закладі працює дружний і згуртований колектив	65	64,4	27	26,7	5	4,9
2	При виникненні протиріч в колективі або суперечливих моментів, майже завжди вдається подолати розбіжності	72	71,3	24	23,8	5	4,9
3	Про себе можу сказати, що я є членом єдиної команди нашого Центру	77	76,2	15	14,9	5	4,9
4	Моє взаємодія з безпосереднім керівником будується вільно і відкрито	80	79,2	16	15,8	5	4,9
5	Керівництво медичного закладу будує з співробітниками справедливі, відкриті відносини	59	58,4	28	27,7	11	10,9

Первинна медична допомога відчуває потребу в розширеній та ефективній комунікації, яка оптимізує роботу команди та якісне надання медичних послуг пацієнтам. Комунікація є ознакою ефективної командної роботи. Зразкова комунікація оптимізує командну взаємодію та ефективність. Крім того, ефективна комунікація між членами команди пов'язана з покращенням результатів і безпеки пацієнтів. Комунікативні зв'язки в медичному закладі дозволили методом анкетування виявити такі дані: поінформовані про різні сторони життя і діяльності закладу 61% опитаних. Трохи більше 60% респондентів вважають, що необхідна службова інформація доводиться чітко та своєчасно. Більше 75% респондентів точно розуміють, яких результатів керівництво очікує від їхньої роботи. Лише 56% вважають, що мають достатньо можливостей, щоб доводити свою думку з виникаючих питань або проблем до безпосереднього керівника і вищого керівництва (табл. 2.5).

Таблиця. 2.5. Комунікативні зв'язки в Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2» Святошинського району м. Києва» (%)

№ з/п	Суть запитання	%
1.	Чи є можливість доводити власну думку до керівництва?	56,4
2.	Чи є розуміння того, чого від Вас очікує керівництво?	75,2
3.	Чи є доступною та вчасною службова інформація?	60,4
4.	Чи достатньо проінформовані про різноманітні сторони життєдіяльності закладу?	61,4

Таким чином, аналіз здійснення кадрової політики сфери охорони здоров'я на первинному рівні надання медичної допомоги в умовах цифровізації (на прикладі Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2» Святошинського району м. Києва дозволив визначити такі результати: у середньому лікарі ведуть прийом пацієнтів протягом 4,5 години на день та приймають близько 20-ти пацієнтів, середня тривалість візиту одного пацієнта становить 13 хвилин; основними споживачами послуг первинної медичної допомоги є жінки віком від 40 до 64-х років; більшість лікарів загальної практики становлять жінки – 80%, середній вік – 47 років. В середньому лікар укладає із пацієнтом 1,700 декларацій і майже 60% закладів мають дефіцит кадрового забезпечення тощо.

Проведене експертне опитування задоволеності умовами праці медичних працівників закладу дає підстави зробити висновки, що в цілому медичні працівники задоволені наявними умовами праці. Опитування дозволило виділити й недоліки у процесах мотивації та стимулювання персоналу. Так, лише 52% респондентів вважають заклад відмінним місцем роботи, що дозволяє виокремити для керівників напрями удосконалення діяльності з покращення та створення умов для формування задоволеності працею у медичних працівників. В той же час 82% медичних працівників готові докладати додаткові зусилля для участі у покращенні діяльності закладу, що безумовно має позитивну динаміку.

Таким чином, політика охорони здоров'я важлива, оскільки вона допомагає встановити рекомендації, які приносять користь пацієнтам, закладам охорони здоров'я та системі охорони здоров'я. Ефективна кадрова політика може допомогти запобігти людським помилкам і поганій комунікації під час прийняття медичних рішень. Політика та процедури є унікальними для кожного закладу та розроблені відповідно до конкретних цілей і результатів. Без цих документів медичним закладам було б важко забезпечити ясність у питаннях і діях, які мають вирішальне значення для здоров'я та безпеки, юридичних зобов'язань і нормативних вимог. Щоб підтримати ці зусилля, система управління кадровою політикою організації повинна надати персоналу можливість безперешкодно створювати, редагувати та ділитися політиками та процедурами.

Кадрова політика охорони здоров'я також допомагає персоналу зрозуміти свої ролі та обов'язки. У сфері охорони здоров'я вона має закласти основу для надання безпечної, якісної та економічно ефективної медичної допомоги. З постійним зростанням нових нормативних актів і вимог, створення політик і ефективне інформування про них співробітників стали критично важливим компонентом підтримки операційної діяльності закладу охорони здоров'я.

Для медичного персоналу у сфері охорони здоров'я розуміння та дотримання політики може допомогти гарантувати надання найкращої допомоги пацієнтам, використовуючи свої знання для формування майбутньої політики. Управління людськими ресурсами - це стратегічний, інтегрований і узгоджений підхід, за допомогою якого створюються людські показники, які потрібні закладу охорони здоров'я. Отже, цілі кадрової політики у сфері охорони здоров'я на первинному рівні надання медичної допомоги мають полягати у наступному:

- підтримка медичного закладу в досягненні його цілей шляхом розробки та впровадження стратегії кадрового забезпечення, яка інтегрована в

загальну стратегію розвитку;

- сприяння розвитку культури високої продуктивності праці;
- створення позитивних трудових відносин між керівництвом і працівниками, а також клімату взаємної довіри;
- заохочення застосування етичного підходу до управління людьми.

Кадрова політика у закладі охорони здоров'я визначає пріоритети та цілі фахівців, які сприятимуть досягненню цілі організації. Потрібен також план дій, тобто засоби, за допомогою яких ці цілі будуть досягнуті. Наявність кваліфікованої, здатної та мотивованої робочої сили вбачається як фундаментальна умова конкурентоспроможності закладу.

РОЗДІЛ 3

ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я З НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ В НОВІТНІХ ЦИФРОВИХ УМОВАХ

3.1. Розвиток стратегічного управління закладів охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги

Первинна медична допомога спрямована на задоволення потреб здоров'я всіх пацієнтів на рівні громади, об'єднуючи догляд, профілактику, просування здорового способу життя, здорової поведінки та медичну просвіту. Відомо, що первинна ланка надання медичної допомоги покращує ефективність систем охорони здоров'я шляхом зниження загальних витрат на охорону здоров'я, одночасно покращуючи здоров'я населення та доступ. Її цілі збігаються з цілями загального охоплення медичними послугами, метою яких є забезпечення доступу до основних медичних послуг, безпечних, ефективних і доступних основних ліків і вакцин для усіх людей.

Щоб досягти загального охоплення медичним обслуговуванням, реформи мають бути зосереджені на зміцненні первинної медичної допомоги для забезпечення справедливості та стримування витрат. Реформи системи охорони здоров'я слід контролювати за показниками, які відображають основні характеристики первинної медичної допомоги: безперервність медичної допомоги, орієнтованість на людину та населення, координацію медичної допомоги, профілактику, зміцнення здоров'я та автономію пацієнта.

У сфері охорони здоров'я зміни відбуваються досить швидко. Деякі лікарні та організації охорони здоров'я вважають, що це причина уникати стратегічного управління, оскільки зміни, які впроваджуються, обов'язково можуть зіпсувати навіть найкращі плани. Але водночас зазначимо, що наявність стратегії розвитку може бути найкращим ресурсом у часи змін, якщо вона ґрунтується на чіткому плануванні, місії та баченні [64].

Зміцнення первинної медичної допомоги та досягнення загального

охоплення медичними послугами є важливими поточними ініціативами глобальної політики охорони здоров'я. Первинна медична допомога є тією необхідною та доступною допомогою, яка має бути досяжна для кожного у будь-якому суспільстві та має включати зміцнення здоров'я, профілактику захворювань, підтримання здоров'я, освіти та реабілітацію.

Концепція загального охоплення медичним обслуговуванням, як зазначено в Сталому розвитку ООН полягає у прагненні забезпечити усім людям доступ до основних високоякісних послуг охорони здоров'я та безпечних, ефективних і доступних ліків і вакцин, одночасно забезпечуючи захист від фінансових ризиків шляхом надання допомоги незалежно від спроможності людини платити за неї. З цих двох визначень ясно, що існує певна кореляція між цілями первинної медичної допомоги та загальним охоплення медичними послугами.

Ключовим аспектом первинної медико-санітарної допомоги є те, що вона діє в місцевій громаді та прагне вирішити всі проблеми зі здоров'ям усіх проживаючих у ній людей. Потужна первинна медична допомога залежить від легкого та зручного доступу до надійного постачальника або групи постачальників [65].

Термін «первинна медична допомога» зазвичай стосується зосередженості на проблемах здоров'я окремої людини. Разом з тим, на наше переконання, первинна медична допомога охоплює значно ширше коло медичних проблем населення та означає акцентування уваги на профілактиці, зміцненні здоров'я, освіті та підтримці, які надаються комплексним чином.

У країнах з історично потужною первинною медичною допомогою, таких як Сполучене Королівство, Данія та Нідерланди, сутність терміну, який називають первинною медичною допомогою, значно розширилась за останні десятиліття. Сімейні практики одного лікаря перейшли до моделі мультидисциплінарних команд із спільною відповідальністю за лікування цільових груп населення. Інвестиції в первинну медико-санітарну допомогу в

цих країнах призвели до збільшення обсягу медичної допомоги, що надається на рівні громади, а також покращили інтеграцію первинної медичної допомоги із громадською охороною здоров'я, спеціалізованою та лікарняною допомогою. Підкреслення зосередженості первинної медико-санітарної допомоги на людині є важливим, оскільки люди із, здавалося б, ідентичними проблемами зі здоров'ям, можуть мати абсолютно різні потреби, які можуть ускладнюватися, якщо пацієнт має кілька хронічних проблем зі здоров'ям [66].

Починаючи з Алма-Атинської декларації 1978 року, яка була підкріплена наступними резолюціями Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, ВООЗ просуvala первинну медико-санітарну допомогу як основний компонент систем охорони здоров'я. Міжнародні порівняння показників окремих країн у сфері охорони здоров'я населення в зв'язку з їхніми витратами на охорону здоров'я та аспектами процесів і структур охорони здоров'я допомогли нам зрозуміти переваги ефективної та дієвої первинної медичної допомоги.

Дослідження в Європі, Канаді, Сполучених Штатах та інших країнах з високим, низьким і середнім рівнем доходу підтвердили, що системи охорони здоров'я, в основі яких лежить потужна первинна медична допомога, мають нижчі витрати на охорону здоров'я, краще здоров'я населення, більшу задоволеність пацієнтів, меншу кількість непотрібних госпіталізацій і більшу соціально-економічну справедливість. Крім того, ці системи мають кращі показники скринінгу та подальшого спостереження з приводу важливих захворювань і краще задовольняють потреби пацієнтів [67].

Управління медичною установою здійснюється на основі стратегічних планів розвитку. Відмінність яку додає медична галузь полягає у початкових обмеженнях, які слід враховувати при розробці методів та засобів управління. Одна з них – це місце надання медичних послуг.

Ефективний процес планування залучає всіх зацікавлених сторін до розроблення Стратегії. У таблиці 3.1. наведено примірний баланс цілей та

пріоритетів стратегічного розвитку, які можна використати для розробки стратегічного плану медичного закладу України будь якої форми власності, визначених стратегічними програмними документами.

Таблиця 3.1. Примірний баланс цілей та пріоритетів стратегічного розвитку медичного закладу, визначених стратегічними програмними документами

№ з/п	Стратегічні цілі закладу	Стратегічні цілі та пріоритети розвитку, визначені стратегічними програмними документами, законами України, постановами КМУ, наказами МОЗ, на реалізацію яких спрямована діяльність суб'єкта господарювання	Назва нормативно-правового акта, стратегічного, програмного документа
1.	Формування ефективної вмотивованої команди фахівців	Удосконалення діяльності закладів охорони здоров'я усіх форм власності для подальшого поліпшення надання медичної допомоги населенню, покращення стандартів професійної діяльності відповідно до потреб сфери охорони здоров'я	Постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 302 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я». Наказ МОЗ України від 22.02.2019 № 446 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів». Наказ МОЗ України від 23.11.2007 № 446 «Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою».
2.	Покращення якості медичного обслуговування населення	Забезпечення населення комплексними та інтегрованими послугами зі всебічної, безперервної медичної допомоги, попередження розвитку захворювань, зменшення потреби у госпіталізації та покращення якості життя	Основи законодавства України про охорону здоров'я. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги».
3.	Покращення матеріально-технічної бази закладу, підвищення ефективності використання приміщень	Проведення капітальних та поточних ремонтів приміщень та будівель Центру. Оновлення матеріально-технічної бази	Наказ МОЗ України від 26.01.2018 року № 148 «Про затвердження примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу».

В успішному стратегічному плані також є індикатори прогресу та способи їх вимірювання. Одна з цілей планування в охороні здоров'я – покращення здоров'я, і цього досягають за допомогою налагодження зв'язків між потребами та ресурсами [68].

При розробці стратегії зазвичай виділяють три ключові напрями розвитку. Із метою забезпечення ефективної адаптації до нової системи фінансування та нових умов надання медичних послуг в умовах трансформації системи охорони здоров'я в 2022 році, для медичного закладу запропоновано наступні ключові стратегічні цілі:

1. Формування ефективної вмотивованої команди фахівців.
2. Покращення якості медичного обслуговування населення.
3. Покращення матеріально-технічної бази закладу, підвищення ефективності використання приміщень.

Розглядаючи питання розвитку стратегічного управління закладів охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги, варто зазначити, що організації охорони здоров'я, як і інші компанії, отримують вигоду від наявності плану на майбутнє - плану, про який знають усі співробітники та постійно працюють над його досягненням. Стратегія має слугувати орієнтиром для усіх важливих рішень, щоб переконатися, що заклад залишається на правильному шляху [69].

Процес стратегічного планування, природно, включає оцінку змін у зовнішньому середовищі (за допомогою наприклад, як SWOT-аналізу), таким чином допомагаючи закладу розвиватись у заданому напрямі. Це забезпечує фокус для щоденної роботи, навіть якщо обставини (внутрішні чи зовнішні) можуть змінитися. Він надає керівникам послідовний потік інформації про ефективність організації, сприяючи кращому та своєчаснішому прийняттю рішень. Наявність таких даних також допомагає закладу змінити пріоритети або змінити їх за потреби.

У цьому зв'язку корисними будуть наступні рекомендації щодо стратегічного планування охорони здоров'я:

1. Повинна бути розроблена місія закладу. Місія та бачення є наріжними каменями будь якого закладу, які забезпечують основу для стратегічного управління. Причому пріоритети та цілі, викладені у стратегічному плані, мають підтримувати ключові елементи, та бути узгодженими з іншими цілями розвитку.

2. Повинно бути фокусування на деяких стратегічних напрямках. Дуже багато медичних організацій намагаються бути всім для всіх. Як наслідок, їхні стратегії стосуються майже будь-якої бази: від найкращих досліджень та інновацій до обслуговування якомога більшої кількості потенційних пацієнтів до клієнтоорієнтованості тощо.

Фокусування на деяких стратегічних напрямках потребує певної сміливості, адже може здатися, що втрачаються можливості для вдосконалення. Але насправді заклад ризикує ні в чому не відзначитися, якщо намагатися досягти всього і одразу. Варто зосередитися на певних цілях і спрямувати ресурси та енергію на досягнення цих конкретних цілей.

3. Має бути узгоджений план із поточними акредитаціями чи сертифікаціями. Якщо заклад прагне отримати акредитацію чи нагороду, стратегічний план має відповідати цій меті. Потрібно переконатись, що план спрямовує розвиток закладу у вірному напрямі та підтримує відстеження усіх даних, необхідних адміністративному органу.

4. Повинен бути зроблений SWOT-аналіз. Періодичне аналізування сильних і слабких сторін закладу, а також зовнішніх можливостей і загроз є корисною справою, яка може допомогти коригувати завдання стратегічного плану.

5. Повинні бути широкі комунікації. Стратегічні плани та управління є ефективними лише тоді, коли про них знають усі. Кожному керівнику відділу слід доручити чи пояснити, яким чином працівники відповідають стратегії

розвитку та чому це важливо. При цьому мають бути створені на офіційному сайті чи сторінці у соціальних мережах окремі презентації для інших зацікавлених сторін - пацієнтів, адміністраторів, членів територіальної громади тощо.

Окрім того, будь яке стратегічне управління повинно мати зворотній зв'язок. Це стосується періодичного опитування, про яке велась мова у попередніх підрозділах цього магістерського дослідження. До того ж, створення стратегії – лише верхівка айсберга. Після запуску потрібно знати, чи досягається прогрес у розвитку, а для цього потрібно регулярно звітувати про свої результати [70].

Звітування може звести нанівець навіть найкращі стратегічні зусилля, оскільки без правильних інструментів управління стратегією швидко стає непосильним. ClearPoint – це популярне програмне забезпечення для стратегічного звітування, яке допомагає організаціям охорони здоров'я ефективно керувати усіма основними діями, які входять у звітність. ClearPoint дозволяє пов'язувати проекти зі стратегічними цілями, що полегшує аналіз як кількісних, так і якісних даних. Це дозволяє закладу завчасно виявляти проблеми та вносити виправлення в ті напрями, які найбільше потребують допомоги.

За допомогою ClearPoint можливо створювати інформаційні панелі, для будь-якої аудиторії - керівництва та окремих постачальників. ClearPoint дозволяє створювати звіти в різних форматах і навіть планувати автоматичне створення та надсилення звітів. Формування стратегічних завдань, підготовку відповідних норм, контролю за їх виконанням, інструментів моніторингу, забезпечення прозорості результатів та підзвітності – ось найважливіші напрями стратегічного управління відповідно до визначення ВООЗ [71].

Слід також наголосити про необхідність моніторингу виконання стратегічних завдань – процесу збору даних та показників під час реалізації стратегії.

Основними складовими моніторингу визначили наступні [72]:

1. Щотижневі: моніторинг тижневих показників; окреслення плану на тиждень.

2. Щомісячні: моніторинг місячних показників, формування письмових звітів відповідальних за виконання показників і планів на місяць, окреслення планів на наступний місяць.

3. Щорічні: складення річного звіту, що має містити інформацію про оцінку досягнення цілей та пріоритетів, визначених Стратегією та планом; стан реалізації завдань і заходів плану; оцінку рівня виконання запланованих індикаторів (показників) результативності реалізації Стратегії та плану; причини невиконання або недосягнення очікуваних результатів; висновки та пропозиції.

Таким чином, розвиток стратегічного управління закладів охорони здоров'я первинного рівня означає фундаментальний перехід від надання медичної допомоги, зосередженої на лікуванні захворювань, до організованих систем охорони здоров'я, які задовольняють конкретні потреби пацієнтів і громад у сфері охорони здоров'я, з переважною увагою до загального характеру, комплексності та безперервності медичної допомоги.

Разом з тим, як зазначалось у попередніх розділах цієї роботи, універсального варіанту чи моделі не існує. Процес повинен враховувати історичні, соціальні, культурні та економічні особливості, які формують систему охорони здоров'я конкретної країни.

Первинна медико-санітарна допомога також являє собою перехід від постачання, орієнтованого на допомогу та потреби, до підтримки пацієнтів, які стикаються з труднощами повсякденного життя, підтримки громад для зміцнення соціальної згуртованості та заохочення до більшої стійкості. Невід'ємною частиною потужної первинної медичної допомоги є збільшення підтримки людей та заохочення самостійності і взяття на себе відповідальності за стан та рівень власного здоров'я.

3.2. Ключові напрями удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги в Україні в умовах цифровізації

Не кожна країна з сильною системою первинної медичної допомоги реалізує всі її переваги. Наприклад, лише деякі країни, які вважаються такими, що мають розвинуту систему первинної медичної допомоги, досягли більшої ефективності завдяки уникненню непотрібних госпіталізацій і клінічних втручань. При цьому політичний і культурний контекст в окремих країнах може вплинути на загальну згуртованість та інтеграцію функцій охорони здоров'я, а отже, може чинити вплив на реалізацію політики у медичній галузі.

Щоб досягти загального охоплення медичним обслуговуванням, необхідно досягти трьох цілей:

- кожен, включаючи бідних і пацієнтів з найбільшими потребами в охороні здоров'я, повинен мати доступ до медичної допомоги;
- медичне обслуговування має бути якісним;
- доступ до медичної допомоги не повинен бути фінансовим бар'єром [73].

Очікується, що загальне охоплення медичними послугами збільшить використання медичних закладів представниками нижчих соціально-економічних груп, що може призвести до збільшення витрат на охорону здоров'я в короткостроковій та середньостроковій перспективі, враховуючи, що люди з високими незадоволеними потребами у сфері охорони здоров'я почнуть отримувати доступ до медичної допомоги.

У цьому зв'язку велика увага приділяється поєднанню потужної первинної медичної допомоги із загальними витратами країни на охорону здоров'я. Хоча дослідження систем охорони здоров'я, проведені наприкінці минулого століття показали нижчі витрати в країнах із сильнішою первинною медичною допомогою, останні європейські дослідження не змогли повторити

цей висновок. Однак країни з потужною первинною медико-санітарною допомогою, наприклад як Великобританія та Нідерланди, можливо, інвестували більше у свої системи охорони здоров'я в останні роки після тривалих періодів обмежених витрат у 1980-х та 1990-х роках. Можливо, цей висновок є скоріше результатом національної політики заощаджень та інвестицій, а не ефективності первинної медичної допомоги [74].

Очікування збільшення видатків може стримати уряди від інвестицій, необхідних для досягнення загального охоплення медичними послугами, тому реформу охорони здоров'я необхідно розуміти та проводити в довгостроковій перспективі, приділяючи особливу увагу зміцненню первинної медичної допомоги.

Потужна первинна медико-санітарна допомога покращить здоров'я населення шляхом інтеграції послуг первинної медичної допомоги з громадською охороною здоров'я, таким чином зменшуючи загальні витрати на охорону здоров'я, покращуючи з часом ефективність системи охорони здоров'я та забезпечуючи покращену справедливість і доступ для усіх.

Економічна ефективність медичної допомоги проявляється у довгостроковій перспективі і суттєвій економії в інших частинах надання медичної допомоги. Цей результат очікується в усіх країнах, але особливо важливий для країн із низьким і середнім рівнем доходу з обмеженими ресурсами та економічними обмеженнями. Більш здорове населення створює більш стійкі та соціально-економічно життєздатні громади, що, у свою чергу, збільшує ресурси, доступні для інвестування в майбутні послуги, включаючи медичне обслуговування для всіх. Ось чому первинну медико-санітарну допомогу слід розглядати як основний компонент у реалізації амбіцій універсального охоплення охороною здоров'я як фактору сталого розвитку [75].

На нашу думку, впровадження первинної медико-санітарної допомоги та загальне охоплення медичними послугами має відбуватися за домінуючих

умов; як наслідок, підходи між країнами відрізнятимуться. Фінансові вимоги, пов'язані з попередніми інвестиціями в лікарні та спеціалізовані послуги в багатьох країнах, можуть перешкоджати перерозподілу коштів у бюджетах охорони здоров'я на первинну медичну допомогу, що може бути особливо проблематичним для країн із низьким і середнім рівнем доходу.

Політика охорони здоров'я в багатьох країнах часто обмежена в частині охорони здоров'я, що фінансується державою, хоча значний обсяг медичної допомоги може надаватися приватно і поза впливом політики, яку очолює уряд. Наприклад, Індія змушена справлятися не лише з обмеженими ресурсами охорони здоров'я для величезного населення, але й із значним опором суспільства принципам медичного страхування.

Велика Британія запровадила, а згодом скасувала систему фінансування та структуру якості та результатів для первинної медичної допомоги, тобто підходи, які не впровадили в Данії та Нідерландах із подібними системами охорони здоров'я. Хоча роль державного сектора в охороні здоров'я в Нідерландах стає все помітнішою, країна перейшла на приватне медичне страхування, зумівши стримати витрати на охорону здоров'я.

Нещодавно в канадській первинній медичній допомозі було введено такі інновації, як більша підтримка для міжпрофесійних груп первинної медико-санітарної допомоги, більш широке впровадження електронних медичних записів, значний акцент на покращенні якості сімейної медицини та більший фокус на управлінні комплексними потребами у сфері охорони здоров'я через Панканадську мережу SPOR (Стратегія досліджень, орієнтованих на пацієнта) у первинній та інтегрованій медичній допомозі. Міжнародні порівняння реформ первинної медичної допомоги мають на меті зрозуміти прийняті загальні принципи та уроки, які можна винести зі змін, що відбуваються в цифрових умовах. Однак єдиного ідеального чи універсального набору заходів не існує [76].

Прагнучи досягти загального охоплення медичним обслуговуванням,

розвиток стійкої первинної медико-санітарної допомоги має й надалі залишатися пріоритетом політики охорони здоров'я кожної країни. Впровадження первинної медико-санітарної допомоги має підтримуватися дослідженнями для покращення розуміння того, як і якою мірою можна здійснити її зміцнення за переважаючих соціально-економічних і культурних умов країни, а також як ці умови вплинуть на ймовірні витрати та ефективність майбутнього надання медичної допомоги.

Щоб показати ефект інвестицій у первинну медичну допомогу та успіх впровадження, необхідно контролювати взаємопов'язані реформи систем охорони здоров'я. Необхідно розробити та застосувати показники, які показуватимуть внесок первинної медико-санітарної допомоги і охоплюватимуть такі характеристики, як безперервність медичної допомоги, орієнтація на людину та населення, координація медичної допомоги між секторами охорони здоров'я, профілактика, зміцнення здоров'я та підтримка для автономії пацієнтів, а також має бути встановлений механізм збору даних. Моніторинг цих показників допоможе особам, які формують політику, оцінити внесок первинної медичної допомоги в досягнення загального охоплення медичними послугами та підтримати поточні інвестиції, необхідні для зміцнення та зміцнення надійної первинної медичної допомоги.

У цьому зв'язку пропонуємо низку ключових напрямів удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги в Україні в сучасних цифрових реаліях, які, на наше переконання, матимуть значний позитивний вплив на майбутнє системи охорони здоров'я, зокрема:

підвищення якості надання медичних послуг, орієнтованих на пацієнта: цей стратегічний пріоритет був зосереджений на пацієнтах і впливав головним чином з прогалин, виявлених у взаємодії пацієнта з постачальником послуг, часових, культурних і доступних аспектів доступу до медичної допомоги, а також справедливості медичних послуг;

сприяння здоровому та шанобливому середовищу робочої сили: цей напрям зосереджений на постачальниках медичних послуг і впливає з основних прогалин, виявлених під час вивчення зв'язку між реформою охорони здоров'я та задоволеністю постачальників медичних послуг роботою, а також взаємодією з керівництвом лікарні. Адже безперервна освіта, зокрема постіне здобуття нових цифрових навичок, заробітна плата та пільги, стиль управління, завдання, робоче середовище, робоче навантаження, моральне задоволення та стабільність роботи працівників охорони здоров'я обумовлюється нагальною потребою у здоровому та шанобливому середовищі робочої сили у сфері охорони здоров'я;

ефективне використання фінансування закладів охорони здоров'я: цей ключовий напрям впливає з обмеженості фінансових ресурсів як головного фактора впливу на впровадження реформи охорони здоров'я;

забезпечення ефективного та підзвітного лідерства та управління: цей ключовий напрям впливає з прогалин у лідерстві та управлінні у медичних закладах, що вказує на необхідність ефективного та підзвітного керівництва та практики управління, щоб зробити систему охорони здоров'я достатньо ефективною;

максимізація інновацій і використання технологій охорони здоров'я: цей напрям ґрунтується на висновках, які стосуються використанню цифрових технологій, медичних продуктів, а також прогалин в змістовному обміні інформацією;

постійний аудит системи охорони здоров'я: цей напрям вказує на відсутність добре функціонуючої системи моніторингу та оцінки в адміністративній ієрархії сфери охорони здоров'я.

Окрім того, в межах лікувального закладу варто проводити постійну оцінку та звітування про відмінності у стані здоров'я, щоб забезпечити добре інтегровані послуги фізичного, поведінкового та соціального здоров'я; встановити стандарти догляду за людьми з обмеженими можливостями, щоб

розвинути розуміння пацієнтів як особистості, а не як хвороби, і забезпечити доступність відповідних послуг для людей з обмеженими можливостями.

Запровадження цілісного, етично обов'язкового, координаційного та комунікаційного підходу в закладах охорони здоров'я покращує ефективний своєчасний обмін інформацією, покращує якість надання медичної допомоги, зменшує адміністративні витрати та забезпечує її якість, орієнтовану на пацієнта.

Ефективна комунікація необхідна для задоволення очікувань пацієнтів і активного залучення їх до участі в процесі прийняття рішень у закладах охорони здоров'я. Важливо також тримувати регулярні відгуки від пацієнтів про їхній досвід роботи в лікарнях, щоб оцінити вплив втручань служби та переконатися, що вподобання та погляди пацієнтів враховуються.

При цьому має бути створено надійні комунікаційні платформи між відділеннями закладів охорони здоров'я, щоб оптимізувати потік пацієнтів та спростити обмін медичними записами пацієнтів за допомогою добре захищених електронних цифрових технологій [77].

Окрім того, заклади охорони здоров'я повинні надавати пацієнтам можливості та середовище для розвитку навичок, впевненості та знань, щоб перейти від пасивного одержувача медичної допомоги до активного партнера у своїй медичній допомозі. Цим самим у пацієнта з'являється змога зрозуміти стан свого здоров'я, усвідомлювати відповідальність за своє здоров'я та активно звертатися за допомогою лише за необхідності.

Важливим також є встановлення належного інтегрованого зв'язку між закладами охорони здоров'я для систем направлення пацієнтів; удосконалення та автоматизація діагностичних послуг для підвищення якості надання медичної допомоги.

Професійне кадрове забезпечення є визначальною умовою успіху у цифрових реаліях. Визнання працівників охорони здоров'я для винагороди за їхню роботу та поведінку є фундаментальною потребою для того, щоб вони

розширювали свою рішучість для досягнення намічених цілей закладів охорони здоров'я. Визнання повинно здійснюватися таким чином, щоб воно відповідало фактичним потребам персоналу. Можливості професійного розвитку для працівників закладів охорони здоров'я мають бути визнані критично важливими для підтримки кваліфікованих працівників охорони здоров'я, забезпечення задоволення від роботи та прагнення до особистісного та професійного зростання [78].

Як ми вже зазначали, у 2018 році окремими законами України започатковано реформу системи охорони здоров'я в Україні. МОЗ України розробило детальний план із ключовими етапами запровадження цієї реформи, основними напрямками якої є: підвищення ефективності функціонування системи шляхом проведення функціонально-структурних перетворень, оптимізації витрат за принципом «гроші ідуть за пацієнтом», запровадження професійного менеджменту тощо. Результатом реалізації вказаних напрямів має стати створення нової сучасної моделі системи охорони здоров'я, яка передбачає чіткі, зрозумілі гарантії держави щодо медичної допомоги, кращий фінансовий захист для громадян у разі хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних ресурсів.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі здійснено теоретичне обґрунтування та розробка практичних рекомендацій з удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги в Україні в умовах цифрових трансформацій. Отримані в процесі дослідження результати свідчать про досягнення мети, вирішення поставлених завдань, що дає змогу сформулювати низку узагальнюючих висновків, пропозицій та рекомендацій, що мають теоретичне і практичне значення.

1. Досліджено генезу державної політики щодо трансформації системи надання первинної медичної допомоги в Україні.

Встановлено, що трансформаційні процеси у розвитку системи охорони здоров'я в Україні можна розділити на чотири періоди: 1991-2000 роки; 2000-2010 роки; 2010-2013 роки; з 2014 року і до теперішнього часу. Доведено, що медична реформа мала спрямування на переорієнтацію фінансової підтримки на надання послуг, а не на фінансування надмірно пропорційної та частково застарілої інфраструктури. На той час в Україні не було досвіду проведення широкомасштабних багатоаспектних перетворень в секторі охорони здоров'я, тому попередня апробація основних складових трансформацій здійснювалася на експериментальних майданчиках – у пілотних регіонах згідно з прийнятими спеціальними законами.

Встановлено, що вперше в історії країни у 2015 році було запроваджено цільове фінансування охорони здоров'я з державного бюджету у вигляді медичної субвенції, у 2017 році було прийнято пакет нормативно-правових актів, які повинні забезпечити реалізацію реформи системи охорони здоров'я. Отже, основна мета трансформацій полягає в остаточному переході від радянської Семашківської моделі фінансування інфраструктури до фінансування за результатами діяльності.

2. Здійснено аналіз державної політики зарубіжних країн щодо надання первинної медичної допомоги в умовах цифровізації, який показав, що єдиної

універсальної чи правильної системи функціонування сфери охорони здоров'я не існує.

Встановлено, що у функціонуванні охорони здоров'я важлива роль відводиться існуючій багаторічній культурі суспільства, соціальній поведінці, розсудливості щодо способу життя громадян конкретної країни тощо. За рейтингом забезпечення медичними послугами найкращою у світі визнана Британська система охорони здоров'я, бюджет якої на 90% формується за рахунок держбюджету. На медицину щороку відводиться 9,5% ВВП.

Також, однією з найбільш успішних у світі визнана австралійська система охорони здоров'я, ефективність якої забезпечує поєднання державних та приватних провайдерів найрізноманітніших медичних сервісів та структура фінансування медичних послуг. Встановлено, що Швейцарія має найкращу систему охорони здоров'я в Європі, але поряд з цим, є однією з найдорожчих у світі.

3. З'ясовано стан нормативно-правового забезпечення реформування системи охорони здоров'я на первинному рівні та встановлено, що на сьогодні процеси трансформації сфери охорони здоров'я, зокрема первинної медичної допомоги, регулюються значним масивом нормативно-правових актів. Також, на сьогодні, особливо під час пандемії коронавірусної інфекції та збройного нападу росії на територію України, зростають виклики та загрози системи охорони здоров'я, що полягають в недостатньому ресурсному забезпеченні на первинному рівні (особливо кадрового, фінансового та матеріально-технічного).

Визначено, що законодавство України у сфері охорони здоров'я визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій галузі, а також реформи фінансування охорони здоров'я. Затверджено Порядок надання первинної медичної допомоги та визначено перелік таких послуг. Разом з тим, на сьогодні існує багато колізій та проблем в цій сфері, зокрема щодо

запровадження медичного страхування, у тому числі державного, формування і використання добровільних медичних фондів, а також порядок надання медичних послуг, які виходять за межі медичної допомоги, на платній основі у державних і комунальних закладах охорони здоров'я.

4. Проаналізовано організаційно-функціональне забезпечення первинної медичної допомоги в умовах цифровізації системи охорони здоров'я в Україні та встановлено, що реформа фінансування системи охорони здоров'я передбачає стратегічне замовлення медичних послуг, впровадження програми медичних гарантій, фінансування первинної медичної допомоги, забезпечення її роботи, виконання програм громадського здоров'я на первинному рівні, планування мережі закладів на рівні ОТГ, міст і районів, організацію надання послуг тощо.

Обґрунтовано, що реформа у частині зміни підходів із фінансування системи охорони здоров'я в Україні відповідає провідним міжнародним практикам організаційно-функціонального забезпечення первинної медичної допомоги, покращення якості, доступності та ефективності надання медичних послуг. Експерти міжнародного рівня зазначили, що стійкі політичні зобов'язання та якісні міжвідомчі відносини між Міністерством охорони здоров'я України, Кабінетом Міністрів України, Міністерством фінансів України та Національною службою здоров'я України стали запорукою успішного впровадження реформи.

5. Визначено пріоритетні напрями удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги в Україні в новітніх цифрових умовах. Обґрунтовано, що розвиток стратегічного управління закладів охорони здоров'я первинного рівня означає фундаментальний перехід від надання медичної допомоги, зосередженої на лікуванні захворювань, до організованих систем охорони здоров'я, які задовольняють конкретні потреби пацієнтів і громад у сфері охорони здоров'я, з переважною увагою до комплексності та безперервності медичної допомоги.

У цьому зв'язку запропоновано низку ключових напрямів удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги в Україні, зокрема: підвищення якості надання медичних послуг, орієнтованих на пацієнта; сприяння здоровому та шанобливому середовищу робочої сили; ефективне використання фінансування закладів охорони здоров'я; забезпечення ефективного та підзвітного лідерства та управління; максимізація інновацій і використання технологій з охорони здоров'я; постійний аудит системи охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Семашко Н. А. Наука о здоровье общества / Н. А.Семашко М., 1922. С. 5-6.
2. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис і перспективи розвитку: / [Кол. авт.; упорядник проф. Я. Ф. Радиш, загальна редакція проф. М. М. Білинської]. К.: Вид-во НАДУ, 2013. 424 с.
3. Інституційна трансформація державного управління охороною здоров'я: Україна та іноземний досвід [Текст]: Колективна монографія [Сазонець Л.І., Саричев В.І. та ін.] : За наук. ред. д. е. н., проф. Сазонця І.Л. Рівне : Волин. обереги, 2019. 396 с.
4. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / під заг.ред. В.М.Лехан, Н.М. Лакізи-Сачук, В.М. Войцехінського. К.: Сфера, 2001. С. 176.
5. В.М. Лехан, Л.В. Крячкова. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. Україна. Здоров'я нації. 2018. № 4 (52). URL : <https://repo.dma.dp.ua/4969/1/%D0%9B%D0%B5%D1%85%D0%B0%D0%BD.pdf>
6. Указ Президента України «Про Національний план дій на 2013 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010 - 2014 роки "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава". URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/128/2013#Text>
7. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні навч.-наук. вид. / авт. кол. М.М. Білинська, Я.Ф. Радиш, І.В. Рожкова та ін. ; за аг. ред. М.М. Білинської. К.; Львів: НАДУ, 2012. 240.с.
8. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2000 № 33. Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 11.05.2016 № 427. URL : http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160511_0427.html.
9. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони

здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р.
URL : <https://www/kmu.gov.ua/ua/npas/249626689/>.

10. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України від 06.04.2017 № 2002-VIII. URL : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2002-19>.

11. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Оновлена версія. Схвалено робочою групою з питань реформування сфери охорони здоров'я України від 14.02.2018. С.84.

12. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.

13. Бюджетний кодекс: Закон України від 08.07.2010 № 2456-VI. Редакція від 01.01.2018. URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/en/2456-17>.

14. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101. URL : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF>.

15. Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій: Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 410. URL : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/ru/410-2018-%D0%BF>.

16. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення: Постанова Кабінету Міністрів України від 28.04.2018 № 391.

17. Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік.: Постанова Кабінету Міністрів

України від 25.04.2018 № 407. URL : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/407-2018-%D0%BF>.

18. Методика розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування: Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1075. URL : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-%D0%BF>.

19. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 № 751 : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.12.2016 № 1422. URL : http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20161229_1422.html.

20. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

21. Медична реформа 2020. URL : <https://www.golovbukh.ua/article/8035-medichna-reforma-2020-vtorinna-tretinna-lanka>

22. Про затвердження Порядку створення госпітальних округів: Постанова Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 932. URL : <http://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249582611>.

23. Про затвердження переліку та складу госпітальних округів в областях: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 22.03.2017 № 201-р. URL : <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249845141>.

24. Примірне положення про госпітальний округ: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20.02.2017 № 165. У редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 18.12.2017 № 1621. URL : http://moz.gov.ua/uploads/0/2663-dn_20171218_1621_dod.pdf.

25. Рамкові вимоги до багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування першого та другого рівнів. URL : <http://www.apteka.ua/article/410502>.

26. Шафранський В. В. Європейська політика "Здоров'я-2020":

використання науково обґрунтованих стратегій для отримання позитивних результатів. Економіка і право охорони здоров'я. 2016. № 1. С. 44-48.

27. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації): монографія / З. С. Гладун. – Тернопіль, „Економічна думка”, 2005. 460 с.

28. Кризина Н. П. Державна політика галузі охорони здоров'я в контексті Концепції розвитку охорони здоров'я населення України / Н. П. Кризина, Я. Ф. Радиш URL : <http://www.academy.gov.ua/ej/ej2/txts/galuz/05knpznu.pdf>

29. The Look-Back Measurement Method Can Prevent ACA Penalties. URL : https://acatimes.com/?utm_source=adwords&utm_campaign=Trusaic-Branded&utm_medium=ppc&utm_term=aca

30. Dominic Montagu. The Provision of Private Healthcare Services in European Countries: Recent Data and Lessons for Universal Health Coverage in Other Settings. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8005513/>

31. Financing health care in the European Union. URL : <https://www.oecd-ilibrary.org>

32. Health Care Systems in Transition. URL : <https://apps.who.int/iris/bitstreams/retrieve>

33. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Health Statistics 2022. URL : <https://www.oecd.org/els>

34. Welcome to the 2021 Global Health Security Index. URL : <https://www.ghsindex.org/>

35. Harmonized index of consumer prices (HICP) inflation rate for health in the European Union from January 1997 to August 2022. URL : <https://www.statista.com/statistics/1286647/eu-health-inflation-rate/>

36. Implementing Exemption from Prescription Charges for People with Long Term Conditions. URL : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213884/dh_116367.pdf

37. Kieran Dalton. Role of the pharmacist in reducing healthcare costs: current insights. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5774321/>
38. Health system overview. URL : <https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/health-system-overview>
39. Australia's healthcare system. URL : <https://www.healthdirect.gov.au/australias-healthcare-system>
40. Switzerland first introduced a federal health insurance law in 1912. URL : <https://www.historyofsocialsecurity.ch/institutions/insurance-funds/health-funds>
41. How is Swiss healthcare system different from the rest of Europe? URL : https://www.swisslife.com/en/home/media/media-releases/news-archiv/the_swiss_healthcare.html
42. Switzerland: #1 in the 2020 World Index of Healthcare Innovation. URL : <https://freopp.org/switzerland-health-system-profile-1-in-the-world-index-of-healthcare-innovation-e4f513a20f19>
43. Health insurance. URL : <https://www.government.nl/topics/health-insurance>
44. Government of the Netherlands. Standard health insurance. URL : <https://www.government.nl/topics/health-insurance/standard-health-insurance>
45. Dr. Liji Thomas. Healthcare Systems Around the World. URL : <https://www.news-medical.net/health/Healthcare-Systems-Around-the-World.aspx>
46. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР – URL : <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>.
47. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» від 28 березня 2018 року № 391. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-%D0%BF#Text>

48. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення: Постанова Кабінету Міністрів України від 28.04.2018 № 391. URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF>.

49. Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 р. № 503. URL : <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-19032018--503-pro-zatverdzhennja-porjadku-viboru-likarja-jakij-nadae-pervinnu-medichnu-dopomogu-ta-formi-deklaracii-pro-vibir-likarja-jakij-nadae-pervinnu-medichnu-dopomogu?preview=1>

50. Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411 “Деякі питання електронної системи охорони здоров'я” URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text>

51. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України» від 25 березня 2015 р. № 267. (в редакції 12.07.22) URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text>

52. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>

53. Закон України «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України». URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/907-20#Text>

54. Операційне керівництво. 2018. Видання 1. URL : https://moz.gov.ua/uploads/0/4992-phc_operational_manual_apr_2018_fin_web1.pdf

55. Концепція розвитку системи охорони здоров'я в Києві. URL :

<https://health.kyivcity.gov.ua/files/2018/1/23/koncepcia.pdf>

56. Охорона здоров'я. URL : <https://www.usaid.gov/node/71471>

57. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». URL : <https://doz.donoda.gov.ua/14417-2/>

58. Устінов О.В. Управління закладами первинної медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я. URL : <https://www.umj.com.ua/article/117054/upravlinnya-zakladami-pervinnoyi-medichnoyi-dopomogi-v-umovah-reformuvannya-sistemi-ohoroni-zdorov-ya>

59. The Contribution of Human Resource Management to Organisation Performance. URL : <https://www.hse.ie/eng/staff/resources/hrstrategiesreports/contribution-of-hr-management-to-organisation-performance-people-strategy-2015-2018-ipa.pdf>

60. Зюков О. Л. Аналіз задоволеності медичних сестер професійною діяльністю у лікувально-профілактичних закладах різного профілю. *Україна. Здоров'я нації*. 2010. № 4. С. 104-110.

61. Гітіс Т. П. Дослідження рівня задоволеності працею персоналу промислових підприємств України. *Економічний вісник Донбасу*. 2018. № 2. С. 206-211.

62. Експертне опитування. URL : <http://socioplus.com.ua/the-expert-survey/>

63. Level of Motivation Amongst Health Personnel Working in A Tertiary Care Government Hospital. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4215505/>

64. Physician-Patient Alliance for Health & Safety. URL : https://ppahs.org/?gclid=Cj0KCQjwnP-ZBhDiARIsAH3FSRc6XiPr0sOAvXq3Urbn6MaNtC41PmR0Cuwou7HPhN_LM6rwLUBoDOoaAmLZEALw_wcB

65. Universal Health Coverage for Sustainable Development - Issue Brief. URL : <https://www.undp.org/publications/universal-health-coverage-sustainable-development-issue-brief>

66. Trends towards stronger primary care in three western European countries; 2006-2012. URL : <https://bmcpriamcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-016-0458-3>
67. The Lancet Global Health Commission on financing primary. URL : [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(22\)00005-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(22)00005-5/fulltext)
68. Стратегічне планування: керівництво з основ. URL : <https://www.prostir.ua/?kb=stratehichne-planuvannya-dlya-nuo-kerivnytstvo-z-osnov>
69. Оцінка ефективності проведеного навчання. URL : <https://kadrhelp.com.ua/ocinka-efektyvnosti-provedenogo-navchannya>
70. Розробили посібник про стратегічне планування в секторі охорони здоров'я в ОТГ. URL : <https://medplatforma.com.ua/news/2553-rozrobili-posbnik-pro-strategchne-planuvannya-v-sektor-ohoroni-zdorovya-v-otg>
71. Local Government Software. Inspire your community to get on board with your strategy. URL : <https://www.clearpointstrategy.com/local-government-software/>
72. Harald Lampesberger. Monitoring of Client-Cloud Interaction. URL : https://www.researchgate.net/figure/A-monitoring-system-has-four-main-components-observation-analysis-action-and-storage_fig1_279184218
73. Universal health coverage (UHC). URL : [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
74. Netherlands. Health system review. URL : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf
75. Shizheng Du, Yuling Cao. The knowledge, ability, and skills of primary health care providers in SEANERN countries: a multi-national cross-sectional study. URL : <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4402-9>
76. Do the UK government's new Quality and Outcomes Framework

(QOF) scores adequately measure primary care performance? A cross-sectional survey of routine healthcare data. URL : <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-7-166>

77. Clinical Ethics Support for Healthcare Personnel: An Integrative Literature Review. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5688194/>

78. Digital future readiness. How do companies prepare for the opportunities and challenges of digitalisation? URL : <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/ch/Documents/consumer-business/ch-cip-en-swiss-transformation.pdf>