

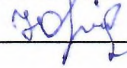
СОКОЛЕНКО Олена Вікторівна

**Регіональні інституційні механізми реалізації
реформ охорони здоров'я. / The regional
institutional mechanisms for implementing health
care reforms**

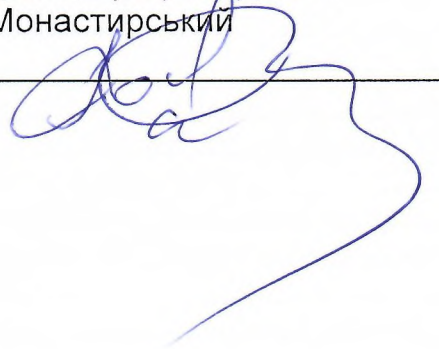
спеціальність: 281 - Публічне управління та адміністрування
освітньо-професійна програма - Публічне управління та адміністрування

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи
ПУАзм-21
О. В. Соколенко (Юрій)



Науковий керівник:
д.е.н., професор, Г. Л.
Монастирський



Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту:

"24" листопада 2022 р.

Завідувач кафедри



М. М. Шкільняк

ТЕРНОПІЛЬ - 2022

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ІНСТИТУЦІЙНОГО МЕХАНІЗМУ РЕАЛІЗАЦІЇ РЕФОРМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ.....	7
1.1.Регіональна проекція реформ охорони здоров'я: основні принципи та завдання.....	7
1.2. Нормативно-правові засади інституційного механізму реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні.....	11
Висновки до розділу 1.....	15
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ РЕГІОНАЛЬНИХ ІНСТИТУЦІЙНИХ МЕХАНІЗМІВ РЕАЛІЗАЦІЇ РЕФОРМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ЧЕРНІГІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	18
2.1. Діагностика стану та проблем організаційного забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я Чернігівської області.....	18
2.2. Оцінка сучасного механізму фінансування лікувально-профілактичних закладів у Чернігівській області.....	26
2.3. Інституційні дисбаланси реформування охорони здоров'я у Чернігівській області.....	30
Висновки до розділу 2.....	35
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ РЕГІОНАЛЬНИХ ІНСТИТУЦІЙНИХ МЕХАНІЗМІВ РЕАЛІЗАЦІЇ РЕФОРМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	36
3.1. Регіональне програмування реалізації реформ охорони здоров'я в досліджуваному регіоні.....	36
3.2. Координація управлінських впливів органів місцевої влади в процесі реформування охорони здоров'я в досліджуваному регіоні.....	41
3.3. Висновки до розділу 3.....	45
ВИСНОВКИ.....	46
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	50

ВСТУП

Актуальність теми. Надзвичайно важливе значення у житті суспільства та кожної людини окремо має здоров'я. Рівень розвитку медицини є одним із основних показників успішності державної політики у розвинених країнах світу. «Середня тривалість життя, доступність ліків і якість медичних послуг визначають наскільки влада відповідально виконує свої обов'язки, та визначають правильність її руху на шляху до реалізації дієвої політики внутрішнього добробуту країни. Людське здоров'я значущий показник у світі, оскільки найпершим входить до індексу людського розвитку – універсального показника, рівня розвитку суспільства тієї чи іншої країни, з одного боку, а з іншого – чутливого індикатора дієвості системи державного управління» [7]. Це являється важливим аргументом того, що охорона здоров'я являється однією із найважливіших державних функцій. Виходячи з цього, питання, які пов'язані з охороною здоров'я, його збереженням чи покращенням, потребують особливо прицільної наукової уваги.

«Стан здоров'я населення будь-якої країни є ключовим фактором соціально-економічного розвитку, оскільки визначає стан людських ресурсів, а отже кадрового потенціалу для держави, інвесторів, роботодавців, споживачів та інших учасників господарських відносин» [18]. Вагоме значення при формуванні та розробці державної політики у сфері охорони здоров'я на центральному та регіональному рівнях має стан здоров'я населення. Система охорони здоров'я впливає на громадське здоров'я, яке у свою чергу є складовою людського капіталу держави; характеризує рівень соціального, економічного та екологічного розвитку; впливає на усі сфери суспільного життя; становить інтерес усіх без винятку учасників суспільних відносин (людина, суспільство, держава, суб'єкти господарювання, громадські організації та інші); здоров'я знаходиться на перетині інституційних інтересів суб'єктів формування та реалізації державної

політики. Ключове значення має фізичне та психічне здоров'я військовослужбовців та цивільних громадян, яке являється запорукою успіху у війні, яка спонукала Україну внаслідок повномасштабного вторгнення росії на її суверенну територію.

Успіх реформування системи охорони здоров'я великою мірою залежить від його перебігу на регіональному рівні, адже кожний регіон має свою специфіку, використовує адаптований набір управлінських інструментів трансформації. Вказане визначає актуальність дослідження регіональних інституційних механізмів реалізації реформ охорони здоров'я.

Аналіз останніх досліджень та наукових праць. Проблемі організації роботи закладів охорони здоров'я присвятили свої дослідження Желюк Т., Мельник А., Шкільняк М., Монастирський Г., Кудяєць В., Микитюк П., Байда Л., Гаврюшенко Т. та інші. Питання розвитку, трансформації та модернізації механізму публічного управління у різних галузях, зокрема в охороні здоров'я розглядають сучасні науковці, серед яких: Білинська М., Баєва О., Гладун З., Жуковська А., Карамішев Д., Лазоришинець В., Луговий В., Лобас В., Надюк З., Нижник Н., Ткач М., Шафранський В., Ярош Н.

Мета кваліфікаційної роботи полягає у вивченні, ґрунтовному аналізі та систематизації теоретично-правових засад й розробці практичних рекомендацій щодо удосконалення регіональних інституційних механізмів реалізації реформ охорони здоров'я.

Відповідно до мети поставлено та вирішено такі **завдання**:

- дослідити основні принципи та завдання реформ охорони здоров'я в регіональному розрізі;
- охарактеризувати нормативно-правові засади інституційного механізму реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні;
- здійснити діагностику стану та проблем організаційного забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я Чернігівської області;

- провести оцінку сучасного механізму фінансування лікувально-профілактичних закладів у Чернігівській області;
- ідентифікувати інституційні дисбаланси реформування охорони здоров'я у Чернігівській області;
- розробити пропозиції щодо удосконалення регіонального програмування реалізації реформ охорони здоров'я в досліджуваному регіоні;
- напрацювати рекомендації щодо координації управлінських впливів органів місцевої влади в процесі реформування охорони здоров'я в досліджуваному регіоні.

Об'єкт дослідження – процес реалізації реформ охорони здоров'я у Чернігівській області.

Предмет дослідження – технології, організаційні форми та методи інституційних механізмів реалізації реформ охорони здоров'я у Чернігівській області.

Методи дослідження. Для реалізації сформульованої мети кваліфікаційної роботи буде використано поєднання загальнонаукових та спеціальних методів, а саме: теоретичних (метод абстрагування, конкретизації та узагальнення отриманих теоретичних положень з наукових джерел та публікацій для визначення й оцінки сучасного стану дослідженої проблеми, розробки та формування шляхів вдосконалення регіональних інституційних механізмів реалізації реформ охорони здоров'я); системного та структурного аналізу (для дослідження функцій, принципів, та особливостей контролю якості у сфері охорони здоров'я); факторного та статистичного аналізу з метою визначення та оцінки детермінант фінансового розвитку та діяльності досліджуваних підприємств; порівняльний аналіз (для співставлення оцінки контролю якості управління досліджуваних та закордонних підприємств, що були вивчені в процесі опрацювання наукової літератури, визначення відмінностей економічних показників, що характеризують їх фінансову діяльність); експертні (для розробки

рекомендацій з метою оптимізації управлінських рішень щодо контролю якості діяльності досліджуваних підприємств 2015-2022 років, що припав на період в умовах пандемії гострої респіраторної хвороби COVID-19 та повномасштабної війни росії проти України).

Наукова новизна одержаних результатів полягатиме в отриманні результатів, що стосуються розроблення рекомендацій та інноваційних підходів щодо удосконалення регіональних інституційних механізмів реалізації реформ охорони здоров'я в сучасних умовах.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що базові положення, викладені у кваліфікаційній роботі, та її висновки становитимуть практичну основу для розвитку і удосконалення, модернізації регіональних інституційних механізмів реалізації реформ охорони здоров'я у Чернігівській області.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ІНСТИТУЦІЙНОГО МЕХАНІЗМУ РЕАЛІЗАЦІЇ РЕФОРМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

1.1 Регіональна проекція реформ охорони здоров'я: основні принципи та завдання.

Аналіз національних нормативних джерел, публікацій, результатів науково-дослідних робіт кафедр менеджменту, публічного управління та персоналу вищих навчальних закладів освіти, закордонних наукових публікацій із наукометричних баз, аналітичних довідок, доповідей та звітів, у тому числі міжнародних організацій, закони України, інформаційні матеріали Кабінету Міністрів України про стан публічного, фінансового, економічного забезпечення галузі, накази та інші документи Міністерства охорони здоров'я України; накази та рішення Чернігівської обласної ради; аналіз переліку документів обласної лікарні, а саме статут, накази про організаційну структуру, виписка з «Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань» [12], види діяльності та платні послуги, фінансова та нефінансова звітність, дані про ліцензії, річні плани закупівель, звіти про виконання показників фінансового плану, звіти генерального директора, звіти про надходження та використання коштів, звіти про виконані та укладені договори дозволили визначити організаційний механізм реалізації реформ охорони здоров'я на регіональному та державному рівнях 2015-2022 років, що включають в себе період пандемії, зумовленої вірусом SARS-nCOV-19 та військової агресії росії проти України. Необхідність комплексного дослідження питань розвитку теорії, організації та методології вдосконалення організаційного механізму реалізації реформ охорони здоров'я зумовлює актуальність нашого дослідження.

Система охорони здоров'я України є досить мінливою до реформ галузі державного управління, оскільки вона являється важливою складовою соціальної політики держави та завжди знаходиться на перетині соціальних інтересів суспільства в цілому. Від ефективності здійснюваних реформ залежить розвиток національної економіки, налагодження соціального консенсусу та забезпечення відповідного рівня національної безпеки.

Сьогодні, очевидно як ніколи, була необхідність проведення медичної реформи, на зміну системи Семашко-Бевериджа, яка зберігалася в Україні досить тривалий час, була ледве не ідеальною в теорії, але абсолютно нереальною на практиці, оскільки, вона забезпечувала домінування держави, використання як основного джерела фінансування бюджетних коштів, надання безкоштовної медичної допомоги.

Розвиток системи охорони здоров'я в Україні після здобуття незалежності можна розділити на чотири періоди: перший - 1991–2000 роки, другий - 2000–2010 роки; третій - 2010–2013 роки; четвертий (сучасний) - з 2014 року і до теперішнього часу.

Характеризуючи перший період, а саме після проголошення незалежності України, головні зусилля Уряду і Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) були спрямовані на запобігання розвалу існуючої системи охорони здоров'я Семашко-Бевериджа і збереження хоча б мінімального рівня соціальних гарантій забезпечення населення медичною допомогою.

Під час другого періоду розпочинається визначення основних напрямків та механізмів реформування системи охорони здоров'я. «У 2001 р. за підтримки фонду Відродження були обґрунтовані провідні напрямки розвитку української охорони здоров'я з їх подальшим відпрацюванням та розробкою відповідних рекомендацій Уряду під протекцією Світового банку та Європейської комісії в 2004–2005 рр.» [19]. «Конкретизації розвитку окремих видів та інструментів надання медичної допомоги, розробці та запровадженню нових механізмів фінансування була присвячена низка міжнародних проектів за підтримки Європейської комісії: «Профілактичні та

первинні заходи охорони здоров'я України, Києва та ряду областей» (2002–2004 рр.), «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні» (2003–2006 рр.), «Підтримка розвитку системи медичних стандартів в Україні» (2004–2006 рр.), «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» (2007–2009 рр.)» [20]. «Матеріали зазначених досліджень широко використовувалися при прийнятті нормативних актів, спрямованих на реформування системи охорони здоров'я в Україні. Першим таким документом стала Концепція розвитку охорони здоров'я населення України (затверджена Указом Президента України від 7.12.2000 р. №1313/2000). Ідеї щодо подальшого розвитку перетворень системи отримали у низці постанов Уряду» [19].

Старт системної реформи був призначений на 1 січня 2018 р. і здійснювався протягом 2018–2020 рр. Проєкт реформування включав в ході його здійснення такі етапи:

- розробка проєкту;
- реалізація та здійснення фінансування проєкту;
- оцінка результатів проєкту.

Головним координатором заходів по розробці та реалізації проєкту реформування є Міністерство охорони здоров'я України та обласні державні адміністрації, які:

- контролюють хід реалізації заходів по розробці та реалізації проєкту і розглядають та аналізують матеріали звітів у визначені терміни на засіданнях колегій;
- забезпечують використання бюджетних коштів за призначенням та сприяють залученню інших джерел фінансування, не заборонених чинним законодавством України;
- вносять пропозиції щодо покращення виконання заходів реалізації реформування, вирішують питання, що виникають у ході реалізації.

Але процес реформування продовжується до сьогодні, адже в період пандемії COVID-19 та агресії росії проти України система охорони здоров'я

потребує адаптації та стандартизації до світових умов. У зв'язку з цим не вдалось повністю реалізувати принцип «гроші ідуть за пацієнтом», та показало необхідність перегляду кількості медичного персоналу, також було визначено перелік лікарень для госпіталізації пацієнтів з гострим респіраторним захворювання COVID-19, у яких зосереджено все державне фінансування, гуманітарна та благодійна допомога.

Після запровадження в країні воєнного стану МОЗ одразу затвердило наказом № 374 від 24 лютого 2022 року Тимчасові заходи у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії росії проти України. Документом передбачалось: тимчасово припинити планові госпіталізації, підготувати додаткові хірургічні команди для допомоги пораненим, забезпечити в повному обсязі надання екстреної медичної допомоги. З огляду на ускладнену логістику було рекомендовано збільшити надання допомоги із застосуванням телемедицини та проводити медико-соціальну експертизу за спрощеною процедурою і заочно. Також у наказі обумовлювалося, що термінові й невідкладні планові госпіталізації, незважаючи на воєнний стан, припиненню не підлягають. Лікарі мали продовжувати проводити планові операції вагітним, породіллям, новонародженим, хворим на онкологічні захворювання, пацієнтам паліативних стаціонарів та у випадках, коли відтермінування операцій або госпіталізації несло серйозний ризик для життя і здоров'я людини [34]. Щодо фінансування, то Національна служба здоров'я України (НСЗУ) встигла законтрактувати заклади охорони здоров'я на 2022 рік. А 5 березня, щоб забезпечити безперебійне фінансування лікарень, уряд вніс зміни до Програми державних гарантій медичного обслуговування населення, в якому ішлося, про те, що НСЗУ почала сплачувати щомісяця «фіксовану суму коштів закладам, незважаючи на фактично внесені записи в електронну систему охорони здоров'я» [12].

1.2. Нормативно-правові засади інституційного механізму реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні

«Охорона здоров'я - загальний обов'язок суспільства та держави. Державні, громадські або інші органи, підприємства, установи, організації, посадові особи та громадяни зобов'язані забезпечити пріоритетність охорони здоров'я у власній діяльності, не завдавати шкоди здоров'ю населення і окремих осіб, у межах своєї компетенції надавати допомогу особам, які її потребують за станом здоров'я, особам з інвалідністю та потерпілим від нещасних випадків, сприяти працівникам органів і закладів охорони здоров'я в їх діяльності, а також виконувати інші обов'язки, передбачені законодавством про охорону здоров'я» [28].

Після здобуття Україною незалежності система охорони здоров'я стикалась з багатьма проблемами, які потребували негайного та кардинального рішення. Започатковуючи будь-які зміни, потрібно постійно прагнути досягти максимальної ефективності та результативності у фінансових проблемах, завдяки використанню розумної та адекватної політики, прийняття мудрих рішень. Реформування системи охорони здоров'я України має здійснити фундаментальні зміни, необхідні для того, щоб забезпечити захист інтересів пацієнтів, а також забезпечення доступного медичного обслуговування практично всім верствам населення, оскільки здорове населення має важливе значення для економічного процвітання, і для сильної, продуктивної, глобально конкурентоспроможної робочої сили, і для того, щоб усі люди могли повністю реалізувати свій потенціал. Нормативно-правові засади інституційного механізму реформування охорони здоров'я мають наступні цілі:

- стимулювання правильних реформ;
- ефективний розвиток охорони здоров'я.

Базові фундаментальні принципи, на яких базується реформування системи охорони здоров'я та здійснення нормативно правових баз, та які мають застосовуватись у всіх сферах охорони здоров'я, наступні:

- курс на потреби суспільства (пацієнтів та працівників) – дотримання прав і свобод людини та забезпечення державних гарантій в сфері охорони здоров'я, забезпечення гуманістичних та загальнолюдських цінностей у стосунках між пацієнтом та працівником;
- курс на втілення роботи – пріоритетними напрямками являється загальнодоступність медичної та реабілітаційної допомоги, наявність високоспеціалізованих фахівців, матеріально-технічна та фінансова забезпеченість закладів охорони здоров'я;
- курс на результат роботи – попереджувальний та профілактичний індивідуальний підхід до пацієнтів та соціально-економічний підхід до системи охорони здоров'я в цілому.

Ці принципи зосереджені на розширенні доступу для отримання медичних послуг; підвищення доступності до доказових профілактичних послуг; усунення недоліків, які впливали на доступність та кваліфікаційне надання медичної допомоги; зміцнення інфраструктури громадського здоров'я для реагування на соціальні детермінанти здоров'я; встановлення пріоритетів та прискорення інвестицій у біомедичні дослідження; розвиток різноманітної, культурно компетентної медичної робочої сили, готової долати виклики надання висококваліфікованої медичної допомоги.

«Сьогодні правове регулювання системи охорони здоров'я здійснюється низкою нормативно-правових актів» [21].

«Стаття 49 Конституції України гарантує право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Затверджено Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України, яка спрямована на реалізацію положень Конституції та законів України щодо забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину України, запровадження нових ефективних механізмів фінансування та

управління у сфері охорони здоров'я, створення умов для формування здорового способу життя» [21].

На державному рівні для ініціації та забезпечення ефективного реформування було прийнято наступні нормативно-правові акти:

Накази МОЗ:

- 1.1.«Наказ МОЗ України від 23.10.2017 N 1295 / 71 Про затвердження примірних договорів про медичне обслуговування населення в рамках реалізації пілотного проєкту» [21];
- 1.2.«Наказ МОЗ України від 28.08.2017 № 967/58 Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 20 вересня 2017 р. за № 1160/31028 Про затвердження нормативно-правових актів МОЗ України та НАМН України щодо реалізації постанови Кабінету Міністрів України від 14 червня 2017 року № 425 Деякі питання реалізації пілотного проєкту щодо зміни механізму фінансування надання медичної допомоги в окремих науково-дослідних установах Національної академії медичних наук» [43];
- 1.3.«Наказ Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України від 06.02.2018 №178/24 Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги» [18];
- 1.4.«Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 503 Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» [19];
- 1.5.«Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [11];
- 1.6.«Наказ МОЗ України від 26.01.2018 № 148 Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів

охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу» [19].

Постанови Кабінету Міністрів України: «Постанова Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 932 Про затвердження Порядку створення госпітальних округів; Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101 Про утворення Національної служби здоров'я України; Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1075 Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування; Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. №391 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 25 квітня 2018 р. №407 Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік» [19].

Закони України: «Закон України Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я; Закон України Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення профілактики коронавірусної хвороби (COVID- 19); Закон України Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості; Закон України Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення; Закон України Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я; Методичні рекомендації Модернізація мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу» [27].

Висновки до розділу 1.

Отже, наразі очевидно, що «реальні реформи системи охорони здоров'я в Україні розпочалися з великим запізненням порівняно з іншими пострадянськими країнами – майже через два десятиліття після проголошення незалежності» [19]. Але, не зважаючи на це, реалізація реформування дала змогу покращити:

- забезпечення доступності надання первинної медичної допомоги населенню сільської місцевості;
- забезпечення ранньої діагностики захворювань (підвищення рівня виявлення злоякісних новоутворень окремих візуальних локалізацій в I-II стадіях на 5%);
- зниження перинатальної смертності, смерті немовлят та материнської смертності;
- зниження показника дитячої інвалідності;
- підвищення рівня поінформованості та медико-гігієнічних знань суспільства з питань формування та дотримання здорового способу життя та профілактики захворювань;
- скорочення затрат на консультації вузьких спеціалістів у зв'язку з підвищенням якості діагностики та лікування на первинній ланці;
- зменшення викликів бригад екстреної медичної допомоги;
- зменшення смертності від гострих інфарктів міокарду та збільшення середньої тривалості життя населення;

В той же час, проаналізувавши, ми визначили, що розпочаті реформи характеризуються:

- недостатньою системністю та мають фрагментарний характер, що значною мірою пов'язано з політичним контекстом;
- наявністю істотних прогалин в нормативно правовому забезпеченні реформ, які є недостатньо погодженими конституційними нормами;

- нестачею підготовлених фахівців у сфері управління змінами охорони здоров'я;
- зберігається потреба в удосконаленні підготовки, перепідготовки і підвищенні кваліфікації лікарів та інших працівників охорони здоров'я, поліпшенні умов праці, її якості та ефективності;
- недостатність сучасних медичних технологій та недостатнє володіння ними, незадовільне медикаментозне і матеріально-технічне забезпечення закладів охорони здоров'я будь-якого рівня;
- спостерігається низький рівень інформаційного забезпечення.

В період пандемії коронавірусної інфекції виникла низка неврахованих проблем, зокрема:

- неготовність органів місцевого самоврядування бути ефективними власниками закладів охорони здоров'я;
- не була вибудована система контролю за якістю надання медичних послуг з боку держави;
- відсутні заходи впливу на лікарні за невиконання умов договору з НСЗУ та дієві оперативні механізми поновлення порушених прав пацієнтів;
- не сформовані клієнтоорієнтовані практики, спрямовані на забезпечення поваги до гідності та приватності пацієнта.

Станом на початок пандемії в Україні було близько 12 тис. ліжок для хворих на COVID-19, з них лише 3,5 тис. – з підведеним киснем. Станом до 24 лютого 2022 р. було облаштовано 66 тис. ліжок, понад 53 тис. з яких – з киснем.

З початком війни росії проти України виникли проблеми іншої специфіки, а саме:

- за даними ООН, вимушеними переселенцями стало понад 10 млн осіб: близько 6,5 млн стали внутрішньо переміщеними особами, ще близько

4 млн покинули територію України. Завдяки цьому, буде здійснено більше навантаження на окремі заклади охорони здоров'я;

- окупанти цілеспрямовано нищили медичну систему: сільські амбулаторії, лікарні, аптеки, які фіксує Український центр охорони здоров'я;
- внаслідок неперервних активних бойових дій фокус медичної допомоги зміщується на травми, поранення, опіки, переломи тощо, саме тому це забезпечує меншу пріоритетність допомоги пацієнтам з неінфекційними захворюваннями, порушення неперервності лікування туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, діабету та ін.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ РЕГІОНАЛЬНИХ ІНСТИТУЦІЙНИХ МЕХАНІЗМІВ РЕАЛІЗАЦІЇ РЕФОРМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ЧЕРНІГІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

2.1. Діагностика стану та проблем організаційного забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я Чернігівської області

Як відомо, медична система України складається з трьох рівнів надання медичної допомоги населенню:

- первинної (амбулаторної);
- вторинної (спеціалізованої);
- третинної (високо- або вузькоспеціалізованої).

Досліджувана Чернігівська область займає третє місце за площею (31 865 км кв.) серед усіх областей України, щільність населення в області низька (33 особи на 1 км кв.) та характеризується великою кількістю малочисельних населених пунктів, де, до реформування, були взагалі відсутні медичні заклади, та наявні віддалені від обласного центру райони (відстань до яких складає до 250 км).

Станом на 01.10.2022 року в досліджуваній Чернігівській області області функціонує 84 заклади охорони здоров'я (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Мережа закладів охорони здоров'я Чернігівської області

Обласні заклади охорони здоров'я				
Первинний рівень медичної допомоги	Вторинний рівень медичної допомоги	Третинний рівень медичної допомоги	Інші	Всього
-	-	7	5	12
Заклади охорони здоров'я Корюківського району				
4	4	-	-	8
Заклади охорони здоров'я Ніжинського району				
9	11	-	-	20
Заклади охорони здоров'я Новгород-Сіверського району				

4	3	-	-	7
Заклади охорони здоров'я Прилуцького району				
10	8	-	-	18
Заклади охорони здоров'я Чернігівського району				
6	10	3	-	19

Згідно даних таблиці можна визначити, що закладів охорони здоров'я обласного підпорядкування всього 12, серед яких: Комунальне некомерційне підприємство «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради, Комунальне некомерційне підприємство «Обласна дитяча лікарня» Чернігівської обласної ради, Комунальне некомерційне підприємство «Чернігівське обласне патологоанатомічне бюро» Чернігівської обласної ради, Комунальне некомерційне підприємство «Обласний дитячий санаторій «Пролісок»» Чернігівської обласної ради та інші. Також визначається незначна кількість медичних закладів в Кюрюківському та Новгород-Сіверському районах, яка відповідає густоті населення 62 особи на км кв. та 35 осіб на км кв. відповідно, що пов'язують з прикордонним розташуванням з росією, порівняно з Ніжинським та Чернігівським районом, які мають густоту населення 150 осіб на км кв. та 180 осіб км кв. відповідно.

Порівняно з попередніми періодами кількість закладів охорони здоров'я збільшилась за рахунок створення нових закладів первинної медичної допомоги при об'єднаних територіальних громадах на базі амбулаторій загальної практики-сімейної медицини.

«Досліджуване Комунальне некомерційне підприємство Чернігівська обласна лікарня Чернігівської обласної ради є закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає третинну високоспеціалізовану медичну допомогу, вторинну спеціалізовану медичну допомогу, паліативну медичну допомогу, екстрену (невідкладну) медичну допомогу та проводить реабілітаційну допомогу із застосуванням телемедицини будь-яким особам, в тому числі дітям до 16 років, а також забезпечує медичне обслуговування населення та/або надання реабілітаційної

допомоги на основі укладених договорів та ліцензій, в тому числі ліцензії на медичну практику та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників в порядку та на умовах, встановлених законодавством України» [39].

«Підприємство створене на базі майна територіальних громад сіл, селищ, міст Чернігівської області. Майно підприємства є спільною власністю територіальних громад сіл, селищ, міст Чернігівської області в особі Чернігівської обласної ради. Від імені територіальних громад сіл, селищ, міст Чернігівської області повноваження Засновника та Власника здійснює Чернігівська обласна рада. Підприємство перебуває, відповідно до делегованих Засновником повноважень, в управлінні Чернігівської обласної державної адміністрації в особі Управління охорони здоров'я Чернігівської обласної державної адміністрації, якому є підпорядкованим, підзвітним та підконтрольним» [39].

«Підприємство здійснює господарську некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку» [39].

Пандемія COVID-19 призвела до значного ускладнення роботи не лише досліджуваного Підприємства, а й інших закладів охорони здоров'я всіх рівнів, що висвітлила масу проблем, які різними шляхами були вирішені та вирішуються МОЗ, департаментами охорони здоров'я обласних рад та на безпосередньо управлінською ланкою закладів охорони здоров'я.

Станом на 2021 рік в Чернігівській області згідно з офіційними даними НСЗУ до залучення ліквідації наслідків пандемії COVID-19 було залучено (<https://nszu.gov.ua/>):

- ліжок всього – 2855;
 - 1) інфекційні ліжка – 1040;
 - 2) ліжка в інтенсивній терапії – 84;
- загальна кількість лікарів – 1005;
- Молодший персонал – 1837;

- Медичні команди – 3.

2020 року у зв'язку із значною захворюваністю у м. Чернігів та Чернігівській області «на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2, з метою забезпечення надання якісної медичної допомоги, та відповідно з розпорядженнями керівника робіт з ліквідації наслідків медико-біологічної надзвичайної ситуації природного характеру державного рівня пов'язаної із поширенням коронавірусної хвороби (COVID-19) від 03.10.2020 р. №98 Про внесення змін до переліку закладів охорони здоров'я, що визначені для госпіталізації пацієнтів з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2 щодо визначення КНП ЧОЛ ЧОР закладом для госпіталізації пацієнтів з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, на виконання вимог чинного законодавства, з метою укладення договору з Національною службою здоров'я України про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій щодо надання медичної послуги Стаціонарна допомога пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2 та оптимізації ліжкового фонду, раціонального використання коштів та приведення у відповідність ліжкового фонду до потреб населення у наданні медичної допомоги для хворих з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2» [27], а також в зв'язку зі зміною в організації роботи лікарні, внесення змін в штатний розпис лікарні:

- Було затверджено профіль ліжок з урахуванням змін в організаційній структурі лікарні станом на 09.10.2020 року (Додаток А);
- Затверджено організаційну структуру та зміни до штатного розпису лікарні станом на 09.10.2020 року, які додаються (Додаток Б)
- Для забезпечення лікування хворих з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2 та наданням високоспеціалізованої медичної допомоги було відкрито в лікарні з

09.10.2020 року загальносоматичне відділення з ліжками інтенсивної терапії на 25 ліжок терапевтичного профілю та 12 ліжок інтенсивної терапії зі штатними посадами:

- 1) Завідувач – 1,0 посада;
- 2) Лікар-анестезіолог – 5,0 посад;
- 3) Лікар-терапевт – 4,0 посади;
- 4) Лікар-ревматолог – 2,0 посади;
- 5) Лікар-пульмонолог – 1,0 посада;
- 6) Лікар-гастроентеролог – 1,0 посада;
- 7) Сестра медична старша – 1,0 посада;
- 8) Сестра медична процедурного кабінету – 2,0 посади;
- 9) Сестра медична палат інтенсивної терапії – 13,0 посад;
- 10) Сестра медична стаціонару палатна – 4,0 посади;
- 11) Молодша медична сестра (санітарка-прибиральниця палатна) – 6,0 посад;
- 12) Сестра-господиня – 1,0 посада.

– З 09 жовтня 2020 року було скорочено ліжковий фонд наступних структурних підрозділів лікарні;

- 1) Ендокринологічне відділення – 10 ліжок;
- 2) Пульмонологічне відділення – 10 ліжок;
- 3) Гастроентерологічне відділення – 5 ліжок.

Укомплектованість медичними кадрами у 2020 році: лікарями – 93%; - середній медичний персонал – 92%; молодшим медичним персоналом – 91%; інші – 88 %.

Амбулаторна консультативна допомога впродовж 2020 року здійснювалась у поліклінічному консультативно-діагностичном віділенні, потужністю 375 відділень в зміну, висококваліфікованими фахівцями 26 спеціальностей. Для здійснення конслультативного прийому до лікарів першої або вищої кваліфікаційної категорії, залучаються фахівці стаціонару. У фіксований час ведуть прийом завідувачі профільних відділень.

Висвітлюючи стаціонарну допомогу можна визначити, що у 2020 році кількість пролікованих хворих зменшилась майже на 40% (6423) в порівнянні з 2019 р. (10627) (табл.2.2).

Таблиця 2.2

Структура пролікованих хворих у КНП «ЧОЛ» ЧОР за 2020 та 2019 роки за основними класами нозологій

Місце у структурі	Захворювання	Кількість випадків		Кількість ліжко-днів		Середній ліжко-день	
		2019	2020	2019	2020	2019	2020
1	Хвороби органів дихання	2445	3502	26728	42032	10,2	11,4
2	Хвороби органів травлення	1897	789	18447	6510	9,1	8,2
3	Хвороби системи кровообігу	2217	874	19355	7012	9,5	7,7
4	Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	1492	517	15673	4641	8,3	8,1
Всього		8051	5682	80203	60195	37,1	35,4

У результаті аналізу випадків захворювань встановлено, що у структурі пролікованих пацієнтів хвороби органів дихання займають перше місце. Кількість пацієнтів із захворюваннями органів дихання значно зросла – на 43%, збільшилась середня тривалість ліжко-дня. Очевидною причиною є пандемія та важкість стану хворих: пацієнти госпіталізувались у 85% ургентно, у невідкладному стані, важкому чи критичному стані, у стані середньої важкості.

24 лютого 2022 року почалась широкомасштабна війна росії проти України, саме тоді почала страждати від ворожого наступу Чернігівська область, яка безпосередньо межує з росією та білоруссю. Указом президента цього ж дня була створена Чернігівська обласна військова адміністрація (ОВА) [4]. В умовах війни підприємство працювало Військовим госпіталем, згідно наказу лікарні, в цілодобовому режимі роботи на чолі незмінного штату адміністративно-управлінського персоналу. В час активних бойових

дій, які тривали протягом місяця, штат лікарні працював не в повному складі та з відповідною реструктуризацією відділень лікарні, але завдяки надзвичайному професіоналізму, наполегливості та кооперативності персоналу, потреба в діагностиці та лікуванні хворих військових і цивільних була виконана повністю [38].

«Під час бойових дій, у зв'язку з військовою агресією росії проти України, було пошкоджено майно, а саме приміщення Філії комунального некомерційного підприємства Чернігівська обласна лікарня Чернігівської обласної ради Відокремлений структурний підрозділ – центр для постраждалих від наслідків аварії на ЧАЕС та ветеранів, Відокремлений структурний підрозділ комунального некомерційного підприємства Чернігівська обласна лікарня Чернігівської обласної ради, що перебувають у спільній власності територіальних громад, сіл, селищ, міст Чернігівської області. Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України Про затвердження Порядку визначення шкоди та збитків, завданих Україні внаслідок збройної агресії російської федерації від 20.03.2022 №326, було надіслано прохання направити комісію для фіксації факту пошкодження майна та складання відповідного акту» [31].

Протягом бойових дій та після відступу російських військ лікарня отримувала гуманітарну дорогу від міжнародних організацій та різних країн, а саме медичне обладнання, медикаменти, візочки для осіб з інвалідністю, милиці, теплий одяг, продукти харчування, засоби гігієни та інші речі першої необхідності. В якості гуманітарної допомоги ТОВ ПП «АСБС-Україна» та ТОВ «ТЕЛЕОПТИК» надали по одній радіографічній мобільній системі. НСЗУ забезпечила КНП «ЧОЛ» ЧОР п'ятьма машинами швидкої допомоги Mercedes-Bens SPRINTER [38].

«Після того як російські війська вийшли з Чернігівської області місто та область поступово відновлюється, люди почали повертатись на свої робочі місця. Робота відділень хірургічного планового та терапевтичного профілю

відновились. Загалом штат відновився до 80% довоєнного розпису, адміністративний відділ змін не зазнав» [38].

Станом на 01 липня 2022 року КНП «ЧОЛ» ЧОР має наступні організаційні структури на основі Наказу про затвердження організаційної структури (Додаток В).

Кадровий потенціал лікарні відповідав та відповідає кваліфікаційним характеристикам основної маси фахівців по забезпеченню висококваліфікованої допомоги населенню. Всі ділянки роботи оптимально забезпечені лікарськими і сестринськими кадрами. Постійно проводиться робота щодо забезпечення кваліфікованими кадрами та їх професійного розвитку.

В умовах реформування галузі охорони здоров'я у структурних підрозділах лікарні запроваджена та активно використовується медична інформаційна система «МедІнфоСервіс». Підприємство та працівники (лікарі, середній медперсонал), підрядники зареєстровані в електронній системі охорони здоров'я eHealth.

Створено веб-сайт лікарні <http://crh.cn.ua/>, активно ведеться сторінка та група в соціальній мережі «Фейсбук» КНП «Чернігівська обласна лікарня» ЧОР. Наповнення інформацією відбувається відповідно до затвердженого річного плану, позапланово відповідно до актуальності проблем чи інших важливих питань, що покращує організацію широкого інформування співробітників та населення загалом.

Підприємством на початку 2020 року було визначено напрямки співпраці з НСЗУ. Одразу після публікації Оголошень НСЗУ були подані пропозиції на укладення договорів про медичне обслуговування населення за Програмою медичних гарантій, які були розглянуті та прийняті НСЗУ. Підприємство відповідало встановленим вимогам і НСЗУ було сформовано відповідні договори.

КНП «ЧОЛ» ЧОР «самостійно здійснює оперативний, бухгалтерський облік, веде статистичну, бухгалтерську та медичну звітність і подає її

органам, уповноваженим здійснювати контроль за відповідними напрямками діяльності Підприємства у визначеному законодавством порядку» [37].

2.2. Оцінка сучасного механізму фінансування лікувально-профілактичних закладів у Чернігівській області

Сучасний механізм фінансування лікувально-профілактичних закладів дозволив усунути основні недоліки та покращити стан охорони здоров'я завдяки:

- покращення ефективності роботи первинної ланки медици-санітарної допомоги та запровадження ЦПМСД;
- забезпечення ефективної структури медичних закладів, які відповідають реальним потребам галузі системи охорони здоров'я;
- система фінансування прив'язана до надання медичних послуг;
- впровадження достатнього рівня позабюджетного фінансування;
- ефективне використання ресурсів.

«Організація ефективного функціонування та розвитку системи охорони здоров'я за умов обмеженості фінансових ресурсів є найважливішим завданням органів влади всіх рівнів. Тому питання оцінки сучасного стану охорони здоров'я та виокремлення основних проблем фінансування медичних послуг, які надаються вітчизняними установами охорони здоров'я набувають особливої актуальності» [9].

Одним з основних моментів у реформуванні системи охорони здоров'я став перехід від фінансування медичних закладів до фінансування медичної допомоги та медичних послуг, що забезпечило пов'язати фінансові потоки з якістю та кількістю медичних послуг, що надаються.

«У сучасних умовах пріоритетними напрями державної політики України є децентралізація влади та стимулювання регіонального розвитку, які зумовлені реформуванням місцевого самоврядування, що розпочалося з 2014 року. Вагомим стимулом зазначеної реформи є розуміння того, що на

місцях в локальних проблемах і питаннях краще орієнтуються, а відповідно й ефективніше можуть розподілити кошти на їх розв'язання. Відтак децентралізація передбачає передачу не тільки повноважень, а й фінансового забезпечення їх реалізації та відповідальності за виконання від центральної влади органам місцевого самоврядування. Головним завданням реформування місцевого самоврядування є наближення влади до мешканців, а мешканців – до влади з метою підвищення якості та доступності адміністративних, комунальних, соціальних, освітніх, медичних та культурних послуг, які отримують жителі в громадах» [5].

Перетворення комунальних закладів охорони здоров'я в комунальні неприбуткові підприємства, поява добровільного страхування громадян на випадок захворювання або страхування працівників підприємства на випадок травми або окремих захворювань, потребує реформування управлінських структур охорони здоров'я. Однак однією з умов реформування охорони здоров'я має бути керівна роль держави в процесі функціонування медичної галузі в країні. Для здійснення державного управління у медичній галузі використовуються адміністративні-правові, економічні, соціально-психологічні методи.

«Заклад охорони здоров'я – КНП, створюється з метою надання первинної, вторинної та третинної медичної допомоги населенню. Лікувальні заклади, які мають статус КНП, є неприбутковими (некомерційними) підприємствами та проводять свою діяльність на основі статуту, затвердженого власником, яким прийнято рішення про створення КНП. Статут комунального неприбуткового підприємства розробляється відповідно до примірного статуту закладу охорони здоров'я комунального некомерційного (неприбуткового) підприємства» [3].

«Некомерційні підприємства у сфері охорони здоров'я не виготовляють матеріального продукту, не створюють вартості та фінансуються через систему бюджетного фінансування» [26].

Згідно з «Основами законодавства України про охорону здоров'я» («Основи організації охорони здоров'я» розділ 3 стаття 14 абзац 3) на Кабінет Міністрів України покладено завдання щодо створення економічних, правових та організаційних механізмів, що стимулюють ефективну діяльність в галузі охорони здоров'я.

«Глава 2 Повноваження виконавчих органів сільських, селищних, міських Рад статті 27 пункту 8 Закону України Про місцеве самоврядування в Україні визначає розміщення на договірних засадах замовлень на виробництво продукції, виконання робіт (послуг)..., стаття 32 Закону України Про місцеве самоврядування в Україні, узгоджується зі статтею 144 абзац 1 ...в межах повноважень, визначених законом, приймають рішення, які є обов'язковими до виконання на відповідній території, що передбачає запровадження розміщення на договірних засадах замовлень на виконання медичних послуг в закладах охорони здоров'я» [3].

Водночас, на цей момент питання щодо особливостей утворення та функціонування неприбуткових організацій в правовому полі системно не урегульовано, не існує спеціального закону, положеннями якого ці питання були б врегульовані. Статус «неприбутковості» є податковим статусом, який може бути наданий організації за рішенням місцевого податкового органу. Податкові органи надають цей статус, посилаючись на норми Закону України «Про податок на прибуток підприємств».

Положеннями підпункту 6 п.1 статті 2 Бюджетного кодексу України визначено, що: «бюджетна установа – орган, установа чи організація, визначена Конституцією України, а також установа чи організація, створена у встановленому порядку органами державної влади, органами влади чи органами місцевого самоврядування, яка повністю утримується за рахунок відповідно державного бюджету чи місцевих бюджетів. Бюджетні установи є неприбутковими» [35].

Таким чином, Бюджетним кодексом визначено юридичний статус і податковий статус таких установ. Крім того, «неприбутковість» бюджетних

установ встановлена і у Законі України «Про оподаткування прибутку підприємств» [1]. Відповідно до цього закону неприбутковими є «органи державної влади України, органи місцевого самоврядування та створені ними установи або організації, що утримуються за рахунок коштів відповідних бюджетів» [16].

У ГКУ прописано ряд статей, на основі яких можна встановити особливості юридичного статусу таких підприємств, а також особливі вимоги, які необхідно врахувати при написанні тексту їх статутів. При цьому, якщо утворюється «державне/комунальне некомерційне підприємство», то його майно перебуває у комунальній власності і закріплюється за таким підприємством на праві оперативного управління (частина третя цієї ж статті). Таким чином, зміна статусу медичного закладу з «бюджетної організації» на «державне/комунальне некомерційне підприємство» не змінює форму власності та базовий принцип управління їх майном: їх майно залишається власністю відповідних місцевих рад та закріплюється за закладами на праві оперативного управління. Статус «неприбутковості» надається відповідними податковими службами на основі положень Закону України «Про оподаткування прибутку підприємств». Визначення того, які саме організації мають Право на отримання цього статусу, виписано у абзаці «а» підпункту 7.11.1 пункту 7.11 статті 7 Закону України, особливості оподаткування – у інших підпунктах пункту 7.11 цього закону.

До неприбуткових установ і організацій належать ті, що є «органами державної влади України, органами місцевого самоврядування та створеними ними установами або організаціями, що утримуються за рахунок коштів відповідних бюджетів» [42] (абзац «а» підпункту 7.11.1). До цієї категорії неприбуткових організацій належать всі бюджетні установи та медичні заклади (лікарні, центри ПМСД тощо), які за рішенням їх власників – місцевих рад отримуватимуть статус «державні/комунальні некомерційні підприємства» [42].

Досліджуючи КНП «ЧОЛ» ЧОР були визначені наступні джерела формування майна та коштів Підприємства:

- кошти бюджету Чернігівської міської об'єднаної територіальної громади (бюджетні кошти);
- субвенції з обласного та державного бюджетів (у тому числі на реалізацію програм галузі охорони здоров'я);
- кошти від Національної служби здоров'я України (згідно укладених Договорів, відповідно до поданих звітів та сформованих рахунків);
- кошти за надані платні медичні і немедичні послуги;
- цільові кошти.

2.3. Інституційні дисбаланси реформування охорони здоров'я у Чернігівській області

«В Україні процес децентралізації розпочато 2014 року з прийняттям Концепції реформи місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні (01.04.2014), законів України Про співробітництво територіальних громад (17.06.2014), Про добровільне об'єднання територіальних громад (05.02.2015) та змін до Бюджетного і Податкового кодексів – щодо фінансової децентралізації» [35]. Саме ця реформа дозволила сформувати об'єднані територіальні громади (ОТГ) відповідно до положень Європейської хартії місцевого самоврядування. ОТГ – це дієвий інститут місцевого самоврядування на базовому рівні.

«Інституційне забезпечення розвитку територій охоплює систему відповідних нормативно-правових актів, публічні установи й організації та їхню компетенцію, недержавні інституції регіонального й місцевого розвитку, а також норми, правила, критерії, орієнтири, що представляють державну політику регіонального розвитку. Надзвичайно важливим для удосконалення управління розвитком територій є визначення пріоритетів

державної регіональної політики та узгодження загальнодержавних, регіональних та місцевих інтересів» [23].

На початку 2020 року світ сколихнув безпрецедентна глобальна пандемія, яка охопила планету. Відтоді коронавірусна хвороба 2019 (COVID-19) поширилася на всі континенти світу та коштувала життя мільйонам людей. Пандемія COVID-19, що спричинена вірусом тяжкого гострого респіраторного синдрому SARS-CoV-2, привела світ до глобального економічного тяжкого потрясіння, внаслідок забезпечення ізоляції та обмеження засобів для існування через тривалі локдауни.

Врахування наслідків надзвичайної ситуації у сфері охорони здоров'я в багатьох соціально-економічних аспектах є необхідним для визначення потенційних детермінант і сприяючих факторів, які можуть вплинути на соціально-економічні зміни та формувати політичні рішення під час розгортання пандемії. З цією метою в ми визначили та ілюстрували вплив пандемії на велику кількість галузей (рис. 2.3).

Незважаючи на те, що значний прогрес у клінічних дослідженнях призвів до кращого розуміння SARS-CoV-2 і лікування COVID-19, обмеження подальшого поширення цього вірусу та його штамів стало проблемою, що викликає все більше занепокоєння, оскільки SARS-CoV-2 продовжує сіяти хаос у всьому світі, і багато країн переживають другу чи третю хвилю спалахів цієї вірусної хвороби, пов'язаної головним чином із появою мутантних штамів вірусу.

Профілактика та лікування цієї високотрансмісивної респіраторної вірусної хвороби вимагають цілісного та міжпрофесійного підходу, який включає досвід лікарів різних спеціальностей, медсестер, фармацевтів, експертів у сфері охорони здоров'я та урядових органів. Під час ведення пацієнтів із COVID-19 має бути цілодобий та безперервний зв'язок між постачальниками послуг медичного закладу, фармацевтами та працівниками управлінської сфери. Лікарні та громади повинні мати план сортування пацієнтів середнього та високого ризику для додаткової терапії на

амбулаторній основі. Такі міжпрофесійні командні заходи можуть надзвичайно змінити динаміку інфраструктури охорони здоров'я та значною мірою допомогти у викоріненні чи ліквідації цього вірусу та обмеженні його руйнівного впливу на соціально-економічну ситуацію та ситуацію з охороною здоров'я в усьому світі. Міжпрофесійна команда охорони здоров'я включатиме всі органи охорони здоров'я, первинну, вторинну та третинну ланки медичної допомоги, середній та молодший медичний персонал, фармацевтів та пацієнтів, що страждають цим захворюванням, усі вони співпрацюватимуть і відкрито обмінюватимуться інформацією, що приведе до позитивних результатів як для окремих осіб та суспільства в цілому.

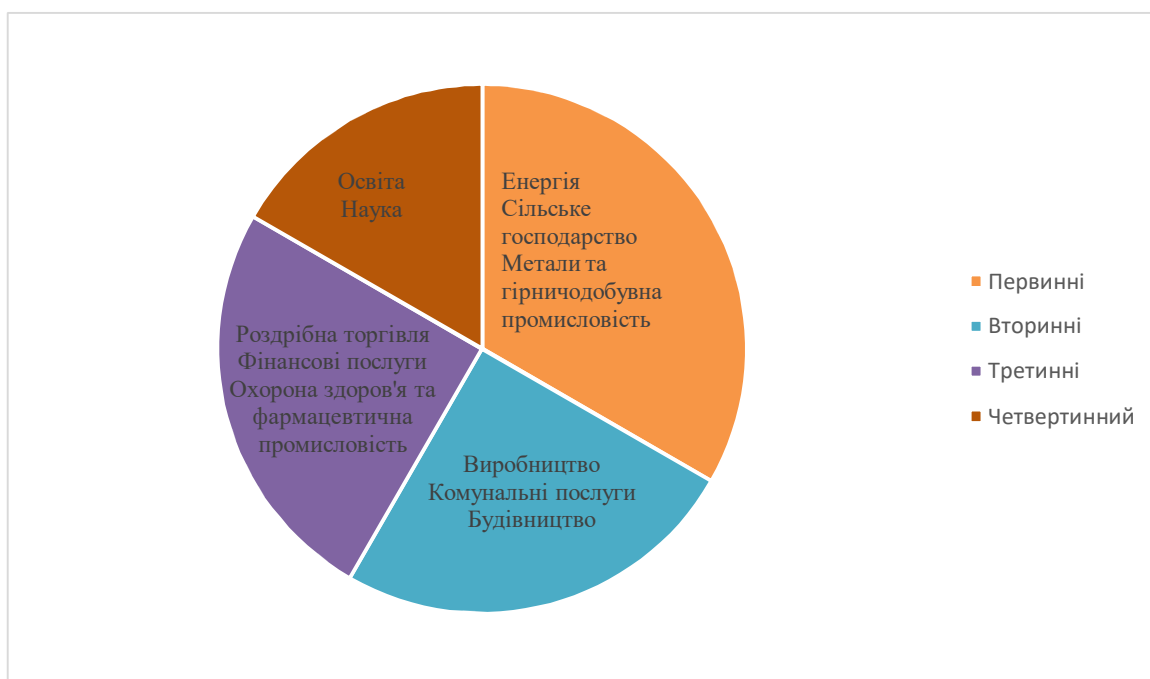


Рис. 2.3 Соціально-економічні сектори, на які вплинули обмеження, пов'язані з пандемією COVID-19.

Окрім безпрецедентного тиску на первинну медичну допомогу, у першій половині 2020 року було повідомлено про значне скорочення використання медичних послуг. Відвідування впали на 42%, а госпіталізація, діагностика та лікування впали на 28%, 31% і 30%, відповідно, зближуючись до середнього зниження на 37% для всіх категорій медичних послуг. Визначались затримки або скасування медичних послуг через перевантажені системи охорони

здоров'я під час першої хвилі пандемії та відкладення неосновних заходів, таких як вакцинація, лабораторне тестування або скринінг на рак, у першій половині 2020 року.

Збої також були очевидними у направленнях до лікарів загальної практики. Кількість направлень дітей та молоді впала на 85% у квітні 2020 року та поступово зростала до зими 2021 року, коли регулярні направлення знову впали, оскільки призначення лікарів загальної практики було обмежено через відновлення обмежень. Велика частина громадян пропустили медичний огляд або лікування під час пандемічних обмежень.

У фармацевтичному секторі попит на ліки різко зріс, а саме на ліки, що відпускаються без рецепта та препарати, що пов'язані зі стаціонарним лікуванням COVID-19.

У зв'язку з вище перерахованими моментами ми можемо спостерігати яким чином інституційні дисбаланси впливають на реалізацію реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні, що забезпечили виникнення низку викликів перед суспільством, а саме:

- органи місцевого самоврядування не були компетентними у вирішенні питань та непрогнозованих проблем як власники закладів охорони здоров'я;
- не була побудована система контролю за якістю надання медичних послуг з боку держави;
- НСЗУ не забезпечило розробку заходів впливу на медичні заклади у разі невиконання умов договору.

Надзвичайно гостро постало питання інституційних дисбалансів реформування охорони здоров'я під час повномасштабного вторгнення РФ в Україну, яке спричинило критичне навантаження на національну систему охорони здоров'я внаслідок значних руйнувань об'єктів закладів охорони здоров'я, підвищення попиту на різноманітні види медичної допомоги, які не були пріоритетними в мирний час, суттєвої міграції серед населення та медичних працівників.

Сфера охорони здоров'я істотно постраждала внаслідок війни. «Станом на 21.06.2022 в Україні року повністю зруйновано 118 об'єктів закладів охорони здоров'я, частково зруйновано (руйнування від 2% до 90%) 633 об'єктів закладів охорони здоров'я, а саме в досліджуваній Чернігівській області та в самому місті Чернігів пошкоджено 34 медичних заклади, загальної площею руйнувань 73,5 квадратних метрів, орієнтовна вартість збитків попередньо складає майже 35 млрд. грн.» [27].

«Відповідно програма медичних гарантій не в повній мірі відображає пакети пріоритетних послуг, які набувають першочергового значення в умовах війни та у пост-воєнний період (лікування травм, вогнепальних поранень, опіків, реабілітація посттравматичного синдрому, послуги з психічного здоров'я). Державні програми у сфері охорони здоров'я не враховують втрат системи охорони здоров'я, понесених збитків, необхідних змін пріоритетів у сфері охорони здоров'я (переліку медичних послуг та станів)» [19].

«Система охорони здоров'я зазнає також особливого навантаження у зв'язку із міграцією населення (близько 7 млн. українців стали вимушеними переселенцями) та втратами у зв'язку з міграцією медичних працівників. Брак кадрової та організаційної спроможності системи охорони здоров'я надавати послуги з реабілітації та психічного здоров'я загострює ситуацію із забезпеченням потреби громадян у якісних і доступних послугах» [39].

Для забезпечення операційного управління, координації та здійснення процесу відновлення система охорони здоров'я на державному та регіональному рівні стикається з наступними викликами: «особливе навантаження на систему охорони здоров'я та інститути у зв'язку з посиленням потреб у послугах охорони здоров'я під час війни; необхідність під час війни адаптації та тимчасових змін до підходів, методів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, регулювання системи охорони здоров'я за відсутності достовірних вихідних даних; недостатній потенціал та відсутність чіткого розподілу ролей ключових інститутів охорони здоров'я

національного, регіонального та місцевого рівнів; недостатня фінансова спроможність громад виконувати функції власника закладу під час війни та у повоєнний час; низький рівень залучення приватного сектору; недостатня участь громадянської спільноти в урядуванні системи охорони здоров'я, створення паралельних систем логістики та центрів прийняття рішень» [18].

Висновки до розділу 2

Сьогодні, під час пандемії COVID-19 та повномасштабної війни росії проти України, надзвичайно важлива є оптимізація та пристосування до викликів закладів охорони здоров'я, оскільки відповідно реформі бюджетної децентралізації, утримання медичних закладів переходить у підпорядкування органів місцевої влади, а саме на територіальний рівень. Завдяки цьому, досліджуване підприємство дозволило створити конкурентні умови для оптимізації, подальшого розвитку, підвищення якості медичних послуг та вирішення проблематичних питань, які виникли в цей критичний період.

У зв'язку з вище перерахованими моментами ми можемо спостерігати яким чином інституційні дисбаланси впливають на реалізацію реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні, що забезпечили виникнення низку викликів перед суспільством, а саме: органи місцевого самоврядування не були компетентними у вирішенні питань та непрогнозованих проблем як власники закладів охорони здоров'я; не була побудована система контролю за якістю надання медичних послуг з боку держави; НСЗУ не забезпечило розробку заходів впливу на медичні заклади у разі невиконання умов договору.

Надзвичайно гостро постало питання інституційних дисбалансів реформування охорони здоров'я під час повномасштабного вторгнення РФ в Україну, яке спричинило критичне навантаження на національну систему охорони здоров'я внаслідок значних руйнувань об'єктів закладів охорони здоров'я, підвищення попиту на різноманітні види медичної допомоги.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ РЕГІОНАЛЬНИХ ІНСТИТУЦІЙНИХ МЕХАНІЗМІВ РЕАЛІЗАЦІЇ РЕФОРМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Регіональне програмування реалізації реформ охорони здоров'я в досліджуваному регіоні

Предметом дослідження є модернізація організаційного механізму функціонування медичного закладу третинного рівня, що знаходиться під впливом реформування охорони здоров'я, який потрібно розглядати як багатокomпонентну систему, що асимілює системний і процесний підхід і на емпіричному рівні має досліджуватись саме з таких позицій. Організаційний механізм функціонування будь-якої організації, підприємства, установи, закладу є динамічною системою, що зазнає впливу низки чинників і потрапляє під трансформаційні зміни за змістом [24].

Оскільки, відбувся відхід від моделі організації системи охорони здоров'я Семашко-Бевєриджа, що базувалась на жорстких процедурах управління та фінансування, відповідно виникла потреба в необхідних змінах в організаційному механізмі функціонування закладу охорони здоров'я: по-перше, організації надання медичної допомоги; по-друге, організації надання медичної послуги. В нормативно-правовій базі відбулось закріплення і розмежування понять «медична допомога» і «медична послуга». «Медична допомога розглядається як категорія неринкових відносин лікаря і пацієнтів, що надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я. Медична послуга – це товар медичного ринку, відповідно фіксується у розділі КВЕД Охорона здоров'я і соціальна допомога» [14].

Під час опрацювання даної теми нами було проведено дослідження, завдяки якому ми визначили задоволеність якістю реформування системи охорони здоров'я в досліджуваному Підприємстві. В якості основного методу дослідження було обрано опитування шляхом анонімного

анкетування. Опитувальник «Суб'єктивна оцінка лікарів щодо якості реформування системи охорони здоров'я» був створений авторами (Таблиця 3.1). В опитуванні взяли участь респонденти працездатного віку (n=60).

Показники опитування щодо суб'єктивної оцінки якості реформування охорони здоров'я наведені в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Дані опитуванльника «Суб'єктивна оцінка лікарів щодо якості реформування системи охорони здоров'я»

Питання	Так		Не можу відповісти		Ні	
	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
Чи достатньо ознайомлені ви з реформуванням та чи змінилися Ваші умови праці після її запровадження у Вашому регіоні?	60	100	0	0	0	0
Чи задоволені Ви заробітньою платою, яка встановлена після запровадження реформи?	40	66	10	17	10	17
На Вашу думку, чи достатньо Вас консультує адміністрація лікарні та департамент охорони здоров'я про новини, нововведення та інші питання у сфері охорони здоров'я?	54	90	5	8	1	2
Чи задоволені ви впровадженням у Вашій лікарні	41	68	7	12	12	20

електронної медичної інформаційної системи?						
На Вашу думку, чи являєтесь Ви впевненим користувачем електронної медичної інформаційної системи?	20	33	23	38	17	29
На Вашу думку, доцільно продовжувати вести паперову медичну документацію?	2	4	2	4	56	92
На Ваш думку, чи були прийняті всі міри безпеки в роботі персоналу під час «ліквідації епідемії та здійсненні заходів із запобігання поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-19» [37], спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2?	56	94	4	6	0	0
Чи згодні Ви з відміною додаткової доплати працівникам, які беруть «участь у ліквідації епідемії та здійсненні заходів із запобігання поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-	4	6	1	2	55	92

19» [37], спречиноної коронавірусом SARS-CoV-2?						
Чи вважаєте Ви повноцінними дії, які були виконані адміністрацією лікарні під час активних бойових дій?	59	98	1	2	0	0
Чи знайомі Ви з локальними протоколами під час воєнного стану?	55	92	5	8	0	0
На Вашу думку, реформування знаходилося на достатньому рівні під час пандемії COVID-19 та війни росії проти України?	53	88	6		1	2

Прослідкувавши суб'єктивну оцінку лікарів щодо якості реформування охорони здоров'я досліджуваного Підприємства було виявлено, що відбулась адаптація виявлене відносно задоволення від визначених реформ, адже 100% лікарів проінформовані та відчули зміни умов праці в кращу сторону, так як, наприклад, 66% задоволені своєю заробітньою платою, 68% задоволені впровадженням електронної медичної системи та 92% вважають, що ведення паперової документації варто відмінити. В той же час 88% співробітників КНП «ЧОЛ» ЧОР вважають повноцінними та коректними дії адміністрації Підприємства під час пандемії COVID-19 та повномасштабної війни росії проти України.

Згідно проаналізованих даних щодо організації реалізації реформування системи охорони здоров'я в досліджуваному Підприємстві та Чернігівській області нами були розроблені наступні інноваційні

рекомендації та підходи до удосконалення організаційного механізму закладів ОЗ:

- 1) необхідність привнесення в організаційний механізм функціонування закладів охорони здоров'я технологій маркетингу (інтернет-технології, мобільні технології, брендинг та інші). Необхідно передбачити в структурі адміністративного апарату службу маркетолога, що обумовлено необхідністю дослідження ринку медичних послуг, вивчення попиту на послуги, що надаються лікарнею, реалізації цільової функції взаємин лікаря із споживачами медичних послуг, правильної оцінки вартості медичних послуг;
- 2) покращення технологій сегментації ринку медичних послуг як з позицій попиту, так і з позицій пропозиції;
- 3) забезпечення оновлення матеріально-технічної бази. В економічній літературі пропонується декілька підходів до вирішення цієї проблеми:
 - а) використання механізмів стратегічного управління ресурсним забезпеченням;
 - б) застосування логістичного менеджменту для організації матеріальнотехнічного забезпечення закладу охорони здоров'я;
- 4) впровадження гнучких графіків роботи медпрацівників;
- 5) для забезпечення безперервного професійного розвитку медичного персоналу гарантія оплати навчання;
- 6) продовження покращення та стандартизації регіональних електронних інформаційних систем охорони здоров'я;
- 7) залучення додаткових високоякісних ресурсів для забезпечення функціональної діяльності (оптимізації доходів лікарні через уточнення можливого набору медичних послуг, збалансування доходів і видатків лікарні, кваліфікованого використання переваг господарської і організаційної незалежності закладу);
- 8) передбачити в посадовій інструкції заступника керівника КНП, який буде виконувати обов'язки організації із взаємодії з представниками

- благодійних організацій, бізнесу, волонтерів, формування і реалізації проєктів публічно-приватного партнерства;
- 9) більш раціональне використання наявних ресурсів шляхом оптимізації господарської частини;
 - 10) застосування стандартів лікування для скорочення часу лікування
 - 11) перегляду й уточнення штатного розпису
 - 12) розширити повноваження старших медичних сестер щодо координації функціональної діяльності середнього медичного персоналу;
 - 13) створити службу психолога (психологічного розвантаження для персоналу), яка могла б забезпечити вирішення проблем психологічного клімату в колективі, сприяння формуванню сучасної організаційної культури, усунення конфліктів і формування лояльності до організації.

3.2 Координація управлінських впливів органів місцевої влади в процесі реформування охорони здоров'я в досліджуваному регіоні

Згідно Конституції України «Місцеве самоврядування є правом територіальної громади - жителів села чи добровільного об'єднання у сільську громаду жителів кількох сіл, селища та міста - самостійно вирішувати питання місцевого значення в межах Конституції і законів України. Місцеве самоврядування здійснюється територіальною громадою в порядку, встановленому законом, як безпосередньо, так і через органи місцевого самоврядування: сільські, селищні, міські ради та їх виконавчі органи. Органами місцевого самоврядування, що представляють спільні інтереси територіальних громад сіл, селищ та міст, є районні та обласні ради» [17].

Головною метою реформування являється необхідність забезпечити централізований рівень — від Міністерства охорони здоров'я до

Національної системи здоров'я України, і місцевий рівень — від Національної системи здоров'я України до місцевих органів влади. Перший полягає в переході від історичного фінансування лікарень (на основі доступної потужності кожної лікарні) до бюджету лікарні, який в основному заснований на доходах від лікування і інших платежах за надані послуги, які акумулюються НСЗУ. Реалізація цього підходу забезпечить здійснення оптимізації витрат лікарнями з метою уникнення дефіциту бюджету. Та, з іншого боку, у разі формування достатнього фонду, можливе розширення послуг для споживачів. Умовами запровадження такого підходу є узгодження дій між НСЗУ та власників лікарень в частині політики фінансування. Інший напрям — узгодження дій на місцевому рівні — оптимізація лікарняної мережі, зосередивши увагу на більш професійних послугах і закриття, скорочення або зміну неефективних медичних установ. Цей процес вимагатиме тісної участі керівництва Міністерства охорони здоров'я і місцевої влади, а також участі Національної системи здоров'я України і координації змін у послугах, що надаються нею від різних постачальників.

Для створення успішної роботи щодо реалізації реформування системи охорони здоров'я в Чернігівській області Управління охорони здоров'я Чернігівської обласної ради створювало всі умови для інформування та залучення суспільства до координованої співпраці, а саме:

- наради з керівниками органів виконавчої влади та місцевого самоврядування, головними директорами лікарень;
- було висвітлено в засобах масової інформації результати аналізу стану здоров'я населення та діяльності галузі охорони здоров'я, етапності та прогнозів реформування охорони здоров'я на регіональному рівні;
- були проведені роз'яснювальні роботи з реформування галузі охорони здоров'я під час зустрічей з трудовими колективами, населенням за місцем проживання;
- були проведені збори з участю уповноважених представників територіальних громад з обговорення реформи галузі;

- була виготовлена друкована продукція з питань реформування охорони здоров'я (буклети, листівки) з використанням повідомлень інформаційної компанії, що були розповсюджені серед медичного персоналу, пенсіонерів, батьків та учнів загальноосвітніх шкіл, вся інформація була розміщена на офіційному сайті управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації, управління охорони здоров'я Чернігівської міської ради та на стендах в приміщеннях лікарень;
- була забезпечена активна співпраця з громадськими професійними медичними та іншим організаціями з питань реформування галузі;
- були проведені круглі столи, семінарські навчання з приводу реформування системи охорони здоров'я, та здійснена роз'яснювальна робота по даному питанню тощо.

«Управління охорони здоров'я Чернігівської обласної державної адміністрації виконує заходи спрямовані на розвиток системи охорони здоров'я в сільській місцевості згідно Постанови Кабінету Міністрів України від 6 грудня 2017 р. № 983 Деякі питання надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості та Наказу Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово – комунального господарства України від 16.05.2018 № 117 Про затвердження Вимог та зразків щодо проектів повторного використання для закладів охорони здоров'я у сільській місцевості» [18] та згідно Розпорядження № 320 від 06.06.2018 року Про затвердження Плану спроможних мереж надання первинної медичної допомоги Чернігівської області.

В зв'язку реформаційними процесами в охороні здоров'я 4 липня 2019 року рішенням Чернігівської обласної ради було реорганізовано Комунальне некомерційне підприємство «Чернігівський обласний центр радіаційного захисту та оздоровлення населення, шляхом приєднання до КНП Чернігівська обласна лікарня ЧОР та організацію на базі Підприємства

амбулаторно-діагностичне відділення – відокремлений структурний підрозділ Центр для постраждалих від наслідків аварії на ЧАЕС» [19].

«Рішенням Чернігівської обласної ради від 01 липня 2020 року №7-24/VII затверджено передавальний акт балансових рахунків, матеріальних цінностей та активів Комунального некомерційного підприємства Чернігівський обласний госпіталь ветеранів війни Чернігівської обласної ради, який реорганізований шляхом приєднання до КНП Чернігівська обласна лікарня ЧОР. В складі КНП Чернігівська обласна лікарня ЧОР відповідно до структури підприємства функціонує неврологічне відділення для ветеранів війни на 5 ліжок. Медичний персонал відділення налічує 2 лікаря» [18].

22 липня 2020 року була припинена робота як самостійної структури «Комунального некомерційного підприємства Чернігівський обласний шкірно-венерологічний диспансер Чернігівської обласної ради шляхом приєднання до КНП Чернігівська обласна лікарня ЧОР» [18]. Наразі в КНП ЧОЛ ЧОР функціонує амбулаторно-консультативне відділення – відокремлений структурний підрозділ для хворих з дерматовенерологічними захворюваннями.

Також прикладом вищевказаного рішення виявилось приєднання до КНП «Чернігівської обласної лікарні» ЧОР КНП «Чернігівський обласний кардіологічний центр» ЧОР. Причиною реорганізації стала нестача кадрів у закладі, оскільки станом на кінець 2020 року у центрі не вистачало 16% медичного персоналу, та 25% лікарів зокрема. Саме тому управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації запропонувало приєднати кардіологічний центр та винесло на розгляд це питання сесії, де депутати схвалили рішення. Відповідно Підприємство є правонаступником КНП «Чернігівський обласний кардіологічний центр» Чернігівської обласної ради яке реорганізоване шляхом приєднання на підставі рішень Чернігівської обласної ради від 3 серпня 2021 року № 30-5/VIII «Про реорганізацію КНП «Чернігівський обласний кардіологічний центр» Чернігівської обласної ради

шляхом приєднання до КНП «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради», від 30 листопада 2021 року № 18-7/VIII «Про затвердження передавального акта комунального некомерційного підприємства «Чернігівський обласний кардіологічний центр» Чернігівської обласної ради» [18].

Висновки до розділу 3.

Отже, можна стверджувати, що основними задачами для України в сфері реформування системи охорони здоров'я на сучасному етапі можуть бути наступні:

- продовжити та покращити реалізацію програми розвитку сільської медицини на засадах первинної ланки медичної допомоги;
- активно співпрацювати з громадським сектором, максимально долучаючи громадські організації до процесу ухвалення рішень та здійснюючи оперативну й прозору комунікацію про трансформацію системи охорони здоров'я;
- збільшення витрат на охорону здоров'я в структурі ВВП;
- здійснення переходу на вдосконалений розподіл ресурсів через загальну медичну систему;
- посилення ролі страхових компаній у фінансуванні галузі;
- завершення реалізації принципу "гроші ходять за пацієнтом";
- пошук додаткових джерел фінансування галузі;
- аналіз та оптимізація механізму використання коштів на лікування та функціонування закладів охорони здоров'я;
- визначення першочергових пріоритетних напрямів оптимізації.

ВИСНОВКИ

Емпіричне оцінювання реалій впливу трансформаційних чинників на зміну організаційного механізму функціонування лікарень проведене на основі моніторингу роботи КНП «Чернігівська обласна лікарня» ЧОР, яке являється «лікарняним закладом охорони здоров'я, а саме комунальним нітарним некомерційним підприємством, що надає послуги третинної весикоспеціалізованої медичної допомоги та може надавати послуги вторинної спеціалізованої медичної допомоги будь-яким особам, дітям в тому числі, а також забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідних ліцензій та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників в порядку та на умовах, встановлених законодавством України» [18]. Структурний покомпонентний аналіз чинного організаційного механізму функціональної діяльності зазначених закладів охорони здоров'я в сучасних реаліях дали змогу засвідчити, що:

– по-перше, загальна структура лікарні представлена загалом так: адміністративний апарат управління лікарнею, лікувальні підрозділи (22 стаціонарні відділення (7 терапевтичного профілю та 14 надсучасних відділень хірургічного профілю); 14 параклінічних служб; медикоінформаційна служба; планово-фінансова служба; кадрова служба; адміністративно-господарська служба; допоміжні структурні підрозділи;

– по-друге, в основі побудови організаційного механізму функціонування КНП є організаційне забезпечення, що передбачає першочергово побудову структури управління лікарнею як єдиним цілим (організаційної структури управління) і структури адміністративного апарату управління. Розглядаючи її за принципом системного підходу (поділу на перетворювальну, забезпечувальну, управлінську підсистеми) [24], зазначимо, що вона адаптована до місії, цілей та функціонального навантаження медичних закладів дореформеного періоду;

– по-третє, зміст діяльності структурних підрозділів у сукупності визначається відповідно до завдань і функцій медичного закладу. До них варто віднести:

- 1) здійснення оперативного управління, організаційно-методичного керівництва роботи структурних підрозділів, стаціонарне лікування хворих, надання консультативно-діагностичних послуг, експертиза і контроль якості медичної допомоги, реабілітація хворих, проведення експертизи тимчасової непрацездатності та контролю за виданням листків непрацездатності;
- 2) своєчасне та кваліфіковане надання медичної допомоги населенню у стаціонарних відділеннях підприємства;
- 3) надання невідкладної медичної допомоги хворим на інфекційні захворювання;

своєчасне та кваліфіковане надання допомоги населенню на амбулаторному прийомі в поліклініці та вдома хворим, котрі за станом здоров'я та характером захворювання потребують ліжкового режиму та систематичного медичного нагляду, інше (консультування медперсоналу висококваліфікованими спеціалістами КНП «ЧОЛ» ЧОР, проведення санітарно-освітньої роботи, здійснення фінансово-господарської діяльності, навчально-методичної та науково-дослідницької роботи);

– по-четверте, реформування закладів охорони здоров'я другого і третього рівня започатковано лише з 01.04.2020 р., що супроводжується дискусією серед управлінців і керівників медичних установ щодо готовності і гнучкості лікарень до сприйняття змін у поведінці пацієнтів і споживачів медичних послуг щодо отримання вторинної і третинної допомоги, певної складності реалізації принципу «гроші ходять за пацієнтами», мотивів вибору споживачами медичних послуг того чи іншого медичного закладу, ситуативним фактором впливу епідемії COVID-19 та активної агресії росії проти України;

– по-п'яте, як позитив варто відзначити наявність чіткого вертикального та горизонтального поділу праці. В процесі поділу управлінської праці в КНП забезпечується загалом задовільно:

- 1) а) кооперація праці між керівниками структурних підрозділів;
- 2) б) функціональний розподіл управлінської праці шляхом закріплення конкретних функцій управління за окремими керівниками структурного підрозділу;
- 3) в) професійно-кваліфікаційний розподіл управлінської праці за професіями, що прописано у вимогах до кваліфікації в посадових інструкціях;
- 4) г) технологічний розподіл управлінської праці – розчленування процесу управління за стадіями лікувально-профілактичної, лікувальної та реабілітаційної роботи;
- 5) д) встановлення внутрішніх зв'язків між керівниками структурних підрозділів та зовнішніх – між керівниками структурних підрозділів лікарні і зовнішнім середовищем. У процесі впровадження другого етапу реформи поділ управлінської праці в медичних закладах може зазнати змін, що потрібно врахувати в процесі організаційного проектування [22].

Отже, відповідно поставлених завдань ми можемо зробити наступні висновки міждисциплінарної курсової роботи:

- ми дослідили основні принципи та завдання реформ охорони здоров'я в регіональному розрізі;
- охарактеризували нормативно-правові засади інституційного механізму реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні;
- здійснили діагностику стану та проблем організаційного забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я Чернігівської області;
- провели оцінку сучасного механізму фінансування лікувально-профілактичних закладів у Чернігівській області;

- ідентифікували інституційні дисбаланси реформування охорони здоров'я у Чернігівській області;
- розробили пропозиції щодо удосконалення регіонального програмування реалізації реформ охорони здоров'я в досліджуваному регіоні;
- напрацювали рекомендації щодо координації управлінських впливів органів місцевої влади в процесі реформування охорони здоров'я в досліджуваному регіоні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Артамонова Н. О. Стан інформаційного забезпечення медичних інновацій. *Бібл.* 2018; 5; 14-17
2. Арутюнян С. С., Итигіна О.В. Медичне страхування в Україні: вибір концептуальних підходів до реформування. *Вісник соціально-економічних досліджень.* 2015. Вип. 2. С. 219-225.
3. Болюх М.А. Аналіз фінансової та економічної діяльності бюджетних установ: навчальний посібник. К: КНЕУ, 2019. С.342
4. Бої за Чернігів (2022). URL: [https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BE%D1%97_%D0%B7%D0%B0_%D0%A7%D0%B5%D1%80%D0%BD%D1%96%D0%B3%D1%96%D0%B2_\(2022\)_%D0%B2%D0%B5%D1%96%D0%B3%D1%96%D0%B2_\(2022\)_%D0%B2%D0%B5%D1%96%D0%B3%D1%96%D0%B2_\(2022\)_%D0%B2%D0%B5%D1%96%D0%B3%D1%96%D0%B2_\(2022\)_%D0%B2%D0%B5%D1%96%D0%B3%D1%96%D0%B2_\(2022\)_](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BE%D1%97_%D0%B7%D0%B0_%D0%A7%D0%B5%D1%80%D0%BD%D1%96%D0%B3%D1%96%D0%B2_(2022)_%D0%B2%D0%B5%D1%96%D0%B3%D1%96%D0%B2_(2022)_%D0%B2%D0%B5%D1%96%D0%B3%D1%96%D0%B2_(2022)_%D0%B2%D0%B5%D1%96%D0%B3%D1%96%D0%B2_(2022)_) (дата звернення 16.10.2022).
5. Вергелес К.М., Горохова Л.В., Гаврилюк А.О., Жарлінська Р.Г., Бабійчук О.Ю., Міщук А.А. Дослідження практичної реалізації системи медичного обслуговування в Україні в умовах децентралізації. *Світ медицини та біології.* 2019. № 4 (70)
6. Вороненко Ю. В. Стратегічне управління в охороні здоров'я: теоретичні та практичні аспекти. *Науковий журнал МОЗ України.* 2014. № 1 (5). С. 39-46.
7. Глухова В.І Джерела фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні/ В.І. Глухова, М. О. Булах// *Гроші, фінанси і кредит* - № 10 – 2016.
8. Голованова А. І., Краснова О. І. Актуальні проблеми розвитку медичного страхування в період ринкового реформування. *Економіка і право охорони здоров'я.* 2015. № 1.
9. Гончарук С.М.. Сучасний стан і проблеми фінансування установ охорони здоров'я в Україні/Гончарук С.М., Приймак С.В., Даниляк Л.А.//*Бізнес інформ.* - №1. – 2016. – ст.190-194

10. Державна служба статистики України: веб сайт. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
11. Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам: Постанова Кабінету Міністрів України від 23 січня 2015 р. № 11. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/KP150011>
12. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році : Постанова Кабінету Міністрів України від 29.12.2021 р. № 1440. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1440-2021-%D0%BF#Text>
13. Долбнєва Д.В. Необхідність та основні напрямки вдосконалення порядку формування та використання ресурсного потенціалу охорони здоров'я в Україні/Долбнєва Д.В., Гончарук С.М.//Проблеми економіки. - №3.- 2016. – с. 46-52
14. КВЕД. URL: <http://kved.ukrstat.gov.ua>
15. Котис Н. Застосування логістичного менеджменту для організації матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я. *Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи*: матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (12-13 грудня 2018 року). Тернопіль-Кам'янець-Подільський, ТНЕУ, 2018. С.160-163.
16. Колот А.М., Данюк В.М, Герасименко О.О. Гідна праця: імперативи, українські реалії, механізми забезпечення : монографія /; за наук. ред. д.е.н., проф. А. М. Колота. — К. : КНЕУ, 2017.
17. Конституція України, прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. URL: <https://www.president.gov.ua/ua/documents/constitution/konstituciya-ukrayini-rozdil-xi>
18. Комунальне некомерційне підприємство «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради: веб сайт. URL: <https://crh.cn.ua/>

19. Лехан В.М, Крячкова Л.В., Заярський М.І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. *УКРАЇНА. ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ*. 2018. № 4 (52)
20. Лехан В. М., Рудий В. М. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні: [спільний звіт]. К.: Вид-во Раєвського, 2016. 168 с.
21. Міністерство юстиції України: веб сайт. URL: https://minjust.gov.ua/m/str_6764
22. Мельник А., Богач Ю. Модернізація організаційного механізму функціонування закладів вторинного і третинного рівнів охорони здоров'я. *Вісник Тернопільського національного економічного університету*. 2020. Вип. 4. С. 92–113. DOI: <https://doi.org/10.35774/visnyk2020.04.092>
23. Монастирський Г., Волосюк М. Інституційні дисбаланси моделі управління розвитком території. *Вісник економіки*. 2021. Вип. 4. С. 23–37. DOI: <https://doi.org/10.35774/visnyk2021.04.023>
24. Монастирський Г. Л. Теорія організації: навч. посіб. К.: Знання, 2008. 319 с.
25. Національна служба охорони здоров'я: веб сайт. URL: <https://nszu.gov.ua/>
26. Орел В.Е. Аналіз проблем інноваційного розвитку медицини в Україні. *Наука та наукознавство*. 2019; 3:127-129.
27. Офіційне інтернет представництво Президента України: веб сайт. URL: <https://www.president.gov.ua/news/medichnij-reformi-v-ukrayini-nemaye-alternativi-ale-vona-may-66029>
28. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Стаття 5. Закон України №2801-ХІІ від 27.10.22 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
29. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2000 р. №33. Про штатні нормативи та типові штати

закладів охорони здоров'я: Наказ МОЗ України від 11.05.2016 р. № 427. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0427282-16#Text>

30. Про Державний бюджет України на 2015 рік : Закон України від 28 грудня 2014 р. № 80 – VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80-19#Text>

31. Про затвердження Порядку визначення шкоди та збитків, завданих Україні внаслідок збройної агресії російської федерації : Постанова Кабінету Міністрів України від 20.03.2022 №326. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/326-2022-%D0%BF#Text> (дата звернення 16.10.2022).

32. Про затвердження порядку створення госпітальних округів: Постанова Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 932. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/932-2016-%D0%BF#Text>

33. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 7 липня 2011 р. №3612 –VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3612-17#Text>

34. Про затвердження Тимчасових заходів у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України : Наказ МОЗ України від 24.02.2022 №347. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0374282-22#Text>

35. Реформа децентралізації: веб сайт. URL: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/efektivne-vryaduvannya/reforma-decentralizaciyi>

36. Семенова А. В. Реформування медичної галузі: запровадження обов'язкового медичного страхування. *Право та інновації*. 2015. № 3. С. 102-107

37. Соколенко О.В., Монастирський Г.Л. Вдосконалення організаційного механізму реалізації реформ охорони здоров'я на

регіональному рівні в умовах коморбідності пандемії COVID-19 та війни. *Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах війни та післявоєнної відбудови України: матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції (31 травня)*. М. Тернопіль, ЗУНУ, 2022 р., с. 501-504

38. Соколенко О.В., Монастирський Г.Л. Управлінська непохитність закладів охорони здоров'я під час війни. *Українське сьогодні - 2022: реалії війни та перспективи відновлення країни: матеріали доповідей Всеукраїнської наукової конференції (20-21 жовтня)*. М. Луцьк, ДонНТУ, 2022 р.

39. Статут комунального некомерційного підприємства «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради лікарні. URL: <https://crh.cn.ua/ustanovchi-ta-dozvilni-dokumenty/> дата звернення 16.10.2022).

40. Управління охорони здоров'я Чернігівської обласної адміністрації: веб сайт. URL: <https://uoz.cn.ua/>

41. Урядовий портал. Реформа децентралізації. URL: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/efektivne-vryaduvannya/reforma-decentralizaciyi>

42. Чупрій І.К, Чупрій Н.В., Чупрій Л.В. Нормативно-правове забезпечення системи охорони здоров'я в сучасних реаліях. *Art of medicine*.2 (14) квітень-червень 2020. С.121-125

43. Andersen KG, Rambaut A, Lipkin WI, Holmes EC, Garry RF. The proximal origin of SARS-CoV-2. *Nat Med*. 2020 Apr;26(4)

44. Biryukov J, Boydston JA, Dunning RA, Yeager JJ, Wood S, Ferris A, Miller D, Weaver W, Zeitouni NE, Freeburger D, Dabisch P, Wahl V, Hevey MC, Altamura LA. SARS-CoV-2 is rapidly inactivated at high temperature. *Environ Chem Lett*. 2021;19(2)

45. Giannos, P.; Kechagias, K.S.; Triantafyllidis, K.K.; Falagas, M.E. Spotlight on Early COVID-19 Research Productivity: A 1-Year Bibliometric Analysis. *Front. Public Health* **2022**, *10*, 811885.

46. Gupta, V.; Santosh, K.; Arora, R.; Ciano, T.; Kalid, K.S.; Mohan, S. Socioeconomic impact due to COVID-19: An empirical assessment. *Inf. Process. Manag.* **2022**, *59*, 102810
47. Hodder, A. New Technology, Work and Employment in the era of COVID-19: Reflecting on legacies of research. *New Technol. Work. Employ.* **2020**, *35*, 262–275.
48. Mofijur, M.; Fattah, I.R.; Alam, M.A.; Islam, A.S.; Ong, H.C.; Rahman, S.A.; Najafi, G.; Ahmed, S.F.; Uddin, M.A.; Mahlia, T.M.I. Impact of COVID-19 on the social, economic, environmental and energy domains: Lessons learnt from a global pandemic. *Sustain. Prod. Consum.* **2021**, *26*, 343–359.
49. Murray, C.J. COVID-19 will continue but the end of the pandemic is near. *Lancet* **2022**, *399*, 417–419
50. Nicola, M.; Alsafi, Z.; Sohrabi, C.; Kerwan, A.; Al-Jabir, A.; Iosifidis, C.; Agha, M.; Agha, R. The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *Int. J. Surg.* **2020**, *78*, 185–193.
51. Volz E, Mishra S, Chand M, Barrett JC, Johnson R, Geidelberg L, Hinsley WR, Laydon DJ, Dabrera G, O'Toole Á, Amato R, Ragonnet-Cronin M, Harrison I, Jackson B, Ariani CV, Boyd O, Loman NJ, McCrone JT, Gonçalves S, Jorgensen D, Myers R, Hill V, Jackson DK, Gaythorpe K, Groves N, Sillitoe J, Kwiatkowski DP, COVID-19 Genomics UK (COG-UK) consortium. Flaxman S, Ratmann O, Bhatt S, Hopkins S, Gandy A, Rambaut A, Ferguson NM. Assessing transmissibility of SARS-CoV-2 lineage B.1.1.7 in England. *Nature*. 2021 May;593(7858)
52. Walensky RP, Walke HT, Fauci AS. SARS-CoV-2 Variants of Concern in the United States-Challenges and Opportunities. *JAMA*. 2021 Mar 16;325(11)
53. World Health Organization. *Coronavirus Disease (COVID-19)*, 12 October 2020; WHO: Geneva, Switzerland, 2020