

ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра менеджменту, публічного
управління та персоналу

МОДЕРНІЗАЦІЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра з
публічного управління та адміністрування

Спеціальність “Публічне управління та адміністрування”

Студентка групи МЗОЗзм-22
ДЕРПАК Катерина Юріївна
Науковий керівник – Чикало І. В.
кандидат економічних наук, доцент

/Підпис наукового керівника/

/Підпис слухача/

Тернопіль 2023

БІБЛІОГРАФІЧНИЙ ОПИС ТА АНОТАЦІЯ

Дерпак К. Ю. «Модернізація організаційного забезпечення закладу охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи»: магістерська робота: спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування» / Катерина Юріївна Дерпак. Західноукраїнський національний університет; факультет економіки та управління, кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу; науковий керівник І. В Чикало; к.е.н., доцент – Тернопіль, 2023. – 90 с.

Зміст роботи. Всебічно проведено дослідження історичних аспектів державної політики стосовно системи модернізації надання медичної допомоги в Україні; проведено аналіз нормативно-правових документів в питаннях реформування закладів охорони здоров'я; проаналізовано діяльності медичних закладів в умовах модернізації системи охорони здоров'я в Україні на сучасному рівні; висвітлено рівень кадрового забезпечення медичних закладів в умовах модернізації на прикладі Центру первинної медико-санітарної допомоги № 2 Святошинського району м. Києва; визначено основні напрямки діяльності державної політики системи охорони здоров'я в умовах модернізації медичних закладів в Україні.

Ключові слова: сфера охорони здоров'я, модернізація системи охорони здоров'я, медичні заклади, медична допомога.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ СИСТЕМИ МОДЕРНІЗАЦІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	9
1.1. Історичні засади державної політики модернізації мережі закладів охорони здоров'я в Україні	9
1.2. Зарубіжна модель організаційного забезпечення діяльності системи охорони здоров'я	20
Висновки до розділу 1	24
РОЗДІЛ 2 СТАН ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МОДЕРНІЗАЦІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	28
2.1. Нормативно-правове забезпечення реформування системи охорони в умовах модернізації мережі медичних закладів	28
2.2. Аналіз діяльності медичних закладів в сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я	34
2.3. Кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я на прикладі Центру первинної медико-санітарної допомоги № 2 Святошинського району м. Києва	42
Висновки до розділу 2	49
РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МОДЕРНІЗАЦІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ	52
3.1. Ресурсне забезпечення закладів охорони здоров'я при наданні медичної допомоги на прикладі Центру первинної медико-санітарної допомоги № 2 Святошинського району міста Києва	52
3.2. Формування розвиненої системи маркетингової стратегії закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу на прикладі Центру первинної медико-санітарної допомоги № 2 Святошинського району міста Києва	64

Висновки до розділу 3	72
ВИСНОВКИ	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	78

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Модернізацію закладів системи охорони здоров'я України віднесено до першочергових і важливих складових реформи медичної галузі. Через стійку депопуляції в Україні, за рахунок високого рівня смертності людей саме працездатного віку, притому що кожен четвертий мешканець не доживає до 60 років, а кожен десятий – до 35 років, саме Програмою економічних реформ передбачається досягнути підвищення доступності медичної допомоги населенню. Через те, що тривалість життя в Україні у середньому нища на 10 років, ніж у європейських країнах та на 20 років ніж у Японії, реформування медичної галузі передбачає чітке розмежування первинного, вторинного і третинного рівня надання медичної допомоги [1].

Модернізація мережі медичних закладів та їх автономізація стартувала у 2018 році. Саме сімейним лікарям як основним модераторам первинної медико-санітарної допомоги необхідно вирішувати більшість звернень за медичною допомогою пацієнтів, що в послідуєчому допоможе попередити виникнення багатьох хвороб на первинному етапі діагностики захворювань. Тому на першому місці серед важливих пріоритетів модернізації системи охорони здоров'я на засадах сімейної медицини в Україні виступає доступність та якість медичної допомоги, яка надається населенню в умовах інтегрованої системи охорони здоров'я.

Модернізація мережі закладів системи охорони здоров'я проводиться поетапно і спрямована на формування сприятливих умов реформування медичної галузі шляхом чіткого структурного розмежування цієї сфери, створення ефективного ресурсного забезпечення, впровадження доступних для населення високоякісних медичних послуг, запровадження ефективного медичного страхування на засадах інституту сімейної медицини тощо.

Суть важливого наукового напрямку державного управління ситемою охорони здоров'я, визначається аналізом модернізації системи охорони

здоров'я шляхом чіткого розмежування первинного, вторинного, третинного рівнів медичної допомоги, що відображено у чисельних наукових працях [2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11].

Незважаючи на багаточисельні дослідження основних засад модернізації охорони здоров'я, не достатньо вивченими залишаються саме підходи до комплексного удосконалення та системного підходу, алгоритму дій з модернізації мережі закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу. Все вище зазначене, а також низька якість медичних послуг і нерівний доступ громадян до отримання медичних послуг зумовило визначити тему магістерського дослідження, мету та завдання дослідження.

Метою магістерської роботи є теоретичне обґрунтування та розроблення практичних рекомендацій з удосконалення модернізації закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу населенню.

Завдання дослідження:

– Дослідити основні історичні етапи становлення процесів модернізації системи закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу;

– здійснити аналіз нормативних і правових актів з реформування системи охорони здоров'я України;

– проаналізувати діяльності закладів, які надають медичну допомогу в умовах модернізації галузі охорони здоров'я;

– проведення аналізу ресурсного (кадрового, фінансового, матеріально-технічного забезпечення) та організаційно-функціональної структури закладів охорони здоров'я в умовах модернізації на прикладі Центру первинної медико-санітарної допомоги Святошинського району м. Києва;

– визначення стратегічних напрямків удосконалення системи модернізації закладів охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження – модернізація організаційного забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи.

Предмет дослідження – політика уряду стосовно проекту модернізації охорони здоров'я під час надання медичної допомоги населенню.

Методи дослідження. Для підвищення доступності надання медичної допомоги населенню, модернізація закладів охорони здоров'я базується на системному аналізі дослідження із застосуванням різних методів та способів пізнання, що в свою чергу залежить від певних аспектів і цілей дослідження. Все вище зазначене виступає основою різнобічного аналізу актуальних питань системи охорони здоров'я, які потребують негайного вирішення. Для реалізації поставлених у магістерському дослідженні мети й завдань застосовувався комплекс досліджень історичних аспектів державної політики щодо модернізації системи надання первинної медичної допомоги в Україні, джерелами інформації виступали опубліковані наукові праці вітчизняних та зарубіжних дослідників. Застосовувався комплекс загальнонаукових взаємопов'язаних та спеціальних методів дослідження, було використано пошуково-бібліографічний метод для систематизації наукових праць, порівняльно-правовий метод при аналізі загальних нормативних і законодавчих актів, переліку наказів Міністерства охорони здоров'я України, які необхідно використовувати в ході модернізації закладів охорони здоров'я, методи аналізу і синтезу, метод класифікації та систематизації, метод узагальнення й аналогії, які спрямовані на отримання достовірних і об'єктивних результатів, прогностичний метод для формулювання висновків, рекомендацій та пропозицій по темі дослідження.

Практичне значення отриманих результатів полягає в розробленні пропозицій, оснований на науково обґрунтованому підході визначення основних цілей і засобів удосконалення модернізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу в Україні.

Основні положення роботи стосовно організаційного забезпечення модернізації системи охорони здоров'я, висновків, які виходять із досліджень

даної роботи, стосовно подальшого розвитку інституту сімейної медицини, можуть бути використані керівниками закладів різних рівнів надання медичної допомоги та застосовані в практичній діяльності для зміцнення ролі сімейного лікаря центру первинної медичної допомоги або лікаря загальної проктики, що провадить господарську діяльність, перебуваючи у цивільно-правових відносинах із центром первинної медико-санітарної допомоги та загалом у медичній сфері діяльності органів державної влади, установах до дипломної та післядипломної освіти при підготовці спеціалістів, а також при підготовці нормативно-правових документів в системі охорони здоров`я.

Публікації. Зміст та загальні положення кваліфікаційної роботи відображено у двох публікаціях: в науковому фаховому виданні:

- Теоретико-методологічні основи досліджень державної політики щодо модернізації системи надання первинної медичної допомоги /Шкільняк М. М, Дерпак К. Ю., Дерпак Ю.Ю. // «Сімейна медицина. Європейські практики». - №2 (104). - 2023. - С. 24 – 30.

- Діяльність закладів первинної медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров`я в Україні /Дерпак К. // Матеріали XII Міжнародної науково- практичної конференції «Current challenges, thends and transformations». Boston, USA, December 13-16 2022, ISBN 978-8-88862-829-4, DOI 10.46299|ISG.2022.2.12 S. 348 – 353.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ СИСТЕМИ МОДЕРНІЗАЦІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Історичні засади державної політики модернізації мережі закладів охорони здоров'я в Україні

Система охорони здоров'я Радянського Союзу, в якій до 1991 року перебувала Україна, складалася історично в післявоєнних умовах, в період долаття наслідків громадянської війни та в період відбудови народного господарства після війни. Основні засади системи охорони здоров'я були відображені у працях її основоположників: міністра охорони здоров'я Радянського Союзу Семашка М.О., організаторів охорони здоров'я - Камінського Г. М., Соловйова З. П. та ін.

В ті часи важливим пунктом програми надання медичної допомоги населенню стала боротьба із туберкульозом, венеричними хворобами, алкоголізмом та іншими соціальними хворобами. Вони стали надзвичайно серйозною проблемою молодій країні. «Охорона здоров'я, писав М. О. Семашко, повинна стати справою не однієї особистості, а всього суспільства, всієї держави» [14].

Система охорони здоров'я Радянського Союзу була єдиною в світі і будувалася на засадах централізованого державного захисту громадського здоров'я через чітке державне управління та бюджетне фінансування, саме вона забезпечувала повний доступ усіх громадян до отримання медичних послуг на безоплатній основі. Радянська модель охорони здоров'я на початку її формування вважалася доступною і прогресивною. Всесвітня організація охорони здоров'я в ті часи рекомендувала впроваджувати іншим країнам світу саме таку модель охорони здоров'я населення.

На сьогоднішній день бюджетну модель охорони здоров'я Великої Британії багато фахівців цієї галузі вважають найкращою у світі, хочо в основі її організації застосовано деякі підходи міністра Семашка [15].

Організатори охорони здоров'я під керівництвом М. О. Семашка зуміли в ті часи подолати безсистемність медицини, перевести її на високий рівень профілактики захворювань. Основні надбання цієї системи проявилися після Другої світової війни. Ці надбання дали потужний напрямок розвитку радянської системи охорони здоров'я, що на десятиліття підносило її, вона займала чільне місце як найкраща модель у світі. Однак, ефективно ця модель могла діяти тільки в умовах соціалістичної економіки. Сьогодні вона повністю деградувала.

Отже, наразі гостро постало питання щодо реформування «семашківської» системи охорони здоров'я, як неефективної, нездатної надавати якісні медичні послуги та занчно корупованої. Серед основних показників охорони здоров'я, саме - середня тривалість життя, залишалася однією з найгірших у світі, при високих витратах на охорону здоров'я.

Перший пункт Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) зазначає, що «здоров'я – це не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів, а стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя». Фізичне та душевне благополуччя громадян не завжди визначає ідеальне здоров'я. Здоров'я є стан організму, що зберігає оптимальну саморегуляцією усіх органів та систем при успішному їх функціонуванні, відсутність хворобливого стану чи загалом прояву хвороби, гармонія із зовнішнім оточенням. Отже, здоров'я – це здатність організму адаптовуватися до змін навколишнього середовища та перебувати з ним у рівновазі.

За даними Європейського регіонального бюро (ЄРБ) ВООЗ саме глобалізація, демографія, екологія, серед яких важливе місце займає забруднення зовнішнього довкілля, кліматичні зміни, військові, політичні та соціальні конфлікти, високі технологічні надбання, міграція населення до великих міст, бідність і зубожіння населення, нестача продуктів харчування і

якісної питної води, займають суттєве місце житті людини та визначають сучасну концепцію охорони здоров'я.

В Україні модернізація системи охорони здоров'я розпочалася зразу після здобуття незалежності у 1991 році. Розвиток системи охорони здоров'я того періоду розділено на чотири етапи: перший 1991-2000 роки; другий 2000-2010 роки; третій 2010-2013 роки; четвертий з 2014 року і по сьогоднішній день. В 2010 році була запроваджена Програми економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава».

В перший період всі реформи охорони здоров'я проводились під егідою Міністерства охорони здоров'я, як центрального органа виконавчої влади. Основним напрямком цих реформ було зберегти існуючу модель системи охорони здоров'я, запобігти її розвалу, забезпечити населення медичними послугами та невідкладною медичною допомогою, при цьому зберігаючи мінімальний рівень соціальних гарантій.

Фонд «Відродження» у 2001 році розробив і визначив стратегію основних напрямків розвитку системи охорони здоров'я в Україні [16] при підтримці Світового банку та Європейської комісії [17].

Низка міжнародних проектів були присвячені розробці та запровадженню нових механізмів фінансування медичної галузі. Розпочате фінансування пілотних проектів стосовно профілактичних заходів охорони здоров'я у містах певних областей та міста Києва в період 2002 – 2006 років, фінансування на управління в системі охорони здоров'я протягом 2003-2006 років, розвиток системи медичних стандартів в період 2004-2006 років, розвиток реформ вторинної медичної допомоги в 2007-2009 роках лягло в основу Концепції розвитку охорони здоров'я України, яка була затверджена Указом Президента України від 07.12.2000 № 1313/2000. На сьогоднішній день вона є чинна, хоча низка положень стали застарілими і неактуальними.

З 2010 року розпочала діяльність Президентська Програма економічних реформ на 2010 - 2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [18]. Набирали старту суттєві зміни у сфері охорони здоров'я, стосовно підвищення доступності медичної допомоги населенню, що ґрунтувалося на засадах вітчизняного і закордонного досвіду та з урахуванням основних засад доказової медицини, специфіки національного менеджменту охорони здоров'я, а також досвіду передових країн, проектів та матеріалів Єврокомісії у сфері охорони здоров'я [19].

Медична реформа передбачала проведення реформування медичної галузі шляхом чіткого структурного розмежування первинного, вторинного, третинного рівнів медичної допомоги, переорієнтація фінансової складової із застарілої інфраструктури, створення центрів первинної медичної допомоги, госпітальних округів, високоспеціалізованих центрів, університетських клінік, ефективного ресурсного забезпечення, що в послідуєчому призведе до надання надання якісних медичних послуг.

Стосовно проведення таких масштабних змін галузі охорони здоров'я у організаторів охорони здоров'я не було достатнього досвіду. З метою відпрацювання основних моделей реформи, її форм і механізмів, зведення до мінімального мінімуму негативних наслідків, була вибрана і впроваджена система пілотних регіонів [20]. Для проведення експерименту було обрано 4 регіони: один - Вінницька область, як аграрна область, два інших регіони - Дніпропетровська, Донецька області, як індустріальні регіони та місто Київ, як столичний регіон. Чисельність осіб відповідно складала 26,7 % населення України, що забезпечувало репрезентативність отриманих результатів. Міністерством охорони здоров'я у 2011- 2012 роках було розроблено нормативно базу, яка базувалася на вивченні при проведенні перетворень через моніторинг діяльності медичних закладів із залученням місцевих органів влади, всіх верств населення та медичних працівників.

В процесі реорганізації була доведена доцільність розмежувати структури, які надають первинну та вторинну медичну допомогу, визначити пріоритетним в розвитку первинної медичної допомоги я на

засадах сімейної медицини, демографічних показників території обслуговування, стану здоров'я населення території обслуговування, потреб прикріпленого населення, як основного при створенні центрів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) через розвинуту мережу амбулаторій в міських і сільських регіонах через їх трансформацію при збереженні або збільшенні їх кількості, допускається тільки реорганізація чи перепрофілювання з урахуванням потреб населення;

- «здійснення об'єднання ресурсів фінансового, кадрового, матеріально-технічного при забезпеченні організаційно-функціональної структури для надання медичних послуг на регіональному рівні первинної ланки охорони здоров'я відповідної адміністративної території, а також вторинної та екстреної медичної допомоги» [21];

- «розподіл обсягів надання медичної допомоги між лікарями первинної ланки та лікарями-спеціалістами, запровадження так званих «маршрутів» направлення пацієнта на консультацію чи лікування у вторинні та третинні заклади охорони здоров'я, створення госпітальних округів, високоспеціалізованих центрів, університетських клінік» [21];

- «запровадження системи фінансування із розрахунку на одного жителя на договірній основі, за виконання певних обсягів та відповідну якість роботи» [21];

- «запровадження державного регулювання цін на лікарські препарати для лікування гіпертонічної хвороби, цукрового діабету через механізм реімбурсації» [21].

Структурно-функціональних підходи, визначені статтею 35-1 розділу V Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 7 липня 2011 року №3611-VI, визначають розмежування сфер надання вторинної та третинної медичної допомоги, питань автономізації закладів охорони здоров'я, фінансового плану оплати медичних послуг в закладах різних рівнів надання медичної допомоги.

Розпочатий четвертий (нинішній) період, потребував розроблення комплексних підходів до реформування медичної галузі. Головними напрямками цих підходів стали з однієї сторони - зменшення впливу адміністративних методів на діяльність медичного закладу, з іншої - збільшення самостійності в управлінні. У 2015 році урядом було запроваджено цільове фінансування охорони здоров'я з державного бюджету через модель медичної субвенції [22] та дозволено одночасне фінансування закладів охорони здоров'я із місцевих бюджетів [23]. Було скасовано «Наказ № 33 Міністерством охорони здоров'я, згідно якого штати медичного закладу залежали та формувалися відповідно розміру ліжкового фонду» [24].

Основні засади оптимізації мережі закладів охорони здоров'я базувалися за принципом, при якому малопотужні, погано оснащені медичним обладнанням та не завантажені лікарні перепрофільовувалися в інші заклади, по типу санаторій, реабілітаційних центрів, хосписів, діагностичних центрів, які отримують кошти за відповідно надані послуги. Реорганізацією таких медичних установ здійснювали органи місцевої влади.

Реформу охорони здоров'я, яка розрахована на 2016-2020 роки, сформувало Міністерство охорони здоров'я і було схвалено Урядом через «Концепцію реформи фінансування медичної галузі» [25]. Основними складовими реформи виступає перехід від радянської моделі фінансування за залишковим принципом до фінансування медичних закладів за результатами діяльності. Основні зміни реформи: запровадження державного пакета медичної допомоги населенню; об'єднання на національному рівні бюджетних коштів для фінансування медичних програм, створення єдиного органу виконавчої влади для закупівлі медичних послуг у медичних установах – Національної служби здоров'я України (НСЗУ) в структурі Міністерства охорони здоров'я України; перехід до закупівлі на договірних засадах медичних послуг для населення у медичних закладах, перехід до нового економічного і рентабельного утримання мережі закладів охорони здоров'я; набуття медичними установами статусу некомерційних

комунальних підприємств міського, районного чи обласного рівня, запровадження електронної системи (e-Health).

В ході модернізації мережі закладів первинної медико-санітарної допомоги було прийнято низку наказів Міністерства охорони здоров'я України: від 20.05.2011 № 304 «Про затвердження Тимчасових методичних рекомендацій з визначенням обсягів фінансування закладів охорони здоров'я за видами надання медичної допомоги у пілотних регіонах», від 08.06.2011 №346 «Про затвердження Тимчасових методичних рекомендацій щодо запровадження програмно-цільового методу складання та виконання місцевих бюджетів в системі охорони здоров'я в пілотних регіонах», від 29.06.2011 №384 «Про затвердження примірного статуту Центру первинної медико-санітарної допомоги», від 11.03.2011 №141 «Про затвердження методичних рекомендацій «Уніфікована методика розробки індикаторів якості медичної допомоги», від 15.07.2011 №420 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі», від 04.11.2011 №756 «Про Порядок вибору лікаря, що надає первинну медичну допомогу», від 05.10.2011 №646 «Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві, «Порядок планування та прогнозування розвитку мережі комунальних закладів охорони здоров'я у пілотних регіонах», «Порядок медичного обслуговування громадян центрами первинної медичної допомоги», «Порядок організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну та третинну медичну допомогу», «Порядок розміщення та розрахунок кількості бригад швидкої медичної допомоги».

В 2017 році було прийнято низку законодавчих та нормативних актів, які забезпечували і сприяли реалізації реформи, а саме: «Закон про автономізацію закладів охорони здоров'я» [26] та «Методичні рекомендації щодо перетворення медичних закладів із бюджетних установ у некомерційні

комунальні підприємства» [27]; «Закон про державні фінансові гарантії» [28], яким передбачається надання пацієнтам певних медичних послуг за рахунок бюджетних коштів [29], затверджено «рішення щодо створення Національної служби здоров'я України» [30], визначено перелік вимог до надавачів медичних послуг та розроблено порядок укладання договорів на медичне обслуговування населення [31, 32, 33], затверджено розрахунок вартості медичних послуг [34].

Впровадження реформи щодо фінансування медичних закладів, які надають первинну медичну допомогу (сімейний лікар, терапевт, педіатр) запроваджено новий принцип, за яким «гроші йдуть за пацієнтом». Відповідно, розмір бюджетного фінансування медичного закладу первинної медико-санітарної допомоги залежить від пацієнтів, їх кількості, кількості і якості послуг, які їм надаються. Як державний страховик, Національна служба здоров'я України, закуповує медичні послуги від імені пацієнта в установах охорони здоров'я на умовах за чітко визначеним переліком і згідно визначеного розрахунку. Все це сприяє медичним установам бути кращими, доступнішими, надавати високоякісні медичні послуги, тим самим більше залучити пацієнтів і залучати кращих фахівців, фінансово стимулювати працівників за надані послуги.

Ця реформа медичної галузі вивела на вільний ринок надання медичних послуг на основі рівності в потребі отримати відповідну послугу, через підписання декларацій із медичними закладами первинної медико-санітарної допомоги. В позитиві – 28,5 млн підписаних декларацій із сімейними лікарями в період 2019 - 2021 роки. У Польщі за аналогічний період обрали сімейного лікаря до 30% населення.

Для досягнення ефективного балансу між гарантіями стосовно отримання послуг на безоплатній основі і спроможністю покриття державою витрат на їх надання, була створена на законодавчому рівні Програма державних гарантій [28]. Ця Програма охопила всі види надання медичної допомоги населенню разом із медикаментозним забезпеченням. Основним в цій Програмі є збереження основних Положень Конституції України щодо

отримання безоплатної медичної допомоги, відсутність пріоритету за соціальними ознаками при наданні медичних послуг населенню та відсутність напівоплати за медичні послуги, які надаватимуться.

Саме Національна служба здоров'я України виступає гарантом і перебирає левову частину повноважень при формуванні політики надання медичних послуг населенню. Відповідно, саме на НСЗУ «покладено розроблення і впровадження програм державних гарантій, переліку тарифів медичних послуг, виробів медичного призначення, лікарських засобів та функціонування електронної системи» [28].

Запровадження договірних відносин між надавачем і отримувачем медичних послуг, концентрується вся суть Програми, що призведе в наступному до підвищення якості надання медичних послуг та отримання задовільних результатів в лікуванні пацієнтів.

У 2016 році було видано наказ Міністерства охорони здоров'я, яким скасовується принципи «уніфікованих клінічних протоколів», дозволяється лікарю самостійно обирати певний клінічний протокол, який визначений у «Наказі та міститься в електронних ресурсів різних країн і застосовувати його при зверненні пацієнта, так звані «нові клінічні протоколи» [35], що створює умови для інтегрованості та наступності медичного обслуговування пацієнтів.

В цьому є позитив до самостійності лікаря і бажання отримати позитив від лікування.

В 2020 році стартувала реформа третинного рівня надання високо спеціалізованої медичної допомоги, при збереженні принципу, за яким «гроші йдуть за пацієнтом». При якому пацієнт самостійно обирає медичний заклад, отримує медичну послугу. Відповідно, медична установа виставляє рахунок НСЗУ за надані послуги і отримує кошти від НСЗУ. При не достатній кількості послуг, які надає медичний заклад в поточному році, відповідно він не отримає контрактів із НСЗУ на наступний рік і це може призвести до недофінансування державою цього медичного закладу. Пацієнт, отримавши

неякісну медичну послугу, вимушений буде звернутися в інший заклад, який сторив позитивний імідж в плані надання медичної допомоги якісного гатунку та висококваліфікованими фахівцями і за сервіс загалом. Саме пацієнт буде приводити в медичний заклад бюджетні кошти - кошти національного страховика: НСЗУ.

Реформування стаціонарного сектору проводиться поступово, зберігаючи чисельність закладів третинного рівня та склад медичного персоналу.

Міністерством охорони здоров'я розробило Положення про госпітальний округ [37, 38, 39]. Згідно якого, виписані рамкові вимоги до багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування, вимоги до медичних ресурсів, інфраструктури закладу, медичного обладнання, транспортного та комунікаційного забезпечення [40].

Згідно Порядку формування госпітальних округів, затвердженого урядом, виписаний в кожній області перелік та склад госпітальних округів.

За інформацією Національної служби здоров'я України, станом на 01.01. 2022 року підписано 2686 договорів про надання первинної медико-санітарної допомоги, що складає 68,32 % від загальної кількості укладених договорів. По структурі договорів щодо надання первинної медичної допомоги: 1735 медичних закладів комунальної власності; 476 – фізичні особи (ФОП) і 314 – приватні медичні заклади без ФОП. Найбільше договорів підписано у Львівській, Київській, Одеській та Дніпропетровській областях.

Комунальні міські, районні, обласні некомерційні медичні установи країни практично всі задіяні в реформуванні через отримання коштів з державного бюджету згідно заключених договорів з НСЗУ. Всі кошти за надані медичні послуги будуть направлені в медичні заклади, які обирають пацієнти. При тому, що вони за рахунок надходжень стають більш ефективними і фінансовоспроможними. Так, приблизно 40 % медичних закладів збільшили свій бюджет за аналогічний період минулого року, яке

передбачало лише державне чи місцеве фінансування, при тому, що 20 % лікарень мали бюджет більший за надану їм медичну субвенцію.

Однак, не все так гладко проходить як хотілося. Існують виклики, пов'язані з опором тіньового і навіть корумпованого ринку. Неофіційна статистика, засвідчує, що приблизно 40 % медичних послуг оплачують за власні кошти пацієнти, причому на оплату коштовних оперативних втручань населення бере банківські кредити, продає майно за ради порятунку свого життя чи родичів, не завжди оправданий такий захід і не завжди пацієнт отримує якісне лікування. З метою запобігання існування злякисного «непацієнтоорієнтованого» середовища, саме НСЗУ як орган центральної виконавчої влади здійснює контроль якості і виду надання медичних послуг, оплати медикаментів та інших витратних матеріалів, необхідних для здійснення лікувальної процедури. Не малу роль відіграє самоусвідомлення та поведінка самих пацієнтів, які звертаються до медичного закладу для отримання медичної послуги.

Для запобігання подібним викликам, країнами Європейського регіону ВООЗ була розроблена і прийнята стратегічна платформа – «Основи європейської політики «Здоров'я - 2020» [41], яка базується на європейських цінностях надання медичної допомоги населенню, збереження здоров'я, профілактики і запобігання хворобам, зорієнтовану на конкретних діях та адаптовану до конкретних умов (реалій).

Даним документом визначено сучасну стратегію та висвітлено шляхи щодо вирішення існуючих нагальних проблем охорони здоров'я, запропоновано переглянути застарілі і неоправдані механізми управління медичною галуззю, визначено нові механізми розвитку структури закладів громадського здоров'я, чітко зазначено пріоритети при наданні населенню медико-санітарної допомоги, окреслено провідні чинники розвитку хвороб та вплив на них. Розроблено профілактичні заходи в боротьбі з підвищеним артеріальним тиском, гіперхолестеринемією, ожирінням, тютюнопалінням, алкоголізмом, наркоманією, гіподинамією та недостатньою фізичною

активністю тощо. Рада ЄС задекларувала прово кожного громадянина бути здоровим незалежно від статусу, національної приналежності, рівність доступу при отриманні медичних послуг високої якості, повне охоплення всіх верств населення медичним обслуговуванням. Принцип солідарності при фінансуванні медичних послуг населенню є основною цінністю європейської політики.

1.2. Зарубіжна модель організаційного забезпечення діяльності системи охорони здоров'я

Визначення найкращої моделі системи охорони здоров'я за сітовими рейтингами та реалізація права громадянина на охорону здоров'я, нажаль, не дають відповіді хто є у цій сфері світовим лідером. Причина в тому, що не розроблено цільових критеріїв оцінки. Так, вважається, що найкращою системою охорони здоров'я за рейтингом процвітання і рівнем ефективності надання медичної допомоги населенню у 2022 році була Сінгапурська модель охорони здоров'я, на другому місці – Японська, і на третьому – Швейцарська модель. Українська модель системи охорони здоров'я посідала 126 місце [42]. Глобальним індексом безпеки здоров'я нації у 2022 році кращими країнами визначено США, Великобританію, Нідерланди, Австралію. Україна, нажаль, в цьому рейтингу розділила 98 місце [43]. У Звіті про «Європейський індекс споживачів охорони здоров'я за 2022 рік» перші місця зайняли Швейцарія, Нідерланди і Норвегія, найкраще забезпечення прав пацієнтів спостерігалось у Нідерландах та Норвегії, доступність до отримання медичної допомоги на першому місці знаходиться Швейцарія, за якістю і високими результатами лікування – Фінляндія, Норвегія і Швейцарія, профілактика захворювань найкраща у Норвегії, якісні фармацевтичні препарати та вироби медичного призначення – у Німеччині та Нідерландах [44].

Стосовно забезпечення медичною допомогою та доступністю до медичних послуг Британську модель системи охорони здоров'я визнано найкращою у світі.

Британська модель в основному державна. Бюджет охорони здоров'я Великобританії складає 90 % за рахунок державного бюджету. На надання медичної допомоги щорічно припадає 9,5 % валового внутрішнього продукту країни, за обсягом це другий після Пенсфйного фонду соціальний бюджет країни. Такі асигнування бюджету дозволяють до 85% усіх випадків втрати працездатності покривати держбюджетом і тільки 8% покриває приватне медичне страхування, причому готівковими коштами – 2 - 5%, за рахунок оплати додаткових послуг, решту — інше медичне страхування та комерційна діяльність. «У Великій Британії всі медичні послуги населенню надаються на безоплатній основі, навіть існує практика відшкодування пацієнту вартості квитка чи іншого виду проїзду до медичного закладу» [45].

Урядом Британії запроваджена концепція «внутрішнього ринку», яким лікарям загальної практики дозволено розпоряджатися коштами шляхом створення самоврядних об'єднань фондоутримувачів медичних установ. При цьому поняття «ринок» замінили на «співробітництво» між надавачем і отримувачем медичних послуг з основним акцентом на первинному рівні надання медичної допомоги. Такі ринкові заходи та низка інших сприяють стримуванню зростання вартості лікування пацієнтів, змушують медиків надавати якісну і ефективну медичну допомогу на початкових етапах, щоб через ранню діагностику та якісне лікування зекономити на повторних діагностичних і лікувальних процедурах. Ця модель надання медичної допомоги виявилася найменш затратною серед інших світових. При тому, що державний бюджет Британії на медичне обслуговування у двічі менший за медичні бюджети інших розвинутих країн, проте ефективність даної моделі охорони здоров'я є однією з найкращих у світі.

Так, у США на одного пересічного громадянина витрачають 8500 доларів на медичне обслуговування в рік, на аналогічні послуги у Британії витрачають 3400 доларів, при цьому більшість американці не задоволені

отриманими послугами і визнають кращою і ефективнішою британську модель охорони здоров'я [45].

Серед найбільш успішних моделей охорони здоров'я у світі визнана австралійська модель. За фінансовою структурою оплати медичних послуг ця модель базується на поєднанні провайдерів-надавачів медичних послуг державного і приватного секторів.

За даними дослідження Bloomberg встановлено, що Австралія посідає шосте місце. Враховували при цьому середню тривалість життя мешканця країни, показник абсолютної і відносної вартості медичної послуги на одного пересічного мешканця. Важливим є те, що «дитяча смертність у Австралії сама низька у світі і складає серед дітей віком до 5 років – 4.1 на 1000 новонароджених, неонатальна смертність - 2 на 1000 народжених живими. Середня тривалість життя персичного мешканця в середньому складає 82,2 роки» [46].

Первинна ланка надання медичної допомоги, до якої відносяться державні і комунальні амбулаторії, фармацевтичні заклади, стоматологічні установи забезпечуються однаково провайдерами медичних послуг, як державного так і приватного сектору. Вторинний рівень надання медичних послуг представлений в основному закладами охорони здоров'я державної форми власності. При цьому, 65 % від загальної кількості ліжок, в абсолютних одиницях це 58 567 ліжок становлять державні лікарні, і тільки 35% (30 929 ліжок) - приватні медичні установи. Існує мережа локальних лікарень, кількісно їх 126, які пов'язані між собою дуже тісно, в основу яких покладена координація надання високоспеціалізованої медичної допомоги, що дозволяє легко організовувати і координувати всі складові етапи діагностичної чи лікувальної послуги в межах кількох лікарень. Ці медичні установи є автономними у використанні бюджетних коштів на потреби конкретного пацієнта, групи населення чи регіону, пацієнт отримує медичну допомогу без направлень в будь-якій медичній установі, при цьому інформація про пацієнта є доступною для інших медичних установ, куди може пацієнт звернутися повторно. Це позитивно впливає як

на якість роботи медиків, так і на надання медичної послуги, чого, нажаль, немає в українських медичних закладах [46].

Фінансування на медичні послуги в Австралії здійснюється до 70 % за рахунок державного бюджету і тільки до 30 % із інших. При цьому власні кошти пацієнта складають 17 %, 8 % за рахунок приватних страхових компаній і 5 % шляхом компенсації роботодавцем через нещасні випадки, внаслідок тимчасової непрацездатності при травмах на виробництві, при дорожньотранспортних пригодах, а також на реабілітацію та відновлення після госпітального лікування. В основному, фінансування медичних послуг здійснюється через податки. Причому австралійці самостійно купують приватні страхові полюси, загальною вартістю на сім'ю від 1500 до 8000 австралійських доларів на рік, яка залежать від обсягу медичних послуг.

Австралія у 2021 – 2022 роках витратила на охорону здоров'я близько 9,4 % свого ВВП, що склало 142 млрд доларів, при цьому витрати на первинну ланку склали 36,4 % загального бюджету (50,8 млрд доларів), на вторинну ланку – 38,3% (53,9 млрд доларів). Державне фінансування здійснює Австралійський уряд – 42,8 % із загальних 70 % та уряди штатів - 27,8 % із 70 % [46].

Отже, основна ланка первинної медичної допомоги в Австралії представлена інститутом сімейної медицини, основною функцією яких є профілактика захворювань. Оплата праці лікаря залежить від кількості саме здорових людей, і чим кращий цей показник, тим зарплата суттєва. Спеціалістів вузького профілю набагато менше за лікарів загальної практики. Вони надають високо спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам суто по вузькопрофільній патології і пацієнти потрапляють на прийом до конкретного спеціаліста лише за направленням сімейного лікаря.

В Європі серед найкращих моделей системи охорони здоров'я посідає Швейцарія, притому що вона є найдорожчою у світі.

Система охорони здоров'я Швейцарії, на відміну від інших європейських країн, не заснована на оподаткуванні та не фінансується роботодавцями. Кожен мешканець Швейцарії отримує базове медичне страхування та страхування від нещасних випадків через сплату внесків, доповнюючи базове медичне покриття додатковими приватними медичними страхувальниками. Доступ до системи охорони здоров'я отримують тільки ті, хто має базове медичне страхування і яке покриває 80 - 90 % витрат на охорону здоров'я. В переліку послуг знаходиться післяопераційна реабілітація, стаціонарне, амбулаторне, невідкладне лікування офтальмологічної патології, ЛОР патології, челюпно-лицьової хірургії, онкології, гінекологічні обстеження та пологи, травми та аварії, загальні обстеження, психотерапія та витрати на медичні вироби, ліки за рецептами. До базового медичного страхування відноситься щеплення проти коклюшу, дифтерії, кору, епідемічного паротиту, краснухи, правця та гепатиту Б [47].

У Нідерландах система медичного страхування складається із поєднання державних та приватних медичних пакетів, побудованих на засадах солідарності, ефективності та цінності пацієнта. Існує два види медичного страхування у Нідерландах: основне - обов'язкове, базове страхування й необов'язкове – додаткове, яке вільно обирає громадянин.

«Поліс обов'язкового державного медичного страхування дає право на отримання безкоштовного медичного лікування, включаючи рецепти на отримання ліків, при цьому воно не охоплює деякі види лікування стоматологічного та фізіотерапевтичного профілю» [48, 49].

Кожен мешканець, який постійно чи тимчасово проживає в Нідерландах і працює більше чотирьох місяців, повинен отримати базове медичне страхування. Для цього громадянин повинен зареєструватися в уряді місцевого рівня, після чого він отримує номер служби обслуговування громадян, потім реєструється у місцевого лікаря [49, 50].

Якщо мешканець не придбав протягом чотирьох місяців базовий пакет медичного страхування, уряд вживає всіх заходів для здійснення добровільного страхування, спочатку направляє лист для реєстрації на медичне страхування в зазначений термін до трьох місяців. І якщо громадянин в зазначений термін не отримав страхового полісу, то на нього накладається штраф, у сумі 490 євро, і якщо через півроку не буде придбано страховку, то повторно виписується штраф на таку ж суму, і тільки через дев'ять місяців, місцеві органи влади самостійно зареєструють громадянина у страховика, який буде стягувати щомісячно компенсацію із заробітної плати [50].

Аналіз законодавчих, нормативних прав громадян на охорону здоров'я, функціонування світових моделей системи охорони здоров'я надав можливість прийти до висновку, що на практиці не існує універсальної моделі медичного страхування. Важливу роль у функціонуванні охорони здоров'я різних країн світу відіграє соціальний рівень громадянина та культурне середовище конкретної країни.

В Україні необхідно розробити та впровадити власну програму медичного страхування громадян з урахуванням соціальних і економічних особливостей розвитку нашої держави. При цьому слід переглянути існуючу національну політику в сфері охорони здоров'я та направити основні зусилля на вирішення доступності та своєчасного надання якісної медичної допомоги.

Запровадження в Україні моделі обов'язкового медичного страхування на основі досвіду європейських країн призведе не тільки до покращення надання медичних послуг населенню, а й до вдосконалення і виведення їх на значно вищий рівень за якістю, доступністю і ефективністю [51].

Висновки до розділу 1

1. Вивчено і досліджено основні аспекти сфери охорони здоров'я стосовно модернізації медичної галузі в наданні медичної допомоги в Україні, формування розвиненої системи сімейної медицини та багатопрофільних лікарень інтенсивної терапії. Визначено необхідність реформувати існуючу модель охорони здоров'я, яка є неефективною через низьку якість медичних послуг, нерівний доступ до медичних послуг населення та корупційні елементи в сфері закупівлі обладнання, виробів медичного призначення та медикаментів. Встановлено, що за основними показниками надання медичних послуг, не зважаючи на значні фінансові затрати на медичну галузь, система охорони здоров'я в Україні залишається однією із гірших в Європі.

Досліджено основні складові елементи охорони здоров'я, до яких належить глобалізація, серйозні демографічні зміни, екологічні проблеми через забруднення довкілля, зміни клімату, катастрофи техногенного і природничого характеру, модернізація і технологічні нововведення, наявність соціальних і політичних конфліктів, нерівність розподілу матеріальних благ та доступність населення до послуг, міграція населення, урбанізація тощо.

2. Вивчено зарубіжний досвід модернізації охорони здоров'я як складового елементу державної політики в системі надання медичної допомоги населенню та встановлено, що за світовим рейтингом забезпечення населення якісними медичними послугами визнано британську модель системи охорони здоров'я, яка існує на державницьких засадах, при бюджеті у 90 % за рахунок державного, при щорічних 9,5 % валового внутрішнього продукту.

Визначено серед найбільш успішних у світі австралійську модель системи охорони здоров'я, ефективність, якої зумовлена і базується на поєднанні державних та приватних надавачів медичних послуг, їхньою структурою та механізми фінансування медичної галузі. Встановлено, що у

Швейцарії існує найкраща модель системи охорони здоров'я в Європі, і при тому однією із найдорожчих у світі.

РОЗДІЛ 2

СТАН ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МОДЕРНІЗАЦІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Основний Закон України, що регулює основну діяльність охорони здоров'я, є Конституція України [52]. Так, статтею 49 Конституції України «кожний громадянин має гарантоване право на охорону свого здоров'я, отримання безоплатної і кваліфікованої медичної допомоги, медичного страхування» [52]. Цим важливим нормативно-правовим актом держава гарантує створення умов всім громадянам отримувати ефективне і доступне медичне обслуговування.

Серед основних Законів України - «Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ» [36] посідає чільне місце в правовому полі і чітко регулює діяльність медичної галузі.

Закони України про охорону здоров'я чітко базуються суцільно на засадах правова, в основі лежать організаційні, економічні та соціальні відносини. Вони чітко регулюють суспільні відносини громадян, сприяють їх фізичному і духовному розвитку, створюють умови для високої працездатності, усувають негативні фактори, які можуть загрожувати здоров'ю населення як виробничого, так і природничого характеру, попереджують виникнення захворювань, інвалідності та смерті, сприяють гармонійному розвитку громадянина у фізичному і духовному плані, створюють умови для довголітнього життя громадян через збереження довкілля, отримання якісних і доступних харчових продуктів, питної води, доступність санаторного і курортного відпочинку тощо.

У зазначеному вище Законі, визначено основні терміни і положення, визначено і змістовно обґрунтовано перелік прав людини і громадянина у

сфері охорони здоров'я. Так, статтею 5 Основ, визначено основні принципи, якими визнається охорона здоров'я громадян як пріоритетною у відносинах між суспільством і державою, забезпечуються дотримання всіх прав і свобод громадян в галузі охорони здоров'я, побудованих із наданням гарантій державою на охорону здоров'я людини, що є головним чинником існування народу і розвитку держави Україна в цілому.

Статтею 7 Основ визначаються основні гарантії на охорону здоров'я населення, забезпечується право громадян на отримання гарантованої і в повному обсязі медичної допомоги, лікарських препаратів та інших засобів медичного призначення за визначеним порядком. У статті 8 Основ визначено на правових засадах основи захисту права громадянина на охорону здоров'я, отримання безоплатного медичних обслуговування у медичних закладах державного та комунального підпорядкування.

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [28], прийнятий у 2017 році регулює видатки в системі охорони здоров'я і є одним із основоположних нормативних актів сфери діяльності медичної галузі. Саме цим Законом передбачається виділення коштів на охорону здоров'я та медичне обслуговування населення із державного бюджету, місцевих бюджетів та від надання медичними установами платних медичних послуг.

Даний закон регулює і встановлює новий порядок стосовно фінансування медичної галузі, яким передбачено фінансування медичних послуг, яких потребує населення, замість утримання медичних закладів. Цим Законом започатковується нова бюджетна Програма, якою визначено основний перелік медичних послуг, лікарських засобів та виробів медичного призначення, що фінансуються з Державного бюджету. Основними статтями якого є здійснення діагностичних заходів, лікування та реабілітація пацієнтів через хвороби, травми, отруєння та інші патологічні стани, а також пов'язаних з вагітністю і пологами.

Фінансування програм розвитку комунальних некомерційних медичних установ здійснюють органи місцевого самоврядування стосовно капітального ремонту приміщень чи реконструкції їх, оснащення медичним обладнанням через оновлення матеріальної і технічної баз, а також на оплату праці працівників медичних закладів за програмою "місцевого стимулювання" та інших програм по наданню безоплатної медичної допомоги населенню через перелік медичних послуг, програм охорони громадського здоров'я та інших.

Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 року № 410 «Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» [31] є базовим нормативним актом у питаннях фінансування охорони здоров'я. На виконання даної Постанови Міністерством охорони здоров'я України затверджено «Порядок укладення договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій та їх припинення», із внесеними змінами та доповненнями, визначена типова форма «Договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій», яка укладається з Національною службою здоров'я України.

Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 року № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення» [53] є важливою у значенні реформування охорони здоров'я. Дана Постанова визначає суб'єктів, які здійснюють господарську діяльність з медичної практики, які укладають договори на медичне обслуговування населення з головними розпорядниками бюджетних коштів для надання медичної допомоги населенню через певний перелік послуг.

Важливими в питаннях організаційного забезпечення модернізації охорони здоров'я в питаннях реформування первинної ланки медичної допомоги, є Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 року № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [54]. Цей Наказ затверджує «Перелік медичних послуг з надання первинної медичної допомоги», «Перелік медичних втручань для певних

груп пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань», а також «Перелік лабораторних та інструментально-діагностичних досліджень, що здійснюються у межах медичних послуг з надання первинної медичної допомоги».

Наведені у Переліках медичні послуги фінансуються за рахунок видатків «Програми державних медичних гарантій та Програми «Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу» [54]. Програмою визначена і затверджена типова «Форма декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» [55], яка регулює процес вибору лікаря на засадах сімейної медицини, затверджує схему заповнення декларації, механізм припинення дії декларації.

Важливим завданням організаційного забезпечення модернізації охорони здоров'я виступає реформування електронної системи медичної галузі. Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 року № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» затверджує, поданий Міністерством охорони здоров'я України «Порядок щодо функціонування електронної системи охорони здоров'я», а також «Порядок опублікування відомостей з електронної системи охорони здоров'я Національною службою здоров'я України», що дозволяє пацієнтам використовувати дані електронні сервіси для отримання в повному обсязі медичні послуги за «Програмою державних гарантій медичного обслуговування населення» [56].

За короткий період прийнято велику кількість нормативно-правових актів для модернізації охорони здоров'я, однак кількість проблем в питаннях надання медичної допомоги населенню на сучасному етапі не зменшилася.

Так, статтею 49 Конституції України передбачається надання населенню безоплатної медичної допомоги державними і комунальними закладами охорони здоров'я.

Можливість держави безоплатно покрити і надати якісну і висококваліфіковану медичну допомогу пацієнту не є реальною.

Урегулювати цю колізію між Основним Законом, який регулює гарантоване безоплатне медичне обслуговування населення через досягнення балансу між гарантіями держави на безоплатну медичну допомогу та реальними можливостями держави покривати ці видатки виступила, підготовлена Урядом «Програма державних гарантій на безоплатне медичне обслуговування населення», яка визнана «Законом України від 19.10.2017 року №2168- VIII» [28].

Ця Програма охоплює всі види надання медичної допомоги населенню, включаючи лікарські засоби та вироби медичного призначення для всіх громадян України. Однак, залишаються не докінця врегульованими відносини оплати пацієнтами певних медичних послуг, які не в змозі надати медична установа державної чи комунальної форми власності, що надають інші заклади приватної власності через оплату власними коштами, і таких випадків досить багато в питаннях якісної діагностики чи лікування. Така реальність існує, є видимі порушення конституційних прав пацієнта в сфері отримання гарантованого безоплатного медичного обслуговування. Зважаючи на декларативний характер при отриманні безоплатних послуг, саме Національна служба здоров'я України повинна взяти на себе формування політики в питаннях безоплатного покриття медичних послуг для населення. В даних питаннях охорони здоров'я, саме вона одночасно виступає замовником медичних послуг для населення і розробником тарифів на медичні послуги, за якими здійснює фінансування надавачам медичних послуг та оплату лікарських препаратів і засобів медичного призначення згідно цільової «Програми державних гарантій медичного обслуговування населення, Основним завданням НСЗУ є забезпечення функціонування електронної системи медичної галузі» [28].

Конституційний Суд України від 29 травня 2002 року № 10-рп/2002 своїм рішенням офіційно зазначив, що у статті 49 Конституції України її третій частині, безоплатно медична допомога надається у державних і комунальних закладах охорони «всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного або наступного їх розрахунку».

На сьогоднішній день актуального питання набирає запровадження медичного страхування населення на засадах державного, приватного, залучення і використання добровільних медичних фондів, а також отримання платних медичних послуг, які не покриваються і виходять за межі державних безоплатних гарантій у державних і комунальних медичних установах з чітко визначеним переліком послуг і розроблених умов їх отримання на законодавчому рівні.

Актуальними залишаються прийняття законів стосовно надання населенню «парамедичних» медичних послуг.

В реальних умовах сьогодення, не секрет, що на первинному рівні за медичною допомогою звертаються люди старшого віку і діти, а дорослі із категорії працездатного населення продовжують отримувати спеціалізовану або високоспеціалізовану медичну допомогу вторинного чи третинного рівнів, минуючи сімейних лікарів первинної ланки.

Ця несприятлива тенденція отримання медичної допомоги поза Цетри первинної медико-санітарної допомоги дозволяє порушувати святі правила профілактики захворювань, тому що в більшості випадків на первинному рівні можливо попередити більшість хвороб чи вилікувати їх без залучення спеціалістів вузького профілю. У країнах з високим економічним ростом саме сімейний лікар приймає більшість пацієнтів, тим самим попереджає появу грізних ускладень і в економічному плані розвантажує фахівців спеціалізованого чи високоспеціалізованого профілю.

Отже, із вище зазначеного випливає, що реформування охорони здоров'я через модернізацію мережі медичних закладів, зокрема ПМД на засадах сімейної медицини, сприяє забезпеченню рівного і справедливого

доступу громадян до медичного обслуговування і відповідно – отримання якісної медичної допомоги.

Саме сьогодні під час військових дій, масового переселення населення з регіонів, де ведуться активні бойові дії, і в період після пандемії коронавірусної інфекції 2019-nCoV, вся системи охорони здоров'я України потребує реформування, шляхом чіткого розмежування рівнів надання

медичної допомоги населенню, подальшого розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

2.2. Аналіз діяльності медичних закладів в сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я

Медична галузь України розпочала своє реформування шляхом модернізації мережі закладів охорони здоров'я. Підставою для проведення модернізації виступили: низька якість медичних послуг, які надаються населенню та нерівний доступ до отримання даних послуг. Основною метою цих системних змін є кардинальна зміна принципів фінансування охорони здоров'я. Основні принципи і важливі засади реформи лягли в основу Концепції розвитку, яка затверджена Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 1013. У грудні 2017 року був підписаний Президентом України, прийнятий Верховною Радою України Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [28]. Саме цей Закон та Закон «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України» [58] дали старт і розпочали реформування системи охорони здоров'я в Україні.

З метою впровадження цих реформ Міністерство охорони здоров'я України розробило Оперативне керівництво по наданню первинної медико-санітарної допомоги на рівні міст, районів і об'єднаних територіальних громад. При значній підтримці міжнародних організацій були розроблені і чітко визначені функції і відповідальність Уряду, органів місцевого самоврядування, керівників медичних закладів за проведення реформи медичної галузі [59].

До числа основних цілей модернізації охорони здоров'я належали:

1. Забезпечення справедливого і рівного доступу громадян до отримання медичного обслуговування високої якості і своєчасного та відповідати потребам суспільства.

2. Перегляд фінансування медичної галузі через механізм замовлення медичних послуг у надавача, впровадження програм державних медичних

гарантій, впровадження надання ПМД на засадах сімейної медицини, розроблення принципів фінансування та виконання основних програм громадського здоров'я через поліпшення здоров'я населення.

3. Планування і створення Центрів ПМД на рівні міст, районів, об'єднаних територіальних громад, підвищення ефективності використання наявних ресурсів, врахування демографічних показників території обслуговування.

4. Організація надання медичних послуг ПМД прикріпленому населенню, на підставі ретельного аналізу стану здоров'я населення за показниками народжуваності, захворюваності, інвалідності та смертності, мотивація медичних працівників та звітність за проведену роботу.

5. Правові аспекти роботи мережі закладів, які надають ПМД та їх юридичний супровід.

6. Управління закладами охорони здоров'я, забезпечення належної та рівної територіальної доступності для населення через мережу лікувально-профілактичних підрозділів, створення реєстру пацієнтів, забезпечення надання медичних послуг за визначеними вимогами і високої якості, запровадження стаціонарозамінних форм лікування, збільшення доступності населення до отримання медичних послуг, фінансові аспекти роботи, перехід на постійну та змінну оплати праці, рівень якої залежить від обсягу, складності і якості виконання тощо.

7. Підвищення ефективності використання наявних ресурсів, побудова якісної системи комунікацій медичного персоналу з пацієнтами та засобами масової інформації.

Активно вирішувати проблеми забезпечення рівного доступу громадян до медичного обслуговування на засадах своєчасного доступу, отримання високого рівня і якості медичних послуг долучилася Київська Міська Рада. Своїм Рішенням від 14 грудня 2017 за № 692/3699 затвердила Концепцію розвитку системи охорони здоров'я в місті Києві [60]. Ця Концепція поклала в основу покроковий перехід медичної галузі міста Києва до моделі «державного солідарного медичного страхування громадян» за рахунок бюджетних коштів, які акумульовані у Київському міському бюджеті та

приведення закладів охорони здоров'я у відповідність до сучасних потреб населення та європейських стандартів якості, розширення автономії медичних закладів в питаннях господарської, фінансової, управлінської діяльності тощо.

Вперше в Україні фахівцями проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» [61] було проаналізовано роботу медичних закладів первинної ланки. З метою дослідження ефективності змін, які запроваджувалися, було проаналізовано роботу 163 медичних установ ПМД та здійснено опитування 2000 пацієнтів стосовно своєчасності, якості надання медичних послуг центрами ПМД. Було констатовано як змінились умови, форма і методи надання медичних послуг, відмічались позитивні підходи до надання медичної допомоги, питанням тісної взаємодії лікаря і пацієнта, рівня задоволеності медичних працівників, які надають медичну послугу і пацієнтів, які її отримують, охоплення медичними послугами різних верств і категорій населення тощо.

За результатами аналізу обсягів надання медичних послуг медичними установами, фахівцями-експертами проекту встановлено, що на одного лікаря, який здійснює прийом пацієнтів в середньому припадає 4,5 години в день, при відвідуванні в середньому 20 пацієнтів на день і огляд одного пацієнта склав 13 хвилин.

Встановлено, що основними отримувачами медичних послуг у закладах первинного рівня є жінки, віком від 40 до 64 років, і саме вони складають 69 % від загальної кількості пацієнтів у містах містах та 72 % - у селах, які користуються послугами закладів первинної медичної допомоги.

Відвідувати медичні установи первинного рівня спонукали 35 % пацієнтів від загальної кількості візитів - гострі симптоми хвороби та 22 % - через хронічні захворювання.

Близько 70 % пацієнтів, які відвідали лікаря в рік, отримали більше 10 медичних послуг, що включали лікарський прийом, лабораторні та інструментальні дослідження, виписування рецептів на відпуск ліків, отримання довідок із тимчасової непрацездатності, проведення вакцинації, тощо.

Пацієнти, які хворіють хронічними захворюваннями в середньому відвідують лікаря до 14 разів на рік, з гострими симптомами хвороби до 10 разів в рік, при тому, що візит до лікаря пацієнтів вразливих груп населення сягає в середньому до 23 разів на рік. Вразливі групи населення отримують більший (розширений) перелік медичних послуг у закладах первинного рівня і частіше до 4 раз в рік перенаправляються до спеціалізованого чи високоспеціалізованого медичного закладу на діагностику чи лікування.

Паліативної допомоги пацієнти у медичних закладах отримують в середньому до 16 послуг на рік, із особливими потребами – до 18 послуг на рік, пацієнти, які постраждали від аварії на Чорнобильській АЕС до 16 послуг на рік, безпритульні громадяни до 14 послуг на рік.

Одиним лікарем медичного закладу в середньому виписується 15 направлень на консультації до вузькопрофільних спеціалістів на кожні 100 візитів, при чому цей показник залежить від досвіду роботи та стажу професійної діяльності медичного працівника, так, найвищий рівень направлень в середньому у медичних працівників з досвідом роботи менше 10 років і складає в середньому 19 направлень на 100 візитів пацієнтів.

Більшість лікарів серед лікарів загальної практики становлять жінки - до 80 % і при віковому сенсі у 48 років. Сімейний лікар, який працює у закладах ПМД на рік укладає до 1700 декларацій, при тому, що близько 60 % даних закладів мають дефіцит кадрового забезпечення серед лікарів та допоміжного персоналу.

У 2022 році заклади охорони здоров'я за надання медичної допомоги населенню отримали кошти на провадження своєї діяльності від НСЗУ. Так, у закладах первинного рівня вони склали до – 89 %, вторинного рівня до 78 % та третинного - до 65 % [61].

Основні результати дослідження подано графічно на рисунках 2.1. – 2.4.

Рис. 2.1. Профіль закладу ПМД



Рис. 2.2. Профіль керівника закладу ПМД



Рис. 2.3. Профіль пацієнта



Рис. 2.4. Профіль лікаря загальної практики



Завдяки таким проведеним дослідженням, 54 % лікарів стверджують, що їхні підходи до надання пацієнтам медичних послуг у медичних закладах суттєво змінилися. Однак, 46 % опитаних лікарів визнають, що застосовані ними методи діагностики захворювань та тактики лікування чи надання медичної допомоги суттєвих змін не зазнали, при тому, що більшість лікарів зазначали зростання порівняно за минулі роки кількості телефонних консультацій при одночасному зменшенню кількості візитів в медичні заклади, що пов'язують із пандемією коронавірусної інфекції та військовою ситуацією.

Керівниками медичних закладів зазначено, що відбулися значні зміни порівняно з попередніми роками у підходах щодо складання фінансових планів, їх звітності щодо виконання, а також у оплаті праці із розрахунку на одного жителя на договірних засадах.

Статистично 83,5 % лікарів, які працюють у закладах первинного рівня задоволені умовами виконання роботи, при тому 73,1 % лікарів відзначають, що збільшилася мотивація після введення кавітації.

Не зважаючи на досить тривалий період модернізації мережі медичних закладів матеріально-технічна база залишається застарілою, відсоток вищий серед закладів, які розташовані у сільській місцевості на базах колишніх фельдшерських пунктів чи лікарських амбулаторій.

Проаналізовано дослідження результатів надання первинної медичної допомоги населенню фахівцями проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я», Київською школою економіки разом із міжнародною консультаційною корпорацією «The Palladium Group», стосовно оцінки поведінки провайдерів (надавачів) первинної медичної допомоги.

Завдяки цьому Проекту підготовлено збірок з методологічної підтримки медичних закладів первинного рівня - «Етапи впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я закладами ПМД», в якому

розкрито електронні інструменти діяльності закладу, на засадах операційного та фінансового планування [62].

Міністерством охорони здоров'я України розробило та підготувало Методичні рекомендації щодо перетворення медичних закладів із бюджетних організацій в комунальні некомерційні підприємства. Видано Операційне керівництво, яке висвітлює питання організації надання первинної медико-санітарної допомоги на місцевому рівні.

Всесвітня організація охорони здоров'я разом із Світовим банком протягом 2019, 2020, 2021, 2022 років здійснювали аналіз фінансового складової реформування системи охорони здоров'я України і продовжують здійснювати по даний час. Глибокий аналіз модернізації мережі медичних закладів під час реформи надав позитивну оцінку в питаннях доступу та отримання медичних послуг, їх якості, своєчасності та ефективності надання медичних послуг, наявності чи відсутності фінансового навантаження на пацієнта. Мета цього глибокого аналізу базувалася на визначенні впливу медичної реформи на основні цілі модернізації охорони здоров'я, виявлення відповідності міжнародним практикам для послідувочої розробки рекомендацій для керівних працівників органів місцевого самоврядування та органів управління охорони здоров'я, медичних закладів.

В Рекомендаціях висвітлено шість напрямів: на першому - питання фінансового спектру системи охорони здоров'я, на другому - механізми об'єднання ресурсів та засобів, на третьому – механізм закупівлі медичних послуг населенням на первинному рівні надання медичної допомоги із використанням цифрових технологій, четвертим напрямком передбачено підготовку медичних закладів первинного рівня до здійснення закупівлі медичних послуг поза рівнем надання первинної медичної допомоги у закладах вторинного рівня - амбулаторно-поліклінічному та лікарняному секторі, на п'ятому напрямку розроблено гарантований пакет медичних послуг, шостим передбачено здійснення аналізу отриманих результатів і розроблення рекомендацій для продовження процесу модернізації медичної

галузі наступними поколіннями, яке продовжуватиме і буде удосконалювати започатковані реформи системи охорони здоров'я.

Фахівцями ВООЗ та Світового банку у своєму підсумковому звіті зазначається, що реформування системи охорони здоров'я в Україні провадиться успішно, створено важливий орган - Національну службу здоров'я, який забезпечує реформування медичної галузі через закупівлю медичних послуг для населення в медичних установах завдяки чому, з'являються відчутні результати стосовно підвищення ефективності використання ресурсів галузі охорони здоров'я, надання кваліфікованої медичної допомоги, забезпечення рівного і своєчасного доступу громадян до отримання на первинному рівні медичної допомоги.

У Звіті зазначено, що загальна структура реформування системи охорони здоров'я в Україні відповідає основним засадам провідних міжнародних інститутів в питаннях доступності, якості та ефективності надання медичних послуг населенню.

Міжнародні експерти зазначили, що основою успішного впровадження реформи виступають тісна співпраця у відносинах між Кабінетом Міністрів України, Міністерством охорони здоров'я України, Національною службою здоров'я України та Міністерством фінансів України у питаннях провадження реформи медичної галузі та чіткий розподіл відповідальності за результати реформи між надавачами медичних послуг державних і комунальних закладів охорони здоров'я та населенням.

2.3. Кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я на прикладі Центру первинної медико-санітарної допомоги № 2 Святошинського району м. Києва

Модернізацію системи охорони здоров'я віднесено до важливих і першочергових реформ в Україні. Враховуючи соціальне значення модернізації медичної галузі, визначені важливі принципи її проведення, які ґрунтуються на збереженні здоров'я нації.

Сучасний екологічний стан через катастрофи природничо-техногенного і військового стану, аварії на Чорнобильській АЕС, Каховському водосховищі, тотального знищення на Сході нашої країни міст, сіл, замінування значних територій створює реальну загрозу здоров'ю населення. І саме розпочата у 2018 році модернізація закладів первинної ланки медичної допомоги та автономізація установ охорони здоров'я повинна забезпечити рівний і своєчасний доступ населення до отримання якісної медичної допомоги у всіх закладах охорони здоров'я.

У більшості країн світу через Центри первинної медичної допомоги та їхню мережу лікувально-профілактичних підрозділів населення у значно великій кількості отримує медичну допомогу.

Через інститут сімейних лікарів вирішуються ледь доля звернень пацієнтів за медичною допомогою. В цьому ї є основна суть ефективності діяльності закладів первинного рівня, оскільки саме вони допомагають попередити виникнення багатьох хвороб на початковій стадії розвитку і не потребують складного та вартісного лікування [63].

Отже, розвиток кадрового і матеріального потенціалу, створення належних умов для його збереження були і залишаються актуальним сьогодні.

Основним завданням організаційного забезпечення модернізації мережі медичних закладів залишається забезпечення належних умов праці для медичного персоналу первинного рівня надання медичної допомоги. В зв'язку з чим, виникає необхідність ретельно проаналізувати умови і потреби задоволеності та мотивації медичного персоналу до ефективної праці, які надають медичну допомогу, що передбачає отримання статистично достовірної інформації [64].

Актуальним на сьогодні залишається анкетне опитування, яке є найпопулярнішим методом визначення кількісного соціологічного дослідження [65]. У своїх публікаціях Дворецька Г. зазначає, що саме

анкетування дає найбільш об'єктивні результати та саме йому серед основних методів соціологічного дослідження необхідно приділяти важливу роль [66]. Поділяють думку Дворецької інші науковці-організатори охорони здоров'я, такі як Брайченко О., Коняшина Н., Саченко Т. [67].

Анкетування передбачає заповнення респондентом власноруч бланку анкети із запитаннями. В останні роки даний спосіб отримання інформації набув поширення через активність громадянських процесів, формування активного громадянського суспільства, проведення досліджень громадянської думки, значних у кількісному відношенні та інше [68].

Важливу роль у соціологічних дослідженнях опитуванню через анкетування приділяють Савченко Б. та Даниленко А., через можливість моделювати різні експериментальні ситуації з метою отримання інформації безпосередньо від самого респондента різних питань діяльності, що не знаходить відображення в офіційних документах, у результатах досліджень тощо [69].

Зважаючи на вище наведене та з метою визначення задоволеності умовами праці медичних працівників Центру первинної медико-санітарної допомоги № 2 Святошинського району міста Києва було проведено експертне опитування [70]. Досліджували як задоволеність медичних працівників роботою впливає на якість і своєчасність надання медичної допомоги, як головного критерія ефективності управління персоналом в медичних закладах [71].

Створення мотивації до якісного виконання своїх професійних обов'язків серед медичних працівників та інших допоміжних працівників в умовах модернізації медичної галузі базується на тому, що чинні механізми організації праці стають неефективними, при тому, що нові повинні ще пройти непростий шлях становлення. Саме вони виступають індикаторами ефективної роботи з персоналом і спрямовані на формування та розвиток професійних здібностей, забезпечення можливостей їх реалізації [72].

Аналізуючи показники задоволеності працівників, керівництво закладу ПМД отримує інформацію про прихильність персоналу, схвалення заходів організації діяльності медичного закладу, в якому працює [73].

Таким чином, величина рівня задоволеності працівників виступає важливим пріоритетним напрямком в системі управління персоналом та визначає заходи удосконалення покращення умов праці [74].

Метою проведеного експертного опитування працівників виступило отримання важливої інформації, відображеної у знаннях респондентів про предмет або об'єкт дослідження їх компетентних оцінках на підставі глибоких знань та практичного досвіду у певній сфері [75].

Нами було проведено експертне опитування стосовно задоволеності умовами праці працівниками Центру в період з березня по травень 2022 року. Використовували анкету, в якій відобразили перелік відкритих питань та питань з визначиними варіантами відповідей, що вливали позитивно чи негативно на рівень задоволеності умовами праці в закладі. Прийняли участь в опитуванні 95 респондентів – медичних працівників, зокрема: жінок – 89 % та чоловіків – 11%; вік респондентів: 18-24 років, – 6 %; 25-35 років – 26 %; 36-49 років – 38 %; 50-59 років – 11 %; 60 і більше років – 19; освіта опитуваних: незакінчена середня – 1%, середня медична – 31 %, середня професійна – 7 %, незакінчена вища – 2 %, вища - 59 %; категорія медичного персоналу: молодший медичний персонал – 2 %, середній медичний персонал – 54 %, лікарі – 42 %, керівники структурних підрозділів – 2 %; стаж роботи респондентів в медичному центрі: менше року – 5 %, 1-3 роки – 8 %, 3-7 років – 18 %, 7-15 років – 22 %, більше 15 років – 47 % (табл. 2.1.).

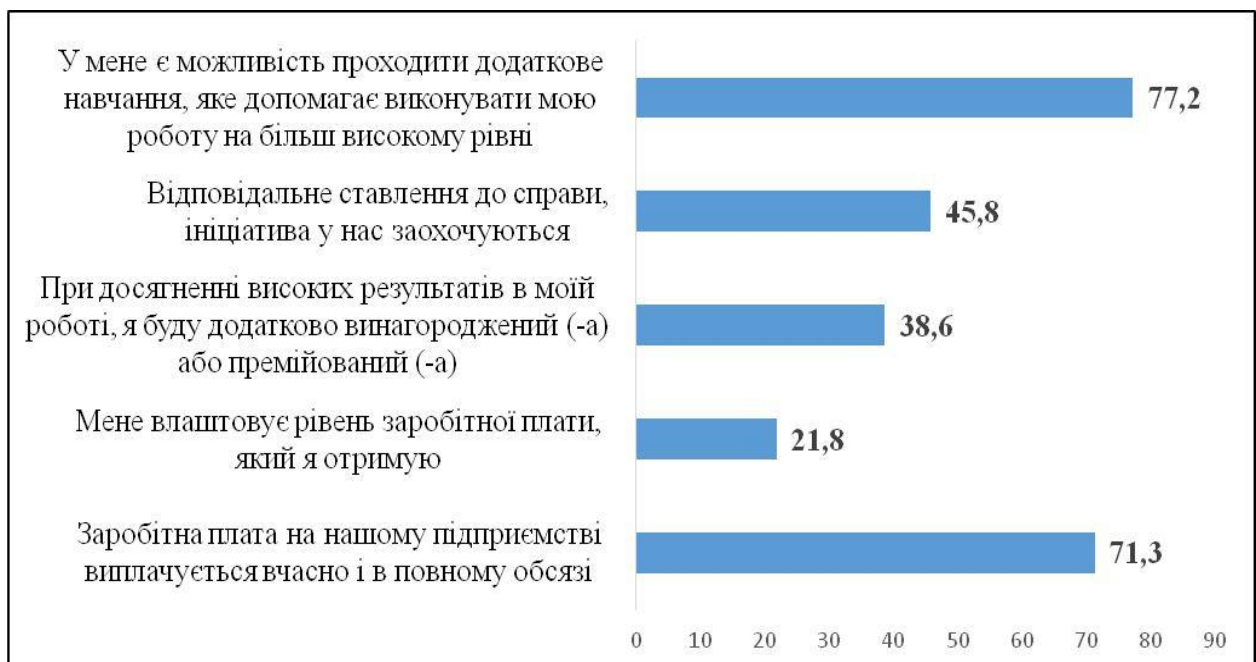
Таблиця 2.1. Соціально-демографічні характеристики респондентів – медичних працівників Центру первинної медико-санітарної допомоги

1	Стать:	Жінка – 89			Чоловіки - 11	
2	Ваш вік:	18-24 року 6	25-35 років 26	36-49 років 38	50-59 років 11	60 і більше років 19
3	Ваша освіта:	Незакінчена середня 1	Середня медична 31	Середня професійна 7	Незакінчена вища 2	Вища 59
4	Категорія медичного персоналу:	Молодший медичний персонал 2	Середній медичний персонал 54		Лікар 42	Керівник АЗПСМ 2

Стаж роботи в медичному центрі	Менше 1 року 5	1-3 роки 8	3-7 років 18	7-15 років 22	Більше 15 років 47
--------------------------------	-------------------	---------------	-----------------	------------------	-----------------------

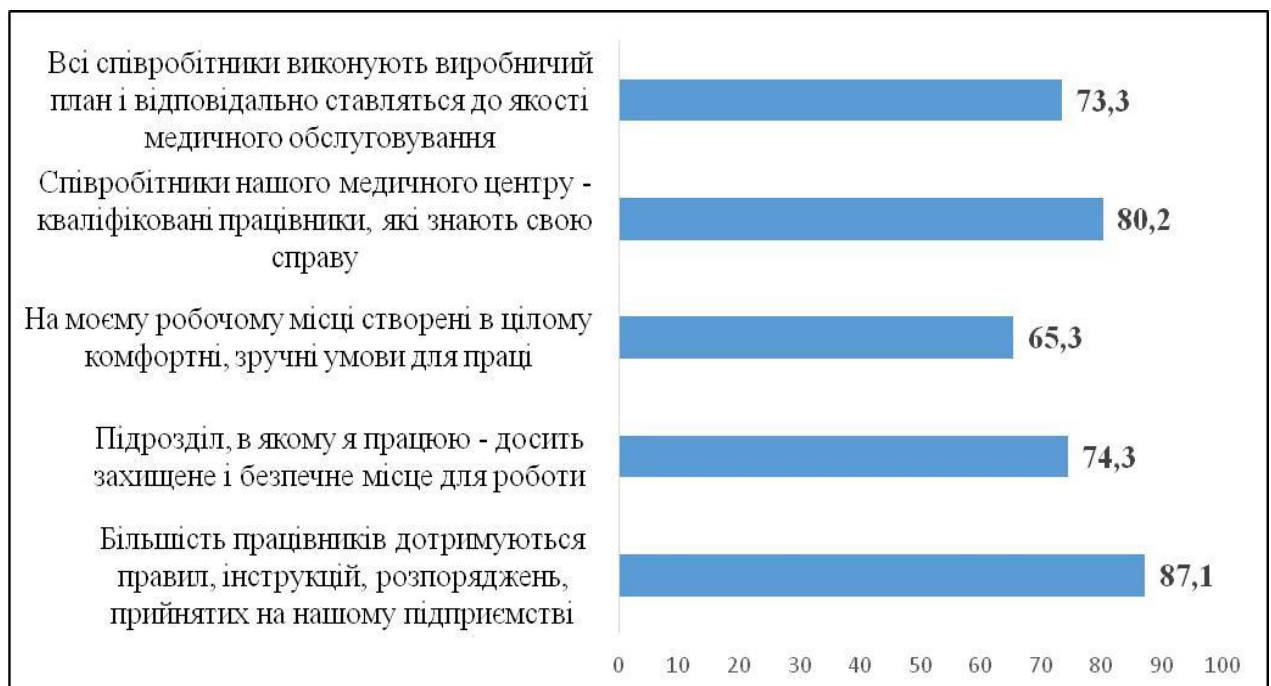
Із аналізу, отриманих результатів проведеного експертного опитування, впливають наступні висновки: 71 % респондентів задоволені умовами праці в закладі, позитивно схвалюють виплату заробітної плати вчасно і в повному обсязі, при тому, що 22 % респондентів задоволені рівнем заробітної плати, яку отримують; 39 % виступають за преміювання при досягненні високих результатів в своїй діяльності і впевнені в отриманні премій, проти 61 % респондентів, які не виступають за преміювання і не впевнені в отриманні її; 46 % – вважають, що відповідальне ставлення і ініціатива заохочуються проти 54 % респондентів, які не вважають що ініціатива в роботі повинна заохочуватися; 77 % респондентів мають бажання проходити додаткове навчання, яке допоможе виконувати роботу на більш високому рівні (рис. 2.5.).

Рис. 2.5. Рівень мотивації та стимулювання праці медичних працівників Центру первинної медико-санітарної допомоги № 2 Святошинського району міста Києва (%)



Близько 87 % опитаних, вважають, що працівники установи дотримуються правил внутрішнього розпорядку, інструкцій, наказів і розпоряджень, які прийняті до виконання у медичному закладі, 74 % респондентів вважають, що структурний підрозділ Центру, в якому вони працюють, безпечним місцем для роботи, 65 % респондентів вважають, що створені зручні умови для праці, 80 % респондентів впевнені у високій кваліфікації співробітників, близько 73 % респондентів відповідально ставляться до своїх професійних обов'язків в пріоритеті, яких є якість медичного обслуговування населення та сумлінно виконують виробничий план (рис. 2.6)

Рис. 2.6. Задоволеність умовами праці та дотримання медичними працівниками чинних нормативно-правових актів, що регулюють діяльність Центру первинної медико-санітарної допомоги № 2 Святошинського району міста Києва (%)



Таблиця 2.2. Рівень корпоративної культури в Центрі первинної медико-санітарної допомоги № 2 Святошинського району міста Києва

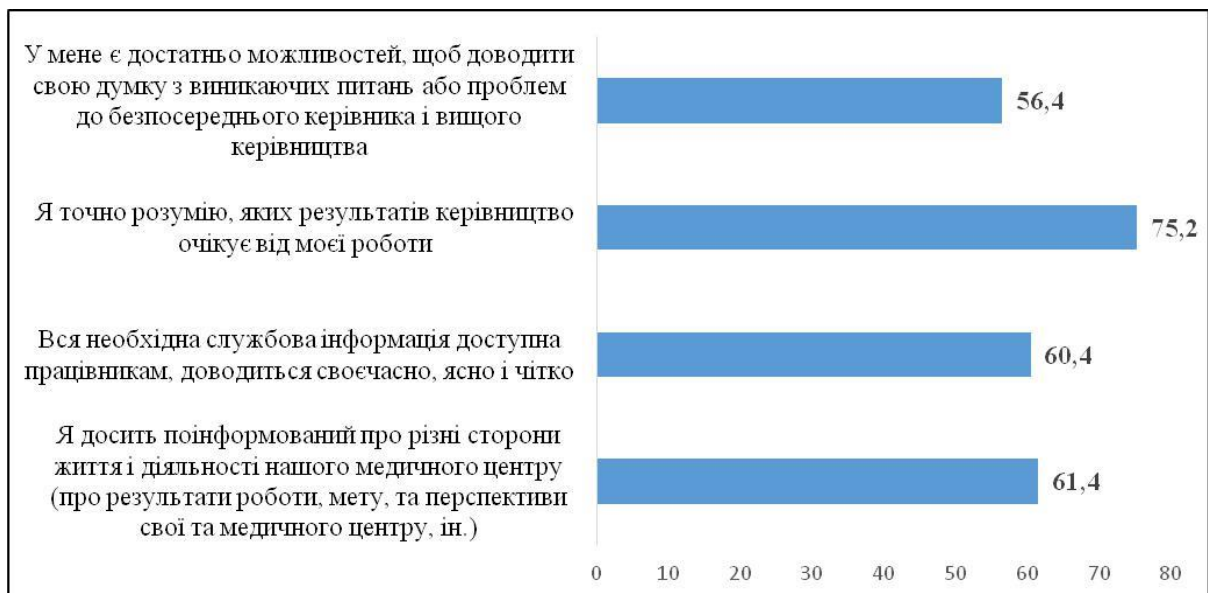
№ за/п	Твердження анкети	Згоден	%	Не впевнений	%	Не згоден	%
1	В нашому медичному Центрі працює дружній і згуртований колектив	66	64,4	27	26,7	5	4,9
2	При виникненні протиріч в колективі або суперечливих моментів, нам майже завжди вдається подолати наші розбіжності	72	71,3	24	23,8	5	4,9
3	Про себе можу 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 центру будує з співробітниками справедливі, відкриті відносини	59	58,4	28	27,7	11	10,9

Таблиця 2.2. ілюструє рівень корпоративної культури в медичному закладі. 64 % респондентів вважають, що колектив, в якому вони працюють дружній і згуртований, при виникненні суперечливих моментів в колективі 71 % респондентів вдається подолати протиріччя і розбіжності, 76 % респондентів вважають себе членом команди медичного закладу, 79 % респондентів відзначають взаємодію з керівником закладу, структурних підрозділів вільною і відкритою, при цьому 58 % респондентів, відмічають, що

керівництво закладу налаштовано позитивно і вибудовує із співробітниками справедливі, відкриті відносини.

За допомогою анкетних даних вдалося виявити наступні комунікативні зв'язки в медичному закладі: 61 % респондентів поінформовані про діяльність Центру, 60 % респондентів вважають, що необхідна інформація доводиться своєчасно, ясно і чітко, 75 % респондентів мають чітке розуміння стосовно очікуваних результатів їхньої діяльності, 56 % респондентів вважають, що існує достатньо можливостей доводити свою позицію з актуальних питань діяльності закладу, виконання своїх професійних обов'язків керівникові закладу або керівництву вищого рівня підпорядкування (рис. 2.7).

Рис. 2.7. Комунікативні зв'язки в Центрі первинної медико-санітарної допомоги № 2 Святошинського району м. Києва (%)



Висновки до розділу 2

1. Нормативно-правового забезпечення модернізації системи охорони здоров'я, як важливої складової реформування медичної галузі, потребує удосконалення, необхідно проводити постійний моніторинг діяльності медичних закладів з подальшим вдосконаленням чинної нормативно-правової бази, на законодавчому рівні оновлювати перелік платних медичних послуг,

послуг другорядного значення, парамедичних послуг із врахуванням індексу інфляції, зростання цін на медикаменти та витратні матеріали, необхідно розробити і запровадити на основі системності та послідовності і відповідно до сучасних реалій механізми медичного страхування населення.

Проведений аналіз діяльності медичних закладів в сучасних умовах реформування медичної галузі в Україні дозволив надати позитвну оцінку за отриманими результати дослідження. Так, лікарями закладів первинної медико-санітарної допомоги здійснюється прийом пацієнтів в середньому 4 - 4,5 години на день, при середній кількості відвідувань у 20 пацієнтів, при середній тривалісті візиту 13 хвилин на одного пацієнта. Основними отримувачами медичних послуг на первинному рівні виступають жінки віком від 40 до 64 років. Серед головних причин візиту виступають прояви гострого перебігу хвороб, відвідування таких пацієнтів складає 10 раз на рік, з хронічними захворюванням - 14 разів на рік, отримання рецептів на лікарські препарати – 12 разів на рік. 80 % сімейних лікарів та лікарів загальної практики, які працюють у закладах первинного рівня складають жінки, при середньому віці - 47 років. Сімейний лікар укладає в середньому до 1700 декларацій на рік.

3. Аналіз проведеного експертного опитування задоволеності умовами праці медичних працівників в Центрі приводить до висновку, що загалом медичні працівники установи задоволені наявними умовами праці, працювати в іншому закладі з такими ж умовами праці 60 % респондентів відповіли відмовою. 72 % респондентів вважають, що керівництво Центру забезпечує гідні умови та оплати праці. Керівництвом центру створюються благоприємні умови для молодих спеціалістів, приділяється велика увага їхньому навчанню, отриманню досвіду і відповідних практичних навиків вважає 73 % опитаних. Роботою в медичному закладі задоволені в середньому 60 % опитуваних і 82 % - планують в подальшому працювати і близько 60 % пишаються роботою в даній медичній установі.

Дані опитування продемонстрували і недоліки діяльності закладу, так у питаннях мотивації персоналу та стимулювання 45 % респондентів протягом 2022 року отримали похвалу керівника, 52 % опитаних медиків вважають місцем роботи з хорошими умовами праці, що дозволяє керівництву медичного закладу удосконалювати види і напрямки діяльності закладу для покращення умов і скерування всіх наявних засобів для формування задоволеності працею, рівнем оплати медичних працівників, як основного індикатора якості надання медичних послуг на первинному рівні.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МОДЕРНІЗАЦІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ

3.1. Ресурсне забезпечення закладів охорони здоров'я при наданні медичної допомоги на прикладі Центру первинної медико-санітарної допомоги № 2 Святошинського району міста Києва

Основною підставою для проведення модернізації мережі закладів охорони здоров'я виступила неефективність доступу населення до отримання медичної допомоги через низьку якість, нерівний доступ до медичних послуг, застаріла матеріально-технічна база, низький рівень оплати та відсутність мотивації медичних працівників та інші проблеми.

Сучасною нормативно-правовою базою визначено, що медична допомога на первинному рівні надається амбулаторно-поліклінічними закладами, які реорганізуються в Центри первинної медико-санітарної допомоги як юридична особа.

Нераціональний розподіл бюджетного фінансування в більшості тільки на утримання споруд, оплати комунальних послуг і частково зарплати працівникам, без фінансування на придбання медичного обладнання, виробів медичного призначення та іншого в системі охорони здоров'я призводив до залучення додаткових позабюджетних коштів через створення благодійних фондів, отримання оплати за медичні послуги безпосередньо від пацієнтів тощо. Така критична ситуація у закладах охорони здоров'я сприяла відтоку у приватний сектор висококваліфікованих спеціалістів породжувала негативне ставлення до медичної галузі як корупційної системи. Виникла потреба законно отримувати кошти від надання медичних послуг та розпоряджатися ними суто від потреб закладу [76].

Серед інших основних проблем охорони здоров'я, які перешкоджали забезпечувати ранню діагностику захворювань, здійснення ефективного лікування на початкових етапах та загалом профілактику захворювань через регулярні проходження медичних оглядів та диспансеризації виступали:

- неспроможність ефективно здійснювати кадровий добір, відсутність мотиваційних заходів, певної відповідальності за результати роботи;
- відсутність належної управлінської інформаційної системи, єдиного реєстру закладів охорони здоров'я державної, комунальної, відомчої і приватної форм власності, якісної і доступної статистичної інформації;
- не належне фінансування закладів охорони здоров'я, яка сприяла виникненню корупційних умови при наданні медичні послуги населенню.

«ВООЗ дає чітке визначення стосовно формування напрямків підготовки нормативної бази діяльності медичних закладів, здійснення моніторингу за їх виконанням, забезпечення підзвітності та прозорості результатів діяльності закладу» [78].

Управління закладами охорони здоров'я здійснюються на підставі стратегічних планів розвитку [79].

Метою стратегічного планування в медичній галузі є покращення якості надання медичних послуг через створення ефективної системи охорони здоров'я із врахуванням свідомості суспільства, наявності показників реального стану здоров'я населення на засадах доказової бази і визначає перешкоди та виклики щодо здоров'я населення.

« Візія, місія, мета, аналіз ситуації, напрямків, план дій, план моніторингу та оцінювання є складовими елементами Планування діяльності закладу. Важливим елементом планування в медичній галузі є поліпшення здоров'я, забезпечення справедливого і рівного доступу громадян до медичного обслуговування за рахунок розмежування медичної допомоги за її видами, налагодження зв'язків між потребами громадян та ресурсами медичних закладів із залученням всіх зацікавлених сторін» [80].

В наших дослідженнях об'єктом для стратегічного планування

виступає Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2 Святошинського району міста Києва.

Заклад відповідно до Статуту провадить некомерційну господарську діяльність, спрямованої на збереження та зміцнення здоров'я прикріпленого населення, має самостійний баланс (рахунки) в органах Державної казначейської служби України та здійснює через неї всі фінансові операції.

До складу закладу входять структурні підрозділи адміністративно-господарської частини та лікувально-профілактичної служби, яка складається з філій і амбулаторій, які мають статус відокремлених структурних підрозділів без окремого юридичного статусу [81, 82].

Основною метою діяльності закладу є надання первинної медико-санітарної допомоги прикріпленому населенню та здійснення заходів з профілактики захворювань, підтримки громадського здоров'я населення.

Предметом діяльності закладу виступає:

- провадження медичної практики з надання первинної медичної допомоги населенню, та всіх її видів - невідкладної (екстреної) медичної допомоги;
- забезпечення права громадян на вільний доступ до медичного обслуговування через вільний вибір лікаря ПМД або у визначеному порядку змінювати його;
- проведення профілактичних щеплень населенню;
- створення умов для проходження регулярних медичних профілактичних оглядів та диспансеризації населення, здійснення контролю за їх проведенням;
- забезпечення дотримання принципів доказової медицини та стандартів діагностики і лікування захворювань, регламентного переліку показань направлення на консультацію та лікування до лікарів-спеціалістів вищого рівня медичної допомоги, запровадження стаціонарозамінних форм лікування;

– здійснення експертизи тимчасової непрацездатності та видача листків непрацездатності, направлення пацієнтів зі втратою працездатності на медико-соціальну експертизу;

- «придбання, перевезення, зберігання, відпуск, використання, знищення наркотичних та психотропних засобів, отруйних, сильнодіючих речовин ;

– надання пацієнтам із невиліковними захворюваннями паліативної допомоги, комплексу заходів, направлених на полегшення страждань пацієнта та його моральну підтримку» [82].

Центр надає первинну медико-санітарну допомогу пацієнтам, згідно укладених декларацій з сімейним лікарем. Загальна чисельність населення, яке обслуговується Центром, складає 115 429 осіб, із них 84008 дорослого та 31421 дитячого віку.

Позитивним в діяльності Центру є створення реєстру пацієнтів і введення електронної медичної картки. Так, станом на 01 січня 2022 року більше 70 тис. пацієнтів завели електронну медичну картку, при тому, що 62% пацієнтів на прийом здійснюють запис через інтернет [3].

В таблиці 3.2. зазначені основні показники діяльності Центру та їх фактичні та прогнозовані значення.

Таблиця 3.2. Показники діяльності Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2 Святошинського району м. Києва

№	Показник	2020	2021	2022	2023 9 місяців
1	Кількість лікарських відвідувань	486675	494541	434767	280526
2	Проліковано дітей у стаціонарі вдома	6442	6487	6229	6342
3	Проліковано дорослих у стаціонарі вдома	10046	10573	10661	9366
4	Проведено загальноклінічних та гематологічних аналізів	32620	184950	179990	212438
5	Проведено аналізів на виявлення цукру та холестерину в крові	2971	7880	7477	14876
6	Проведено тестування на ВІЛ	-	247	1397	388
7	Проведено ЕКГ досліджень	15578	15032	16758	12810

Центр проводить діагностичні обстеження загального аналізу крові та сечі, аналіз крові на визначення рівня цукру та холестерину, обстеження на ВІЛ інфекції, ЕКГ дослідження, здійснення ін'єкційної процедур та маніпуляцій, профілактичні щеплення

У квітні 2020 року Центр підтвердив вищу акредитаційну категорію.

Серед одних із важливих показників діяльності закладу є поліпшення здоров'я населення через проведення профілактичних щеплень, особливо це стосується дітей і немовлят, оскільки тільки щеплення в дитячому віці формує в подальшому високу напруженість імунітету до дифтерії, поліомієліту, правця, коклюшу, кору, епідемічного паротиту та сприяє не допущенню виникнути або значно зменшити кількість (випадки) захворювань даних нозологій, попередити тяжкі ускладнення.

Завдяки проведенню успішної роз'яснювальної роботи серед батьків працівниками Центру отримано високий відсоток щеплень, що підтверджено статистично достовірними показниками, що відображено у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3. Вакцинація дітей проти кору у Центрі первинної медико-санітарної допомоги № 2 Святошинського району м. Києва

Показники	2020	2021	2022	2023 9 місяців
Показник вакцинації дітей проти кору в 1 рік, %	57,0	96,7	98,9	72,9
Показник вакцинації дітей проти кору в 6-ти річному віці, %	52,0	93,6	89,9	69,9

Центр активно приймає участь у виконанні міської програми «Лікар у вашому домі», здійснює виїзні огляди осіб з інвалідністю вузькими спеціалістами у складі мультимобільної бригади вузькопрофільних спеціалістів.

За час існування проєкту «Лікар у Вашому домі» проконсультовано фахівцями Центру 586 пацієнтів.

Застосовували SWOT-аналіз (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) для визначення сильних та слабких аспектів діяльності Центру в питаннях надання медичних послуг населенню, які здійснюються за допомогою сучасних методів керівництва і впливають на роботу працівників медичного закладу [83].

Сучасне конкурентне сьогоднішнє вимагає від керівника медичного закладу постійного рівнобічного аналізу діяльності не тільки власного медичного закладу, а й інших, які надають такі ж послуги, оцінювати та визначати рівень ефективності надання медичних послуг на засадах конкурентноспроможності, ніші знаходження закладу на ринку надавачів послуг, реально оцінювати власний рівень спроможності протистояти викликам часу [84].

Оцінити конкурентоспроможність медичного закладу можна за допомогою SWOT-аналізу [85]. Основним чинником якого виступає формування стратегії підприємства, облік сильних і слабких сторін підприємства, що сприяє в подальшому удосконалювати діяльність медичного закладу [86].

Для узагальнення отриманої інформації, отриманої в процесі аналізу діяльності закладу, застосовуються спеціальні похідні «SWOT-аналізу»: сильні сторони «S» (strengths); слабкі сторони «W» (weaknesses); можливості «O» (opportunities); загрози «T» (threats).

За допомогою SWOT-аналізу можливо визначити оптимальні напрямки у досягненні прогресу через використання «сильних сторін», «можливостей» та усунення «слабких сторін» і «загроз», дозволяє сформулювати проблему, професійно проаналізувати складність проблеми, проаналізувати минулі невдачі, порівняти існуючі альтернативи і визначити ключові позиції, щоб зосередитися, на процесі прийняття рішень, визначити

можливості залучення адміністративного ресурсу, логічно вибудовуючи систему управління.

Наступним етапом оцінки конкурентоспроможності медичного закладу є формування стратегічного вибору, який передбачає: вибір стратегії (цілісних компонентів стратегічних альтернатив), варіанти та їх оцінку.

SWOT-аналіз діяльності Центру відображено на рис. 3.1.

Рис. 3.1. SWOT-аналіз Центр первинної медико-санітарної допомоги
№ 2 Святошинського району міста Києва

СИЛЬНІ СТОРОНИ	МОЖЛИВОСТІ
1. Впроваджено інформаційну систему та автоматизовані робочі місця, мережу інтернет. 2. Компактна і ефективна структура мережі ПМД Наближена до проживання пацієнтів.	1. Активна позиція і зацікавленість в розвитку медичного центру у керівництва закладу. 2. Покращення позитивного
3. Наближеність до закладів вторинного рівня. 4. Висока укомплектованість матеріально-технічної бази відповідно табеля оснащення. 5. Наявні кошти для застосування механізму фінансової мотивації працівників 6. Комунікативні навички персоналу у вирішенні конфліктів. Комфортний клімат в колективі, взаємопідтримка і 7. колегіальність. 8. Сучасна зона реєстрації, навчені працівники, відпрацьовані процеси реєстрації та маршрутизації пацієнтів. 9. Достатнє кадрове забезпечення для надання ПМД. 10. Повний доступ до первинної ланки меддопомоги. 11. Постійна модернізація приміщень Центру на поетапній основі. 12. Адаптація приміщень Центру до потреб осіб із інвалідністю та інших маломобільних груп населення.	ставлення населення до інституту сімейної медицини. 3. Можливість використання сучасних форм комунікації з пацієнтами. 4. Відкритість до навчання та готовність втілювати світові стандарти у лікуванні і діагностиці захворювань згідно рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я. 5. Прагнення доступної, якісної та високотехнологічної допомоги для кожного пацієнта.
СЛАБКІ СТОРОНИ	ЗАГРОЗИ
1. Низький рівень знань з використання телемедичних технологій. 2. 26% сімейних лікарів пенсійного віку	1. Конкуренція з боку приватних медичних установ 2. Частина населення залишається пасивною до вибору лікаря через недовіру до реорганізації мед. галузі

Отже, надана інформація SWOT-аналізу Центру, базується на глибокому аналізі факторів внутрішнього середовища установи, які

підлягають впливу та аналізу факторів зовнішнього середовища, на які складно вплинути.

Для досягнення основних стратегічних цілей, посилення конкурентоспроможності Центра необхідно створити умови для збереження і розвитку кадрового і матеріального потенціалу, фахово розподілити кадрові, фінансові, організаційно-маркетингові ресурси, визначити реальну потребу у медичних послугах на існуючому ринку, виявити наявні конкурентні переваги центру по відношенню до інших, виявити слабкі сторони закладу і сприяти їх усуненню або мінімізувати їх вплив на імідж закладу [88].

Отже, правильно сформульовані місія та візія Центру, стануть основою для побудови стратегії розвитку закладу, її ключової стратегічної ініціативи для досягнення стратегічних цілей.

Поняття «місія» базується на забезпеченні мешканців Києва безоплатною, якісною і своєчасною первинною та вторинною медичною допомогою в умовах, наближених до місця проживання пацієнта.

Поняття «візія» включає формування лідерського рейтингу довіри пацієнтів за рівним і справедливим доступом до отримання якісної медичної допомоги, професійності медичних працівників та відповідного сервісу обслуговування.

У питаннях визначення стратегічних напрямів діяльності Центру були враховані стратегічні цілі модернізації мережі закладів охорони здоров'я, складові модернізації за пріоритетами провадження державної політики реформування медичної галузі в цілому, визначені стратегічними нормативно-правовими документами.

У таблиці 3.4 визначено відповідність стратегічних цілей Підприємства стратегічним цілям та пріоритетам розвитку країни.

Таблиця 3.4. Взаємозв'язок стратегічних цілей і пріоритетів розвитку Центру первинної медико-санітарної допомоги № 2 Святошинського району м. Києва, визначених у 2020-2022 роках

№	Стратегічні цілі суб'єкта господарювання	Стратегічні цілі та пріоритети розвитку, визначені стратегічними програмними документами, затвердженими рішеннями Київської міської ради, актами Кабінету Міністрів України, законами України, на реалізацію яких спрямована діяльність суб'єкта господарювання	Назва нормативно-правового акта, стратегічного, програмного документа
1.	Формування ефективної вмотивованої команди	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 і орієнтованої на пацієнта ПМД, спрямованої на задоволення потреб	Основи законодавства України про охорону здоров'я. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги».

Продовження таблиці 3.4.

		населення у відновленні та збереженні здоров'я, покращення якості життя	
		попередженні розвитку захворювань, зменшенні потреби у госпіталізації	
3.	Покращення матеріально-технічної бази Центру, 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 примірної таблиця матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу». Рішення Київської міської ради від 21.12.2019 № 1042/4049 «Про Програму економічного і соціального розвитку м. Києва на 2019-2024 роки» Розпорядження виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) від 05.03.2022 року № 283 (зі змінами) «Про капітальний ремонт об'єктів, що фінансується в 2022 році за рахунок бюджетних коштів по Департаменту охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації).

При визначенні стратегії розвитку Центру, виділено наступні ключові напрямки розвитку, на підставі яких було розроблено низку заходів, для досягнення стратегічних цілей діяльності при наданні медичних послуг в умовах модернізації медичної галузі в 2022 році.

Основні стратегічні цілі Центру:

1. Формування команди висококваліфікованих фахівців.
2. Запровадження мотивації працівників до ефективного виконання роботи.

3. Покращення якості обслуговування прикріпленого населення через рівний і справедливий доступ до отримання медичної допомоги.

4. Покращення фінансового і матеріально-технічного забезпечення через ефективне використання наявних ресурсів закладу.

В таблиці 3.5 зазначено основні стратегічні цілі Центруз чітко визначеними завданнями та заходами по виконанню стратегічних завдань.

Таблиця 3.5. Стратегічні цілі та завдання Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2 Святошинського району м. Києва

№ з/п	Найменування стратегічних цілей та завдань	Одиниця виміру	Плановий період (прогноз)		
			2020 рік	2021 рік	2022 рік
1	2	3	4	5	6
1.	Стратегічна ціль 1: «Формування ефективної вмотивованої команди»				
1.1.	<i>Завдання 1.1. Підвищити кваліфікацію та рівень мотивації працівників</i>				
<i>Основні заходи:</i>					
1.1.1.	Організувати систематичне вивчення протоколів діагностики та лікування найбільш поширених захворювань, перевірку знань та практичних навичок	особа	75	-	-
1.1.2.	Встановити критерії оцінювання роботи всіх працівників з урахуванням вимог щодо медичної етики та орієнтації на задоволення потреб пацієнтів	критерій	10	-	-
1.2.	<i>Завдання 1.2. Розширення співпраці з іншими медичними установами через обмін досвідом і спільним використанням кадрового потенціалу</i>				
<i>Основні заходи:</i>					
1.2.1.	Затвердження плану проведення спільних заходів із організаціями та партнерами, які спрямовані на покращення іміджу медичної установи, престижу Медичного фаху та системи охорони здоров'я загалом	захід	5	5	5
1.2.2.	Забезпечення проведення робочих семінарів і нарад, інших заходів, спрямованих на підвищення фахової кваліфікації та обміну досвідом з питань управління, надання медичних та інших послуг, покращення роботи з пацієнтами, тощо	захід	5	5	5
2.	Стратегічна ціль 2: «Покращення якості медичного обслуговування населення»				
2.1.	<i>Завдання 2.1. Покращення якості медичної допомоги</i>				
<i>Основні заходи:</i>					
2.1.1.	Забезпечити надання медичної допомоги на дому особам з інвалідністю та немобільним пацієнтам	бригада	22	22	22
2.1.2.	Впровадження системи стандартизації медичної допомоги	стандарт	15	-	-
2.2.	<i>Завдання 2.2. Покращення профілактичної роботи</i>				
<i>Основні заходи:</i>					

2.2.1.	Знизити рівень запущених форм онкопатологій	відсоток від вперше виявлених випадків	18	16	14
2.2.2.	Знизити рівень захворюваності на запущені форми туберкульозу	рівень на 100 тис. населення	нижче 37,0	нижче 36,0	нижче 34,0
2.2.3.	Підвищити рівень виконання первинного вакцинального комплексу	%	92,0	95,0	93,0
2.2.4.	Зниження рівня маюкової смертності	рівень на 100 тис. населення	нижче 5,5	нижче 5,3	нижче 5,4
2.2.5.	Підвищити охоплення населення скринінговими обстеженнями з профілактики серцево-судинних хвороб	%	72,0	75,0	77,0
2.3.	<i>Завдання 2.3. Підвищити комунікативну та логістичну доступність медичного закладу</i>				
<i>Основні заходи:</i>					
2.3.1.	Створити офіційний веб-сайт закладу, забезпечити належне інформаційне наповнення, зорієнтоване на задоволення потреб зацікавлених сторін, та його підтримки в актуальному стані	сайт	1	-	-
2.3.2.	Створити належні умови для відвідування всіх підрозділів медичного закладу особами з обмеженими фізичними можливостями	умова	3	-	-
3.	Стратегічна ціль 3: «Покращення стану матеріально-технічної бази Центру, сприяння ефективному використанню існуючих приміщень»				
3.1.	<i>Завдання 3.1. Дооснащення закладу необхідним обладнанням та устаткуванням згідно Примірною таблицею матеріально-технічного оснащення</i>				
<i>Основні заходи:</i>					
3.1.1.	Оснащення амбулаторій ЗП-СМ в достатній кількості електрокардіографами	од.	6	6	6
3.1.2.	Забезпечити педіатрів та сімейних лікарів дитячими електронними вагами	од.	12	11	13
3.2.	<i>Завдання 3.2. Дотримання санітарно-гігієнічних норм та оптимізація системи розміщення кабінетів</i>				
<i>Основні заходи:</i>					
3.2.1.	Забезпечити наявність інформаційних стендів, на яких буде представлено перелік інформації необхідний для пацієнтів (загальна схема надання медичної допомоги, перелік лікарів ЦПМСД, з яких пацієнти можуть вибирати лікарів, телефонні номери амбулаторій)	шт.	5	3	4
3.3.	<i>Завдання 3.3. Підвищити енергоефективність, впровадити сучасні технології енергозбереження</i>				
<i>Основні заходи:</i>					
3.3.1.	Розробити план заходів щодо підвищення енергоефективності об'єктів	план	1	1	1
3.3.2.	Замінити лампи розжарювання на енергозберігаючі лампи	тис. грн.	9,0	10,0	11,0

Важливим в діяльності Центру є здійснення моніторингу щодо виконання стратегічних завдань як процесу збору даних під час реалізації стратегії [89].

Важливими складовими моніторингу виступали щотижневі, щомісячні і щорічні показники діяльності закладу.

Щотижневий моніторинг базувався на аналізі тижневих показників діяльності та окреслення плану роботи закладу на тиждень.

Щомісячний моніторинг визначав місячні показники діяльності через , письмові звіти керівників (відповідальних) структурних підрозділі і розроблення планів на наступний місяць.

Щорічний моніторинг базується на складенні річного звіту, що включає оцінку досягнення цілей, визначених планом і Стратегією розвитку Центру, відображає стан виконання поставлених завдань, рівень виконання запланованих показників, результативність реалізації Стратегії та плану в цілому, а також причини не виконання чи не отримання очікуваних результатів, висновків та пропозицій [90].

3.2. Формування розвиненої системи маркетингової стратегії закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу на прикладі Центру первинної медико-санітарної допомоги №2 Святошинського району міста Києва

Модернізація організаційного забезпечення медичної галузі в сучасних ринкових умовах передбачає запровадження нової маркетингової стратегії управління охороною здоров'я, яка надасть можливість всебічно вивчити потенційних споживачів на ринку надання медичних послуг. Запроваджена маркетингова концепція повинна базуватися не лише на окремих закладах первинної, вторинної, третинної медичної допомоги, але створити схему комплексної співпраці для недопущення дублювання медичної допомоги на вищих рівнях. Основу концепції маркетингу надання медичних послуг складає уявна модель 4P (product, price, promotion, place), яка трансформується трьома складовими

елементами - людьми, процесом, обслуговуванням пацієнта. Саме в медичних установах відбувається поєднання цих трьох елементів. Четвертим елементом маркетингу «4P» виступають медичні працівники. Працівник, який фахово володіє інформацією про медичні послуги закладу охорони здоров'я, всебічно орієнтується на ринку провайдерів послуг виводить заклад на конкурентоспроможний рівень існуючих пропозицій стосовно медичних послуг. Такий маркетинговий елемент, збагачений людським фактором, підводить споживача бачити не тільки послугу, але і медичний персонал, який її надає.

Споживач послуги звертає увагу на сервісне обслуговування, манери поведінки, ввічливість, розсудливість, якість роботи, об'єктивність інформації, небайдужість до пацієнта і бажання отримати позитивний результат від наданої послуги. Саме медичному персоналу в процесі обслуговування пацієнтів відводиться важлива роль у комплексі маркетингових заходів, які застосовує медична установа [91].

Маркетингова стратегія, в залежності від елементів маркетингу-мікс, включає – стратегію послуги, цінову стратегію, комунікаційну стратегію, стратегію персоналу [92].

Стратегія послуги є основним елементом сервісу і базується на задоволенні потреб цільової групи пацієнтів. Ключовим аспектом її концепції є ефективне вирішення проблем, які виникають у пацієнта. Тому, правильним управлінським рішенням подолання цих проблем виступає запровадження розширеного переліку медичних послуг, через запровадження нових, високоякісних медичних послуг. На сьогоднішній день існує жорстка конкуренція на ринку провайдерів медичних послуг, у кращому становищі знаходяться медичні заклади приватної форми власності, які пропонують широкий перелік високоспеціалізованих медичних послуг для найрізноманітніших груп пацієнтів.

Ефективна цінова (продуктова, збутова) стратегія відіграє дуже важливу роль у діяльності медичного закладу, саме вона виступає важливим

елементом успіху установи. Через ефективну цінову політику компенсовується значна частина витрат на реалізацію інших елементів маркетингу-мікс та забезпечується значний фінансовий успіх в отриманні прибутку.

Дослідження цінових стратегій повинно базуватися на вивченні заходів сприйняття різних цінових стратегій, які застосовуються у маркетинговій діяльності. Витрати на розрахунок вартості медичної послуги складають значну частку при встановленні ціни на послуги. Медичним закладам потрібно покривати витрати на всі складові послуги та загалом бути дохідними і відповідати монетарним завданням стратегії.

Ключовими компонентами маркетингу-мікс комунікаційної стратегії чи стратегія просування виступають просування повідомлень про медичні послуги зацікавленим клієнтам. В основі стратегії просування лежить дослідження потреб медичних послуг на ринку провайдерів для надання можливості обирати їх потенційним клієнтам (пацієнтам), обрання відповідних інструментів комунікації для вирішення поставлених завдань, які в послідуєчому повинні задовольнити споживача послуг, а медичним закладам забезпечити фінансовий прибуток.

Саме комунікаційна стратегія надає можливість медичним закладам диференціювати себе як бренд і містить низку компонентів, загалом відомих як «комунікаційний мікс», яким притаманні і переваги, і недоліки. Ось чому в стратегії просування використовують декілька інструментів комунікацій, що створює максимум переваг при значному мінімумі недоліків.

Важливим інструментом конкурентоспроможності медичних установ виступає реклама. У ринкових відносинах ефективне використання реклами дозволяє лікувальним закладам залучити значну кількість пацієнтів, задовільнити їх потреби та зберегти їх в подальшому, враховуючи жорсткі умови конкурентного середовища на ринку провайдерів послуг. В реаліях пацієнти вибирають якісні послуги, які надає медичний заклад незалежно від форми власності, при тому, що близько 50 % отриманих послуг отримані через рекламу.

У сервісній організації маркетингової стратегії лікувального закладу відіграє стратегія персоналу (людський потенціал), яка починає діяти з моменту доставки послуги. Саме взаємодія медичних працівників із пацієнтами є визначальним елементом побудови маркетингової стратегії закладу. Задоволення потреб пацієнта через надання медичних послуг високої якості відіграють важливу роль у конкуренції серед медичних закладів. На сьогоднішній день саме роль медичного персоналу, як важливого продукту у постачанні послуг, виступає особистість лікаря. Для пацієнта є важливим в отриманні медичної послуги людські і професійні риси лікаря, який надає їх.

Погоджуючись із низкою дослідників вищезазначеної стратегії маркетингових рішень, приходимо до позитивного висновку їх впливу на діяльність закладів охорони здоров'я всіх рівнів надання медичної допомоги, а особливо на первинному рівні, які спрямовані на збереження здоров'я населення [92, 93].

Побудова медичного маркетингу включає наступні напрямки:

- маркетинг послуги, яка базується на процесі розробки, просування, реалізації медичної послуги та орієнтована виключно на отримувача даної послуги;
- маркетинг медичного закладу, спрямованого на забезпеченні позитивного іміджу закладу охорони здоров'я;
- маркетинг медичних працівників, висококваліфікованих спеціалістів, які є фахівцями знаними і популярними на ринку послуг;
- маркетинг ідей, ефективної розробки їх та впровадження в дію.

Суспільний характер маркетингу ідей в системі охорони здоров'я на пряму пересікається із поняттями соціального маркетингу, в основі якого лежить розробка соціальних програм з профілактики захворювань [94].

На рисунку 3.2. відображено основні напрями медичного маркетингу.

Рис. 3.2. Напрями медичного маркетингу



Маркетингова стратегія медичної установи первинного рівня надання медичної допомоги пацієнтам базується на наявній матеріально-технічній базі та фаховому рівні медичних спеціалістів. Постійний моніторинг ринків послуг, ретальний їх аналіз на підставі збору інформації про споживачів і провайдерів дозволяють на постійній основі вдосконалювати систему управління медичним закладом на засадах конкурентоспроможності в системі охорони здоров'я [95].

Для досягнення основних стратегічних цілей в діяльності медичного закладу є формування позитивного іміджу закладу, зростання популярності через просування нових, якісних, доступних медичних послуг через різні інформаційні засоби. На сьогоднішній день актуальним виступає інтернет-сайт медичного закладу, як важливий інформаційний елемент маркетингової системи діяльності закладу охорони здоров'я [96].

Інтернет сайт медичного закладу, тестового, аудіо чи відео представлення, є сучасним і ефективним засобом отримання інформації через спілкування з потенційним споживачами медичних послуг, сприяє продуктивно використовувати всі інформаційні повідомлення широкою аудиторією населення [97].

Необхідно підкреслити, що грамотно побудований сайт медичної установи є важливим і ефективним іміджевим інструментом в її розвитку. Саме повноцінний і грамотно побудований веб-ресурс закладу, який працює в цілодобовому режимі може надавати всім зацікавленим інформацію через фото, аудіо та відеоматеріали, висвітлювати ліцензійні, дозвільні документи на провадження медичної практики, патенти на винаходи методів лікування чи патентів на корисну модель діагностики, лікування і профілактики хвороб, які формують чітке уявлення про рівень діяльності закладу пацієнтами, громадянами, представниками журналістської спільноти, певними громадськими чи державними організаціями.

Зважаючи на вищенаведене можемо запропонувати запровадження створення інтернет-сайту медичної установи, як важливого інструменту маркетингової стратегії діяльності закладу охорони здоров'я. Процес створення і просування інтернет-сайту закладу містить наступні етапи:

- 1) розроблення логічної структури і дизайну;
- 2) збір цільової (тематичної) інформації;
- 3) технічне програмування та інформаційне наповнення сайту;
- 4) проведення маркетингового аудиту і просування сайту;
- 5) постійний супровід через наповнення новою інформацією.

Структура веб-порталу медичного закладу повинна бути функціональною, повністю вирішувати основні стратегічні цілей установи, бути інтерактивною, не тільки надавати інформацію, але й виступати активним засобом комунікування з цільовою аудиторією [97].

За вище зазначеними показниками розроблено веб-сайту Центру представлено та представлено в таблиці 3.6.

Отже, на сьогоднішній день створення інтернет-сайту медичного закладу є важливим першочерговим завданням в створенні позитивного іміджу, покращення його, збільшення кількості наданих послуг, з метою залучення нових пацієнтів.

Таблиця 3.6. Структура інтернет-сайту Центру первинної медико-санітарної допомоги № 2 Святошинського району м. Києва

Інформація		Характеристика сайту						Для пацієнтів							
Офіційна сторінка	Контактна інформація	Меню пошуку	Мова сайту	Онлайн консультація	Наочність	Швидкість роботи	Простота пошуку інформації	Список послуг	Питання до лікаря	Графік роботи	Запис на прийом	Стратегія закладу	Платні послуги, акції	Відгуки	Фото, відео

ВООЗ пропонує таку комунікативну маркетингову стратегію закладу охорони здоров'я в рамках інформаційної складової при проведенні рекламних кампаній, яка базується на формуванні інформаційних мереж і порталів, які здійснюють інтерактивний зв'язок - консультація, обмін досвідом в діагностиці чи лікуванні хворих, профілактики захворювань, боротьбі із подоланням епідемій та пандемій, соціального моніторингу захворювань, надання психологічної допомоги, через швидкий і доступний вихід на потрібні електронні ресурси, телефонні канали, проведення виставок та електронних, відеоконференцій, телемостів, конференцій в офлайн режимі стосовно новітніх технологій у системі охорони здоров'я, асортименту медичних препаратів, різних товарів і послуг, які представлені на ринку медичного обслуговування [98].

Отже, зважаючи на зазначене вище перед Центром постає питання спроможності створення інтернет-сайту на етапах розробки та його подальшого утримання через постійне оновлення, просування, проведення рекламних заходів по просуванню послуг закладу, для цього необхідно провести певні організаційні зміни в структурі Центру шляхом створення відділу маркетингу з відповідними зміни у штатному розписі закладу.

Основними завданнями маркетингового відділу виступили:

- створення позитивного іміджу Центру на засадах довгострокової перспективи стратегії формування,
- впровадження заходів, спрямованих на зміцнення корпоративної культури Центру;
- запровадження ефективного планування, ґрунтованого на забезпеченні конкурентоспроможної переваги на ринку медичних послуг у довготривалій перспективі;
- ефективне забезпечення Центру рекламною та інформаційно-іміджевою продукцією;
- здійснення аналізу на постійній основі основних тенденцій та перспектив ринку медичних послуг;
- організація проведення основних маркетингових досліджень середовища ринку медичних послуг стосовно кількості провайдерів, визначення цільових груп пацієнтів, переліку і виду медичних послуг, цінового характеру послуг та особливостей їх надання;
- розробка комплексного плану і кошторису маркетингових заходів просування Центру на ринок провайдерів медичних послуг через залучення рекламних кампаній, виготовлення рекламно-інформаційної продукції тощо.

Очікуваними результатами від діяльності відділу маркетингу стали позиціонування Центра, як лідера, який якісно, своєчасно і ефективно здійснює діагностичні процедури, лікування, профілактичні заходи, надання первинної медичної допомоги населенню на підставі новітніх методик та доказової медицини. Зростання кількості наданих платних послуг базується на 56 % від рекламування Центру, професійної діяльності працівників, рівня їхньої фахової кваліфікації, мотиваційних складових умов праці, оновлення матеріально-технічної бази, створення раціональних маршрутів пацієнтів при наданні медичної допомоги на різних рівнях, запровадження системи

індикаторів якості і доступності медичних послуг для зростання задоволеності пацієнтів.

Після створення та здійснення діяльності відділу Центру збільшився потік пацієнтів, кількість наданих послуг, в тому числі на платних засадах.

Висновки до розділу № 3

1. Досліджено основні проблеми системи охорони здоров'я, які не дають здійснити належні профілактичні заходи, впровадження проведення нових і якісних методик діагностики і лікування захворювань. Серед них чільне місце займають: неефективна кадрова політика керівників медичних закладів по формуванню мотиваційних механізмів утримування медичного персоналу, підвищення фахового і кар'єрного росту, отримання оплати за результатами проведеної роботи і відсотку задоволеності пацієнтів; дублювання медичної допомоги різними рівнями через відсутність єдиного реєстру медичних закладів державної, комунальної, відомчої та приватної, профілактичних і реабілітаційних центрів; відсутність важливої статистичної інформації, для здійснення основних організаційних заходів в стсемі охорони здоров'я, жорстка фінансова системи діяльності закладу з чітко визначеним переліком витрат, яка сприяла появі різноманітних корупційних схем при наданні медичних послуг.

На підставі аналізу діяльності Центру первинної медико-санітарної допомоги № 2 Святошинського району м. Києва визначено основні показники та здійснено прогностичні значення діяльності. Заклад виконує основні завдання по наданню первинної медико-санітарної допомоги прикріпленому населенню та здійснює додатково консультації, лабораторні і діагностичні обстеження, лікувальні процедури і маніпуляції, профілактичні щеплення іншій категорії пацієнтів.

2. Доведено взаємозалежність елементів маркетингу-мікс маркетингової стратегії, а саме: сервісної стратегія, цінової стратегії, комунікаційної стратегія, стратегії персоналу, при формуванні маркетингової

стратегії діяльності медичного закладу при наданні послуг на ринку провайдерів медичних послуг. Серед основних напрямів медичного маркетингу саме маркетинг медичних послуг і маркетинг медичного закладу є основними елементами конкурентоспроможності в діяльності закладу охорони здоров`я, при тому, що маркетинг медичного персоналу та маркетинг ідей сприяють створенню позитивного іміджу лікувальній установі та призводять до залучення додаткових коштів на функціонування і розвиток закладу в цілому.

ВИСНОВКИ

У роботі наведено теоретичне обґрунтування досліджень практичних напрямків організаційного забезпечення модернізації мережі закладів первинної медичної допомоги як основної складової державної політики реформування медичної галузі в Україні.

Аналіз проведеного дослідження засвідчив, що мета дослідження, поставлені завдання, отримані результати, узагальнюючі висновки, пропозиції та рекомендації, висвітлені у даному дослідженні, мають важливе теоретичне і практичне значення організаційному забезпеченню основних засад модернізації охорони здоров'я.

1. Проведено аналіз історичних аспектів державної політики стосовно модернізації мережі закладів первинної медико-санітарної допомоги в Україні, яка базується на чотирьох періодах впровадження і триває з 1991 року по теперішній час.

Її основною метою було переорієнтувати застарілу модель фінансування медичної галузі на якісно нову через надання конкретних медичних послуг конкретному громадянину. Такі масштабні перетворення в медичній галузі, апробація основних складових цих перетворень здійснювалися у пілотних областях відповідно до прийнятих нормативно-правових актів.

Визначено, що у 2015 році вперше у історії існування охорони здоров'я була запроваджена нова модель фінансування медичної галузі із державного бюджету через медичну субвенцію. Основним завданням модернізації охорони здоров'я в Україні передбачався здійснити остаточний перехід від «залишкового принципу» фінансування медичної галузі до якісно нового принципу фінансування через надання медичних послуг населенню.

2. Здійснено аналіз нормативно-правових актів реформування мережі закладів охорони здоров'я та встановлено, що процеси модернізації медичної галузі регулюються чітко визначеною нормативно-правовою базою, основою на засадах права, соціології, економіки і регулюють суспільні відносини населення в ориманні права на якісну, своєчасну і висококваліфіковану медичну допомогу.

Розроблено і затверджено Порядок надання первинної медико-санітарної допомоги населенню із визначеним переліком безоплатних послуг.

Доведено, що через низку проблем у медичній сфері, важливою проблемою виступає запровадження медичного страхування населення та надання медичних послуг на платній основі, які не покриваються гарантованим пакетом безоплатних послуг у державних та комунальних медичних закладах.

Вважаємо за необхідне Державну програму організаційного забезпечення модернізації сфери охорони здоров'я доповнити новими принципами обслуговування населення в період воєнного стану.

3. Проаналізовано діяльність медичних закладів умовах модернізації мережі закладів охорони здоров'я в Україні та зазначено, що основним в реформуванні фінансового сектору медичної галузі повинно виступати замовлення медичної послуги у конкретного надавача через запровадження програм медичних та фінансових гарантій для населення, виконання основних програм громадського здоров'я, планування та організації надання медичної допомоги на різних рівнях тощо.

4. Проаналізовано умови розвитку кадрового і матеріально забезпечення закладів охорони здоров'я в умовах модернізації мережі медичних закладів на прикладі Центр у первинної медико-санітарної допомоги № 2 Святошинського району м. Києва та проведено експертне опитування медичних працівників цього закладу.

Доведено важливість розробити та затвердити Положення про корпоративну культуру, про систему мотивації медичних працівників до ефективної праці в Центрі первинної медико-санітарної допомоги № 2 Святошинського району м. Києва.

В умовах модернізації мережі закладів охорони здоров'я важливим є здійснити моніторинг діяльності Центру первинної медико-санітарної допомоги № 2 Святошинського району міста Києва, його структурних підрозділів та персонально кожного працівника, проаналізувати діяльність Центру в питаннях якості, своєчасності та ефективності надання медичної допомоги населенню через анонімне анкетування пацієнтів, стосовно задоволеності пацієнтів рівнем надання медичних послуг фахівцями медичного закладу тощо.

5. Визначено основні стратегічні напрямки удосконалення модернізації мережі закладів первинної медико-санітарної допомоги в Україні на прикладі Центру первинної медико-санітарної допомоги № 2 Святошинського району міста Києва та встановлено, що управління медичним закладом здійснюється згідно стратегічних планів розвитку Центру і є ефективним як у забезпеченні рівного доступу населення до медичного обслуговування, надання високої якості медичних послуг, що відображається у показниках поліпшення здоров'я громадян, цільового використання бюджетних асигнувань за рахунок економії через відсутність дублювання медичної допомоги, залучення позабюджетного фінансування, раціонального використання матеріально-технічної бази, збереження кадрового і матеріального потенціалу закладу тощо. Дослідження діяльності Центру методом SWOT-аналізу було виділено основні напрямки розвитку, розроблено низку заходів для досягнення стратегічних цілей забезпечення ефективної адаптації роботи закладу в нових умовах фінансової моделі і структури надання медичних умов модернізації мережі закладів системи охорони здоров'я в період стартування реформи і по сьогоднішній час.

Центром первинної медико-санітарної допомоги № 2 Святошинського району м. Києва розроблено і впроваджено основні стратегічні напрямки по формуванню ефективної команди працівників закладу, покращенню медичного обслуговування прикріпленого населення, покращення кадрового, фінансового та матеріально-технічного забезпечення, ефективності їх використання.

Запропоновано сформувати нову маркетингову стратегію розвитку закладу первинної медичної допомоги на прикладі Центру первинної медико-санітарної допомоги № 2 Святошинського району м. Києва, в якості ефективного інструменту маркетингової стратегії, сформувати інтернет-сайт закладу з метою інформування населення про заклад, медичний персонал, перелік медичних послуг, що сприятиме зростанню іміджу закладу на ринку провайдерів послуг, збільшенню кількості пацієнтів та фінансових надходжень.

Вважаємо, що введення в структуру Центру первинної медико-санітарної допомоги № 2 Святошинського району м. Києва відділу маркетингу допоможе позитивно позиціонувати заклад у запровадженні інноваційних методик діагностики та лікування хвороб, наданні своєчасної і високого рівня первинної медичної допомоги, здійсненні ефективних профілактичних заходів по зменшенню рівня захворюваності серед прикріпленого населення, зростанню задоволеності пацієнтів тощо.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Shkilnyak M. Modernization of the health care system at the level of providing primary medical care in Ukraine / M. Shkilnyak, Yu. Derpak // XII International scientific and practical conference “Current challenges, trends and transformations” Boston, USA, December 13-16 2022, ISBN 978-8-88862-829-4, DOI 10.46299|ISG.2022.2.12 S. 204 – 211.
 2. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис і перспективи розвитку: / [Кол. авт.; Упорядник – проф. Я. Ф. Радиш, Передмова – проф. Т. Д. Бахтеєва; загальна редакція – проф. М. М. Білинської, проф. Я.Ф. Радиша]. – К.: Вид-во НАДУ, 2013. – 424 с.
 3. 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.
 4. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації): монографія / З. С. Гладун. – Тернопіль, „Економічна думка”, 2020 – 460 с.
 5. Оптимізація первинної медико-санітарної допомоги населенню України: метод рекомендації / ДУ №Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», НУОЗ України імені П. Л. Шупика, уклад.: Н. Г. Гойда, Л. Ф. Матюха, В. Г. Слабкий, Л. В. Полікова. – К., 2021. – 25 с.
 6. Шкільняк М. М. Теоретико-методологічні основи досліджень державної політики щодо модернізації системи надання первинної медичної допомоги / Шкільняк М. М., Дерпак К. Ю., Дерпак Ю. Ю. // «Сімейна медицина. Європейські практики». – 2023. - № 2 (104). – С. 24 - 30.
 7. Князевич В. М. Наукове обґрунтування оптимізації системи інтенсивної медичної допомоги населенню України : автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.02.03 / В. М. Князевич; Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України. – К., 2009. – 36 с.
-

8. Кризина Н.П. Державна політика галузі охорони здоров'я в контексті Концепції розвитку охорони здоров'я України / Н. П. Кризина, Я. Ф. Радиш [Електронний ресурс]. – Режим доступу:

<http://www.academy.gov.ua/ej/ej2/txts/galuz/05knpznu.pdf>

9. Кринична І. Державне регулювання реформування галузі охорони здоров'я в Україні: аналіз очікуваних результатів реалізації реформ / І. Кринична // Державне управління та місцеве самоврядування. - 2015. - Вип. 2. С. 137-147. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/dums_2015_2_16.

10. Деякі питання організації первинної медико-санітарної допомоги у період реформи / К. О. Надутий. Управління закладом охорони здоров'я № 8. – 2021. - 23 с.

11. Економіка охорони здоров'я : підруч. для вищ. навч. закл. III-IV рівнів акредитації / В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, В.В. Таран, В.М. Лехан, В.В. Рудень та ін. ; за ред. В.Ф. Москаленка; Нац. мед. ун-т ім. О.О. Богомольця. - Вінниця : Нова кн., 2010. - 281 с.

12. Москаленко В. Ф. Наукове обґрунтування структури завдань та заходів проекту загальнодержавної програми “Здоров'я – 2020: український вимір” / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузєва, Л. І. Галієнко, Г. В. Іншакова // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. - № 2-3 (18-19). - С. 248-257.

13. Медична та демографічна статистика України : бібліогр. літ. (1787-2008): [показчик] / уклад.: Баженова Г. І., Доценко В. М., Корнілова Л. Є., Матвєєва Г. П., Нагорна А. М. та ін. - К. : Медінформ, 2008. - 125 с.

14. Семашко Н. А. Наука о здоровье общества / Н. А. Семашко – М., 1922. – С. 5 - 6.

15. Дерпак Ю. Ю. Нормативно-правове забезпечення модернізації системи охорони здоров'я на рівні надання первинної медичної допомоги в Україні / IV International scientific and practical conference “ Science, theory and practice” Tokyo, Japan, October 12 - 15, 2021. S. 211 - 218.

16. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / під заг.ред. В.М.Лехан, Н.М. Лакізи-Сачук, В.М. Войцехінського. К.: Сфера, 2021. – С. 176.

17. Модель наступності медичної допомоги сільському населенню в умовах впровадження сімейної медицини: метод. Рекомендації / МОЗ України, ДУ «Інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; уклад. : В. Л. Весельський, В. Г. Слабкий, Ю. Б. Яценко. – К., 2020. – 19 с.

18. Програма економічних реформ на 2010 - 2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». Комітет з економічних реформ при Президентові України 2010. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.president.gov.ua/content/ker-program.html>.

19. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Україна. Здоров'я нації. 2010. № 1. - С. 5 - 23. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2010_1_3.

20. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві: Закон України від 07.07.2011 № 3612-VI. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/3612-17>.

21. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. Україна. Здоров'я нації. 2015. № 3 (спецвипуск). С.67-86. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.uiph.kiev.ua/download/Vidavnictvo/Ukraina.Zdorovja%20nacii/2015-3-si.pdf>

22. Про Державний Бюджет України на 2022 рік : Закон України від 28.12.2022 № 80-VIII. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/80-19>.

23. Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам: Постанова Кабінету Міністрів України від 23.01.2015

№ 11. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [//zakon5rada.gov.ua/laws/show//11-2015-%D0%BF](http://zakon5rada.gov.ua/laws/show//11-2015-%D0%BF).

24. 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.[Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160511_0427.html.

25. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013- [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www/kmu.gov.ua/ua/npas/249626689/>.

26. 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. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2002-19>.

27. 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. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://moz.gov.ua/uploads/0/3555-moz_metod_recomendations_autonomization_2018_ua_final_web.pdf.

28. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.

29. Бюджетний кодекс: Закон України від 08.07.2010 № 2456-VI. Редакція від 01.01.2018. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/en/2456-17>.

30. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF>.

31. Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій: Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 410. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/ru/410-2018-%D0%BF>.

32. 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. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF>.

33. 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. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5/rada.gov.ua/laws/show/407-2018-%D0%BF>.

34. Методика розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування: Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1075. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-%D0%BF>.

35. 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. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20161229_1422.html.

36. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

37. Про затвердження Порядку створення госпітальних округів: Постанова Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 932. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249582611>.

38. Деякі питання створення госпітальних округів: постанова Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1074 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF#n10>

39. 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. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://moz.gov.ua/uploads/0/2663-dn_20171218_1621_dod.pdf.

40. Рамкові вимоги до багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування першого та другого рівнів. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/410502>.

41. Шафранський В. В. Європейська політика "Здоров'я - 2020": використання науково обґрунтованих стратегій для отримання позитивних результатів / В. В. Шафранський // Економіка і право охорони здоров'я. - 2020. № 1. - С. 44 - 48.

Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/eprozd_2020_1_10.

42. The legatum prosperity index 2019. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.prosperity.com/rankings>.

43. Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в Україні / В.В. Ровенська, Є.О. Саржевська // Економічний вісник Донбасу. – 2019. – № 3 (57). – С. 162-168.

44. Euro Health Consumer Index 2018. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://healthpowerhouse.com/publications/>.

45. Фалько Я. Медична допомога в країнах ЄС, США та в Україні / Я.Фалько // Голос України. – 2020. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.golos.com.ua/article/334485>

46. Мартинов П. Австралійська медична модель: доступна, якісна та ефективна / Петро Мартинов // Ціна держави. – 2016. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://cost.ua/news/352-med-australia/>

47. Das Wichtigste in Kürze Bundesamt für Gesundheit BAG. Krankenversicherung. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.bag>

admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-das-wichtigstein-kuerze.html.

48. Rijksoverheid. Zorgverzekering. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering>.

49. Rijksoverheid. Hoe is de zorgverzekering in Nederland geregeld? [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/zorgverzekeringsstelsel-in-nederland>.

50. Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor Zorgverzekeringen 2019. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://ruc.overheid.nl/nza/doc/PUC_289640_22/1/.

51. Галина Муляр. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk_1-2_2020-43-52.pdf

52. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>.

53. 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. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF>.

54. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 р. № 504. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-19032018--504-pro-zatverdzhennja-porjadku-nadannja-pervinnoi-medichnoi-dopomogi>.

55. 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. [Електронний ресурс]. – Режим доступу:

<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>

56. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411. [Електронний ресурс].

– Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/npas/deyaki-pitannya-elektronnoyi-sistemi-ohoroni-zdorovya>

57. Петрученко Н. В. Удосконалення нормативно-правового забезпечення трансформації системи охорони здоров'я на рівні первинної медичної допомоги в Україні / Н. В. Петрученко // Теорія та практика публічного управління та адміністрування у XXI сторіччі : матеріали III Всеукр. наук.-практ. конф. за міжнар. участю здобувачів вищої освіти та молодих вчених в рамках заходу «Школа розвитку молоді» (Київ, 25 листоп. 2020 р.) / за заг. ред. А. Савкова, М. Білинської, О. Петроє, І. Дегтярьової. Київ : НАДУ, 2020. – 312 с. – С. 195-197.

58. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України: Закон України від 07.12.2017 № 2233-VIII [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2233-19#Text>

59. Методичні рекомендації щодо планування видатків та використання бюджетних коштів для надання медичної допомоги закладам охорони здоров'я / МОЗ України, ДУ «Інститу стратегічних досліджень МОЗ України»; уклад.: Г. О. Слабкий, Ю. Б. Яценко, М. В. Шевченко. – К., 2020. – 29 с.

60. Про затвердження Концепції розвитку системи охорони здоров'я в місті Києві: рішення Київської міської ради від 14 грудня 2017 р. № 692/ 3699 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://health.kievcity.gov.ua/files/2018/1/23/konceptcia.pdf>

61. Реформа фінансування первинної медичної допомоги в дії: результати дослідження доступні онлайн. – 2022.

[Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://healthreform.in.ua/phc-reform-research/>

62. Етапи впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я закладами ПМД у 2018 році: Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» // Збірка матеріалів методологічної підтримки для закладів ПМД [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/311/USAID_2018_interactiv_1.pdf

63. Як трансформується система охорони здоров'я // МОЗ. – 2019. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/reform-plan/jak-transformuetsja-sistema-ohoroni-zdorovja>

64. Порядок направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги / МОЗ України, ДУ «Інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; Г. О. Слабкий, В. П. Лисак, Ю. Б. Яценко. – К., 2010. – 24 с.

65. Анкетне опитування // Центр прикладних досліджень. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://cpd.com.ua/uk/anketne-opytuvannya/>

66. Дворецька Г. В. Соціологія : навчальний посіб. / Г. В. Дворецька. – К.: КНЕУ, 1999. – 340 с.

67. Науково обґрунтовані підходи до кваліфікаційної характеристики лікаря загальної практики – сімейного лікаря з позиції компетентнісного підходу: метод. Рекомендації / НУОЗ України імені П. Л. Шупика, ДУ «Інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; уклад.: Л. Ф. Матюха, Н. Г. Гойда, В. Г. Слабкий, М. В. Олійник. – К., 2010. – 27 с.

68. Лукіна Т.О. Технологія управління якістю освіти державних службовців: метод. посібн. для системи підвищення кваліфікації / Т. О. Лукіна. – Луцьк, 2010. – 50 с.

69. Савченко Б. Г. Використання анкетування як методу соціологічного дослідження для аналізу потреб з підвищення кваліфікації управлінських

кадрів[Електроннийресурс].

Режимдоступу: <http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/db/2007-1-1/doc/3/03.pdf>

70. Vasiuk N. O., Petruchenko N. V. Expert survey as a tool for research of the satisfaction of working conditions of the medical workers of the municipal non-commercial enterprise “Center for primary health care No. 2” of Svyatoshynsky district of Kyiv. Public management : collection. 2020. № 3 (23). Kyiv : Interregional Academy of Personnel Management, 2020. P. 62–72.

71. Вежновець Т. А. Дослідження задоволеності працею та синдром вигорання у медичних працівників / Т. А. Вежновець // ScienceRise. Medical science. – 2017. – № 2. – С. 36 - 40. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/texcsrm_2017_2_9.

72. Порядок організації надання медичної допомоги та забезпечення маршрутів пацієнта лікарем загальної практики-сімейним лікарем при різних клінічних станах та захворюваннях: метод. Рекомендації / Л. Ф. Матюха, В. М. Лехан, Н. Г. Гойда. – К.: МОЗ, УІСД, 2021. – 43 с.

73. Губарева Ю. В. Задоволеність роботою як один з факторів плинності кадрів / Ю. В. Губарева // Проблеми екстремальної та кризової психології. – 2010. – Вип. 7. – С. 113-121.

74. Гітіс Т. П. Дослідження рівня задоволеності працею персоналу промислових підприємств України / Т. П. Гітіс, В. Б. Гітіс, Д. П. Діденко // Економічний вісник Донбасу. – 2018. – № 2. – С. 206-211. – Режим доступу:

75. Експертне опитування [Електронний ресурс]. – Режим доступу :

76. Оцінка ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги / Л. Ф. Матюха, Н. Г. Гойда, Г. О. Слабкий. – К.: МОЗ, ДУ «УІСД МОЗ України», НУОЗ України імені П. Л. Шупика, Міжнародний науково-навчальний центр інформтехнології та систем НАН України і МОН України, 2021, - 47 с.

77. Карамішев Д. В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (організаційно-управлінський підхід)./ Д.В. Карамішев. – Х. Хар РІ НАДУ «Магістр», 2014. – 304 с.

78. Голяченко О. М. Реформа охорони здоров'я в Україні: як вийти з кризи / О. М. Голяченко. – К. : ВСВ «Медицина», 2010. – 80 с.

79. Гайдаєнко О. В. Стейкхолдери медичних проєктів / О. В. Гайдаєнко, К. В. Кошкін // Управління проєктами та розвиток виробництва. - 2016. - № 2. - С. 12 - 18. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uprv_2016_2_4.

80. Стратегічне планування в секторі охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах / Марина Брага, Світлана Пхіденко, Лілія Масюк, Наталя Гусак, Таміла Лєпшошкіна. – 2019. [Електронний ресурс]. – Режим доступу:
https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/495/strategic_planning_for_web_new2.pdf

81. Про комунальне некомерційне підприємство "Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2" Святошинського району м. Києва: рішення Київської міської ради від 17 квітня 2013 року № 136/9193 [Електронний ресурс]. – Режим доступу:
<http://consultant.parus.ua/?doc=08JNK5CC5F&abz=ECNGF>

82. Про затвердження Статуту комунального некомерційного підприємства "Центр первинної медико-санітарної допомоги N 2" Святошинського району м. Києва: розпорядження Виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) 14.10.2013 N 1838 в редакції : розпорядження Виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) 26.09.2017 № 1190

83. Мачуга Н. З. Аналіз складових "ланцюга якості" медичних послуг / Н. З. Мачуга // Ефективна економіка. – 2012. – № 12 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=1655>

84. Немашкало К. Р. Оцінка конкурентоспроможності підприємства на прикладі ТОВ «Украгрозапчастина» / К. Р. Немашкало, О. М. Афанасьєва // Сучасні проблеми управління підприємствами: теорія та практика: матер.

наук. практ. конф., м. Харків, 29-30 березня 2018 р. – Х.: Видавець ФОП Мезіна, 2018. – С. 77-80.

85. Швед Т. В. Оцінка конкурентоспроможності підприємства / Т. В. Швед // Економіка і суспільство. – 2017 – №8. С. 405–410.

86. Зайцева, Л. О. Аналіз сучасних методів оцінки конкурентоспроможності підприємства / Людмила Олексіївна Зайцева // Економічний аналіз : зб. наук. праць / Тернопільський національний економічний університет; редкол.: С. І. Шкарабан (голов. ред.) та ін. – Тернопіль : Видавничо-поліграфічний центр Тернопільського національного економічного університету “Економічна думка”, 2013. – Том 14. – № 3. – С. 12-17.

87. Вороненко Ю. В. Стратегічне управління в охороні здоров'я: теоретичні та практичні аспекти / Ю. В. Вороненко // Науковий журнал МОЗ України. - 2014. - № 1. - С. 39 - 46. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/njmoz_2014_1_8.

88. Теоретичні, методологічні та практичні аспекти конкурентоспроможності підприємств : монографія / за загальною редакцією професора О. Г. Янкового. – Одеса, Атлант, 2021. – 514 с.

89. Про затвердження Методики розроблення, проведення моніторингу та оцінки результативності реалізації регіональних стратегій розвитку та планів заходів з їх реалізації: Наказ Мінрегіону України від 31.03.2016 № 79. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0632-16>

90. Стратегічне планування в секторі охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/495/strategic_planning_for_web_new2.pdf

91. Мачуга Н. З. Теорія і методологія функціонування системи надання медичних послуг в Україні : автореф. дис. д-ра екон. наук : 08.00.03 /

Мачуга Надія Зіновіївна ; Тернопільський національний економічний університет. - Тернопіль, 2016. – 40 с.

92. Міщук А. А. Інструментальні стратегії маркетингу закладу охорони здоров'я / А. А. Міщук // Економіка і організація управління. - 2017. - Вип. 2. –С. 120-131. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/eiou_2017_2_14.

93. Калініченко О. О. Інструменти маркетингового дослідження в охороні здоров'я / О. О. Калініченко [Електронний ресурс]. – Режим доступу <http://eprints.zu.edu.ua/29020/1/%D1%82%D0%B5%D0%B7%D0%B8%20%D0%9A%D0%B0%D0%BB%D1%96%D0%BD%D1%96%D1%87%D0%B5%D0%>

94. Що таке медичний маркетинг [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://imed.co.ua/medychnyi-marketing/shho-take-medichnij-marketing>

95. Станьковська І. М. Маркетингова стратегія як інструмент управління конкурентоспроможністю організації [Електронний ресурс] / І. М. Станьковська, М. І. Деркач // Актуальні проблеми розвитку економіки регіону. 2019.-Вип.11(1). – С .57 - 64.

96. Ревенок В. І. Інтернет-сайт — ефективний інструмент маркетингової діяльності закладу охорони здоров'я / В. І. Ревенок, С. В. Кисілевич // Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки. - 2019. - № 5(1). – С. 246 – 250.

97. Ефективний сайт медичного закладу: [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.medsprava.com.ua/article/794-efektivniy-sayt-medichnogo-zakladu>

98. Ревенок В. І. Елементи організації ефективних інтернет-комунікацій в галузі охорони здоров'я / В. І. Ревенок // Вісник Хмельницького національного університету. – Хмельницький. - 2020. - № 4, Т. 1 (238). – С. 166 - 169.
