

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**Західноукраїнський національний університет**  
**Навчально-науковий новітніх освітніх технологій**  
**Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу**

**АНТОНІЙЧУК Тарас Ярославович**

**Механізм надання первинної медичної допомоги в  
побудові в побудові нової моделі системи охорони  
здоров'я в регіоні**

спеціальність 073 - Менеджмент  
освітньо-професійна програма – Менеджмент закладів охорони здоров'я

Кваліфікаційна робота за освітнім ступенем «магістр»

Виконав студент групи  
МЗОЗзм-21  
Т.Я. Антонійчук

---

підпис

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

---

підпис

Кваліфікаційну роботу допущено до  
захисту «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Завідувач кафедри  
\_\_\_\_\_ М.М. Шкільняк  
підпис

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІКТНОГО УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....</b>	<b>6</b>
1.1. Система державного управління охороною здоров'я в Україні.....	6
1.2. Система показників з метою оцінки соціально-економічної ефективності результатів діяльності продуцентів послуг сфери охорони здоров'я.....	13
Висновки до розділу 1.....	21
<b>РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО МЕХАНІЗМУ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ.....</b>	<b>22</b>
2.1. Соціально-економічна оцінка стану галузі охорони здоров'я в Тернопільській області.....	22
2.2. Діагностика проблем надання первинної медичної допомоги в умовах медичної реформи в Тернопільському регіоні .....	29
Висновки до розділу 2.....	36
<b>РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПРОЦЕСУ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В РЕГІОНІ.....</b>	<b>37</b>
3.1. Трансформація механізму первинної допомоги як ключовий напрямок реформування галузі охорони здоров'я в регіоні.....	37
3.2. Інструментарій забезпечення послуг охорони здоров'я за умов становлення цифрової економіки.....	44
Висновки до розділу 3.....	48
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>50</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>52</b>

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Протягом останніх років Тернопільська область, як і більшість областей України, намагається реформувати систему охорони здоров'я для підвищення її ефективності та збільшення позитивного впливу на громадське здоров'я. Реформування визначається як діяльність з удосконалення, що дозволяє привести систему у відповідність до сучасних вимог і передбачає проведення комплексу заходів, націлених на оптимізацію використання ресурсів у галузі, кінцевою метою яких є підвищення доступності та якості медичних послуг.

Саме тому дослідження комплексного механізму публічного управління галуззю охорони здоров'я, процесів підготовки і втілення управлінських рішень щодо підтримки суспільного здоров'я, можливості надання якісної та ефективної медичної допомоги кожному громадянину суспільства є актуальними і складними проблемами в управлінні системою охорони здоров'я регіону.

Актуальність дослідження значною мірою зумовлюється необхідністю пошуку сучасної системи охорони здоров'я в регіоні, з врахуванням інформатизації суспільства, появи високовартісних технологій, зростання потреб пацієнтів у якісній медичній допомозі, децентралізацію управління, дефіциту фінансування галузі. У таких умовах завдання державного управління є тією складовою, від розв'язання характерних теоретичних і практичних проблем якої залежить подолання в галузі тривалих системних кризових явищ.

**Метою роботи** є дослідження теоретичних і прикладних засад до реформування галузі охорони здоров'я в регіоні з метою обґрунтування комплексу заходів, спрямованих на активізацію цього процесу.

Для досягнення запланованої мети поставлено такі **завдання**:

- дослідити формування національної системи охорони здоров'я та доступність медичної допомоги населенню України;

- проаналізувати нормативно-правове забезпечення системи охорони здоров'я в Україні;
- дослідити соціально-економічний стан системи охорони здоров'я Тернопільської області;
- систематизувати існуючі підходи до реформування первинної, вторинної та третинної медичної допомоги;
- визначити спроможну мережу закладів вторинного і третинного рівнів та лікувальні установи, які зможуть надавати медичну допомогу населенню за пріоритетними напрямками.

**Об'єкт дослідження** – організаційний механізм надання первинної медичної допомоги в умовах медичної реформи.

**Предмет дослідження** – процес реформування системи охорони здоров'я в Тернопільській області.

**Методи дослідження.** Для досягнення мети й завдань було використано комплекс взаємопов'язаних та взаємодоповнюючих загальнонаукових і спеціальних методів дослідження, спрямованих на отримання об'єктивних та достовірних результатів. Дослідження динаміки становлення і розвитку галузі охорони здоров'я та надання медичної допомоги в регіоні, їх довгострокових тенденцій і закономірностей з метою обґрунтування відповідних управлінських рішень проведено за допомогою системного підходу, методу статистичного аналізу, методів стратегічного планування, та прогнозування.

**Інформаційною основою** дослідження є законодавчі та нормативні акти органів державної влади, наукова література, зокрема монографії, статті зарубіжних і вітчизняних учених у періодичних виданнях, дослідження вітчизняних і зарубіжних центрів, офіційні публікації ВООЗ.

**Апробація результатів дослідження.** За результатами проведеного дослідження опубліковано тези в Матеріалах доповідей II Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки» (м.

Тернопіль, травень 2021 року) Наукової інтернет-конференції студентів та молодих вчених кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» (Тернопіль, листопад 2021 р.).

## РОЗДІЛ 1

# ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІКТНОГО УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

### 1.1. Система державного управління охороною здоров'я в Україні

Галузь охорони здоров'я є важливою складовою соціальної сфери країни. Її метою є збереження та зміцнення здоров'я населення за допомогою профілактичної, лікувальної та інших видів діяльності медичних закладів. Базову роль охорони здоров'я як невід'ємної умови життя суспільства визнається в Преамбулі і ст. 1 Основи законодавства України про охорону здоров'я [37], а ст. 3 Конституції України закріплює, що охорона здоров'я громадян входить в число найбільш важливих обов'язків української держави [1]. Тому, охорона здоров'я населення України є одним із пріоритетних напрямків соціальної політики держави особливо в період реформування економіки та соціальної сфери.

При цьому, у Конституції України зазначається, що «кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, покращення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання економічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя» [18].

«Охорона здоров'я є має надзвичайну державну вагу, тому основу державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада України шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та

інших, регуляторів, затвердження загальнодержавних програми охорони здоров'я» [14].

«Держава генерує політику охорони здоров'я в Україні та забезпечує її реалізацію. Державної політики в сфері охорони здоров'я спрямована на реалізацію положень Конституції та законів України щодо забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги громадянам України, впровадження дійових механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я, створення умов формування здорового способу життя» [17].

Законодавство України закріплює такі базові поняття поняття, «як здоров'я, його охорона, медичні стани, медико-санітарна допомога. Здоров'я розрізняється як стан фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад. Детальніше розглянемо окреслені дефініції» [45].

Охорона здоров'я - це «система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя» [1].

Заклад охорони здоров'я – «юридична особа будь якої-форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, основним завданням яких є забезпечення медичного обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників» [1].

Медична допомога – «це діяльність кваліфікованих медичних працівників, цілеспрямованих на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку із хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами. Медичне обслуговування – це робота лікувальної установи та фізичних осіб – підприємців, які зареєстровані та отримали відповідну ліцензію відповідно до чинного законодавства, у сфері охорони здоров'я» [37].

У Конституції України в ст. 49 закріплено, що «кожен громадянин має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Країна створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних лікувально-профілактичних закладах медична допомога надається безоплатно, існуюча мережа таких установ не може бути скорочена» [18].

Основними принципами охорони здоров'я України є: «визначення охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства; дотримання прав, свобод людини і громадянина в галузі охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій; гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищення медико-соціального захисту найбільш уразливих верств населення» [5]; рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг в галузі охорони здоров'я; відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, «наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість; орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в галузі охорони здоров'я; попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я; багатокладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції; децентралізація державного управління, розвиток самоврядування установ та самодіяльність працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі» [12].

Основними ознаками охорони здоров'я як сфери публічного управління є:



1) охорони здоров'я є частиною соціальної сфери управління;

2) мета охорони здоров'я полягає у збереженні і зміцненні здоров'я населення за допомогою проведення ефективної державної політики і профілактичної, лікувальної та інших видів діяльності медичних закладів;

3) основними завданнями охорони здоров'я є:

- задоволення потреб населення в якісній і доступній медичній допомозі,
- створення умов для здорового, активного життя людей,
- конкуренція лікувально-профілактичних закладів незалежно від форм власності,
- вільний вибір громадянина медичної установи.

4) до сфери адміністративно-правового регулювання охорони здоров'я належать медичні установи державної, комунальної і приватної системи охорони здоров'я та органи управління охороною здоров'я.

Отже, охорона здоров'я відображає інститут реалізації державних гарантій в галузі охорони здоров'я з системною формою устрою, що представляє собою, з організаційно-правової точки зору, неоднорідну систему.

«Сукупність закладів охорони здоров'я, що забезпечують потреби населення у медичному обслуговуванні на відповідній території складають мережу лікувально-профілактичних установ. Тоді під системою охорони здоров'я розуміється сукупність органів управління і організацій охорони здоров'я, що взаємодіють з метою профілактики захворювань, діяльність яких спрямована на збереження і зміцнення здоров'я громадян, надання медичної і лікарської допомоги, проведення державного санітарно-епідеміологічного нагляду» [37].

Відповідно до ст. 12 Закону України „Основи законодавства України про охорону здоров'я громадян”, охорона здоров'я – один із пріоритетних спрямувань роботи уряду. Держава формує політику охорони здоров'я в країні та забезпечує її реалізацію, а ст. 14 визначає відповідальних за реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. Це є грани

виконавчої влади, а особисту відповідальність несе Президент України, який у своїй щорічній доповіді у Верховній Раді України надає звіт про стан реалізації державної політики у вищезазначеній сфері. «Президент України виступає гарантом права громадян на охорону здоров'я, забезпечує виконання законодавства про охорону здоров'я через органи виконавчої влади, реалізує державну політику охорони здоров'я та здійснює інші повноваження передбачені Конституцією України. Кабінет Міністрів України організовує розробку та здійснення державних цільових програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у сфері охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжнародні угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також в межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади у медичній сфері» [22].

Міністерства, інші центральні органи виконавчої влади у межах «своєї компетенції розробляють програми і прогнози в галузі охорони здоров'я, визначають єдині науково обґрунтовані державні стандарти, критерії та вимоги, що мають сприяти охороні здоров'я населення, формують і розміщують державні замовлення з метою матеріально-технічного забезпечення сфери, здійснюють державний контроль і нагляд та іншу виконавчо-розпорядчу діяльність у сфері охорони здоров'я» [21].

Згідно законодавства України про охорону здоров'я, до державної системи охорони здоров'я належать:

1) «спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади з питань охорон здоров'я, повноваження якого визначаються положенням, що затверджується Президентом України (відділ охорони здоров'я Ради Міністрів Автономної Республіки Крим та органи місцевої державної адміністрації)» [12];

2) вища наукова медична установа України із статусом самоврядної організації і незалежної у проведенні досліджень та розробці напрямків наукового пошуку є Академія медичних наук України;

3) лікувально-профілактичні та науково-дослідні установи, освітні установи, фармацевтичні підприємства та організації, аптечні заклади, санітарно-профілактичні установи, територіальні органи, створенні у встановленому порядку для здійснення санітарно-епідеміологічного нагляду, «установи судово-медичної експертизи, служби матеріально-технічного забезпечення, підприємства з виробництва медичних препаратів і медичної техніки та інші підприємства, установи і організації» [36];

4) громадські консультативні або наглядові ради, які можуть створюватися при органах та закладах охорони здоров'я і сприяють їх діяльності та забезпечують інформативність населення і громадський контроль в медичній сфері;

5) «фахові громадські організації працівників охорони здоров'я та інші об'єднання громадян, в тому числі міжнародні, які можуть брати участь у визначенні змісту та шліхів виконання державних цільових та місцевих програм охорони здоров'я, здійсненні відповідних конкретних заходів, вирішення кадрових, наукових та інших проблем організації державної діяльності в цей сфері» [19];

6) медичні організації, в тому числі лікувально-профілактичні установи, створенні органами виконавчої влади в галузі охорони здоров'я;

7) «особи, які не мають спеціальної медичної освіти, зареєстровані в установленому законом порядку як фізичні особи-підприємці та отримали спеціальний дозвіл на зайняття народною медициною» [5].

Слід зазначити, що у 2017 році до структури Міністерства охорони здоров'я України входили лише 17 підрозділів, що на 8 менше у порівнянні з поточним роком.

Статус відомчих установ в даний час недостатньо регламентований, оскільки не був прийнятий Закон України «Про заклади охорони здоров'я» [47], а наявність подібних установ викликає суперечки в суспільстві.

«На місцевому рівні забезпечення охорони здоров'я населення здійснюється органами управління охороною здоров'я місцевого самоврядування, які несуть відповідальність у межах своєї компетенції. Зокрема, вони несуть відповідальність за санітарно-гігієнічну освіту населення, забезпечення доступності населенню гарантованого обсягу медико-соціальної допомоги, розвиток комунальної системи охорони здоров'я на території компетенції, здійснюють контроль якості надання медико-соціальної та лікарської допомоги підприємствами, установами та організаціями державної, самоврядування та приватної систем охорони здоров'я, а також осіб, що займаються приватною медичною практикою» [26].

Особливістю комунальної охорони здоров'я сьогодні стала поява в її системі безлічі нових видів установ або структур: денні стаціонари, мікрополіклініки, будинки сестринського догляду, хоспіси, підрозділи лікарів загальної практики тощо. Одним з провідних напрямів реформування комунальної охорони здоров'я є зміщення акценту зі стаціонарної на менш витратну амбулаторно-поліклінічну допомогу.

«Перебудова комунальної охорони здоров'я пов'язана з необхідністю впорядкування (але не ліквідації) відомчої медицини; правового регулювання статусу медичних установ (зараз створюється багато структур з нечітко визначеним статусом); вирішення проблеми забезпечення населення спеціалізованими видами медичної допомоги (у міру розширення практики сімейних лікарів необхідність у вузьких фахівцях зростає)» [14].

В Україні гарантією права на вільний розвиток в сфері охорони здоров'я служить такий інститут, як приватна система охорони здоров'я, формування якої стримується за рахунок комерціалізації державних лікувальних установ, насамперед спеціалізованих і високотехнологічних центрів.

До приватної системи охорони здоров'я належать «лікувально-профілактичні та аптечні установи, майно яких перебуває у приватній власності, а також особи, які займаються приватною медичною практикою і приватною фармацевтичною діяльністю. До приватної системи охорони здоров'я входять медичні та інші організації, що створюються і фінансуються юридичними і фізичними особами» [47].

Таким чином, «охорону здоров'я можна розглядати як систему заходів, спрямованих на забезпечення зберігання й розвиток фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя. Організація охорони здоров'я мешканців України забезпечується державною, комунальною і приватною системами охорони здоров'я, розвиток яких гарантується Конституцією» [36].

На наш погляд, наявність різних систем дає можливість мешканцям нашої держави здійснити вибір на користь будь-якої з них, що сприяє здоровій конкуренції у даній сфері, а отже поліпшенню якості та розширенню асортименту медичних послуг.

## **1.2. Система показників з метою оцінки соціально-економічної ефективності результатів діяльності продуцентів послуг сфери охорони здоров'я**

Збалансована система показників (ЗСП) це один із основних інструментів механізму управління розвитком сфери послуг охорони здоров'я, що формують його інформаційне забезпечення.

ЗСП розроблено на початку 1990-х років. американськими вченими Дейвідом Нортоном і Робертом Капланом і надалі отримала розвиток у працях вчених-економістів.

Дослідження праць Д. Нортона та Р. Каплана дало можливість визначити характеристики даної системи: концептуальною основою є інформація, основні критерії визначаються загальною стратегією, система

може в оперативному режимі оцінити та оптимізувати діяльність економічного суб'єкта, дана система передбачає горизонтальне залучення всіх підрозділів організації та вертикальне залучення інших рівнів керівництва, дана система має зворотний зв'язок з питань стратегії організації, тобто поточне керівництво організацією ґрунтується на ЗСП, вищий менеджмент зосереджує свої зусилля на довгостроковій стратегії.

На етапі показники збалансованої системи (Balanced Scorecard (BSC)) формуються залежно від стратегічних цілей кожної конкретної організації (бізнес-одиницею, організаційної одиницею), діяльність якої охоплює всі ланцюжки створення вартості послуг. Слово «збалансований» (Balanced) у назві методології означає однакову важливість усіх показників [56].

У зарубіжній теорії та практиці традиційна ЗСП включає чотири елементи:

- Financial - фінансовий напрямок, (оцінюють ефективність діяльності з погляду віддачі вкладеного капіталу),
- Customer - одержувачі послуги (розглядається як споживчий сегмент ринку, успішність роботи із споживачами послуг),
- Internal process - оптимальність внутрішніх бізнес-процесів (інноваційний процес - вивчення потреб одержувачів послуг з подальшою розробкою таких послуг; операційний процес - надання послуг; післяпродажне обслуговування),
- Learning and growth/Employees - компетентність фахівців, орієнтація на вдосконалення (навчання та розвиток фахівців, що має три джерела: інформаційні системи, спеціалісти та організаційні процедури) [46].

П.Р. Нівен поділяє точку зору Д. Нортон і Р. Каплана і зазначає, що чотири елементи ЗСП дозволяють досягти рівноваги між короткостроковими та довготривалими цілями, бажаними результатами та факторами їх досягнення, м'якими суб'єктивними показниками та жорсткими об'єктивними критеріями [26]. Елементи (складові) даної ЗСП є статичними, кожна організація вправі виключити і визначати додаткові елементи залежно від

специфіки її діяльності. Отже, кожна складова ЗСП містить у собі основне питання, відповіді ці питання є стратегічними цілями, а досягнення цих цілей призводить до реалізації наміченої стратегії.

Збалансована система показників може використовуватися у різних галузях, у тому числі у сфері охорони здоров'я.

Враховуючи галузеву специфіку сфери охорони здоров'я, ми вважаємо, що забезпечити високий рівень соціально-економічної ефективності продуцентів послуг сфери охорони здоров'я, вирішуючи основне завдання, поставлене урядом України - підвищення якості та доступності послуг продуцентів сфери охорони здоров'я, можна лише за допомогою інтеграції ЗСП та модернізації сфери охорони здоров'я.

В результаті дослідження сформувався думка, що ЗСП продуцентів послуг охорони здоров'я – це інструмент механізму управління розвитком сфери послуг охорони здоров'я, який забезпечує їх стратегічний розвиток на основі ключових показників соціально-економічної ефективності їх діяльності, необхідних для підвищення доступності та якості послуг. Формування ЗСП включає кілька етапів:

1. Встановлення стратегічної мети діяльності продуцентів послуг сфери охорони здоров'я.
2. Упорядкування стратегічної карти.
3. Вибір показників.
4. Визначення цільових значень показників.
5. Упорядкування стратегічних заходів.

Визначення ЗСП з метою оцінки соціально-економічної ефективності результатів діяльності продуцентів послуг сфери охорони здоров'я з урахуванням бачення проблем, розуміння місії та стратегії. Місію визначають поєднанням трьох складових: призначення – мета існування продуцентів послуг у сфері охорони здоров'я; стратегія – конкурентна позиція даного продуцента послуг охорони здоров'я поряд з іншими; цінності

– збереження здоров'я споживачів послуг. Ці складові визначають довгострокові цілі продуцентів послуг сфери охорони здоров'я.

Стратегічна карта - це графічний документ, що показує причинно-наслідкові зв'язки між окремими стратегічними цілями діяльності продуцента послуг. Стратегічна карта має вигляд блок-схем, на яких у вигляді окремих блоків представлені стратегічні цілі, а стрілка показує причинно - наслідкові зв'язки між ними. Стратегічні цілі тісно пов'язані, впливають одна на одну.

Вибір показників дозволяє перейти до вибору показників системи, що виражають зміст стратегічних цілей, а також визначення ступеня їх досягнення. На основі критеріїв оцінки діяльності продуцентів послуг охорони здоров'я розроблено ЗСП для оцінки соціально-економічної ефективності результатів діяльності продуцентів послуг сфери охорони здоров'я. При цьому фінансова складова носить допоміжний характер, а до пріоритетних відносять показники складової «Одержувачі послуг» та складової «Навчання та розвиток фахівців».

Одним із показників оцінки діяльності продуцентів послуг сфери охорони здоров'я є ефективність, з якою вони діють на територіях та у відповідних групах споживачів послуг.

У випадку поняття «ефективність» визначає результативність завдань, вирішуваних сферою охорони здоров'я з урахуванням витрачених цього ресурсів, а «результативність» розуміють як рівень досягнення позитивного кінцевого результату, незалежно від вироблених витрат. Ефективність – це відношення будь-яких отриманих результатів до розмірів витрачених ресурсів. Результати виражаються у вигляді економічних та соціальних показників. У цьому ефективність послуг сфери охорони здоров'я передбачає отримання максимального результату під час використання тих ресурсів, які у сферу охорони здоров'я.

Показники результативності оцінюють рівень досягнення поставлених перед продуцентами послуг сфери охорони здоров'я цілей та завдань, а



показники ефективності дозволяють співвіднести отримані результати з використаними для досягнення даних результатів фінансових коштів.

Визначити однозначно ефективність та результативність послуг сфери охорони здоров'я неможливо. Для оцінки ефективності діяльності продуцента послуг сфери охорони здоров'я необхідно розмежувати показники економічної та соціальної ефективності.

Економічна ефективність діяльності продуцента послуг сфери охорони здоров'я пов'язані з ресурсним забезпеченням (субсидії виконання завдання, зокрема цільових, бюджетних інвестицій, кошти ЗМС) виконання програм гарантій надання споживачам безкоштовних услуг. Відповідно платні послуги рахунок коштів їх замовників.

Соціальна ефективність показує рівень соціальної відповідальності продуцента послуг сфери охорони здоров'я перед одержувачами послуг (доступність послуги продуцента сфери охорони здоров'я). Соціальна ефективність (результативність) показує рівень досягнення результатів, які соціально значимі як для споживача послуг, так і для продуцента послуг сфери охорони здоров'я (наприклад, задоволеність одержувача послуги якістю послуг охорони здоров'я, кваліфікації спеціаліста, зокрема частка фахівців, що мають вищу категорію, кількість скарг споживачів послуг на якість наданої їм послуги та ін.

Результативність - «ступінь досягнення конкретних результатів (динаміки стану одержувача послуги) за певних рівнів витрат (фінансових, матеріальних, трудових)» [11], може вимірюватися такими показниками, як лікарняна летальність, наявність або відсутність післяопераційних ускладнень, частота дотримання стандартів якості послуг та ін.

Таким чином, ЗСП розглядає цілі та стратегію продуцентів послуг сфери охорони здоров'я через призму системи оцінки їхньої діяльності. Тобто, основна мета ЗСП – реалізація стратегії продуцентів послуг сфери охорони здоров'я з метою, показниками та заходами. При цьому основними

складовими збалансованої системи показників є «Одержувачі послуг» та «Навчання та розвиток персоналу».

Складаюча «Фінанси» збалансованої системи показників визначає раціональне та ефективне використання коштів та передбачає розрахунок таких показників як: величина нормативу подушевого фінансування Територіальної програми державних гарантій надання послуг безкоштовно, доходи та витрати продуцентів послуг охорони здоров'я, економічна ефективність платних послуг продуцентів послуг сфери здоров'я.

Склад, що становить «Отримувачі послуг», дозволить підвищити якість та доступність послуг сфери охорони здоров'я. Показниками «Отримувачі послуг» ЗСП є показники результативності та соціальної ефективності. Показатели соціальної ефективності характеризують доступність услуг сфери здравоохранения и уровень достижения результатов, являющихся социально значимыми для получателей услуг сфери здравоохранения: обеспеченность койками на 10 000 населения, среднее число посещений амбулаторно поликлинических учреждений на 1 жителя, удовлетворенность получателей услуг качеством услуг здравоохранения, удельный вес получателей услуг, які звернулися зі скаргами та ін.

Для оцінки соціальної ефективності пропонуємо розраховувати такі показники: частка негативних відгуків одержувачів послуг про якість наданих ним послуг охорони здоров'я, незадоволеність якістю послуги охорони здоров'я та задоволеність фахівця якістю та умовами надання їм послуги.

Критерії результативності характеризують ступінь досягнення очікуваних результатів: показники смертності, частота дотримання стандартів якості послуг, частота розходження діагнозів спеціаліста районного амбулаторного рівня та стаціонару, частота направлення на госпіталізацію без діагнозу, частка одержувачів послуг, виписаних зі стаціонару зі сприятливими наслідками лікування захворювань, лікарняна летальність ін. Для оцінки результативності послуг охорони здоров'я, що

надаються в умовах цифрової економіки, пропонуємо розраховувати наступні показники: частота розходження діагнозу спеціаліста та спеціаліста - консультанта при дистанційному консультуванні з використанням інформаційних та комунікаційних технологій, питома вага негативних результатів при проведенні експертизи випадку надання послуг, ефективність реалізації національної програми "Профілактика хронічних неінфекційних захворювань".

ЗСП, що становить «Внутрішні бізнес-процеси», дозволить підвищити ефективність системи надання послуг продуцентами сфери охорони здоров'я за рахунок забезпеченості одержувачів послуг продуцентами послуг сфери охорони здоров'я та спеціалістами. Показниками забезпеченості одержувачів послуг продуцентами послуг сфери охорони здоров'я є: кількість лікарняних закладів та лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів, кількість лікарняних ліжок та потужність лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів на 10 000 населення (відвідувань за зміну).

З урахуванням розвитку сфери охорони здоров'я в системі електронної економіки, пропонуємо розраховувати такі показники як частка продуцентів послуг охорона здоров'я, в яких є вихід в Інтернет, питома вага комп'ютеризації робочого місця фахівців, забезпеченість продуцентів послуг охорони здоров'я програмами, що дозволяє вести електронний документообіг для взаємодії між структурними підрозділами (типу "Media log"), кількість дистанційно наданих послуг за допомогою інформаційних та телекомунікаційних технологій (телемедицинських консультацій). Критеріями забезпеченості спеціалістами є чисельність фахівців та спеціалістів із середньою освітою, укомплектованість фахівцями, у тому числі фельдшерсько-акушерськими пунктами, забезпеченість фахівцями загальної практики, коефіцієнт сумісності та плинності фахівців.

Складає «Навчання та розвиток персоналу» ЗСП дозволить підвищити мотивацію фахівців, яка орієнтована на результат, та розвинути їхню професійну компетентність. Пропонуємо розрахувати наступні показники:

коефіцієнт реалізації безперервної освіти фахівців продуцента послуг охорони здоров'я, кількість фахівців, які мають наукові публікації, кількість фахівців, які беруть участь у наукових конференціях з узагальненням власного досвіду роботи, коефіцієнт професійної зрілості фахівців, коефіцієнт професійної мобільності фахівців, забезпечення профілактики синдрому «професійного вигорання» у фахівців, соціальна підтримка фахівців, коефіцієнт відповідності професійним стандартам, незалежна оцінка кваліфікації.

Після закінчення вибору показників системи визначають цільові значення показників. Стратегічна мета вважається прийнятою під час встановлення її цільового значення, яке має бути досягнуто у процесі діяльності продуцента послуг сфери охорони здоров'я.

Визначивши цільові значення показників системи, розробляється комплекс організаційно-економічних заходів для продуцентів послуг охорони здоров'я, які конкретизують стратегічні цілі продуцента послуг сфери охорони здоров'я та переводять стратегію на конкретні заходи.

На основі ЗСП для оцінки соціально-економічної ефективності результатів діяльності продуцентів послуг сфери охорони здоров'я буде сформовано інформацію для прийняття управлінських рішень щодо досягнення запланованих результатів діяльності продуцентів послуг сфери охорони здоров'я.

Таким чином, збалансована система показників оцінки соціально - економічної ефективності виробництва медичних послуг є структурним елементом механізму управління розвитком медичних послуг у цифровій економіці, що дозволяє керівництву відслідковувати основні результати діяльності виробника медичних послуг, у тому числі в розрізі структурних підрозділів; оцінювати задоволеність одержувачів послуг якістю наданих їм послуг, з урахуванням їх потреб та очікувань.

## Висновки до розділу 1

Основними ознаками охорони здоров'я як сфери публічного управління є: 1) охорони здоров'я є частиною соціальної сфери управління; 2) мета охорони здоров'я полягає у збереженні і зміцненні здоров'я населення за допомогою проведення ефективної державної політики і профілактичної, лікувальної та інших видів діяльності медичних закладів; 3) основними завданнями охорони здоров'я є: задоволення потреб населення в якісній і доступній медичній допомозі, створення умов для здорового, активного життя людей, конкуренція лікувально-профілактичних закладів незалежно від форм власності, вільний вибір громадянина медичної установи; 4) до сфери адміністративно-правового регулювання охорони здоров'я належать медичні установи державної, комунальної і приватної системи охорони здоров'я та органи управління охороною здоров'я.

Отже, охорона здоров'я відображає інститут реалізації державних гарантій в галузі охорони здоров'я з системною формою устрою, що представляє собою, з організаційно-правової точки зору, неоднорідну систему.

Збалансована система показників оцінки соціально - економічної ефективності виробництва медичних послуг є структурним елементом механізму управління розвитком медичних послуг у цифровій економіці, що дозволяє керівництву відслідковувати основні результати діяльності виробника медичних послуг, у тому числі в розрізі структурних підрозділів; оцінювати задоволеність одержувачів послуг якістю наданих їм послуг, з урахуванням їх потреб та очікувань.

## РОЗДІЛ 2

### АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО МЕХАНІЗМУ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ

#### 2.1. Соціально-економічна оцінка стану галузі охорони здоров'я в Тернопільській області

Стан здоров'я і демографічні характеристики населення в Україні, зокрема і в Тернопільському регіоні залишаються складними та такими, що загрожують національній безпеці держави. За ситуацією з питань охорони здоров'я населення Україна посідає одне з найнижчих рейтингових місць у Європейському регіоні.

«Закладами охорони здоров'я Тернопільської області проводиться значна робота щодо реформування сфери охорони здоров'я, а також впровадження державних програм, законодавчих і нормативно-правових актів, скерованих на забезпечення якісної і доступної медичної допомоги населенню, створення умов для формування здорового способу життя, збереження і зміцнення здоров'я населення, зниження рівнів захворюваності, інвалідності, смертності, подовження активного довголіття, тривалості життя мешканців області. Виконуються заходи з реформування галузі охорони здоров'я, зокрема розвитку первинної медико-санітарної допомоги, удосконалення перинатальної допомоги, створення єдиної служби екстреної медичної допомоги» [21].

В Тернопільській області функціонує 108 закладів охорони здоров'я системи МОЗ України з них;

- 31 обласних заклади, 14 ЦРЛ, 15 РЛ, 3 сільські дільничні лікарні, 4 міські лікарні, 24 Центри ПМСД, 1 ТМО, 1 амбулаторія — групова практика, 9 самостійних АЗПСМ, 3 стоматполіклініки, Скала-Подільська поліклініка,

Озернянська однопрофільна лікарня відновного лікування, Тернопільський міський лікувально-діагностичний центр.

Розпорядженням голови обласної державної адміністрації від 21 травня 2018 року №404-од „Про затвердження Плану спроможної мережі надання первинної медичної допомоги Тернопільської області” затверджено спроможну мережу, до якої ввійшли: 17 центрів первинної медичної допомоги (тип Ц), 66 амбулаторій групової практики (тип АГ), 118 амбулаторій монопрактики (тип АМ), 249 пунктів здоров'я (тип ПЗ). Це дозволить вирішити ряд проблем регіональної сфери охорони здоров'я (рис. 2.3).

Основними завданнями медичної галузі області на первинному рівні надання медичної допомоги у 2020 році були: завершення укладання декларацій з сімейними лікарями; перетворення закладів охорони здоров'я в комунальні некомерційні підприємства; підписання договорів про медичне обслуговування з Національною службою здоров'я України.

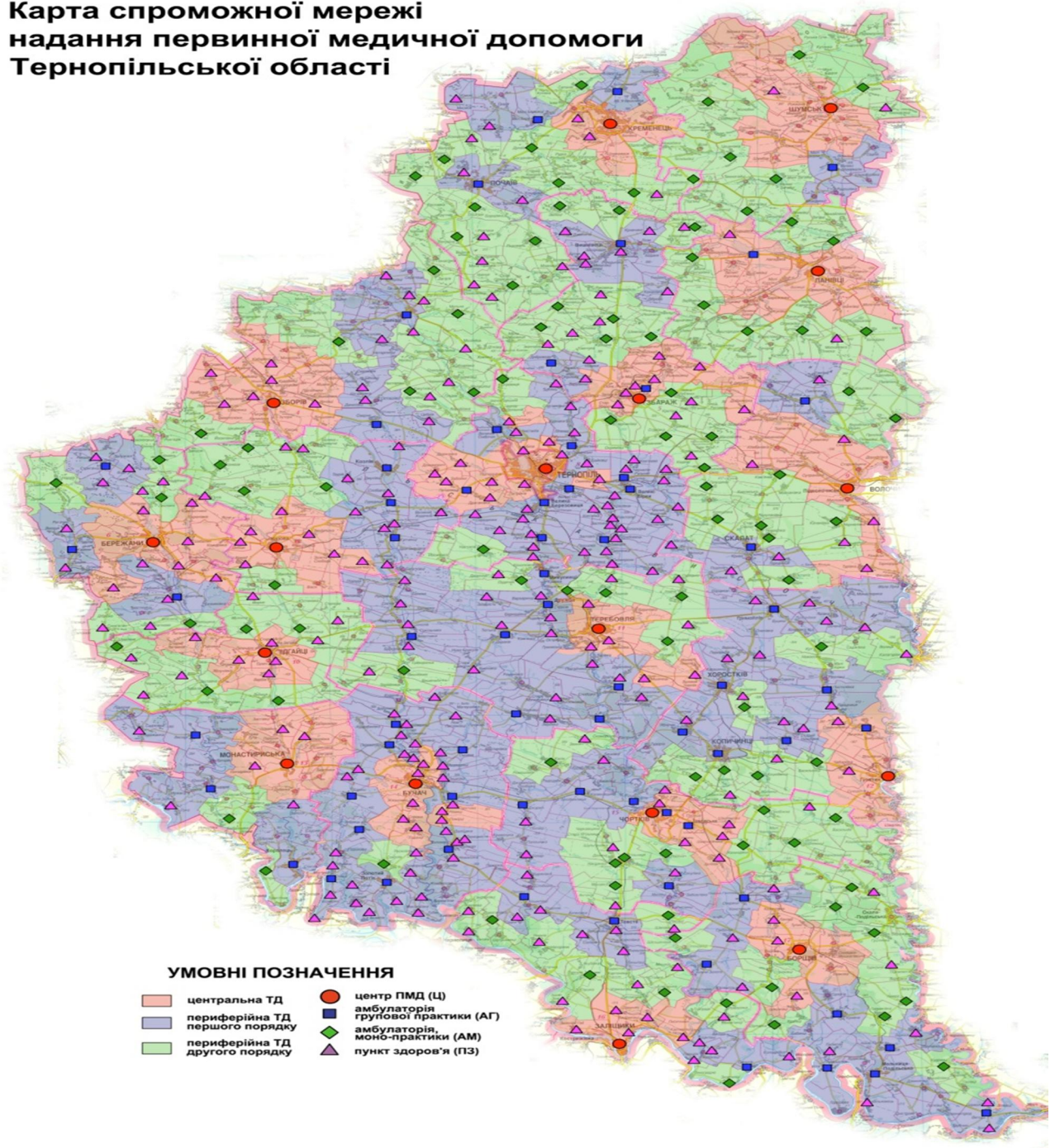
Первинна медико-санітарна допомога в Тернопільській області у 2019 році надається 24 центрами первинної медико-санітарної допомоги, 221 амбулаторіями загальної практики-сімейної медицини та 730 фельдшерсько-акушерськими та фельдшерськими пунктами.

Із 24 центрів первинної медико-санітарної допомоги – 6 діють в складі наступних ОТГ: смт. Заводське Чортківського району, смт. Мельнице-Подільськ Борщівського району, с. Заложці Зборівського району, с. Колиндяни Чортківського району, м. Ланівці, м. Шумськ.

У об'єднаних територіальних громадах функціонують медичні заклади первинної ланки, що є відокремленими та незалежними від районної юрисдикції. Це такі громади, як Заводська селищна рада в смт. Заводське, Колиндянська, Мельнице-Подільська, Скала-Подільська, Більче-Золоте, Озерянська, Скалатська, Новоселівська, Байковецька, Вишнівецька, В.Гаївська, Залозецька, Козлівська, Борсуківська, Лановецька, Шумська.

Усі заклади первинної медичної допомоги області підключені до електронної системи охорони здоров'я на 100%, перетворені в комунальні некомерційні підприємства та підписали договір з НСЗУ.

**Карта спроможної мережі  
надання первинної медичної допомоги  
Тернопільської області**



**Рис. 2.1.** План спроможної мережі закладів первинної медичної допомоги регіону

Сформовано на основі інформації Управління охорони здоров'я Тернопільської ОДА



З 1 січня 2019 р. заклади охорони здоров'я області, які надають первинну медичну допомогу, перейшли на нову модель фінансування за кавітаційною ставкою.

За 9 місяців 2019 року з Національною службою здоров'я України уклали договори про медичне обслуговування населення 45 надавачів первинної медичної допомоги, в тому числі 36 комунальних некомерційних підприємств та 9 ФОП (4 у Борщівському районі, 2 – у Шумському, по 1 – у Підволочиську, Озерній, Тернополі). В закладах ПМД укладено 805 100 декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (декларацій), що становить 77% від усього населення області. Середній показник по Україні, для прикладу, становить 68%.

Вкажемо на те, що 192 лікарів, які надають первинну медичну допомогу, набрали оптимальну кількість пацієнтів, що становить 28,7%.

Середня заробітна плата медичного персоналу в січні-лютому 2019 року, проти листопада-грудня 2017 року зросла в 1,7 рази, з них середня заробітна плата лікарів склала у січні-лютому 2019 року 10409,0 грн. (проти листопада-грудня 2017 року у розмірі 6015,8 грн.); середня заробітна плата середнього медичного персоналу у січні-лютому 2019 року становила 5463,7 грн. (проти листопада-грудня 2017 року у розмірі 4041,1 грн.).

Станом на 01.01.2019 року нараховано зарплату лікарям:

- до 6000 тисяч грн. – 42 особам (через незначну кількість укладених декларацій);
- від 11 до 15 тис. грн. – 191 особі (підписали декларації з оптимальною кількістю пацієнтів);
- більше 18 тисяч – 22 особам (підписали декларації з оптимальною кількістю пацієнтів).

Показовим на сьогодні є те, що в області здійснюється будівництво 19 нових амбулаторій загальної практики-сімейної медицини, з них: на 1-2 лікарі з житлом – 12 амбулаторій, на 1-2 лікарі без житла – 4 амбулаторії, на 3-4 лікарів без житла – 3 амбулаторії. Згідно табеля оснащення для цих

амбулаторій необхідно придбати медичне обладнання на суму орієнтовно 21,6 млн. грн. Найбільше населених пунктів, в яких є потреба у будівництві нової амбулаторії загальної практики-сімейної медицини, належать до: Тернопільського (села: Ангелівка, Почапінці, Борсуки), Тербовлянського (села: Ласківці, Долина, Ілавче), Лановецького (села: Борсуки, Вишгородок), Бережанського (села: Стриганці, Куряни), Бучацького (села: Зубрець, Трибухівці) районів. Для 19 амбулаторій загальної практики-сімейної медицини, які планується збудувати в 2019 році, та для 10 АЗПСМ, в яких проведені ремонтні роботи, придбано 29 сучасних, високої прохідності автомобілів на суму 12,5 млн грн.

Для 155 амбулаторій загальної практики-сімейної медицини придбано сучасні, високої прохідності автомобілі на суму 68 млн. грн. Зазначені автомобілі будуть використовувати для обслуговування сільського населення.

Вищезазначені транспортні засоби «придбані за кошти Державного бюджету відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 6 грудня 2017 р. № 983 „Деякі питання надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості” та наказу Міністерства Регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України від 5 липня 2019 року № 150 „Про внесення змін до наказу Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України від 10 жовтня 2018 року № 267”. Дані автомобілі являються відмінним технічним рішенням для комфортного пересування лікаря загальної практики – сімейної медицини у віддалені населенні пункти, адже саме автомобілі цієї марки вирізняються високою прохідністю та надійністю. Вартість одного автомобіля «Renault Duster» 437 тис. грн.» [22].

Також, в регіоні 37 медичних закладів вторинного рівня перетворено в комунальні некомерційні підприємства та 4 установи у процесі реорганізації:

Збаразька ЦРКЛ (триває судовий процес з районною радою), Коропецька ДЛ, Чортківська стоматологічна поліклініка, Скала-Подільське територіальне медичне об'єднання.

На третинному рівні надання медичної допомоги населенню регіону функціонує 31 лікувальний, з яких:

- 21 трансформовано в комунальні некомерційні підприємства, згідно рішень сесій Тернопільської обласної ради;

- 4 установи не підлягають реорганізації: Тернопільський обласний комунальний лікарсько-фізкультурний диспансер, Тернопільське обласне бюро судово-медичної експертизи, Тернопільський обласний центр медико-соціальної експертизи, Тернопільське обласне патологоанатомічне бюро;

- Яблунівський обласний комунальний протитуберкульозний диспансер перетворено в Обласний медичний центр для лікування і реабілітації учасників АТО, в подальшому ліквідовано та створено відділення соціальної реабілітації учасників АТО та членів їх сімей Тернопільського обласного центру комплексної реабілітації, який передано у підпорядкування соціального захисту населення облдержадміністрації;

- Чортківський обласний протитуберкульозний диспансер, Язловецький обласний протитуберкульозний санаторій та Кременецький обласний дитячий психоневрологічний санаторій - перетворено, шляхом приєднання у відділення КНП „Тернопільська обласна лікарня «Хоспіс» ТОР;

- Бережанський обласний дитячий гастроентерологічний санаторій - ліквідовано, створено відділення денного перебування Тернопільського обласного центру комплексної реабілітації (підпорядкування соціального захисту населення облдержадміністрації);

- Кременецький обласний дитячий психоневрологічний санаторій - ліквідовано, створено відділення підтримки психологічного здоров'я дітей та підлітків з девіантною та деліквентною поведінкою Тернопільського обласного центру комплексної реабілітації (підпорядкування соціального захисту населення облдержадміністрації).

Також в Тернопільській області створено КНП “Тернопільський обласний центр громадського здоров’я” Тернопільської обласної ради об’єднавши Інформаційно-аналітичний центр медичної статистики та Центр здоров’я.

Здійснивши оцінку соціально-економічного стану галузі охорони здоров’я нами визначено пріоритетні напрямки діяльності управління охорони здоров’я облдержадміністрації у 2020 році, зокрема:

1. На первинній ланці:

- введення в експлуатацію новозбудованих 19 амбулаторій;
- впровадження телемедичних послуг та створення телемедичного центру;
- проведення регіональних навчань з лікарями первинної ланки сільської місцевості щодо роботи на телемедичному обладнанні;

2. На вторинному та третинному рівнях:

- забезпечити перехід на нову модель фінансування закладів (укладання угод з Національною службою здоров'я);
- завершити автономізацію закладів (перетворення в комунальне некомерційне/казенне підприємство);
- комп’ютеризацію установ (встановлення комп’ютерів або інших технічних засобів, наприклад планшетів, смартфонів, тощо);
- підключення закладів до ЦБД ЕСОЗ через обраний МІС;
- отримання закладами ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики;
- підписання договору з Національною службою здоров’я України.

Важливим кроком для підвищення якості медичних послуг регіону необхідно у 2020 році покращити матеріально-технічну базу закладів охорони здоров’я, в тому числі забезпечити:

- проведення ремонтних робіт у стаціонарних відділеннях закладів охорони здоров’я вторинного рівня;
- закупівля сучасного медичного обладнання;

- створення приймально-діагностичних відділень;
- впровадження новітніх технологій (стентування, ендопротезування, малоінвазивні методи лікування);
- створення відповідних центрів для надання медичної допомоги по напрямках;
- закупівлю дороговартісного обладнання та підготовка фахівців
- відкриття дитячого онкогематологічного відділення на базі обласної дитячої лікарні:

На наш погляд, система охорони здоров'я має бути націлена на те, аби максимальну кількість медичних послуг надавали на амбулаторному етапі.

Отже, реформування галузі охорони здоров'я Тернопільської області є активним процесом для того, щоб галузь медицини надавала якісну медичну допомогу. Таким чином, необхідно докласти максимум зусиль, щоб 2020 рік, щонайбільше наблизив медичну галузь до європейської якості надання медичної допомоги жителям Тернопільської області.

## **2.2. Діагностика проблем надання первинної медичної допомоги в умовах медичної реформи в Тернопільському регіоні**

Проблеми охорони здоров'я продовжують поглиблюватися в умовах економічної кризи і вимагають проведення реформ державного управління фінансуванням системи охорони здоров'я, які полягають у забезпеченні провадження багатоканальної бюджетно-страхової системи фінансування сфери охорони здоров'я в поєднанні із системою контролю за цільовим використанням коштів; впровадженні механізмів фінансового планування та оплати праці медичних працівників, які б забезпечували мотивацію до надання якісних медичних послуг та медичної допомоги, легалізації співучасті громадян в оплаті медичної допомоги; ефективному використанню наявних ресурсів сфери охорони здоров'я.

Одним із завдань сфери охорони здоров'я є дотримання єдності у наданні послуг їх споживачам, які проживають у сільській та міській місцевості. Для системи надання послуг споживачам - жителям віддалених районів України характерна обмежена доступність послуг. Обрачаємость споживачів, які у віддалених районах країни, за послугами охорони здоров'я значно нижчі, ніж міських. При цьому, чим віддаленішим від продуцента послуг знаходиться селище, тим рідше отримувачі послуг звертаються до фахівців. Основний обсяг послуг надається фахівцями загальної практики та фахівцями із середньою освітою. Отримувач послуги (житель села) витрачає на відвідування продуцента послуг значно більше, ніж міський мешканець. Інфраструктура сільських продуцентів послуг гірша, ніж міських, нижча кваліфікація спеціалістів.

Особливості надання послуг їх споживачам, які проживають у селі, - значна децентралізація процесу надання послуги амбулаторно та виражена централізація стаціонарної. Основний кадровий ресурс на селі – фахівці із середньою освітою. Фахівці з вищою освітою переважно сконцентровані в районних продуцентах послуг. Тому проблеми надання послуг у сільській місцевості краю є актуальними.

На методи роботи сільських продуцентів послуг впливає різноманіття факторів, що визначають відмінності у наданні послуг їх отримувачам, які проживають у сільській та міській місцевості, які рекомендуємо класифікувати за такими показниками:

1. Забезпеченість споживачів продуцентами послуг.
2. Укомплектованість фахівцями.
3. Щільність населення.
4. Віддаленість населених пунктів від адмінцентрів.
5. Транспортна інфраструктура.
6. Інформованість пацієнтів про послуги із застосуванням нових ІКТ технологій під час надання послуг.
7. Матеріально-технічне оснащення продуцентів послуг села.

## 8. Інформатизація продуцентів послуг.

В наступні роки основною особливістю організації надання послуг їх одержувача (жителям села) стає етапність їх надання. Умовно виділяють 3 етапи надання послуг їх отримувачам. Перший етап – сільська ділянка. Продуцентами послуг є: дільнична лікарня, пункти фельдшерів, фельдшерсько-акушерські пункти, пункти в освітніх закладах. На цьому етапі споживачам надають послуги фахівці із середньою освітою. Другий етап – продуценти послуг муніципального району: центральні районні лікарні та районні лікарні, які надають спеціалізовані послуги. Третій етап – регіональні продуценти послуг охорони здоров'я: обласні лікарні (медичні центри). На цьому етапі надають високотехнологічні спеціалізовані послуги.

Первинні послуги для наближення до території проживання одержувачів послуг організовують за територіально-дільничним принципом. В даний час такий підхід надання послуг переглядається. У ході реалізації програми модернізації охорони здоров'я необхідно вибудувати єдину систему надання послуг міському та сільському населенню, яка складатиметься із трьох рівнів: 3-й рівень – продуценти послуг, що надають послуги амбулаторно; 2-й рівень - продуценти послуг, що надають послуги амбулаторно та стаціонарно; 1-й рівень – продуценти послуг області, що надають послуги амбулаторно та стаціонарно.

Зниження кількості продуцентів послуг сфери охорони здоров'я сталося рахунок, так званої, «оптимізації» структури мережі продуцентів послуг охорони здоров'я, що надають послуги в сільських населених пунктах України. Скорочення мережі сільських продуцентів послуг охорони здоров'я призвело до того, що багатьом отримувачам послуг – мешканцям сільської місцевості виявилися недоступними послуги охорони здоров'я. Це значне погіршення якості життя та реальна загроза для здоров'я населення віддалених районів.

Збільшився період очікування планових госпіталізацій до 1,5 місяців, планового амбулаторного відвідування спеціаліста загальної практики – до 2

тижнів, а спеціаліста вузького профілю – від 1 до 1,5 місяців. Збільшення потреби у госпіталізації демонструє недостатнє виявлення одержувачів послуг із хронічними захворюваннями, роботу амбулаторної ланки та пізніше їхній напрямок до фахівця. Добова летальність збільшилася на 8%, від 1 до 3 діб – на 12%, що відображає пізнє звернення за послугою.

Збільшення часу очікування амбулаторних послуг вказує на недостатню їх доступність, а зниження часу надання послуги спеціалістом загальної практики з 12 хвилин до 9,4 хвилин може впливати на якість наданої послуги. З метою збільшення пропускнуої спроможності відділення стаціонару середнє перебування одержувача послуг на ліжку знизилося з 15,9 до 10,7 (ліжко/днів). Одержувачі послуг із хронічними захворюваннями виписувалися з покращенням стану здоров'я, проте їм потрібно амбулаторне спостереження показників стану здоров'я для повної реабілітації. Застосування інформаційно-комунікаційних технологій продуцентами послуг дозволить підвищити доступність та якість надання послуг їх споживачам, які проживають у віддалених районах. Використання ІКТ послуг продуцентами послуг сфери охорони здоров'я представлено у таблиці 1.1.

Характеристика готовності продуцентів послуг охорони здоров'я до розвитку на основі ІКТ технологій в Україні представлена таблиці 2.2. Аналіз готовності продуцентів послуг охорони здоров'я України до розвитку на основі ІКТ технологій за період з 2010 по 2020 р.р. показав зростання використання ІКТ технологій продуцентами послуг сфери охорони здоров'я: кількість продуцентів послуг, які використовують персональні комп'ютери, збільшилася на 0,6% та становила 98,6%; продуцентів, які використовують доступ до інтернету, збільшилося на 3,22% і склало 96%; продуцентів послуг, що мають локальні обчислювальні мережі на 7,34% і становили 86,3%. Кількість продуцентів послуг, що мають Web-сайт, зросла з 18,1% до 76,8% від загальної кількості продуцентів послуг (зростання склало 324,3%).



Таблиця 1.1

**Готовність продуцентів послуг охорони здоров'я до розвитку на основі ІКТ у Україні**

<b>Показники</b>	<b>01.01. 2012</b>	<b>01.01. 2013</b>	<b>01.01. 2014</b>	<b>01.01. 2015</b>	<b>01.01. 2016</b>	<b>01.01. 2017</b>	<b>01.01. 2018</b>	<b>01.01. 2019</b>	<b>01.01. 2020</b>
Кількість продуцентів послуг охорони здоров'я, використовували персональні комп'ютери, у загальному числі обстежених продуцентів послуг охорони здоров'я, %	98,00	97,90	98,30	98,30	98,60	99,10	98,90	98,60	99,0
Відсоток продуцентів послуг охорони здоров'я, мають локальні обчислювальні мережі, загалом обстежених продуцентів послуг охорони здоров'я, %	80,40	83,70	90,30	92,00	87,80	87,60	87,40	86,30	84,0
Частка продуцентів послуг охорони здоров'я, які використовували Інтернет, загалом обстежених продуцентів послуг охорони здоров'я, %	93,00	94,40	96,10	96,90	97,20	97,50	97,00	96,00	97,1
Кількість персональних комп'ютерів у розрахунку на 100 спеціалістів продуцентів послуг охорони здоров'я, шт.	16	18	23	26	27	29	31	33	33
Числоперсональних комп'ютерів, мали доступ до глобальним інформаційним мережам, на 100 фахівців продуцентів послуг охорони здоров'я, шт.	6	8	11	14	15	20	22	23	24
Кількість персональних комп'ютерів, підключених до Інтернету, на 100 спеціалістів продуцентів послуг охорони здоров'я, шт.	5	7	10	13	15	18	20	22	23
Частка продуцентів послуг охорони здоров'я, які мали веб-сайт, загалом обстежених продуцентів охорони здоров'я, %	18,10	31,60	56,60	66,60	66,40	72,10	77,00	78,50	83,0

Число персональних комп'ютерів складає 33 шт., що мали доступ до глобальних інформаційних мереж – 23 шт., підключених до Інтернету – 22 шт. (У розрахунку на 100 фахівців у закладах охорони здоров'я).

На 01.01.2021 р. відзначено збільшення використання інформаційних та комунікаційних технологій продуцентами послуг сфери охорони здоров'я та соціальної сфери Тернопільської області (у відсотку від загальної кількості продуцентів послуг): кількість продуцентів послуг, що використовують комп'ютер, збільшилася на 0,5%, та становила 99% продуцентів послуг; серверів на 3,05% та становило 67,5% продуцентів послуг; електронну пошту на 0,52% та становило 96,6 продуцентів послуг; глобальних інформаційних мереж на 0,1%, становило 97,1% продуцентів послуг; продуценти послуг, що мають Web-сайт збільшилося на 8,07% і склало 83% продуцентів послуг. У той же час використання локальних обчислювальних мереж знизилося на 0,82%, склало 84% продуцентів послуг (таблиця 2.2).

Таблиця 2.2

**Використання інформаційно-комунікаційних послуг продуцентами послуг сфери охорони здоров'я Тернопільської області за період з 2020 по 2021 роки.**

(У відсотках від загальної кількості обстежених організацій)

Показник	Станом на 01.01.2020р. (Базисний період), %	Станом на 01.01.2020р. (Базисний період), %	Станом на 01.01.2021р. (звітний період), %	Станом на 01.01.2021р. (звітний період), %
Продуценти послуг, що використовували комп'ютери	98,5	100,0	99,0	100,50 ( 1 на 0,5%)
Продуценти послуг, які використовували сервери	65,5	100,0	67,5	103,05 ( 1 на 3,05%)
Продуценти послуг, що використовували локальні обчислювальні мережі	84,7	100,0	84,0	99,17 (1 на 0,82%)
Продуценти послуг, які використовували електронну пошту	96,1	100,0	96,6	100,52 ( 1 на 0,52%)
Продуценти послуг, що використовували глобальні інформаційні мережі	97,0	100,0	97,1	100,10 ( 1 на 0,10%)
Продуценти послуг, які мали Web-сайт	76,8	100,0	83,0	108,07 ( 1 на 8,07%)

З інформації від керівників суб'єктів України, продуценти послуг Тернопільської області за наявності технічного оснащення надають послуги з допомогою інформаційних технологій, у зв'язку з відсутністю достатнього нормативного регулювання.

Варто підкреслити, що загальне зниження числа комп'ютерів часом пояснюється старінням апаратно-технічних можливостей техніки. По-перше, на старих комп'ютерах неможливо використовувати сучасний софт через слабку продуктивність, малий обсяг оперативної пам'яті. Друге, підвищуються вимоги до захищеності всієї мережі та кожного комп'ютера окремо. Для цього треба встановити додатково антивірусне програмне забезпечення, що негативно позначиться на швидкодії комп'ютера, що призведе до його зависання через низькі технічні характеристики. Третє, через різномірність апаратури виникають проблеми з їх інформаційною та електромагнітною сумісністю, а також з об'єднанням їх у єдину мережу. Причин такого стану справ у сфері інформаційно - технічної підтримки здоров'я багато, виберіть основні. В результаті аналізу вище наведених даних, доцільно подати три етапи цифровізації послуг охорони здоров'я. На першому етапі застосування комп'ютерів для зберігання та обробки даних на рівні відділень, лабораторій окремих лікувально-профілактичних закладів. Носіями інформації були дискети, знімні дисководи, флеш-карти. З другого краю, об'єднання у єдину інформаційну мережу з урахуванням діючих платформ. Наприклад, платформа ІС: Підприємство 8.0. Така інформаційна система призначена для проведення експертизи якості послуг пацієнту. Одним із основних компонентів даної системи були взаємозалежні бази даних (довідники) фахівців, продуцентів послуг, нозологій, райони, завдяки чому здійснюється можливість отримання аналітичних звітів. Довідники містили статистичну інформацію. Бази даних могли динамічно доповнюватись. Є можливість обміну даними через Інтернет. Докладніше ця система показана у додатку 1.

На третьому етапі, масштабне застосування хмарних технологій, використання широкопasmового інтернету стандарту 5G, збільшення території охоплення користувачів на основі розвитку сервіс-орієнтованої архітектури, впровадження технології блокчейн, роботизація, побудова інформаційної інфраструктури із застосуванням нових видів послуг інфраструктура як послуга, платформа як послуга, програмне забезпечення як послуга, неймереж, а також комплексна підтримка кібер безпеки.

Все це створює основу для впровадження штучного інтелекту, з яким нерозривно будуть пов'язані діагностика захворювань, процес надання послуг, планування і прийняття управлінських рішень. Вектор розвитку послуг охорони здоров'я України має поєднуватися зі стратегією цифровізації країни, яка закріплена у Паспорті національної програми «Цифрова економіка України», щоб зайняти гідне місце серед світових лідерів економіки в епоху четвертої промислової революції.

## **Висновки до розділу 2**

Проведено аналіз стану забезпеченості споживачів, які проживають у віддалених територіях послугами охорони здоров'я.

Дано інтегральну оцінку, що відображає ключові аспекти роботи продуцентів послуг охорони здоров'я.

Складено комплекс організаційно-економічних заходів для продуцентів послуг охорони здоров'я щодо формування функціональної стратегії розвитку послуг охорони здоров'я некомерційними організаціями у віддалених та важкодоступних територіях країни на основі збалансованої системи показників, що є інструментом механізму управління розвитком сфери послуг охорони здоров'я в умовах становлення цифрових.

## РОЗДІЛ 3

### НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПРОЦЕСУ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ТЕРНОПІЛЬСЬКОМУ РЕГІОНІ

#### **3.1. Трансформація механізму первинної допомоги як ключовий напрямок реформування галузі охорони здоров'я в регіоні**

На сьогодні система охорони здоров'я в Тернопільському регіоні не забезпечує рівного доступу населення до якісних медичних послуг. Існує певна диспропорція в доступі до медичних послуг між містом і сільськими територіями; непомірним є тягар особистих витрат населення на послуги охорони здоров'я; рівень профілактики і частки первинної медико-санітарної допомоги – низький. Основними цілями реформи охорони здоров'я є:

- впровадження сімейної медицини;
- чітка структуризація медичних закладів за видами допомоги первинна (амбулаторно-поліклінічна), вторинна (стаціонарна) і третинна (на рівні державних і обласних лікувальних установ, у тому числі диспансерів), також екстрена медична допомога;
- перерозподіл частини фінансів з вторинної ланки (стаціонарів) в первинну ланку (амбулаторно-поліклінічні установи);
- перехід на нову модель фінансування закладів (укладання угод з Національною службою здоров'я)
- оптимізація мережі стаціонарів (у тому числі закриття, перепрофілювання).

Модернізація вторинної допомоги, орієнтована на забезпечення справедливих потреб населення у цьому виді допомоги охоплює комплекс компонентів, зокрема формування мережі закладів охорони здоров'я вторинного рівня відповідно до потреб населення у медичній допомозі різної інтенсивності з оптимізацією їх чисельності та ліжкового фонду; концентрація інтенсивної допомоги в лікарнях інтенсивного лікування, модернізація

техніко-технологічного забезпечення медичного обслуговування; перехід від нормування навантаження за ознаками потужності до запровадження нормативів навантаження на медичний персонал залежно від обсягів та складності наданої допомоги; застосування сучасних методів фінансування та збільшення автономії закладів охорони здоров'я; підвищення професійної майстерності медичного персоналу; розробка та застосування системних заходів щодо мотивації медичного персоналу до інтенсивної та якісної роботи тощо.

Принципово новим підходом, відповідно до стратегічних цілей спрямованих на розвиток людського капіталу і підвищення стандартів життя населення та в умовах реформування медичної галузі, є участь області в єдиній (інтегрованій) інформаційно-аналітичній системі обліку стану здоров'я громадян України на основі «електронної ідентифікації пацієнтів у закладах охорони здоров'я, збору даних профілактичних обстежень з метою подальшого використання в аналітичних, експертних і статистичних системах» [14].

Це відчутний крок до впровадження у галузі охорони здоров'я найновіших інформаційних технологій, що надасть можливість упорядкувати процеси надання медичних послуг, поліпшити якість та знизити вартість медичної допомоги, а також покращити управління інформацією у галузі охорони здоров'я. Забезпечення доступу лікарів до медичної інформаційної бази, відстеження історії хвороби і процесу лікування хворого, отримання дистанційного досвіду кваліфікованих кадрів, обмін інформацією, сприяє підвищенню рівня знань лікарів до європейських стандартів, а відповідно, отримання пацієнтами кваліфікованої лікарської допомоги на рівні європейських країн.

Відповідно до цих цілей, виникла необхідність організації обласного сервера телемедицини, що обґрунтовується тим, що дозволяє отримати дистанційний доступ до високоспеціалізованої консультативної медичної допомоги незалежно від місця знаходження пацієнта та лікаря, а саме: навіть

у в найвіддаленішому від міста населеному пункті, маючи можливість оперативно передати за допомогою телемедичної системи інформацію стосовно даних досліджень пацієнта профільному фахівцю на обласний сервер, забезпечується своєчасне встановлення діагнозу пацієнта, що в багатьох випадках може зберегти життя людини.

Окрім економії часу, ресурсів, підвищення якості надання послуг населенню, це ще і впровадження ведення статистики що дуже важливо для обрання тактики боротьби з різними захворюваннями.

На вищезазначені цілі з місцевих бюджетів Тернопільської області виділено 1 млн. 600 тис. грн., що забезпечить 154 заклади первинної медико-санітарної центральним обласним сервером для надання телемедичних послуг. Загальна вартість 154 комплектів 16 млн. 600 грн. Надані кошти будуть спрямовані на створення центру обробки даних, придбання серверного обладнання з попередньо встановленим програмним забезпеченням для телемедичного консультування та збереження медичних зображень, а також підключення всіх медичних закладів області до цього серверу. Зважаючи на викладене, необхідним впровадження телемедичних послуг є: створення телемедичного центру до кінця 2020 року; розробка технічної документації для онлайн зв'язку між закладами охорони здоров'я первинного, вторинного та третинного рівня; проведення регіональних навчань з лікарями первинної ланки сільської місцевості щодо роботи на телемедичному обладнанні.

В Тернопільському регіоні потрібно «здійснити ряд поетапних кроків з метою створення умов для забезпечення громадян якісними та доступними медичними послугами, підняття значущості та престижу професії лікаря, створення сучасної інфраструктури охорони здоров'я та покращення матеріально – технічної бази. Тому так важливо ввести в експлуатацію новозбудовані 19 амбулаторій» [21].

Спроможна мережа закладів охорони здоров'я є неодмінною умовою для реалізації завдань Міністерства охорони здоров'я області з забезпечення

доступності до якісних медичних послуг на засадах доказової медицини. Побудова спроможності системи закладів охорони здоров'я регіону, які надають спеціалізовану медичну допомогу, дасть змогу забезпечити; гарантований, своєчасний, доступ населення до послуг вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги належної якості; ефективне використання коштів, що спрямовуються на забезпечення фінансування вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги; «створення умов для підготовки лікувально-профілактичних закладів, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, до функціонування в умовах управлінської та фінансової автономії і надання медичної допомоги в межах договорів про медичне обслуговування населення з головним розпорядником бюджетних коштів» [14]. З метою забезпечення якісної медичної допомоги та ефективного використання коштів розроблено порядок реформування мережі вторинної та третинної медичної допомоги в Тернопільській області (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

**Алгоритм реформування мережі вторинної та третинної медичної допомоги в Тернопільській області**

<b>Крок 1</b>	Аналіз демографічної характеристики та захворюваності, матеріально-технічного та кадрового забезпечення	
<b>Крок 2</b>	Рейтингування установ охорони здоров'я щодо їх спроможності виконання функцій лікарень інтенсивного лікування, спираючись на стратегічну позицію та оперативну ефективність закладів	
	Стратегічна позиція	<p>А. Покриття потреб населення (8 показників в рамках району)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) % народжень у закладів серед від загальної кількості;</li> <li>2) % екстрених госпіталізованих від загальної кількості;</li> <li>3) % госпіталізації з інсультами в закладі серед усіх госпіталізацій з інсультами;</li> <li>4) % госпіталізації з гострим інфарктом міокарда від загальної кількості.</li> </ol> <p>Б. Функціональні потужності:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) кількість ліжок:всього ВАІТ з киснем, хірургічних;</li> <li>2) кількість лікарів: всього лікарів, які надають спеціалізовану медичну допомогу (за винятком хірургів та лікарів-хірургів);</li> <li>3) кількість одиниць обладнання: рентген-апаратів, апаратів УЗД, МРТ, КТ, ендоскопів, апаратів ШВЛ, холретів;</li> <li>4) залишкова вартість основних засобів.</li> </ol>



## Продовження Таблиця 3.1

	Операційна ефективність	<p>В. Невідкладність медичної допомоги/гострота випадків.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Частка пацієнтів з мозковими інсультами.</li> <li>2. Частка пацієнтів з гострим інфарктом міокарда</li> <li>3. Частка первинних госпіталізацій у ВАІТ серед усіх госпіталізованих в стаціонарі.</li> <li>4. Кількість видів оперативних втручань у стаціонарі..</li> <li>5. Частка акушерських та гінекологічних операцій у стаціонарі*.</li> <li>6. Частка операцій на шкірі у стаціонарі*.</li> <li>7. Частка ургентних госпіталізацій.</li> <li>8. Частка операцій, проведених з ШВЛ.</li> <li>9. Завантаженість персоналу: лікарів у поліклініці, лікарів-акушерів, хірургічних та ортопедів, лікарів у стаціонарі.</li> <li>10. Співвідношення середнього медичного персоналу до лікарів.</li> <li>11. Середня тривалість перебування у лікарні: всього, при гострому інфаркті міокарда.</li> <li>12. Завантаженість обладнання: рентген-апаратів, ендоскопів, УЗД-апаратів, МРТ, КТ.</li> <li>13. Летальність*: від мозкового інсульту, від гострого інфаркту міокарда.</li> </ol> <p>Примітка: при аналізі показників враховувати, що вищі значення показників свідчать про більшу спроможність закладів виконувати функції лікарень інтенсивного лікування, окрім показників з позначкою «*», до яких застосовується зворотна інтерпретація</p>
<b>Крок 3</b>	Моделювання оптимальних варіантів вибору лікувальних закладів для визначення БЛЛЛ.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Визначення оптимальної кількості БЛЛЛ в області з огляду на кількість населення.</li> <li>2. Визначення лікарень, які забезпечують найбільше охоплення населення в межах територіальної доступності 60хв./60км. та мають найвищий рейтинг щодо спроможності виконування функцій лікарень інтенсивного лікування.</li> <li>3. Спроможність відповідати мінімальним вимогам щодо об'єму надання ключових послуг з урахуванням можливих змін маршрутів пацієнтів (пологи, мозкові інсульти)</li> <li>4. Визначення переваг та недоліків можливих опцій, зокрема, з урахуванням стану інфраструктури (технічний стан будівель, можливість добудов/перебудов, під'їзних шляхів та маршрутів громадського транспорту).</li> <li>5. Визначення оптимального варіанту мережі БЛЛЛ.</li> </ol>
<b>Крок 4</b>	Враховуючи визначену мережу БЛЛЛ проаналізувати додаткові потреби населення у послугах спеціалізованої медичної допомоги, можливість забезпечення належного робочого навантаження закладів та наявних фінансових ресурсів, визначити, які інші заклади охорони здоров'я доцільно включити до мережі перспективних, зокрема:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- багатoproфільні дитячі лікарні, перинатальні центри; та інші монопрофільні установи охорони здоров'я.</li> </ul>

Примітка. Сформовано автором самостійно за рекомендаціями Міністерства охорони здоров'я України

З метою забезпечення доступності до спеціалізованої лікарської допомоги та універсального охоплення медичними послугами всього населення регіону, використавши порядок моделювання сітки вторинної та

третинної медичної допомоги в області нами визначено перелік перспективних закладів охорони здоров'я насамперед: багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування, які можуть надавати спеціалізовану медичну допомогу населенню з урахуванням: належного робочого навантаження для лікувальних установ, що сприяє забезпеченню рівня безпеки та якості медичних послуг; «дотримання норм часової доступності необхідної медичної допомоги; поточних демографічних показників та структури захворюваності; установлених клінічних маршрутів пацієнтів до установ охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу; інституційної спроможності прийняття управлінських рішень, спрямованих на підвищення ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я, у тому числі рішень щодо перепрофілювання існуючих лікувально-профілактичних установ або їх подальшої спеціалізації» [18].

При моделюванні спроможної мережі перспективних установ закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги враховано наступне:

1. Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування (БЛІЛ) першого рівня повинна забезпечувати надання медичної допомоги не менше на 120 тис. осіб, другого рівня - не менше як 200 тис.

2. Зона обслуговування визначалась своєчасністю прибуття до БЛІЛ, що б не перевищувало 60 хвилин, та еквівалентним радіусом зони обслуговування 60 кілометрів за наявності доріг з твердим покриттям.

- 3 Об'єм надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечувати БЛІЛ першого та другого рівнів.

4. БЛІЛ першого рівня забезпечує надання медичної допомоги у стаціонарних умовах за 13 лікарськими спеціальностями, БЛІЛ другого рівня - за 34 лікарськими спеціальностями.

5. При забезпеченні відповідного попиту населення на медичну допомогу та належного робочого навантаження закладу і наявних фінансових ресурсів, до перспективних закладів віднесенні інші установи спеціалізованої медичної допомоги зокрема:

- багатопрофільні дитячі лікарні;
- перинатальні центри;
- монопрофільні заклади, такі як: центри соціально-небезпечних хвороб (ВІЛ, ТБ, нарко), онкологічний диспансер, із урахуванням - не більше одної юридичної особи відповідного профілю в регіоні.

Враховуючи вищевикладену логіку дій, нами обґрунтовується функціонування 3 багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування II рівня та 17 – I рівня (Див. Додаток)

З метою визначення системи громадського здоров'я «як комплексу інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку і заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства автором розроблено: 1) Стратегію розвитку системи громадського здоров'я у Тернопільській області на 2020-2023 роки; 2). Стратегічний план розвитку системи громадського здоров'я у Тернопільській області на 2020–2023 роки; 3) Комунікаційну стратегію громадського здоров'я у Тернопільській області на 2020-2023 роки» [10].

Метою розробленої стратегії є визначення загального напрямку комунікації із пріоритетних питань громадського здоров'я в області, окреслення цільових аудиторій її і ключових повідомлень, а також складення плану дій на період з 2020 по 2023 роки.

Отже, при проведенні системних заходів щодо трансформації первинної, вторинної та третинної медичної допомоги, можна очікувати збільшення результативності окремих спеціалізованих видів медичних послуг, що посприятиме збільшенню задоволеності потреб населення у медичному обслуговуванні вторинного рівня, що в кінцевому підсумку позитивно відіб'ється на показниках громадського здоров'я.

### **3.2. Інструментарій забезпечення послуг охорони здоров'я за умов становлення цифрової економіки**

Інструментарій забезпечення послугами охорони здоров'я населення на основі інформаційно-комунікаційних технологій призведе до зростання ефективності діяльності продуцентів послуг, забезпечивши координацію дій усіх учасників процесу надання послуг, покращивши їхню взаємодію, виключивши дублюючий функціонал. У літературі поняття «інструментарій» визначається як упорядкована сукупність засобів, що застосовуються для досягнення чи здійснення чогось. Інструментарій забезпечення послугами охорони здоров'я населення на основі інформаційних та телекомунікаційних технологій є набір інструментів, що обираються.

Законодавчо-нормативні інструменти – вдосконалення законодавчої основи для функціонування продуцентів послуг в умовах генези цифрової економіки, державно-приватного партнерства у даній сфері: законодавчі акти, що регулюють надання послуг охорони здоров'я, ліцензування, стандарти, нормативи. Наразі проблеми законодавчого регулювання державного контролю у сфері охорони здоров'я можна згрупувати у кілька блоків, що регулюють питання: інформатизації сфери охорони здоров'я; розвитку необоротних та оборотних активів продуцентів послуг; якості наданих послуг з охорони здоров'я.

До основних видів економічних інструментів можна віднести:

- фінансове забезпечення роботи продуцентів послуг сфери охорони здоров'я з урахуванням реальних витрат за послуги через одноканальну систему фінансування, що передбачає надходження основної частини коштів із Фонду обов'язкового медичного страхування. Фінансування продуцентів послуг у межах одноканальної системи фінансування передбачає оплату обсягу наданих послуг;

- співфінансування проектів та програм, таких як «Розвиток охорони здоров'я». Оптимальний тип співфінансування послуг їх споживачами - поєднання обов'язкового та добровільного медичного страхування: держава з ОМС гарантує послугу з певними параметрами. Якщо одержувач послуги

хоче покращити ці параметри, то різницю вкриває його добровільне страхування;

- запровадження та збереження податкових пільг продуцентам послуг, пільгове кредитування, вдосконалення та регулювання вартості та тарифів на послуги. Пільги при оподаткуванні, кредитуванні продуцентів послуг є складовими податкової, кредитної, цінової політики держави.

Відповідно до Концепції розвитку охорони здоров'я до 2020 р. стратегічною метою реформи охорони здоров'я є впровадження подушевого принципу оплати послуг і перехід системи охорони здоров'я на одноканальне фінансування, який означає, що основна частина коштів консолідованого бюджету суб'єкта України, призначених для фінансування послуг охорони здоров'я, буде акумулятором. Територіальний фонд ЗМС. Оплата послуг здійснюватиметься за комплексними показниками обсягу та якості наданих послуг на основі повного тарифу. Формування одноканальної системи фінансування вимагає розширення контролю з боку органів управління державною та муніципальною охороною здоров'я за використанням державних фінансових засобів у системі охорони здоров'я.

Основний механізм такого контролю – фінансове планування, що включає розробку територіальної програми державних гарантій та моніторинг її реалізації, норматив фінансування страхових медичних організацій, формування замовлень-завдань продуцентам послуг сфери охорони здоров'я.

Вирізняють такі етапи формування замовлень-завдань для продуцентів послуг:

- Аналіз показників якості, результативності послуг (порівняння фактичних та планових обсягів послуг, аналіз співвідношення планового нормативу фінансових витрат та фактичних витрат, показників ефективності та якості із середніми показниками).

- Розробка проектів завдань Територіальним фондом ЗМС.

- Розробка пропозицій продуцентів послуг за обсягами послуг (оцінка потреб у послугах).

- Узгодження проектів завдань та пропозицій (зв'язок із реєстром видаткових зобов'язань). Моніторинг виконання завдань.

Одноканальне фінансування має низку переваг:

1. Забезпечує повному обсязі фінансування послуг з урахуванням реальних витрат.

2. Оплата за надані послуги призведе до зміни структури та якості послуг. Одноканальне фінансування спрямовано забезпечення доступності послуг всім споживачів України незалежно від місця проживання.

3. Одноканальне фінансування послуг галузі дозволяє підвищити ефективність витрачання бюджетних коштів.

Нова схема «одноканального фінансування» послуг охорони здоров'я дозволяє оцінити якість та обсяг наданих послуг, а також ув'язати ці показники з обсягом коштів, що виділяються.

Організаційні інструменти спрямовані на встановлення оптимальної структури галузі охорони здоров'я шляхом реорганізації неефективних продуцентів послуг, включають:

- Оптимізацію організаційної інфраструктури, матеріально-технічної бази продуцентів послуг, що включає такі напрямки: будівництво нових об'єктів, закупівля нового обладнання, розширення спектра використання високотехнічного обладнання, розвиток інформаційної інфраструктури, обладнання робочого місця спеціаліста.

- Організація та реалізація цільових регіональних програм, таких як «Розвиток здоров'я», зокрема «Розвиток охорони здоров'я Хабаровського краю» з розвитку послуг, послуг виробників матеріально - технічного обладнання.

- Підвищення кваліфікації спеціаліста на основі персоніфікованої корекції компетентності спеціаліста на післядипломному рівні підготовки у системі безперервної освіти.

- Розвиток державно-приватного партнерства (ДПП) у сфері охорони здоров'я. Концесія є однією з форм державно-приватного партнерства у сфері послуг охорони здоров'я, коли продуцентів послуг передають у управління приватної корпорації. Концесії дозволяють об'єднати ресурси держави, у формі її майна, тобто дозволяють зберегти об'єкти, що передаються в державній власності, та бізнесу - у вигляді підприємницьких видів інвестицій, інновацій, що є перспективним механізмом розвитку сфери охорони здоров'я. Введення в практичну діяльність можливості отримання оплати за надану послугу за рахунок коштів ЗМС у недержавному секторі охорони здоров'я сприятиме розвитку добровільного страхування, збільшенню прибутку продуцентів послуг державного сектору та недержавного сектора, що вкладає кошти у розвиток цієї сфери.

- Забезпечення одержувачів послуг - жителів віддалених (важкодоступних) територій якісними послугами охорони здоров'я, які надаються із застосуванням інформаційних технологій з урахуванням корекції компетентності спеціаліста з огляду на експертизу кваліфікації спеціаліста при наданні послуг. При цьому повинні вирішуватись технічні питання, пов'язані з типовим оснащенням робочого місця спеціаліста та спеціаліста-консультанта.

- Впровадження системи підвищення якості послуг при розвитку цифрової економіки, що дозволяє підвищити доступність і якість наданих послуг, адаптованого для надання послуг їх одержувачами, що проживають в районах з низькою щільністю населення.

Основними напрямками розвитку послуг у сфері охорони здоров'я на тлі впровадження та генези цифрової економіки є створення єдиної:

- інформаційної інфраструктури, що включає сукупність інформаційних, програмних, технічних, інформаційно-технологічних та правових засобів та систем, що забезпечують процеси збирання, обробки, зберігання та передачі великих обсягів даних; системи надання одержувачам послуг охорони здоров'я (запровадження постійно діючої системи надання консультаційних

послуг на цифровій платформі); системи надання послуг охорони здоров'я екстрено на основі сервіс-орієнтованої архітектури (ЗОЛ) (впровадження у практику оперативної системи збору, обробки, передачі та аналізу інформації загального та спеціального призначення); системи дистанційних методів навчання на основі професійних стандартів та її впровадження у безперервну систему підготовки персоналу.

В даний час проблема підготовки високопрофесійних фахівців полягає, перш за все, у відсутності єдиного керівництва, здатного дати спеціалістам перше уявлення про можливості, сфери застосування та ефективності надання послуг в умовах цифрової економіки в практичній діяльності.

Таким чином, подальший розвиток інформатизації дозволить підвищити доступність послуг охорони здоров'я, що надаються їх продуцентами, якість послуг та значно знизити витрати підприємств охорони здоров'я внаслідок підвищення точності діагностики, виключення дублюючого функціоналу, вдосконалення процесу надання послуг в цілому.

### **Висновки до розділу 3**

Вивчено інструментарій забезпечення послуг охорони здоров'я за умов становлення цифрової економіки.

Проведено аналіз організації забезпечення одержувачів послуг - жителів віддалених територій країни, послугами охорони здоров'я, розроблено модель забезпечення одержувачів послуг, що проживають на віддалених територіях якісними послугами охорони здоров'я, що надаються за допомогою інформаційних технологій, при корекції кваліфікації спеціаліста за допомогою персоніфікованої освітньої програми стажування або підвищення кваліфікації. виявленої кваліфікації спеціаліста при наданні послуг, виявлених ризиків надання, що не відповідають стандарту якості, або не надання послуги взагалі.



Для аналітичної оцінки механізму управління розвитком сфери послуг охорони здоров'я у зв'язку з розвитком цифровізації було складено методику розрахунку інтегрального оцінного показника діяльності продуцентів цих послуг за їх інформаційного та телекомунікаційного забезпечення.

## ВИСНОВКИ

Отримані результати дають можливість зробити такі висновки. Організація охорони здоров'я мешканців України забезпечується державною, комунальною і приватною системами охорони здоров'я, розвиток яких гарантується Конституцією. Кожна цих з систем має свою структуру. Для забезпечення доступності медичної допомоги широким верствам населення, необхідні збалансовані обсяги державних гарантій щодо надання населенню безкоштовної медичної допомоги. «При цьому необхідно змінити підходи і механізми розподілу ресурсів в охороні здоров'я – від «утримання» медичних закладів до їхнього фінансування залежно від обсягу та структури виконуваної роботи» [7].

З метою усунення розпорошення, нечіткості та колізійності законодавства України в сфері охорони здоров'я доцільно його систематизувати в єдиному комплексному законодавчому акті шляхом об'єднання всього спеціального законодавства у сфері охорони здоров'я, включивши до його складу норми Основ законодавства про охорону здоров'я і спеціальних законів у сфері охорони здоров'я.

Сформована автором під час проведення дослідження та безпосередньо під час виконання ним професійної діяльності мережа багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування області забезпечить громадян якісними та доступними медичними послугами, створить сучасну інфраструктуру охорони здоров'я, збільшить результативність окремих спеціалізованих видів медичних послуг, що посприяє збільшенню задоволеності потреб населення у медичному обслуговуванні і в кінцевому підсумку позитивно відіб'ється на показниках громадського здоров'я.

Розроблені заходи щодо модернізації системи громадського здоров'я у Тернопільській області сприятимуть: «запровадженню інтегрованого підходу до розв'язання проблем громадського здоров'я з метою раціонального використання наявних людських та матеріальних ресурсів; отриманню

достовірної інформації про стан здоров'я населення; створенню чіткої та прозорої системи звітності про результати впровадження програм і проєктів у сфері громадського здоров'я» [22]; «підвищенню рівня поінформованості населення та органів державної влади про стан здоров'я населення, умови його збереження і пріоритети розвитку медичної галузі; підвищенню ефективності використання бюджетних коштів у сфері громадського здоров'я та запровадження індикаторів ефективності їх використання; збільшенню середньої тривалості життя людини» [11]; «зниженню рівня загальної захворюваності, інвалідності та смертності населення; зниженню рівня передчасної смертності від серцево-судинних захворювань, раку, діабету та хронічних респіраторних захворювань; зниженню рівня захворюваності і смертності від туберкульозу, ВІЛ-інфекції/СНІДУ та інших соціально небезпечних захворювань; збільшенню прихильності до вакцинації; зниженню рівня зловживання алкоголем, неналежної фізичної активності, споживання населенням тютюнових виробів» [24].

Запропонована інтегральна оцінка результатів діяльності продуцентів послуг охорони здоров'я на основі збалансованої системи показників, які вперше розроблені для даної системи, включає показники діяльності продуцентів послуг сфери охорони здоров'я в умовах розвитку цифрової економіки: кількість дистанційно наданих послуг продуцентами послуг; питома вага одержувачів послуг, які отримали своєчасну екстрену послугу, які проживають у важкодоступних районах; питома вага продуцентів послуг сфери, в яких є вихід до Інтернету та мають телемедичні центри та вузли; питома вага робочих місць спеціалістів, оснащених комп'ютерним обладнанням; питома вага продуцентів послуг з охорони здоров'я, які запровадили інформаційні технології. Подано загальну інтегральну оцінку як середньозважену суму одиничних показників з урахуванням вагових коефіцієнтів, визначених за допомогою експертних оцінок, що послужило основою для складання покрокової методики розрахунку інтегрального показника оцінки ефективності діяльності підприємств даної сфери.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Т.П., Богачев Р.М., Нерсисян Г.А., Довганчин Г.С. Державна політика змін у сфері охорони здоров'я в Україні: регіональний вимір. URL: [irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbuv/cgiirbis](http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis)
2. Антонюк О. Адміністративний менеджмент: етико-методологічні засади. О.Антонюк. Персонал. 2016. № 12. С. 58-65.
3. Білинська М.М. Управління змінами в сфері охорони здоров'я. Київ: Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. 2015. 80с.
4. Борисова Т., Монастирський Г., Крулевський А. Інтернет-дослідження комунікаційної активності надавачів послуг міського громадського транспорту України. Економічний аналіз. Тернопіль. 2019. Том 29. № 1. С. 7-12.
5. Варенко В. М. Інформаційно-аналітична діяльність: навч. посіб. Київ: УН-Т "Україна", 2014. 417 с.
6. Веб-сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я. URL: <http://www.euro.who.int/>.
7. Веб-сайт Тернопільської обласної ради. URL: <http://te-rada.org/?id=300>
8. Вовк С. М. Системні трансформації охорони здоров'я : монографія. Кривий Ріг: ДДУУ : Вид. Р.А. Козлов, 2017. 315 с.
9. Вовк С.М. Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я. URL: [https://dsum.edu.ua/wp-content/uploads/2019/06/dis\\_1verd-7\\_2.1\\_2.pdf](https://dsum.edu.ua/wp-content/uploads/2019/06/dis_1verd-7_2.1_2.pdf)
10. ВООЗ: веб-сайт. URL: <http://www.euro.who.int/ru/data-andevidence/european-health-report/european-health-report/ehr> (дата звернення: 28.08.2017).
11. Гордієнко, Л. Ю. Менеджмент державної установи: навч. посіб. Л.Ю.Гордієнко. Х.: Вид-во ХДЕУ, 2001. 152 с.
12. Гончарук Н. Т. Еволюція адміністративної реформи в Україні Адміністративна реформа в Україні: сучасний стан, проблеми та

перспективи: монографія / за заг. ред. Н. Р. Нижник, Н. Т. Гончарук. Дніпропетровськ: Монолит, 2009. 384 с.

13. Громадська експертиза та громадський моніторинг діяльності органів влади : навч. посіб. К. : Макрос, 2011. 200 с.

14. Декларація Тисячоліття ООН від 08.09.2000 року. URL: [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua)

15. 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 заг. ред. проф. М. М. Білинської. К. ; Львів : НАДУ, 2012. 240 с.

16. Енциклопедія державного управління: у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України; наук.-ред. колегія: Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. Київ: НАДУ, 2011. Т. 1: Теорія державного управління. Наук.-ред. колегія: В.М.Князев (співголова), І. В. Розпутенко (співголова) та ін. 2011. 748 с.

17. Жаліло Л.І. Стратегії змін у сфері охорони здоров'я в умовах соціально-економічних реформ в Україні. Л.І.Жаліло, О.І.Мартинюк. Державне управління: теорія та практика: електрон. наук. фах. журн. URL: <http://academy.gov.ua/ej/ej14/txts/Zhalilo.pdf>

18. Звіт за результатами дослідження «Державно-приватне партнерство як фінансовий механізм для диверсифікації джерел фінансування послуг з профілактики ВІЛ серед уразливих груп населення в Україні». К., 2015. 135 с.

19. Зінькова І. Впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. Науковий блог НУ «Острозька академія». URL: <https://naub.oa.edu.ua>

20. Інституційні засади і маркетингові імперативи сталого розвитку: колективна монографія. / [Ред. Т.М. Борисова, Г.Л. Монастирський]. Тернопіль: «Економічна думка ЗУНУ», 2020. 340 с.

21. Куриляк В.Є., Монастирський Г.Л., Живко М.А. Нова економіка в європейських цивілізаційно-інтеграційних процесах. Сталий розвиток України в контексті формування нового світового економічного і

фінансового порядку: моногр. / за наук. ред. проф. А. І. Крисоватого та проф. Є. В. Савельєва. Тернопіль : Осадца Ю.В., 2019. С. 75-121.

22. Канцидайло Т. Здравоохранение Кубы: пример для многих стран. URL: <https://health-ua.com/article/15664-zdravooohranenie-kuby-primer-dlya-mnogih-stran>

23. Кирий С. Адміністративна діяльність як структурно-функціональний компонент державного управління. URL: [http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2009/2009-01\(1\)/Kiriy.pdf](http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2009/2009-01(1)/Kiriy.pdf).

24. Ковбасюк Ю., Кравченко С. Проблеми та перспективи державно-управлінських реформ в Україні на сучасному етапі *Вісник НАДУ*. №4. 2014. С.5-16

25. Конституція України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>

26. Кривокульська, Н. М. Удосконалення організації роботи медичних установ як функції адміністративного менеджменту. Формування ринкових відносин в Україні. 2015. № 2. С. 67-71.

27. Крупник А. С. Зарубіжний досвід громадського контролю: уроки для України. Ефективність державного управління: Зб. наук. праць ЛРІДУ. Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2007. Вип. 14. С. 146-154.

28. Крушельницька Т. Деякі аспекти моніторингу діяльності органів державної влади щодо співпраці з інститутами громадянського суспільства в Україні. Т. Крушельницька, Є. Радугін. *Вісник Національної академії державного управління*. С. 245-257.

29. Лобас В.М., Вовк С.М., Шутов М.М. Методологія реформування системи охорони здоров'я за кластерним підходом. URL: [file:///C:/Users/UOZ/Downloads/Uzn\\_2013\\_2\\_15.pdf](file:///C:/Users/UOZ/Downloads/Uzn_2013_2_15.pdf)

30. Лозова В.В. Оцінка якості надання медичної допомоги на основі вивчення думки хворих стаціонарних відділень Сумської ЦРКЛ. URL: [https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream/123456789/44688/1/mag\\_Lozova.pdf](https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream/123456789/44688/1/mag_Lozova.pdf)

31. Литвинова О.Н. Функції менеджера в охороні здоров'я. *Вісник соц. гіг. та організації охорон. здор.* 2012. №2. С.94-95.

32. Маркетингове забезпечення сталого розвитку міського громадського транспорту: Монографія. / [Ред. Т.М. Борисова, Г. Л. Монастирський]. Тернопіль: Економічна думка, 2019. 220 с.

33. Мельник А.Ф., Монастирський Г.Л., Дудкіна О.П. Муніципальний менеджмент: підручник. 2-е видання, доповнене й перероблене. Тернопіль: ТНЕУ, 2019.

34. Монастирський Г. Л., Турчин Л.Я., Островерхов В.М., Луців Р.С. Проблеми та перспективи транспортного забезпечення: вітчизняний та закордонний досвід. Український журнал прикладної економіки. 2018. Том 3. № 2. С. 47-61.

35. Монастирський Г. Л. Теорія організації: підручник. 2-е видання, доповнене й перероблене. Тернопіль: ЗУНУ, 2020. 328 с.  
[http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/41366/1/TO\\_pidruchnyk\\_2020.pdf](http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/41366/1/TO_pidruchnyk_2020.pdf)

36. Монастирський Г. Л., Чайковський Я. І., Чайковська І. Я., Чайковський Є. Я. Напрями використання платіжних карток як інновації оплати послуг транспортних організацій. Економічний аналіз. Тернопіль, 2018. Том 28. № 4. С. 143-154.

37. Монастирський Г., Борисяк О. Екологічні та енергоефективні підходи до забезпечення інноваційного розвитку муніципальної транспортної логістики. Вісник Тернопільського національного економічного університету. 2019. Вип. 4. С. 7–18. <https://doi.org/10.35774/visnyk2019.04.007>

38. Монастирський Г., Борисяк О., Коцур А. Політика екологічної диверсифікованості у системі управління муніципальним транспортом. Регіональні аспекти розвитку і розміщення продуктивних сил України. 2019. Вип. 24. С. 4-14. <http://rarrpsu.tneu.edu.ua/index.php/rarrpsu/article/view/348>

39. Монастирський Г.Л. Адміністративно-територіальна основа економічного та соціального розвитку регіону. Географія Тернопільської області: монографія. В 2-х т. Т.2. Населення. Господарство. / за ред. проф. Л.Б.Заставецької. Тернопіль, 2020. С. 229-255.

40. Монастирський Г.Л. Зарубіжні моделі реформування системи менеджменту лікувально-профілактичних установ та можливості їх адаптації в умовах національної економіки. Модернізація менеджменту та публічного

управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок. 2020. С. 235-247.

41. Монастирський Г.Л. Соціально-економічний розвиток регіону: сучасні реалії та перспективи: монографія / За ред. Н.І. Пилипів, В.В. Стефініна. – Івано-Франківськ: Видавець МПП «ТАЛІА», 2017. С. 300-370.

42. Монастирський Г.Л. Теорія організації: підручник. 2-е видання, доповнене й перероблене. Тернопіль: “Крок”, 2019. 368 с. <http://dspace.tneu.edu.ua/bitstream/316497/37776/1/Teoriia%20orhanizatsii%202019.pdf>

43. Монастирський Г.Л., Борисова Т.М. Соціально-економічні передумови та перспективи розвитку ринку послуг міського громадського транспорту Тернополя. Економічний аналіз: зб. наук. праць. Тернопіль: Видавничо-поліграфічний центр ТНЕУ «Економічна думка», 2018. Том 28. № 1. С. 23-29.

44. Монастирський Г.Л., Савчук Д.М. Модернізаційний підхід до управління економічним розвитком громад. Проблеми інноваційно-інвестиційного розвитку. Серія «Економіка та менеджмент». 2018. № 15. С. 38-46.

45. Монастирський Г.Л., Турчин Л.Я. Media Marketing як інструмент просування підприємств-надавачів транспортних послуг. Економічний аналіз: зб. наук. праць. Тернопіль: Видавничо-поліграфічний центр ТНЕУ «Економічна думка», 2018. – Том 28. – № 1.. – С. 258-264.

46. Медичне страхування 2020. URL: <https://ukr.segodayna.ua/ukraine/skazhdogoro-400-grn-v-mesyac-v-ukraine-predlagayut-vvestimedicinskoe-strahovanie-1182586.html>

47. Мельник А.Ф. Розвиток регіональних ринків медичних послуг – виклик для менеджменту закладів охорони здоров'я. *Зб. наук.праць за матеріалами міжнародної науково-практичної конференції «Модернізація менеджменту охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи.* Тернопіль Кам'янець-Подільський. 2018



48. Методичні рекомендації для впровадження проектів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua/uploads>
49. Методологія системного підходу та наукових досліджень: опорний конспект лекцій. Уклад. Н. В. Фоміцька. Х.: Вид-во ХарПІ НАДУ "Магістр", 2015. 60с. URL: <http://www.kbuapa.kharkov.ua/e-book/book/2015-mspnd/doc/01.pdf>
50. Молода М. Стан і перспективи розвитку медичного страхування. URL: [intkonf.org](http://intkonf.org)
51. Москаленко В.Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: монографія. В.Ф.Москаленко. К.: Книга плюс, 2008. 320 с.
52. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 роки. Міністерство охорони здоров'я України. URL: [moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf) (дата звернення: 13.08.2016).
53. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025. URL: [https://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Proekt-Strategiyi-reformi\\_OZ.pdf](https://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Proekt-Strategiyi-reformi_OZ.pdf)
54. Новіков, Б. В. Основи адміністративного менеджменту : навч. посіб. Б.В.Новіков, Г.Ф. Сініюк., П.В.Круш. К.: Центр навч. літ., 2004. 560 с.
55. Овсянюк-Бердадіна О. Ф. Нова парадигма закупівлі медичних послуг. *Тези доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю["Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи"]*, (12-13 грудня 2018 р.). Тернопіль Кам'янець-Подільський. 2018 С. 245-247
56. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992р. № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> Парамонов З. Лікарняна каса – прообраз медичного страхування в Україні: Економічний часопис, 2004, № 10, С. 38-40
57. Пічугіна Т.С. Управління змінами: навч. пос. Т.С.Пічугіна, С.С.Ткачова, О.П.Ткаченко. Х.: ХДУХТ, 2017. 226с. URL: [elib.hduht.edu.ua/jspui](http://elib.hduht.edu.ua/jspui)

58. Про Державний бюджет на 2018 рік: Закон України від 07.12.2017 № 2246-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2246-19>
59. Про Державний бюджет на 2019 рік: Закон України від 23.11.2018 № 2629-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2629-19/ed20190323>
60. Про державні цільові програми: Закон України від 18.03.2004 р. № 1621 – VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1621-15>
61. Про державно-приватне партнерство: Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17>
62. Про доступ до публічної інформації: Закон України від 13 січ. 2011 р. № 2939-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2939-17>
63. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення: Закон України від 24.02.1994р. № 4005-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12>
64. Про затвердження Порядку здійснення нагляду за побічними реакціями лікарських засобів, дозволених до медичного застосування: наказ МОЗ України від 27.12.2006р. № 898. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0073-07>.
65. Про захист персональних даних: Закон України від 1.06.2010 р. № 2297-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17>
66. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21.05.1997 року № 280/97-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80>
67. Про охорону навколишнього природного середовища: Закон України від 25.06.1991р. № 1264-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1264-12>
68. Про протидію із захворюванням на туберкульоз: Закон України від 06.10.2005р. № 2961-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2586-14>
69. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ: Закон України від 12.12.1991р. № 1972-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12>

70. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22.02.2000р. № 1489-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>

71. Про страхування: Законом України від 07 березня 1996 року № 85/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/85/96-%D0%B2%D1%80>

72. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1002-р. URL: <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=249618799> (дата звернення: 1.11.2017р.).

73. Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 01.04 2014 р. № 333-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80>

74. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80>

75. Про схвалення Концепції реформування механізмів публічних закупівель лікарських засобів та медичних виробів: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 23.08.2017 р. №582-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/582-2017-%D1%80>

76. Рекомендації щодо покращення національного законодавства і практик України у сфері соціальних послуг та ефективного залучення організацій громадянського суспільства до надання соціальних послуг на базі міжнародних практик. URL: [ccc-tck.org.ua > storage > cso\\_cc > 1.2.doc](http://ccc-tck.org.ua/storage/cso_cc/1.2.doc)

77. Реформування та розвиток системи охорони здоров'я в Україні. URL: [https://rpr.org.ua/wp-content/uploads/2019/04/Fin\\_11.Toronto\\_Ohorona\\_zdorovya.pdf](https://rpr.org.ua/wp-content/uploads/2019/04/Fin_11.Toronto_Ohorona_zdorovya.pdf)

78. Рожкова І., Жаліло Л., Мартинюк О. Методологічні засади управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: аспекти впровадження первинної медико-санітарної допомоги. URL: <http://visnyk.academy.gov.ua/wp-content/uploads/2013/11/2012-4-16.pdf>

79. Удосконалення управлінських механізмів державної підтримки системи охорони здоров'я в Україні. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=93>

80. Шкільняк М., Васіна А., Монастирський Г., Августин Р., Дудкіна О. Управління комунальною власністю об'єднаних територіальних громад в умовах нових викликів реформування місцевого самоврядування. Вісник Тернопільського національного економічного університету. 2020. № 4. С. 210-215.

<http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/41037/1/%D0%BD%D0%B0%D1%83%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B5%20%D0%B6%D0%B8%D1%82%D1%82%D1%8F.pdf>

81. Шкільняк М., Мельник А., Монастирський Г., Васіна А., Дудкіна О. Удосконалення механізмів публічного управління та адміністрування в контексті реалізації потенціалу децентралізації. Вісник економіки. 2021. № 2. С. 193-199.

<http://visnykj.wunu.edu.ua/index.php/visnykj/article/download/1249/1352>

82. Borysova T.M., Monastyrskiy G.L. Classification of social effects of sustainable development of public transport entities. Heritage of European science: engineering and technology, informatics, security, transport, architecture. Monographic series «European Science». Book 2. Part 3. Karlsruhe: SWorld-NetAkhatAV 2020. Pp. 137-143.

83. Borysova, T., Monastyrskiy, G. (2018). Marketing innovation activity of urban public transport: results of the empirical study. *Marketing and Management of Innovations*, 3, 229-240. <http://doi.org/10.21272/mmi.2018.3-20>

84. Borysova, T., Monastyrskiy, G., Borysiak, O., & Protsyshyn, Yu. (2021). Priorities of Marketing, Competitiveness, and Innovative Development of Transport Service Providers under Sustainable Urban Development. *Marketing and Management of Innovations*, 3, 78-89. <http://doi.org/10.21272/mmi.2021.3-07>

85. Borysova, T., Monastyrskiy, G., Zielinska, A. & Barczak, M. (2019). Innovation Activity Development of Urban Public Transport Service Providers: Multifactor Economic and Mathematical Model. *Marketing and Management of Innovations*, 4, 98-109. <http://doi.org/10.21272/mmi.2019.4-08>

86. Forming of the marketing mechanism of sustainable urban transport development on the principles of ecological logistics: Monograph. / [Sc. ed. by T.M. Borisova, G. L. Monastyrskiy]; lit. ed. by Lutsiv R.S.- Ternopil: Aston, 2018. - 139 p.

87. Ivanechko N., Borysova T., Monastyrskiy G. Research of customer buying behavior on the Ukrainian electromobile market. Financial and credit activity: problems of theory and practice. Vol. 4 No. 35 (2020). 507-513. <https://doi.org/10.18371/fcaptp.v4i35.222527>

88. Ksonzhyk, I., Taran, Y., Monastyrskiy, G., Vasina, A., Sytnytska, O., & Belei, S. (2021). Implementation of the principles of sustainable development of territorial communities: Decision making. Journal of management Information and Decision Sciences. 24(3), 1-12. <https://www.abacademies.org/abstract/implementation-of-the-principles-of-sustainable-development-of-territorial-communities-decision-making-10271.html>

89. Monastyrskiy G., Borysova T., Barczak M. Organizational aspects of sustainable development in urban public transport enterprises. Public administration in the digital economy: monograph. Tallinn: Scientific Center of Innovative Researches OÜ, 2020. Pp. 49-61.

90. Novikova, M., Kozyrieva, O., Novikov, D., Monastyrskiy, G., Mazur, A. Innovative Approaches to Economic Development of the Regions of Ukraine. Vision 2025: Education Excellence and Management of Innovations through Sustainable Economic Competitive Advantage. 2019. 9791-9803. [publons.com/p/35502729/](https://publons.com/p/35502729/)