

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Вінницький навчально-науковий інститут економіки
Кафедра економіки, обліку та оподаткування

Василюк Світлана Вікторівна

Організація охорони здоров'я населення сільського району в умовах децентралізації фінансування та управління / Organization of health care for the population of a rural area in the context of decentralization of financing and management

Освітньо-професійна програма – Менеджмент закладів охорони здоров'я

Кваліфікаційна робота

Виконав : студент групи
МЗОЗ звнм-21
Василюк С.В.

Науковий керівник
Д.е.н., професор
Мельник В.І.

Кваліфікаційна робота допущено
до захисту

_____ 20 __ р.

Завідувач кафедри

_____ **В.М. Пилявець**

ЗМІСТ

ВСТУП	2
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ	6
1.1. Сутність та особливості децентралізації у сфері охорони здоров'я	6
1.2. Нормативно-правове забезпечення фінансування та управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні	13
1.3. Організаційно-методологічне забезпечення системи охорони здоров'я в умовах децентралізації	22
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ СІЛЬСЬКОГО РАЙОНУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ	26
2.1. Ретроспективний аналіз організації системи охорони здоров'я в сільській місцевості	26
2.2. Соціально-демографічні особливості сільського населення та їх вплив на потребу в медичних послугах	31
2.3. Сучасний стан організації охорони здоров'я населення сільського району	37
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ СІЛЬСЬКОГО РАЙОНУ В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ	45
3.1. Механізми удосконалення доступу до медичних послуг у сільській місцевості	45
3.2. Кластерна організація в удосконаленні системи охорони здоров'я сільських регіонів	54
ВИСНОВКИ	61
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	64

ВСТУП

Актуальність дослідження. У сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні особливої актуальності набуває питання організації медичної допомоги у сільських районах, де проживає значна частина населення країни. Процеси децентралізації, які активно впроваджуються з 2014 року, докорінно змінюють підходи до фінансування, управління та забезпечення медичних послуг, особливо в контексті створення об'єднаних територіальних громад.

Децентралізація відкриває нові можливості для підвищення якості медичного обслуговування завдяки гнучкості у прийнятті управлінських рішень, розширенню фінансової автономії громад і залученню місцевих ресурсів. Проте, існує ризик поглиблення нерівності в доступі до медичної допомоги між містом і селом через нерівномірність фінансування, кадровий дефіцит, поганий стан інфраструктури та низький рівень управлінської компетентності на місцях.

Актуальність теми також зумовлена необхідністю вироблення нових механізмів координації між центральними органами влади та місцевим самоврядуванням у сфері охорони здоров'я, удосконалення нормативно-правового забезпечення, а також впровадження систем оцінювання якості медичних послуг на місцевому рівні. Успішне вирішення цих завдань сприятиме зміцненню здоров'я сільського населення, покращенню демографічної ситуації та соціально-економічного розвитку територій. Дослідження особливостей організації охорони здоров'я сільських районів в умовах децентралізації є важливим як з наукової, так і з прикладної точки зору, оскільки його результати можуть стати основою для розробки ефективних моделей управління медичною сферою на рівні громади.

Мета і завдання дослідження. Метою роботи є обґрунтування теоретичних засад і розроблення напрямів удосконалення організації системи охорони здоров'я населення сільського району в умовах децентралізації, з урахуванням сучасних викликів, трансформацій нормативно-правового

забезпечення та специфіки соціально-демографічної ситуації в сільських громадах.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі завдання:

– поглибити теоретико-методологічні засади децентралізації управління охороною здоров'я та розкрити сутність організаційних процесів у цій сфері.

– проаналізувати нормативно-правове забезпечення, що визначає функціонування, фінансування та управління медичними послугами на місцевому рівні.

– вивчити ретроспективні особливості організації системи охорони здоров'я в сільській місцевості та виявити ключові проблеми, що впливають на ефективність медичного забезпечення населення.

– оцінити соціально-демографічні характеристики сільських територій.

проаналізувати сучасний стан організації охорони здоров'я сільського району, виявити результати реформування та проблемні аспекти.

– обґрунтувати напрями вдосконалення доступу населення до медичних послуг, включаючи інструменти державно-приватного партнерства, оптимізацію мережі та фінансових механізмів.

– розробити пропозиції щодо впровадження кластерного підходу в організації системи охорони здоров'я

Об'єкт дослідження – система охорони здоров'я сільського району. Предмет дослідження – організаційно-економічні та управлінські засади функціонування охорони здоров'я сільського населення в умовах децентралізації.

Методи дослідження. У роботі застосовано такі методи: аналіз і синтез – для дослідження теоретичних засад та нормативно-правового регулювання; історико-ретроспективний аналіз – для оцінки еволюції системи охорони здоров'я у сільській місцевості; статистичні методи – для аналізу демографічної ситуації та сучасного стану медичної мережі; структурно-

логічний метод – для формування узагальнень та рекомендацій; системний підхід – для комплексного бачення функціонування сільської медичної мережі в умовах децентралізації.

Інформаційну основу роботи становлять: нормативно-правові акти України, включно із законами, постановами, наказами МОЗ; статистичні дані Держстату, МОЗ, НСЗУ та місцевих органів влади; офіційні звіти міжнародних організацій; наукові публікації українських та зарубіжних дослідників, присвячені реформуванню охорони здоров'я; аналітичні огляди профільних інституцій.

Наукова новизна дослідження полягає в: уточненні змісту та структури організаційно-методологічного забезпечення системи охорони здоров'я сільських територій в умовах децентралізації; обґрунтуванні кластерного підходу як інструменту оптимізації первинної та вторинної ланок медичної допомоги у сільських районах; визначенні напрямів адаптації локальної системи охорони здоров'я до умов воєнного стану, включаючи питання релокації, кадрового забезпечення та відновлення інфраструктури.

Практичне значення роботи полягає в тому, що її результати можуть бути використані для: підвищення ефективності роботи органів місцевого самоврядування при плануванні розвитку медичної інфраструктури; формування локальних програм покращення доступу до медичних послуг у сільських громадах; удосконалення управління медичною мережею сільського району, зокрема під час війни та післявоєнного відновлення; застосування кластерних підходів для оптимального розподілу ресурсів та підвищення якості медичної допомоги; розробки рекомендацій для місцевих ЦПМСД, районних лікарень, госпітальних округів і територіальних громад щодо удосконалення організації охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ

1.1. Сутність та особливості децентралізації у сфері охорони здоров'я

На сьогодні модернізація системи охорони здоров'я досягла вирішального етапу, у межах якого виокремлюються специфічні соціальні, економічні, кадрові й інноваційні параметри її функціонування. Наразі медична реформа «...вийшла на новий рівень, набули особливих рис..» [13, с. 59]. Ініціатива включає трансформацію інфраструктурної організації медичних установ, удосконалення архітектурної та транспортної доступності, оновлення системи підготовки лікарських кадрів та інші пов'язані напрями.

Основою процесу децентралізації виступає переорієнтація розподілу компетенцій між різними рівнями влади. Під повноваженнями у загальному розумінні слід розуміти юридично закріплені за певним органом або посадовою особою права, обов'язки та відповідальність за результати ухвалених ними рішень. Повноваження органів місцевого самоврядування становлять визначені Конституцією, законами України та іншими нормативно-правовими актами права й обов'язки територіальних громад і їх представницьких структур щодо реалізації функцій місцевого управління [45].

Одним із ключових засадничих положень сучасної медичної реформи є процес децентралізації та передання частини фінансових повноважень у сфері охорони здоров'я територіальним громадам. На думку В. Шарого, «на сучасному етапі суспільного розвитку в усіх демократичних державах місцеве самоврядування розглядається як важлива складова суспільного управління, необхідне доповнення до управління з центру та протизвага йому, показник рівня демократичності суспільства» [50, с. 10].

Децентралізована модель функціонування системи охорони здоров'я давно інтегрована у міжнародну практику й виступає альтернативою

централізованим механізмам організації галузі. Зокрема, у Сполучених Штатах Америки реалізується концепція державно-приватної взаємодії в охороні здоров'я в межах домінування приватної моделі, тоді як у більшості держав Європейського Союзу провідним джерелом фінансування є суспільні фонди.

В умовах децентралізації формується система автономного функціонування медичних закладів та передання частини управлінських і виконавчих компетенцій некомерційним і приватним медичним структурам. У такий спосіб вибудовується механізм взаємодії між державними інституціями та приватними суб'єктами, який відповідає основам державно-приватного партнерства. Відповідно до Закону України «Про державно-приватне партнерство» (абз. 4, 13 ч. 1. ст. 4), охорона здоров'я населення та надання послуг у сфері медицини визначаються як потенційні напрями застосування інструментів державно-приватної взаємодії.

У межах такої моделі держава відповідає за формування політичних і правових засад регулювання, функціонування та розвитку центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я; визначає технічні стандарти та вимоги щодо якості медичних послуг; забезпечує захист, збереження і безпеку інформації; а також здійснює науково-методичний та організаційний супровід щодо медичного забезпечення населення [29].

Державні інституції, представлені органами виконавчої влади, здійснюють комплекс дій, спрямованих на інтеграцію сучасних терапевтичних підходів, інноваційних лікарських засобів та інших технологій у діагностично-лікувальну практику, задаючи орієнтири для формування найвищих стандартів медичної допомоги.

У контексті реалізації децентралізаційної політики було здійснено низку заходів, спрямованих на оптимізацію фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я. Важливо зазначити, що починаючи з 2016 року у місцевих кошторисах передбачаються ресурси для підтримки інфраструктури об'єднаних територіальних громад. Аналіз початкових результатів

упровадження принципу субсидіарності у фінансуванні медичної сфери об'єднаних територіальних громад дає змогу сформулювати такі висновки. У галузі охорони здоров'я відбулося перенесення комунальних та енергетичних платежів з місцевих бюджетів на витрати медичних закладів державної форми власності з метою ефективнішого управління їхніми активами. При цьому запропонований обсяг медичних послуг не включає зазначені витрати. Така фінансова модель не може бути оцінена однозначно позитивно. З одного боку, це потенційно створює можливість спрямувати вивільнені ресурси на модернізацію матеріально-технічної бази та підвищення оплати праці медичного персоналу. Проте, з іншого боку, громади істотно різняться рівнем забезпеченості, а тому не всі мають достатні фінансові можливості для покриття додаткових видатків. Подібна ситуація негативно позначається на наданні первинної медичної допомоги, оскільки зростання доходів місцевих бюджетів унаслідок фіскальної децентралізації переважно зосереджене в муніципалітетах із розвиненою транспортною та економічною інфраструктурою.

Починаючи з 2017 року було впроваджено механізм «фінансування відповідно до вибору пацієнта», або «гроші йдуть за пацієнтом», що ґрунтується на укладенні прямих угод із лікарями первинної ланки та встановлює чіткий перелік їхніх професійних обов'язків. Медичні фахівці, які працюють у сфері первинної допомоги, отримали можливість обирати будь-яку організаційну форму діяльності, зокрема роботу як фізична особа-підприємець, у поліклініці, амбулаторії чи центрі первинної медичної допомоги. Розмір виплат за їхню працю визначається за принципом капітації – відповідно до кількості підписаних декларацій та виконання умов медичних контрактів щодо діагностики і лікування. Надання первинних послуг більше не залежить від офіційної адреси проживання пацієнта. Особи, які звертаються по медичну допомогу, можуть обирати не лише спеціалістів за місцем проживання, але й лікарів інших закладів, у тому числі тих, що працюють у статусі приватних підприємців. Унаслідок цього фінансування

медичних установ визначається числом укладених угод між лікарями та мешканцями громади, незалежно від локалізації медичного закладу. Запропонований інструмент має забезпечити підвищення якості медичної допомоги та стимулювати місцеве самоврядування до розвитку матеріально-технічної бази первинної ланки. Однак практична реалізація цього механізму демонструє можливі недоліки: значна частина населення об'єднаних громад продовжує звертатися до звичних місцевих медзакладів через сталу поведінкову модель, а бюджети громад не завжди спроможні забезпечити повноцінне утримання таких установ.

У багатьох випадках закриття медичних закладів пов'язане зі зменшенням кількості лікарів, через що мешканці спрямовують фінансові ресурси у вигляді медичних грантів до інших громад, де рівень послуг і професійна підготовка фахівців є вищими. Варто зауважити, що співвідношення розподілу медичних грантів між первинною та вторинною ланками об'єднаних територіальних громад становить приблизно «70 % на 30 %». Така пропорція зумовила недостатню підтримку вторинної медичної допомоги в системі взаємодії державного бюджету та фінансових можливостей місцевих кошторисів громад. Крім того, суттєві відмінності спостерігаються у визначенні частки медичних послуг, що перераховувалася до регіональних бюджетів. Потрібно зазначити, що більшість позитивних змін узгоджується зі структурою фінансування вторинної допомоги на рівні регіональних та місцевих бюджетів. У підсумку ключовим викликом для української системи охорони здоров'я постає потреба в науковому підґрунті та створенні оптимальних організаційно-економічних моделей надання медичної допомоги у регіонах, які мають різний рівень соціально-економічного розвитку.

У сучасних умовах не лише у великих містах, але й у низці населених пунктів із порівняно невеликою кількістю мешканців історично сформувалися приміські зони з малою щільністю населення, де було розміщено медичні заклади на значній відстані від центральних районів і зі

створенням власної локальної інфраструктури. Загалом через невелику кількість жителів такі передміські території характеризуються обмеженими ресурсами закладів охорони здоров'я. Крім цього, у лікарнях, що розташовані на околицях міст, відсутній повний перелік ліжкових відділень, а штати амбулаторій не охоплюють усі необхідні лікарські спеціальності. І хоча у сільській мережі охорони здоров'я за рахунок принципу поетапності нестача окремих видів спеціалізованої допомоги на районному рівні компенсується можливістю звернення до регіональних медичних центрів, у міських системах такої компенсації фактично не існує. Унаслідок цього доступ населення до якісної медичної допомоги в центральних районах і приміських зонах мегаполісів суттєво різниться. Для подолання цієї диспропорції необхідно впроваджувати новітні підходи, які спираються на системний та ситуаційно орієнтований аналіз. Водночас зберігаються й труднощі, пов'язані з організацією фінансового забезпечення охорони здоров'я на місцевому рівні.

Потрібно підкреслити, що протягом останніх десяти років відсутність цілісної регіональної політики в Україні спричинила спонтанне формування різних моделей організації та управління медичною сферою, що згодом поглибило структурні відмінності між регіонами. Водночас такі параметри, як тип медичного закладу, щільність населення, кількість установ і їх територіальне розташування, які суттєво визначають доступність медичної допомоги, здебільшого не враховуються. До того ж кожна регіональна система охорони здоров'я має власну специфіку, що проявляється залежно від територіальних умов.

Одним із ключових векторів трансформації галузі охорони здоров'я є передача повноважень між центральним урядом і регіонами, а також між регіональним і місцевим рівнями влади. Державні органи здійснюють нагляд за станом охорони здоров'я та беруть участь у її фінансуванні. Подібна взаємодія є необхідною через недоліки існуючої організаційної структури, зокрема інформаційну асиметрію та вплив сторонніх чинників. При цьому

має гарантуватися дотримання принципу соціальної рівності, за яким кожен громадянин повинен мати гарантований доступ до мінімального обсягу медичної допомоги. Фінансування послуг у системі охорони здоров'я забезпечується за рахунок місцевих бюджетів, що інколи може вступати в протиріччя з податковою політикою у сфері бюджетних відносин, або через механізми обов'язкового медичного страхування, що включають внески роботодавців, працівників і держави. У низці країн також застосовується участь пацієнтів у покритті витрат на медичні та фармацевтичні послуги, однак приватні платежі зазвичай становлять незначну частку фінансування, а прямі платежі стримують попит на лікування.

У різних державах світу, зокрема у Сполучених Штатах Америки, Швейцарії та низці інших країн, частка національних видатків на медичну сферу є однією з найвищих, тоді як Китай, Румунія та Монако демонструють найнижчі показники фінансування. В Україні витрати на охорону здоров'я становлять приблизно 6,7 % валового внутрішнього продукту, що відповідає 81-му місцю серед 187 держав. Водночас обсяг фінансових ресурсів не є єдиним параметром, який визначає результативність функціонування медичної системи. Зростання частки видатків на охорону здоров'я у структурі ВВП може формувати ризики для державного бюджету та створювати загрозу стабільності соціально-економічного розвитку країни. Підвищення фінансування медичної галузі також може бути зумовлене збільшенням фіскального навантаження. Отже, зазначений показник має не лише відображати приріст обсягів витрат, але й свідчити про покращення якості та раціональності використання доступних ресурсів.

На етапі започаткування реформ головним пріоритетом постсоціалістичних країн була оптимізація видатків на систему охорони здоров'я. Подібно до інших держав цього типу, Україна отримала у спадок державну фінансову модель, відому як система Семашка, однак її ефективність уже тривалий час є недостатньою. У багатьох країнах подібна структура управління призвела до зниження очікуваної тривалості життя,

скорочення капітальних інвестицій у медичну сферу, що спричинило застаріння обладнання, неефективне формування заробітної плати та погіршення якості надання послуг. Сукупність зазначених проблем сформувала гостру потребу у комплексному реформуванні медичної галузі.

Отже, головною метою реформування повинно бути здійснення переходу до системної координації на державному рівні. Водночас необхідно забезпечити і централізований рівень – від Міністерства охорони здоров'я до Національної системи здоров'я України, і місцевий рівень – від Національної системи здоров'я України до місцевих органів влади. Перший полягає в переході від історичного фінансування лікарень (на основі доступної потужності кожної лікарні) до бюджету лікарні, який в основному заснований на доходах від лікування і інших платежах за послуги, які акумулюються Національною системою здоров'я України. Реалізація цього підходу призведе до необхідності оптимізації витрат лікарнями з метою уникнення дефіциту бюджету. Та, з іншого боку, у разі формування достатнього фонду, можливе розширення послуг для споживачів. Умовами запровадження такого підходу є узгодження дій між Національною службою здоров'я України та власників лікарень в частині політики фінансування. Інший напрям – узгодження дій на місцевому рівні – оптимізація лікарняної мережі, зосередивши увагу на більш професійних послугах і закриття, скорочення або зміну неефективних медичних установ. Цей процес вимагатиме тісної участі керівництва Міністерства охорони здоров'я і місцевої влади, а також участі Національної системи здоров'я України і координації змін у послугах, що надаються нею від різних постачальників. Якщо управлінський потенціал держави як і раніше слабкий, незалежність платежів та інститутів від Національної системи здоров'я України буде невеликою. Незалежність постачальника збільшує фінансовий ризик через перевитрати бюджету і вимагає від місцевого уряду як власника посилення нагляду і підтримки.

1.2. Нормативно-правове забезпечення фінансування та управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні

Перетворення системи територіального управління на принципах децентралізації становить один із провідних напрямів глибоких суспільних змін в Україні. Початок нового етапу децентралізації, модернізації місцевого самоврядування та адміністративно-територіального устрою був започаткований після ухвалення відповідного Закону України від 05.02.2015 р. № 157-VIII «Про добровільне об'єднання територіальних громад» [30]. Крім того, було оновлено норми бюджетної та податкової політики, що забезпечило фінансову автономію нових громад шляхом закріплення відповідних компетенцій, джерел доходів і напрямів видатків [27]. Відповідно, починаючи з 2016 року, об'єднані територіальні громади отримали необхідні фінансові інструменти для реалізації делегованих функцій у медичній сфері, зокрема щодо організації первинної медико-санітарної допомоги. Реалізація трансформацій на місцевому рівні протягом 2017–2020 років включала подальше вдосконалення законодавчої та нормативної бази [38, 40, 41]:

До переліку соціальних прав громадян належить гарантоване статтею 49 Конституції України [12] право на одержання медичної допомоги та медичного страхування. Формування системи гарантій, визначення змісту й процедур реалізації цього права становить основу реформування національної системи охорони здоров'я. Запровадження медичної реформи в Україні розпочалося у 2016 році, коли було сформовано стратегічні засади трансформації та схвалено відповідні зміни до чинного законодавства. 19 жовтня 2017 року прийнято Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [28], який формує основи для надання якісної, доступної та безоплатної медичної допомоги для населення України. Предметом здійснюваної реформи виступає система охорони здоров'я, яка охоплює комплекс заходів, що реалізуються державними органами влади,

інституціями місцевого самоврядування, медичними закладами, фізичними особами-підприємцями, що мають ліцензію на провадження медичної практики, а також медичними і фармацевтичними працівниками, громадськими організаціями та населенням з метою підтримання та відновлення фізіологічних і психологічних функцій людини, її працездатності й соціальної активності при максимально можливій індивідуальній тривалості життя (абз. 8 ст. 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я) [19]. Реалізувати вказану мету можна через суттєве оновлення механізмів і джерел фінансування медичних установ так, щоб пацієнти отримували гарантовані безоплатні послуги та лікарські засоби, розвивалися системи медичного страхування та формувалися належні стимули для лікарів.

Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» № 2002 від 6 квітня 2017 року встановив правові основи для надання автономії медичним закладам шляхом їх трансформації з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства, що забезпечило новий формат управління та фінансування [25].

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168 у чинній редакції від 3 липня 2020 року визначає обсяг державних зобов'язань щодо фінансування необхідних медичних послуг і медикаментів для пацієнтів, забезпечуючи їх оплату за рахунок коштів державного бюджету [28]. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 1292-18 «Про затвердження Об'єму надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги...» від 19 жовтня 2018 року встановлює вимоги до кадрового забезпечення, структури, обладнання, транспортної логістики та навантаження багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування першого і другого рівня.

Постанова Кабінету Міністрів України № 1101 від 27.12.2017 р. «Про утворення Національної служби здоров'я України» визначає критерії

кваліфікації фахівців у сфері охорони здоров'я та регламентує порядок укладення договорів про медичне обслуговування населення.

Постанова Кабінету Міністрів України № 285 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» встановлює організаційні вимоги до процедури ліцензування медичної діяльності та визначає основні підходи до її фінансового забезпечення.

Постанова Кабінету Міністрів України № 1077 «Про спостережну раду закладу охорони здоров'я та внесення змін до Типової форми контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я» регламентує створення наглядового органу для медичних установ другого і третього рівнів, покликаного забезпечити участь громадян у здійсненні управлінських функцій у сфері охорони здоров'я.

Додатково організація та діяльність системи охорони здоров'я на місцевому рівні визначається низкою нормативних документів, серед яких: Закон України «Про добровільне об'єднання територіальних громад», Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні», наказ Міністерства охорони здоров'я від 29.07.2016 р. № 801 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи», наказ Міністерства охорони здоров'я від 19.03.2018 р. № 504 «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги», а також наказ Міністерства охорони здоров'я від 11.09.2000 р. № 214 «Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини» (із подальшими змінами відповідно до наказів від 06.02.2003 р. № 48 та від 04.11.2003 р. № 511).

Крім того, на місцевому рівні застосовуються такі документи, як наказ Міністерства охорони здоров'я від 21.08.2014 р. № 585 «Про затвердження примірних штатних нормативів центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги», наказ Міністерства охорони здоров'я від 20.05.2011 р. № 301 «Про внесення зміни до переліку закладів охорони здоров'я», наказ

Міністерства охорони здоров'я від 11.09.2012 р. № 713 «Про затвердження методичних рекомендацій Міністерства охорони здоров'я України щодо регіональних планів модернізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу», наказ Міністерства охорони здоров'я від 02.11.2012 р. № 866 «Про оцінку оснащеності лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу, та моніторинг модернізації первинної медичної допомоги», а також методичні рекомендації «Модернізація мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу».

Стаття 43 Конституції України дає можливість простежити взаємозв'язок між державними інституціями та місцевим самоврядуванням через систему компетенцій, оскільки органи місцевого самоврядування можуть отримувати окремі функції виконавчої влади, а їх виконання перебуває під контролем відповідних державних органів [12].

Типологія та зміст повноважень місцевих органів детально регламентуються Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні», де виокремлюються власні й делеговані функції, зокрема у сфері охорони здоров'я. У статті 32 цього Закону до самоврядних повноважень належить управління закладами медичної та оздоровчої інфраструктури, які перебувають у власності територіальних громад або передані їм, а також забезпечення їх фінансових і матеріально-технічних ресурсів [32].

До компетенції органів місцевого самоврядування належить організація доступного й безоплатного медичного обслуговування на відповідній території, розвиток усіх його видів та удосконалення мережі лікувальних закладів незалежно від форми власності. Також місцеві органи влади формують потребу в медичних кадрах, укладають договори на їх підготовку та забезпечують підвищення кваліфікації працівників. При цьому необхідно, щоб «...обов'язково враховувати забезпечення відповідності повноважень, делегованих органам місцевого самоврядування, їхнім фінансовим можливостям і наявності потенційних ресурсів для оптимального виконання

ними цих повноважень» [22, с. 268]. Правовою основою для трансформації системи охорони здоров'я та зміни ролі місцевого самоврядування у межах децентралізації є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [28]. Крім того, з 01 жовтня 2023 року набув чинності Закон України «Про систему громадського здоров'я» від 06.09.2022 № 2573-IX, який визначає підзвітність і обсяг повноважень органів місцевого самоврядування у сфері громадського здоров'я (Ст. 13, 41, 44) [33]. У цьому Законі одним з ключових принципів виокремлено принцип участі та відповідальності – «залучення суспільства до реалізації оперативних функцій громадського здоров'я, здійснення заходів та взаємна відповідальність особи і держави за дії або бездіяльність у сфері громадського здоров'я» [: Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щод], що передбачає розвиток державно-приватного партнерства для узгодження спільних завдань органів державної влади та органів місцевого самоврядування у цій сфері.

У законодавстві визначено повноваження центральних органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування щодо формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, а також окреслено засади регулювання системи громадського здоров'я. Нормативною основою розбудови спроможної мережі лікарень в умовах воєнного стану слугують Закон України № 2347 «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» [25] та Постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. № 174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» [7]. У межах цієї нормативної бази спроможна мережа трактується як система надавачів медичних послуг, здатна забезпечити доступність, своєчасність і належну якість медичного обслуговування в межах госпітального округу, включно з функціонуванням у період надзвичайних ситуацій чи воєнного стану, та гарантувати раціональне використання ресурсів [7]. Зазначеною Постановою також затверджено «Порядок функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж» [24]. Відповідно до статті 3

«Основ законодавства України про охорону здоров'я» госпітальний округ визначається як територія, на якій забезпечується надання доступної, безперервної, комплексної та орієнтованої на пацієнта медичної і реабілітаційної допомоги шляхом формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я. Згідно зі ст. 16 Основ, ключовим призначенням госпітального округу є гарантування територіальної наближеності якісних медичних послуг населенню [19]. У межах таких округів передбачено визначення опорних закладів охорони здоров'я. Територія госпітального округу не збігається з межами області та охоплює кластери, у складі яких лікарні поділяються на надкластерні, кластерні та загальні. Нормативно встановлено, що «обласні держадміністрації з урахуванням позицій усіх територіальних громад, які входять до складу району, та за умови задоволення потреб населення відповідно до мінімального (базового) переліку напрямів медичного обслуговування згідно з додатком кластерним можуть визначити заклад, що розташовується в іншому населеному пункті району». МОЗ наразі оприлюднило переліки закладів, включених до спроможної мережі 19 госпітальних округів [16]. Оскільки затвердження меж госпітальних округів ініціюється саме органами місцевого самоврядування, їхні повноваження поширюються також на управління відповідною мережею. План розвитку госпітального округу передається органам місцевого самоврядування відповідної території, які мають обов'язково враховувати його під час ухвалення рішень про створення, реорганізацію чи зміну профілю закладів охорони здоров'я. У 2017 році місцевим радам кожного округу було запропоновано сформувати Госпітальну раду як спільний консультативний орган за участю представників міст обласного значення, районів та ОТГ відповідно до чисельності населення. Її правовий статус визначав Наказ МОЗ України № 2439 від 28.10.2020 [31], однак цей акт був скасований Наказом МОЗ «Про визнання таким, що втратив чинність» щодо наказу № 2439. У результаті сьогодні відсутнє чинне нормативне регулювання створення, діяльності та припинення госпітальних рад, хоча

такі ради фактично продовжують функціонувати, що породжує ситуацію правової невизначеності та може ускладнювати їх роботу. Саме госпітальні ради відповідальні за формування плану розвитку госпітального округу. П. Ковтонюк підкреслює, що «госпітальний округ – це інструмент пріоритизації: показати, куди насамперед спрямувати інвестиції так, щоб громада це відчула одразу у вигляді медичної допомоги» [10]. У процесі розроблення плану значущою є участь представників територіальних громад, оскільки їхня позиція дозволяє ухвалювати стратегічні рішення щодо перепрофілювання лікарень, визначення рівнів медичної допомоги та розподілу ресурсів на рівні ОТГ. Інтереси громади можуть представляти голови ОТГ, їх заступники, громадські активісти та фахівці медичної сфери. Участь громадськості у сфері охорони здоров'я гарантується статтею 24 «Основ законодавства України...», де наголошено на обов'язку державних органів та закладів охорони здоров'я забезпечувати реалізацію права громадян на участь в управлінні галуззю [19]. Склад наглядової ради передбачає участь не менш як 50% представників громадського сектору, що реалізується через формування наглядових рад із залученням громадськості та опікунських рад. Їхнє створення є обов'язковим для державних і комунальних закладів охорони здоров'я, які надають спеціалізовану медичну допомогу та працюють за договорами з НСЗУ. Наглядові ради утворюються рішенням власника або уповноваженого ним органу та мають представляти інтереси медичного закладу у місцевих радах. Опікунські ради можуть створюватися за ініціативою закладу, а їхній склад можуть формувати (за згодою) благодійники, представники громади, громадських організацій, релігійних об'єднань, органів місцевого самоврядування, засобів масової інформації, волонтери та інші учасники [19]. Водночас у громадах, що зазнали окупації або перебувають у зоні активних бойових дій, реалізація таких норм фактично унеможливлена. Зауважимо, що у 2020-х роках система охорони здоров'я України опинилася під значним подвійним навантаженням: поширення пандемії Covid-19 та наслідки широкомасштабної агресії РФ

призвели до істотних втрат здоров'я населення, руйнування інфраструктури й кадрового виснаження. За інформацією Міністерства охорони здоров'я України, станом на початок лютого 2024 р. нараховувалося 1523 пошкоджені та 195 повністю зруйновані заклади [Укрінформ]. Найбільших втрат зазнала медична інфраструктура регіонів, що опинилися під тривалою або частковою окупацією. Зокрема, у Луганській області, де 95% території залишаються окупованими, відсутня можливість отримати достовірні дані щодо стану медичних установ, а роботу закладів на територіях під контролем України відновити неможливо через безперервні бойові дії [37]. Процес релокації медичних закладів із зон бойових дій став вимушеним кроком для забезпечення безперервності медичних послуг у безпечніших регіонах України. Так, із Луганської області було переміщено 37 закладів охорони здоров'я, а їхній персонал отримав можливість працевлаштування та фінансову підтримку в межах механізмів НСЗУ. Оснащення приміщень та забезпечення необхідним обладнанням переважно здійснюється за позабюджетні кошти. Значну роль відіграють міжнародні проекти: станом на червень 2024 року повністю відновлено 517 об'єктів медичної інфраструктури, хоча 26 уже відремонтованих об'єктів були повторно пошкоджені [Інтегрований підхід]. Особливо гострою залишається кадрова проблема — за час окупації Україну залишили понад 90 тисяч медичних працівників, серед яких близько 14 тисяч лікарів і фармацевтів, понад 33 тисяч медичних сестер та близько 21 тисячі акушерів [39]. Для впорядкування заходів із релокації та гарантування доступності медичної допомоги у 2024 році була прийнята Постанова Кабінету Міністрів України № 1394, якою затверджено «Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році» [27]. Дія Порядку поширюється на всі заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності, а також на фізичних осіб-підприємців, що мають ліцензію на медичну практику та відповідають вимогам до надавачів медичних послуг за програмою медичних гарантій. Він також охоплює суб'єктів господарювання

у сфері роздрібної торгівлі лікарськими засобами, які уклали договори про реімбурсацію з НСЗУ [27]. У ситуації переміщення медичних закладів виконання встановлених державою вимог значно ускладнюється, тому обласні військові та державні адміністрації звертаються до Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України з пропозиціями щодо уточнення механізмів фінансування НСЗУ, зокрема із врахуванням виняткових умов для регіонів, де тривають активні бойові дії, або запровадження окремого порядку укладення договорів за новим пакетом [48]. За результатами аналізу, проведеного Всесвітньою організацією охорони здоров'я, у звіті «Фінансування первинної меддопомоги в Україні: аналіз ситуації та розгляд політик» сформульовані рекомендації, які можуть орієнтувати державну та місцеву політику у сфері охорони здоров'я. Серед них – необхідність чіткого визначення ролі органів місцевого самоврядування у фінансуванні медичних послуг і стимулювання їх активнішої участі у забезпеченні локальних потреб [50]. У підсумку, «релокація закладів охорони здоров'я під час воєнного стану є одним із шляхів для збереження майна та кадрового потенціалу. Водночас функціонування переміщених закладів має бути організоване так, щоб забезпечити безперервне надання медичної допомоги пацієнтам за місцем релокації, внутрішньо переміщеним особам та жителям прифронтових і окупованих територій» [2, с. 92]. У межах Програми релокації підприємств, яку Кабінет Міністрів України впроваджує з березня 2022 року, основу правового регулювання становить Розпорядження КМУ № 246-р від 25.03.2022 р. «Про затвердження плану невідкладних заходів з переміщення...». Документ окреслює порядок перенесення виробничих потужностей суб'єктів господарювання з територій активних бойових дій на безпечніші райони. В умовах війни виникла підвищена потреба в модернізації механізмів управління соціальними послугами, їх подальшій децентралізації, розширенні ролі місцевої влади, а також оптимізації державних витрат та оновленні переліку соціальних сервісів.

Постанова Кабінету Міністрів України № 248 від 21.03.2023 затвердила «Порядок реалізації експериментального проекту...», який передбачає надання окремих соціальних послуг у медичних закладах, що належать до сфери управління Міністерства соціальної політики. Фінансування таких заходів здійснюється відповідно до «Порядку використання коштів державного бюджету для забезпечення соціального захисту громадян...» [5]. Зазначений Порядок установлює механізм надання соціальних послуг особам похилого віку та людям з інвалідністю з числа внутрішньо переміщених осіб, які опинилися у складних життєвих обставинах. Реалізація здійснюється в межах бюджетної програми 2501530 «Соціальний захист громадян, які потрапили у складні життєві обставини» [5].

1.3. Організаційно-методологічне забезпечення системи охорони здоров'я в умовах децентралізації

Розвиток системи охорони здоров'я у сільських районах в умовах децентралізації вимагає комплексного підходу, який поєднує раціональне використання фінансових ресурсів, оновлення управлінських практик і впровадження сучасних технологічних рішень. Децентралізаційна реформа надала громадам ширші повноваження у сфері планування, фінансування та організації медичного обслуговування, що створює як нові можливості, так і виклики.

Сучасна модель системи охорони здоров'я функціонує у межах медичної реформи та системи державних гарантій медичного обслуговування, здійснюючи комплекс заходів для забезпечення потреб сільського населення.

1. Первинна медична допомога – основа сільської медицини. Базовим рівнем медичного забезпечення є первинна медична допомога (ПМД), яку надають амбулаторії ПМД, лікарські амбулаторії та ФАПи.

Головна роль належить сімейним лікарям, з якими укладаються декларації. Фінансування здійснюється через НСЗУ за моделлю «гроші йдуть за пацієнтом». Проводяться профілактичні огляди, вакцинація, моніторинг хронічних захворювань, базові діагностичні послуги.

Сімейна медицина – це галузь первинної медичної допомоги, що забезпечує тривалу та комплексну охорону здоров'я для осіб і родин незалежно від їх віку чи статі.

Фахівець, який зазвичай працює на первинному рівні медичної системи, має назву сімейного лікаря. Такий різновид організації медичної практики часто ідентифікують як загальну практику, а відповідного фахівця – лікаря загальної практики.

ФАП: Фельдшерсько-акушерський пункт (ФАП) функціонує як підрозділ амбулаторії центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (ЦПМСД), покликаний забезпечувати населення базовою доврачебною медичною підтримкою.

Цей підрозділ перебуває у підпорядкуванні лікаря, до якого закріплені мешканці певного населеного пункту.

У процесі реформування української системи охорони здоров'я нове законодавство вже не включало поняття фельдшерсько-акушерського пункту.

У межах реформи децентралізації значення місцевих органів влади в організації охорони здоров'я суттєво зросло. До повноважень сільських громад перейшла відповідальність за функціонування ФАПів. Це включало забезпечення приміщень обладнанням, організацію комунальної інфраструктури (опалення, електрика, водовідведення тощо) і навіть оплату праці фельдшерів.

2. Розвиток мережі спроможних лікарень. Сільські райони підпадають під реформу спроможної мережі закладів охорони здоров'я, яка визначає: заклади, що забезпечують ургентну та планову медичну допомогу; маршрути пацієнтів до опорних лікарень; раціональний розподіл ресурсів у межах госпітальних округів.

Опорні лікарні, які обслуговують у т.ч. сільське населення, оснащуються сучасним обладнанням, телемедичними технологіями та реанімаційними можливостями.

3. Телемедицина та цифровізація. Для підвищення доступності медичних послуг у віддалених селах впроваджується: телемедичні консультації між сільськими лікарями та фахівцями вищого рівня; електронні рецепти, направлення, медичні записи; дистанційний моніторинг стану пацієнтів із хронічними хворобами. Це зменшує потребу у фізичному відвідуванні вторинних закладів.

4. Роль місцевого самоврядування та громади. Після децентралізації територіальні громади відповідають за: утримання та матеріальне забезпечення ПМД-закладів; розвиток медичної інфраструктури; транспортну доступність до лікарень (наприклад, забезпечення підвезення до опорних лікарень). Формуються програми здоров'я громади, фінансовані з місцевих бюджетів.

5. Мобільні медичні бригади. Для віддалених та малонаселених сіл діють мобільні амбулаторії: проводять профілактичні огляди, вакцинацію, скринінги; виїжджають для надання допомоги в умовах воєнного стану й обмеженого доступу до медичних об'єктів.

6. Громадське здоров'я на рівні громади. Центри контролю та профілактики хвороб, у співпраці з громадами, проводять: епідеміологічний нагляд та реагування; санітарно-гігієнічний контроль; інформаційно-просвітницькі заходи; моніторинг якості води, харчових продуктів, довкілля. Впроваджується система реагування на надзвичайні ситуації.

7. Медичне забезпечення в умовах війни. У сільських районах, прилеглих до зон бойових дій, організація охорони здоров'я включає: розгортання стабілізаційних пунктів; навчання населення домедичній допомозі; психологічну підтримку постраждалих; логістичне забезпечення лікарнями гуманітарних засобів.

8. Кадрове забезпечення. Проблема дефіциту медичних кадрів у селах вирішується за допомогою: державних програм підтримки молодих лікарів (підйомні, компенсація житла); збільшення кількості місць ПМД у сільських громадах; телемедицини та цифрових рішень, що зменшують навантаження.

9. Фінансування. Система фінансується за рахунок: програми медичних гарантій (НСЗУ); місцевих бюджетів; державних цільових програм (телемедицина, сільська медицина); міжнародної допомоги (особливо під час воєнного стану).

На рівні регіонального управління формуються та ухвалюються цільові програми у сфері охорони здоров'я, на основі яких визначаються мережі медичних закладів, їх матеріально-технічне забезпечення, а також здійснюється розвиток інфраструктурних та допоміжних об'єктів галузі.

Україна, як суверенна держава, також взяла зобов'язання формувати позитивне інвестиційне середовище для приватних суб'єктів, що сприяють розвитку сільських медичних установ. Такі суб'єкти господарювання отримували податкові пільги щодо тієї частини прибутку, яка спрямовувалася на соціальний розвиток.

Одним із прикладів упровадження моделей державно-приватної взаємодії у медичній сфері є електронна система охорони здоров'я, що поєднує центральну базу даних як державний елемент та медичні інформаційні системи як приватний сегмент. Приватні оператори (медичні інформаційні системи) забезпечують технічне впровадження власних рішень відповідно до встановлених державою нормативів та надають сервіси користувачам системи. Водночас необхідно підкреслити, що інструменти державно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я досі залишаються недостатньо розвиненими в Україні. До ключових чинників цієї проблеми належить незавершеність медичної реформи, посилена наслідками збройної агресії РФ проти України.

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ СІЛЬСЬКОГО РАЙОНУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

2.1. Ретроспективний аналіз організації системи охорони здоров'я в сільській місцевості

1990-му Верховна Рада Української РСР ухвалила Закон «Про пріоритетність соціального розвитку села та агропромислового комплексу в народному господарстві» [35]. Прийнятий акт окреслив на довгі роки основні засади переважного розвитку соціальних умов життя на селі та агропромислового комплексу. Згідно з положеннями цього Закону (стаття 6), держава брала на себе обов'язок фінансувати розбудову соціальної інфраструктури, включно з системою медичного забезпечення у сільській місцевості. Зведення медичних об'єктів забезпечувалося коштами державного та місцевого бюджетів. Зазначений нормативний акт продовжує залишатися чинним.

У 1991 році Верховна Рада УРСР схвалила Акт проголошення незалежності України. Це рішення започаткувало черговий етап у формуванні сучасної української державності. Водночас доба незалежності стала стартом масштабної економічної та соціальної кризи, що тривала майже десятиліття. Особливо суттєвим був її вплив на мешканців сільських регіонів.

У 2007 році Кабінет Міністрів України ухвалив рішення про затвердження «Державної цільової програми розвитку українського села на період до 2015 року» [19].

Уперше на загальнодержавному рівні було юридично закріплено пріоритетне значення розбудови в сільській місцевості мережі первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, заснованої на принципах сімейної медицини.

Зокрема, зазначена програма включала розвиток медичного забезпечення через:

- створення та функціонування у сільській місцевості системи надання медичної допомоги на основі сімейної медицини;
- гарантування рівноправного доступу жителів села до первинної медичної (медико-санітарної) допомоги шляхом організації фельдшерсько-акушерських пунктів у населених пунктах з чисельністю понад 500 осіб;
- трансформацію фельдшерсько-акушерських пунктів, що обслуговують більш як 1000 мешканців, у амбулаторії загальної практики сімейної медицини та забезпечення їх належним матеріальним оснащенням.

У 2016–2017 роках держава перейшла до формування концепції масштабної медичної реформи. Заплановані кроки передбачали трансформацію медичної системи у три послідовні фази. Першою фазою стало оновлення первинної ланки, у межах якого створювався інститут сімейних лікарів замість дільничних педіатрів і терапевтів. Другий етап був спрямований на модернізацію стаціонарних закладів і поліклінік вторинного рівня. Третя фаза стосувалася зміни моделі функціонування державних медичних центрів і науково-медичних установ. Паралельно відбувалася перебудова системи реагування на невідкладні стани, екстреної медичної допомоги, а також оновлення служб психіатричної та фтизіатричної допомоги.

У жовтні 2017 року Верховна Рада України схвалила законопроект №6327 «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [28]. Цей нормативний акт засвідчив докорінну зміну підходів до фінансування медичної допомоги. Зокрема, у правове поле було запроваджено механізм, відомий як принцип «гроші ходять за пацієнтом». На підставі положень Закону передбачалося, що після запуску реформи пацієнти отримають право вільно обирати медичний заклад і сімейного лікаря. Один фахівець первинної ланки міг брати під спостереження до двох тисяч осіб. За кожного пацієнта держава мала сплачувати 210 гривень

щороку (а у 2022 році капітаційна ставка – тобто оплата медичній установі за кожного пацієнта з декларацією – зросла до 786 грн на рік).

Для забезпечення реалізації медичної реформи Кабінет Міністрів України у грудні 2017 року ухвалив постанову «Про утворення Національної служби здоров'я України» [19]. Ключовими напрямками діяльності новоствореної служби стали виконання державної політики фінансових гарантій медичного обслуговування, а також виконання функцій замовника медичних послуг і лікарських засобів у межах програми медичних гарантій. Крім того, 14 листопада 2017 року Верховна Рада України підтримала законопроект №7117, спрямований на розширення доступності та підвищення якості медичної допомоги в сільській місцевості. Закон «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [36] був складовою частиною загальної медичної реформи та передбачав розв'язання ключових проблем сільської медицини, серед яких брак кадрів, недостатньо обладнані амбулаторії й ФАПи. У межах цього законопроекту було передбачено інвестування 5 мільярдів гривень на зміцнення інфраструктури медичних закладів у сільських регіонах. Зокрема, фінансування планувалося спрямувати на зведення нових амбулаторій, закупівлю автотранспорту для лікарів, модернізацію обладнання та забезпечення доступу до швидкісного інтернету.

Водночас окремі дослідники [11] зазначають, що ухвалення закону спеціальної дії «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» не розв'язало основних фінансових питань первинної медичної ланки, зокрема щодо функціонування фельдшерсько-акушерських пунктів, і не визначило однозначно суб'єкта, відповідального за їхнє фінансове забезпечення. З вересня 2017 року в тестовому форматі почала діяти електронна система охорони здоров'я eHealth.

Ця система надає можливість контролювати ефективність використання державних коштів у медичній сфері та зменшити ризики

неправомірних дій. У 2018 році Кабінет Міністрів України ухвалив постанову, якою затвердив «Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я». У цьому ж році електронна система почала повноцінно охоплювати первинний рівень медичної допомоги – сімейних лікарів, терапевтів і педіатрів.

У межах eHealth було створено сім реєстрів: реєстр пацієнтів, реєстр декларацій про вибір лікаря первинної допомоги, реєстр суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, реєстр медичних спеціалістів, реєстр працівників медичної сфери, реєстр договорів про медичне обслуговування та реєстр договорів щодо реімбурсації.

Запровадження системи дало змогу формувати «єдиний медичний простір», тобто забезпечити узгодженість та взаємодію між різними рівнями медичної допомоги, а також упровадити сучасну модель управління якістю медичних послуг. У тому ж році на первинному рівні було офіційно введено міжнародну класифікацію хвороб ІСРС2. Міжнародна класифікація первинної медичної допомоги (International Classification for Primary Care, ІСРС2) є одним із найпоширеніших інструментів, який використовується в багатьох державах світу для систематизації звернень пацієнтів на первинній ланці.

Всесвітня організація охорони здоров'я включила ІСРС2 до переліку своїх офіційних міжнародних класифікацій (WHO-FIC). Ця класифікація містить приблизно 1300 кодів, що відображають найтипівіші (понад один випадок на тисячу пацієнтів щорічно) медичні проблеми.

У лютому 2018 року Міністерство охорони здоров'я разом із Міністерством регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства затвердили Наказ «Про Порядок формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги». У документі, зокрема, було визначено типологію закладів, що забезпечують надання ПМД. Було окреслено чотири основні типи таких установ:

– Центр ПМД – установа, що має щонайменше сім лікарів і функціонує у населеному пункті з чисельністю населення понад 15 000 осіб;

– Амбулаторія групової практики – заклад із двома лікарями, який діє в населеному пункті з населенням щонайменше 3 000 осіб;

– Амбулаторія моно-практики – структура з одним лікарем, що працює у населеному пункті, де проживає близько 1500 осіб;

– Пункт здоров'я – підрозділ, у якому працюють молодші медичні спеціалісти та/або лікар ПМД, і який забезпечує періодичне, а не постійне надання первинної допомоги.

У підсумку цей Наказ уперше закріпив сучасне розуміння терміна «Пункт здоров'я».

Фактично у селах для таких пунктів переобладнували приміщення колишніх ФАПів. Іншими словами, «Пункт здоров'я» використовував стару інфраструктуру, однак уже без постійної присутності лікаря чи фельдшера. Тобто спеціаліст із центру ПМД відвідував такий пункт, наприклад, раз на тиждень, щоб приймати своїх задекларованих пацієнтів.

У 2017 році Національна служба здоров'я України розпочала укладання договорів із центрами ПМД або приватними медичними установами з чинною ліцензією.

Центри ПМД, своєю чергою, укладали контракти з лікарями та іншим персоналом і самостійно розпоряджалися фінансовими ресурсами. Однак фельдшери, які традиційно становили основну кадрову базу ФАПів у сільських територіях, не були включені до переліку закладених посад.

До нормативних документів прямої дії, що встановлюють порядок діяльності ФАПів в Україні, належить Положення «Про фельдшерсько-акушерський/фельдшерський пункт». Окремі згадки про цю складову сільської медицини містяться також у Законі України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості».

На думку окремих дослідників [4, 5, 13, 55], «застосування такого підходу без належного нормативно-правового забезпечення діяльності

ФАПів є принципово помилковим, оскільки майже третина населення України проживає у сільській місцевості» .

За умов правового вакууму щодо регулювання цієї проблеми та нестачі медичних фахівців у селах відбувається закриття ФАПів як ключової первинної ланки сільської медицини, що, своєю чергою, впливає й навіть суттєво поглиблює демографічну кризу та спричиняє відтік молодого населення до інших територій, зокрема об'єднаних громад, де ФАПівська допомога хоча б відповідає мінімальному критерію доступності. Крім того, невирішеним залишається питання забезпечення фінансування ФАПів. На законодавчому рівні ця проблема досі не врегульована, а на рівні місцевих органів самоврядування (сільських чи селищних рад), особливо у депресивних районах із населенням менше ніж 500 осіб, вона взагалі майже не має розв'язання через нестачу коштів, відсутність житла для працівників медицини, дефіцит інтернет-покриття та інших елементів соціальної інфраструктури.

2.2. Соціально-демографічні особливості сільського населення та їх вплив на потребу в медичних послугах

Соціально-демографічна структура сільського населення є одним із ключових факторів, що визначають характер, обсяг і специфіку потреб у медичній допомозі. Демографічні процеси – старіння населення, міграційні рухи, рівень народжуваності, смертності, шлюбності та розлучуваності – формують соціальне середовище, у якому функціонує система охорони здоров'я. В українських реаліях ці чинники набувають особливого значення з огляду на постійні зміни в соціально-економічному розвитку села, трансформацію трудових ресурсів і територіальну нерівномірність доступу до медичної інфраструктури.

У таблиці 2.1 відображено основні Соціально-демографічні особливості сільського населення та їх вплив на потребу в медичних послугах

Таблиця 2.1.

Соціально-демографічні особливості сільського населення та їх вплив на потребу в медичних послугах

Соціально-демографічна особливість	Характеристика	Вплив на потребу в медичних послугах
Вікова структура	Висока частка людей віком 60+ через міграцію молоді та низьку народжуваність	Зростання хронічних захворювань; потреба в сімейних лікарях, реабілітації, паліативній допомозі
Гендерний склад	Переважання жінок у старших вікових групах	Підвищений попит на гінекологічні та профілактичні послуги; потреба у програмах скринінгу чоловічих захворювань
Міграційні процеси	Виїзд молоді до міст і за кордон; сезонні міграції	Старіння населення, нерівномірність звернень; збільшення навантаження на первинну ланку
Освітній рівень	Нижчий рівень медичної грамотності порівняно з міським населенням	Несвоєчасні звернення, самолікування, низька прихильність до профілактики
Економічні умови	Нестабільні доходи, важкі фізичні роботи, високий ризик травматизму	Потреба в амбулаторній та невідкладній допомозі, лікуванні професійних хвороб, реабілітації
Сімейна структура	Скорочення дитячого населення, міграція молодих сімей	Потреба у якісних перинатальних послугах, дитячій медичній інфраструктурі
Територіальні та інфраструктурні чинники	Віддаленість від медичних закладів, поганий стан доріг, нестача кадрів	Обмежений доступ до медичної допомоги; потреба у розвитку телемедицини та мобільних медичних служб

Старіння населення також посилює потребу у розвитку первинної медико-санітарної допомоги та розширенні мережі сімейних лікарів, оскільки саме вони найчастіше працюють із віковими пацієнтами й є «першою ланкою» контакту зі системою охорони здоров'я.

Гендерна структура сільського населення характеризується традиційно вищою часткою жінок у старших вікових групах. Це зумовлено як більшими показниками смертності чоловіків працездатного віку, так і загальною тенденцією до довшої тривалості життя серед жінок. Однією з найважливіших ознак сільського населення в Україні залишається його виражене старіння. Переважання осіб старших вікових груп зумовлене відтоком молоді до міст, зниженням народжуваності та обмеженими можливостями для працевлаштування у сільській місцевості. Висока частка людей віком 60+ створює підвищений попит на такі види медичної допомоги:

- спостереження за хронічними неінфекційними захворюваннями (серцево-судинні, ендокринні, респіраторні патології);
- регулярні профілактичні огляди;
- паліативна та довготривала медико-соціальна допомога;
- відновлювальна медицина та послуги реабілітації.

Гендерні відмінності формують специфічні запити на медичні послуги: для жінок – підвищений попит на гінекологічні, ендокринологічні та профілактичні послуги; для чоловіків – необхідність посилення програм раннього виявлення серцево-судинних захворювань, захворювань печінки, урологічних та онкологічних патологій.

Певну роль відіграє і соціальна поведінка: чоловіки з сільської місцевості частіше звертаються за медичною допомогою лише при розвинених або гострих станах, що погіршує прогноз та збільшує навантаження на вторинний рівень медичної допомоги.

Одним із найпотужніших факторів демографічної динаміки у сільській місцевості є міграція. Тривала тенденція виїзду молоді до міст або за кордон призводить до: зменшення кількості молодих сімей; скорочення народжуваності; зниження трудового потенціалу села; збільшення частки людей похилого віку.

Для системи охорони здоров'я це означає зростання навантаження при одночасному зменшенні кількості активних платників податків та страхових внесків у медичну сферу. Водночас сезонна міграція (наприклад, трудова) спричиняє нерівномірність у зверненні населення за медичною допомогою, особливо у періоди повернення мігрантів.

Освітні характеристики сільських мешканців, зокрема рівень освіти та медична грамотність населення безпосередньо впливають на спосіб використання та сприйняття медичних послуг. Нижчий рівень медичної грамотності може зумовлювати:

- несвоєчасне звернення за допомогою;
- недотримання рекомендацій лікарів;
- низьку прихильність до профілактичних заходів;
- широке використання самолікування та традиційної медицини.

Підвищення рівня медичної освіти населення, розширення можливостей телемедицини та просвітницьких програм є важливими умовами покращення якості медичного обслуговування.

Економічні труднощі, низькі доходи та сезонність заробітків впливають на можливість регулярно проходити обстеження, купувати ліки чи відвідувати спеціалістів у приватних клініках.

Сільське населення часто зайняте у фізично важких видах діяльності – сільському господарстві, сезонних роботах, кустарному виробництві. Це спричиняє:

- більшу частоту травматизму;
- високий рівень професійних захворювань;

- потребу в амбулаторній та невідкладній допомозі;
- попит на реабілітаційні послуги.

Основні проблеми зі здоров'ям у сільській місцевості показано на рис.2.1.

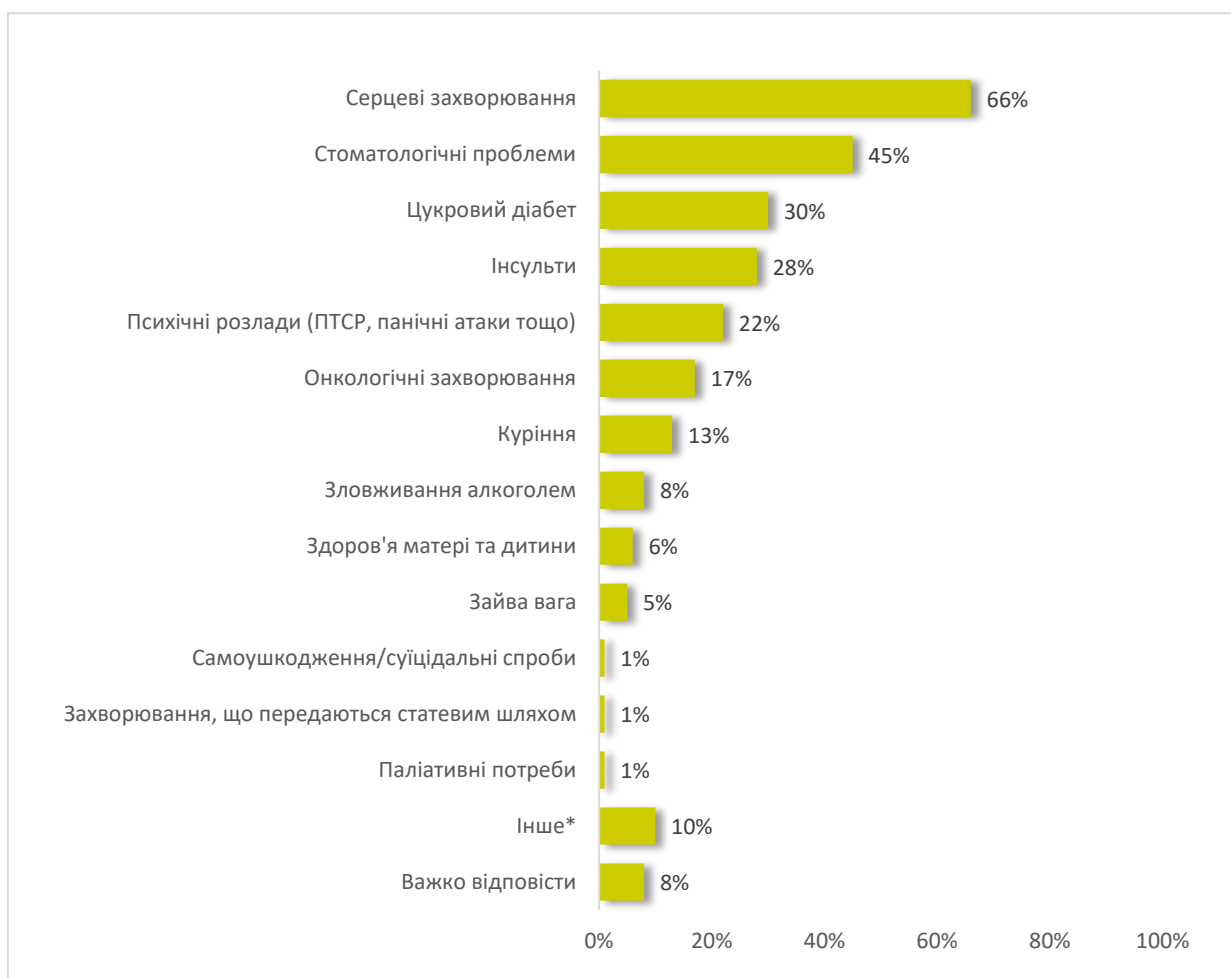


Рисунок 2.1 – Основні проблеми зі здоров'ям у сільській місцевості [8].

Традиційна модель сім'ї на селі зберігає відносно високий рівень репродуктивної активності, проте загальний вплив демонструє тенденцію до скорочення кількості дітей у сім'ях. Для медичної системи це означає потребу в:

- якісних перинатальних послугах;
- розвиненій системі патронажу новонароджених;
- наявності дитячих медичних кабінетів та вакцинальних пунктів.

Також важливо враховувати молодіжну міграцію, яка зменшує реальну кількість майбутніх матерів у сільській місцевості та впливає на планування медичних ресурсів.

Географічна віддаленість, поганий стан доріг, недостатня кількість медичних працівників і обмежена матеріально-технічна база медичних закладів ускладнюють доступ до медичних послуг. Це особливо критично для: пацієнтів із хронічними захворюваннями; вагітних жінок; осіб з інвалідністю та маломобільних груп населення.

Інфраструктурні фактори значною мірою визначають реальний рівень забезпеченості медичною допомогою, незалежно від формальної наявності амбулаторій чи фельдшерсько-акушерських пунктів. Медики змушені щоденно долати значні відстані, щоб здійснити прийом своїх задекларованих пацієнтів, що створює додаткове професійне й фінансове навантаження. Дистанція між селами нерідко перевищує 30–40 кілометрів. Додатковим тягарем для всієї системи ПМД у сільській місцевості є незадовільний стан доріг та високі витрати на паливо.

Для прикладу, середня ціна бензину у січні 2022 року становила 31 гривню, а у лютому 2024 року – вже 51 гривню, тобто зросла на 40 відсотків. Відтак витрати на надання послуг ПМД у селах можуть бути суттєво більшими, ніж у міських агломераціях, де пацієнти перебувають у межах одного району та можуть дістатися лікаря пішки. Водночас під час розроблення медичної реформи механізми фінансових стимулів, які враховували б особливості сільських територій, не були передбачені. Капітаційна ставка за одного задекларованого пацієнта залишається незмінною з початку 2022 року і у 2024 році становить 786,65 гривні на рік за пакетом «Первинна медична допомога».

2.3. Сучасний стан організації охорони здоров'я населення сільського району

Первинна медична допомога в сільській місцевості є базовим рівнем охорони здоров'я, що забезпечує ранню діагностику, профілактику та координацію подальшого лікування. Амбулаторія загальної практики – сімейної медицини (АЗПСМ) у селі Кіблич (далі – Кіблицька амбулаторія) виконує функції місцевого пункту доступу до послуг сімейної медицини для мешканців сільської території та суміжних населених пунктів. У контексті децентралізації та реформ у сфері охорони здоров'я, дослідження організаційно-функціональних характеристик таких закладів має практичне значення для підвищення якості первинної допомоги [49].

Кіблицька амбулаторія зареєстрована як комунальна амбулаторія загальної практики – сімейної медицини, підпорядкована Центру первинної медико-санітарної допомоги (КНП «ЦПМСД Гайсинської МР»). Юридична адреса: Вінницька область, Гайсинський район, с. Кіблич, вул. Миру, 69А

Кіблицька амбулаторія загальної практики – сімейної медицини функціонує як структурний підрозділ районного центру первинної медико-санітарної допомоги, що визначає її організаційно-правовий статус, модель управління та механізми фінансування. Типова організаційна структура сільської АЗПСМ охоплює завідувача амбулаторії (або відповідального за дільницю лікаря), лікарів загальної практики – сімейної медицини, медичних сестер (у тому числі реєстраційної та процедурної), фельдшерів та молодших медичних працівників, що забезпечують підтримку основних лікувально-діагностичних процесів.

Особливістю кадрового забезпечення сільських амбулаторій є мультифункціональність персоналу: медичні сестри часто поєднують реєстратурні, процедурні та профілактичні обов'язки, а лікарі – ведення кількох дільниць або розширений спектр клінічних функцій. Така модель, за відсутності достатньої чисельності штату, призводить до підвищеного

навантаження на медичних працівників та може негативно позначатися на тривалості прийому й регулярності профілактичних оглядів.

Кадровий дефіцит, характерний для більшості закладів первинної ланки у сільській місцевості, формує ряд організаційних викликів: складність забезпечення заміщення під час відпусток, підтримання безперервності роботи амбулаторії, оптимізація графіків прийому та виїздів до віддалених населених пунктів. Це вимагає посиленої координації з районним Центром ПМСД, використання гнучких моделей організації праці та впровадження інструментів телемедицини, що дозволяють частково компенсувати кадрові диспропорції [49].

Щодо матеріально-технічного забезпечення та інфраструктура амбулаторії, то за даними районного Центру, амбулаторія має визначену адресу та телефон, що свідчить про наявність стаціонарного приміщення для прийому пацієнтів. Типове оснащення АЗПСМ включає: оглядові кабінети для дорослих і дітей, процедурний кабінет (вимірювання тиску, ін'єкції, перев'язки), прості лабораторні можливості (експрес-тести, глюкометр), аптечну комірку та приміщення для зберігання медичних карт. Рівень оснащення залежить від фінансування центра та програм розвитку первинки; сільські амбулаторії часто мають обмежені ресурси, проте є пріоритетом для оновлення в програмах місцевого розвитку.

Ключові функції Кіблицької амбулаторії як закладу первинної медичної допомоги зазвичай включають:

- профілактичні огляди та диспансеризацію;
- надання невідкладної та консультативної допомоги при неускладнених захворюваннях;
- ведення хронічних пацієнтів (гіпертонія, діабет тощо) та призначення/контроль лікування;
- імунізацію відповідно до національного календаря;

- оформлення направлень до вторинного/третинного рівня та координацію етапного лікування;
- медичну документацію (медичні картки, е-реєстри за наявності цифрових систем).

Наявність конкретних додаткових послуг (денний стаціонар, вузькі спеціалісти на виїзді) визначається місцевою політикою охорони здоров'я та ресурсами центру ПМД. Амбулаторія виконує важливу соціально-медичну функцію: забезпечує доступ до базової медичної допомоги найбільш вразливим категоріям сільського населення (літні люди, малозабезпечені, маломобільні). Через близькість до місця проживання вона знижує бар'єри доступу (транспортні, часові) та сприяє ранньому виявленню захворювань. Наявність місцевої АЗПСМ має також профілактичний ефект – підвищує охоплення вакцинацією та регулярними оглядами [49].

Під час визначення пріоритетності втручань застосовується територіальний принцип, що враховує гендерні відмінності, з метою виділення областей, сільських районів та зон підвищеного ризику всередині цих областей, де проживають найбільш вразливі групи і де медичні системи перебувають під найбільшим тиском.

За результатами оцінки потреб у медичній допомозі, здійсненої ВООЗ у квітні 2024 року, 61% осіб, які намагалися отримати доступ до ПМД, зіштовхнулися з труднощами. Найпоширенішими перешкодами стали висока вартість медикаментів або лікування, обмеженість часу та відсутність транспортних можливостей. Ці складнощі особливо характерні для сільських територій. Раніше ФАПи забезпечували надання послуг і видачу базових лікарських засобів у місцевостях, де аптечні заклади були відсутні. Однак після впровадження медичної реформи та змін у фінансовому забезпеченні частина таких пунктів могла припинити роботу. До того ж інфраструктура громадського транспорту погіршилася через воєнні дії, що ускладнило доступ до ПМД унаслідок дефіциту палива та зростання витрат. Слабкий транспортний зв'язок між сільськими населеними пунктами

та іншими територіями регіону залишається додатковим бар'єром. У підсумку жителі села часто не можуть отримати необхідні медичні послуги через їх фактичну відсутність (рис. 2.2.).

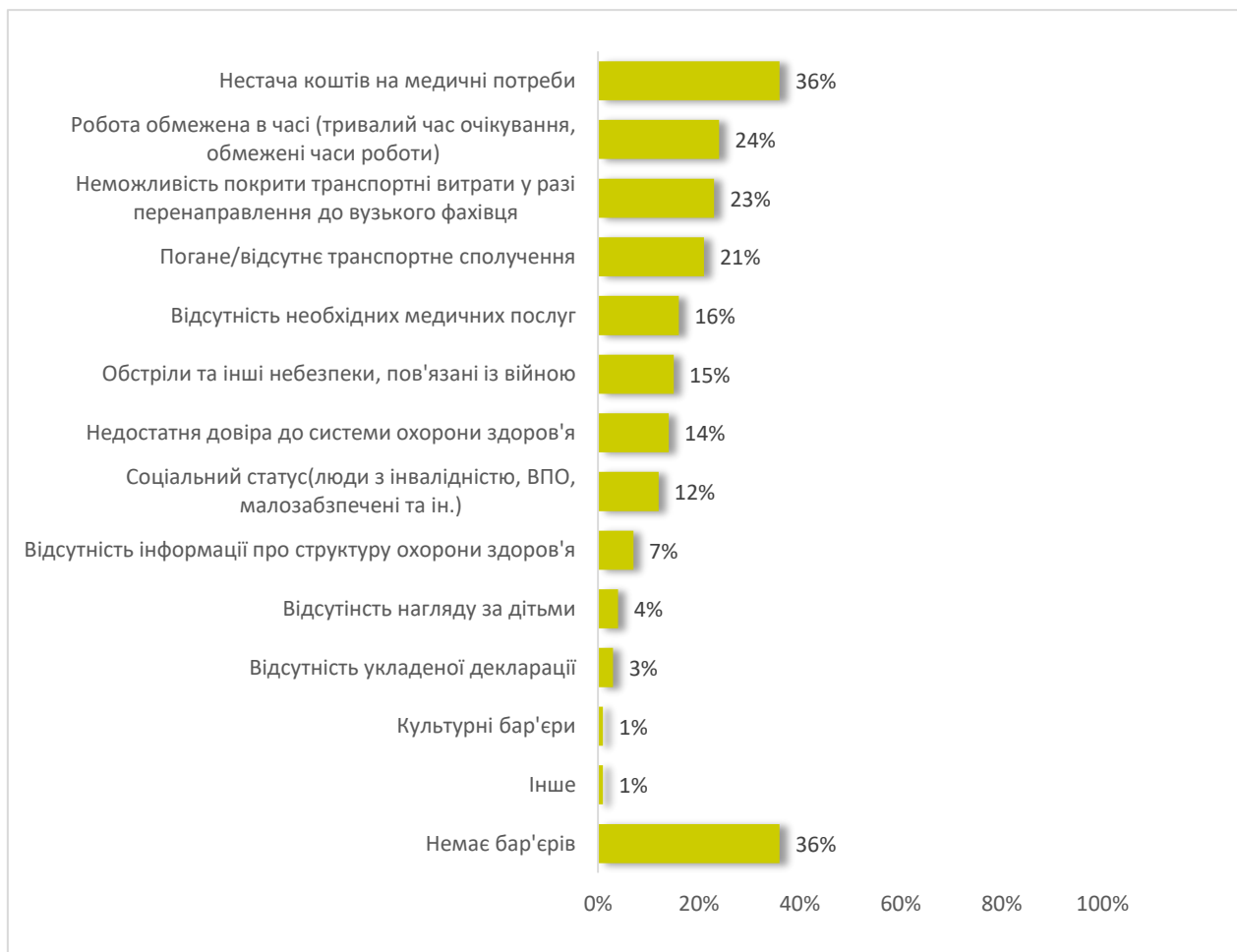


Рисунок 2.2 – Основні перешкоди у доступ сільського населення до медичних послуг [8].

Обмежені фінансові можливості, незадовільний стан дорожньої інфраструктури та слабе транспортне сполучення, а також значні витрати на паливно-мастильні матеріали істотно ускладнювали доступ сільського населення до медичних послуг ще до початку повномасштабної війни.

Додатковими негативними чинниками стали атаки на заклади охорони здоров'я, знищення або пошкодження доріг і мостів, мінування територій та руйнування енергетичних об'єктів. Унаслідок цього деякі віддалені населені пункти опинилися в умовах ще глибшої ізоляції, що очевидно потребує

посиленої уваги з боку держави, гуманітарних структур та міжнародних донорів. Фахівці медичної галузі наголошують на суттєвому дефіциті кадрів у сільських місцевостях, які найбільше постраждали від бойових дій. Ескалація війни у лютому 2022 року спричинила значну міграцію медичного персоналу. До цього додався і фактор залучення медичних працівників до військової служби, щодо якого в Україні не ведеться офіційної статистики мобілізованих у сфері охорони здоров'я. Окрім того, за інформацією ВООЗ, кадровий склад ПМД демонструє тенденцію до старіння, а система підготовки нових спеціалістів не повною мірою відповідає потребам первинної медичної допомоги, що перебуває у процесі розширення та трансформації. Встановлено, що загальна кількість підготовлених медичних фахівців є достатньою, однак віковий склад лікарів первинної ланки викликає занепокоєння: близько половини сімейних лікарів перетнули 50-річний вік.

Низький інтерес молодих спеціалістів до роботи в ПМД історично пов'язують зі слабким сприйняттям престижності цієї професії в минулому. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, рівень державного фінансування первинної медичної допомоги в Україні істотно поступається показникам більшості країн Європейського регіону ВООЗ. У 2022 році сукупні державні витрати на ПМД разом із зовнішньою підтримкою становили лише 0,75% валового внутрішнього продукту. Крім того, обсяг фінансування первинної допомоги в розрахунку на одного мешканця є найнижчим у регіоні – 104 долари США, з яких лише 26 доларів покривається державними фондами. У середньому частка державних коштів у структурі фінансування ПМД сягає лише приблизно 26%.

Як уже підкреслювалося, унаслідок реформ системи охорони здоров'я та процесів децентралізації, фінансова відповідальність за функціонування ФАПів або Пунктів здоров'я була передана органам місцевого самоврядування. Варто відзначити, що під час війни об'єднані територіальні громади зіткнулися з безпрецедентним фінансовим навантаженням, особливо ті з них, що опинилися поблизу зон активних бойових дій або приймають

значні потоки внутрішньо переміщених осіб. До початку повномасштабної агресії доходи місцевих бюджетів формували приблизно чверть надходжень зведеного бюджету країни, а громади загалом забезпечили близько 400 мільярдів гривень. Однак війна спричинила масштабні внутрішні переміщення населення, зниження ділової активності та зупинку частини підприємств, що суттєво погіршило фінансовий стан органів місцевого самоврядування.

До основних проблем розвитку системи охорони здоров'я в сільській місцевості належать:

1. Кадровий дефіцит – нестача сімейних лікарів, медсестер та їх високе навантаження.
2. Обмежене матеріально-технічне забезпечення – застаріла діагностична апаратура, недостатня кількість витратних матеріалів.
3. Логістика та доступність послуг – у віддалених населених пунктах пацієнти можуть мати складності з транспортом чи мобільністю.
4. Фінансування – нестабільність або недостатність коштів для модернізації приміщень і закупівлі обладнання.
5. Інтеграція з цифровими системами – потреба в електронній документації та телемедицині для покращення командної взаємодії з вторинним рівнем.

Окреслені проблеми характерні для багатьох сільських амбулаторій і потребують системних рішень на рівні району та області.

Серед ОТГ, що перебували поза межами активних бойових дій, близько двох третин також повідомили про помітне скорочення фінансових надходжень. У підсумку місцеві органи влади змушені були продовжувати фінансувати ключові сфери – освіту, охорону здоров'я та житлово-комунальне господарство – у ситуації, коли бюджетні надходження зменшилися до 70%. Подібні обставини істотно знижують спроможність громад підтримувати функціонування фельдшерсько-акушерських пунктів.

Особливе занепокоєння викликають повідомлення, які фахівці «Médicos del Mundo» отримують у ході взаємодії з медичними працівниками однієї з прифронтових областей. З початку 2024 року персоналу ФАПів у межах однієї громади ще не виплачено заробітну плату, яка раніше забезпечувалася коштами місцевого бюджету. Подібний стан речей створює ризик звільнень та фактичного закриття цих установ. Припинення їх роботи в умовах війни може мати вкрай негативні наслідки. ФАПі залишаються ключовими осередками первинної медичної допомоги, а також місцями, де мешканці можуть отримати необхідні лікарські засоби. У період бойових дій, коли загроза травмування цивільних осіб є щоденною, значення таких пунктів суттєво зростає. Їх ліквідація може спричинити погіршення стану здоров'я сільських жителів та потенційно стимулювати нову хвилю внутрішнього переміщення населення. Представники «Médicos del Mundo», які працюють у польових умовах, підкреслюють суттєву диспропорцію між обсягом навантаження та рівнем оплати праці медиків, що обслуговують сільські території.

У сільських регіонах лікарі нерідко опиняються в умовах, коли утримання надмірної кількості пацієнтів стає економічно невиправданим. У межах медичної реформи для кожного фахівця первинної ланки визначено граничний обсяг декларацій із пацієнтами (зокрема, для сімейного лікаря – до 2000 декларацій). За тарифами Пакетів медичних послуг на 2024 рік запроваджено понижувальні коефіцієнти для випадків, коли обсяг декларацій перевищує встановлені нормативи. Тобто якщо кількість укладених декларацій зростає більш як на 10% понад оптимальний показник, тоді всі декларації підлягають оплаті з використанням знижених коефіцієнтів. Крім того, у 2024 році знову введено розширений перелік коригувальних коефіцієнтів, що застосовуються в разі суттєвого перевищення лімітів.

Медичні послуги, надані за деклараціями після досягнення 150% ліміту плюс одна декларація, Національна служба здоров'я України не відшкодуватиме. У підсумку в селах, де кількість жителів перевищує дві

тисячі осіб, частина населення може залишитися без можливості укласти декларацію, оскільки це стає фінансово не вигідним для закладів ПМД.

Наступною проблемою стала поява відчутної нерівності у правах мешканців сільських районів на доступ до медичних послуг. Це перш за все стосується того, що ФАПи або Пункти здоров'я функціонують нерегулярно. Жителі великих населених пунктів фактично отримують майже постійний доступ до первинної медичної допомоги. На противагу цьому, у селах медична допомога доступна лише в дні, визначені лікарем для відвідування конкретного населеного пункту. Одночасно недосконале врахування особливостей сільських територій під час реформування системи охорони здоров'я призвело до того, що працівники первинної ланки опинилися у нерівних умовах. Додатковим чинником, що ще більше ускладнює становище сільських територій, виступає запровадження понижувального коефіцієнта. У зв'язку з цим стає очевидною потреба у терміновому перегляді наявних механізмів. Найбільшою проблемою для місцевих фельдшерів є нестача транспортних засобів і необхідного медичного оснащення. Серед персоналу, який працює на фельдшерських пунктах громади, переважають фахівці середнього та передпенсійного чи пенсійного віку. Крім того, близько половини опитаних осіб [8], що мають доступ до фельдшерсько-акушерського пункту у своєму населеному пункті, не володіють інформацією щодо обсягу його фінансування. Подальше зменшення бюджетних надходжень створює реальні загрози скорочення чи звільнення медичного персоналу. Використання нульового коефіцієнта в умовах уже наявних перешкод у доступі до медичних послуг для сільського населення формує замкнений цикл проблем. Найбільш уразливі соціальні групи стикаються з погіршенням стану здоров'я внаслідок війни, але через територіальну віддаленість не мають можливості своєчасно звернутися до медичного працівника. Усі наведені проблеми вимагають негайних рішень і узгоджених дій органів влади на різних рівнях.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ СІЛЬСЬКОГО РАЙОНУ В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ

3.1. Механізми удосконалення доступу до медичних послуг у сільській місцевості

Ефективність трансформацій значною мірою залежить від здатності місцевих органів влади, медичних закладів та партнерських структур упроваджувати інноваційні моделі управління, залучати зовнішні ресурси та забезпечувати сталий розвиток мережі медичних послуг. На рисунку 3.1 відображено інфограма у форматі «дерева цілей» ефективної системи охорони здоров'я сільського району



Рисунок 3.1 – Інфограма цілей по досягненню ефективної системи охорони здоров'я сільського району

Обмежені фінансові можливості, незадовільний стан дорожньої інфраструктури та слабе транспортне сполучення, а також значні витрати на паливно-мастильні матеріали істотно ускладнювали доступ сільського населення до медичних послуг ще до початку повномасштабної війни.

Додатковими негативними чинниками стали атаки на заклади охорони здоров'я, знищення або пошкодження доріг і мостів, мінування територій та руйнування енергетичних об'єктів. Унаслідок цього деякі віддалені населені пункти опинилися в умовах ще глибшої ізоляції, що очевидно потребує посиленої уваги з боку держави, гуманітарних структур та міжнародних донорів. Фахівці медичної галузі наголошують на суттєвому дефіциті кадрів у сільських місцевостях, які найбільше постраждали від бойових дій. До основних напрямів удосконалення організації охорони здоров'я населення сільського району в умовах децентралізації віднесено:

1. Оптимізація фінансових механізмів забезпечення діяльності сільських закладів охорони здоров'я. Одним із ключових напрямів модернізації охорони здоров'я в сільській місцевості є покращення фінансової стабільності медичних закладів. Раціональне управління бюджетними коштами стає основою для забезпечення сталого функціонування амбулаторій, пунктів здоров'я та центрів первинної медико-санітарної допомоги. Зростає потреба у прозорому плануванні видатків, формуванні довгострокових фінансових стратегій і контролі за ефективністю використання коштів, що дозволяє спрямовувати ресурси на найважливіші потреби – медикаменти, базове обладнання, енергоощадні рішення та розвиток кадрового потенціалу.

2. У сучасних умовах особливого значення набуває партнерство з приватним сектором і міжнародними організаціями. Співпраця з такими структурами відкриває можливості для оновлення матеріально-технічної бази, реалізації соціальних проєктів та впровадження інфраструктурних покращень, які громади часто не можуть забезпечити самостійно. Залучення додаткових ресурсів на рівні громади – від благодійних ініціатив до

донорських програм – дає змогу компенсувати дефіцит фінансування та підвищити стійкість місцевої системи охорони здоров'я, особливо у регіонах, що зазнали впливу воєнних дій.

3. Удосконалення управлінських підходів до розвитку первинної та вторинної медичної допомоги. Оновлення управлінських практик у сільській медицині передбачає розвиток сучасної, гнучкої та доступної мережі центрів первинної медико-санітарної допомоги, які виступають базовою ланкою системи. Ефективне функціонування таких закладів залежить від якісного планування кадрової політики, налагодження внутрішньої комунікації, удосконалення системи контролю якості та регулярного аналізу потреб населення. Створення умов для професійного розвитку сімейних лікарів, забезпечення належної мотивації та підтримки сприяє зміцненню кадрового потенціалу, що є одним з найбільших викликів у сільській місцевості.

4. Оптимізація маршрутизації пацієнтів між селом, районним центром та обласними установами дозволяє скоротити час очікування, покращити взаємодію між рівнями медичної допомоги та забезпечити своєчасне скерування пацієнтів до відповідних фахівців. Важливо, щоб громади були активними учасниками процесу планування медичних послуг, контролю їх якості та визначення пріоритетних напрямів розвитку. Участь громади у прийнятті рішень підвищує прозорість, сприяє зростанню довіри населення до системи охорони здоров'я та дозволяє точніше враховувати локальні потреби.

5. Впровадження інноваційних технологій та розвиток телемедицини як інструментів підвищення доступності медичних послуг. Інноваційні технології стають важливою складовою розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості, де географічні бар'єри та обмежені ресурси значно ускладнюють доступність послуг. Використання телемедичних рішень підвищує мобільність медичної допомоги, дозволяє забезпечити оперативний доступ до консультацій вузьких спеціалістів та зменшує потребу у тривалих поїздках до районних або обласних лікарень. Для багатьох пацієнтів,

особливо осіб старшого віку та маломобільних груп, такі сервіси стають реальним механізмом зниження бар'єрів.

6. Важливою складовою цифровізації є впровадження електронних систем обліку, дистанційного моніторингу стану здоров'я та цифрових інструментів для управління медичними процесами. Такі рішення сприяють зменшенню адміністративного навантаження на медичних працівників, підвищують точність даних та покращують взаємодію між закладами різних рівнів. Розвиток цифрових сервісів вимагає належного технічного забезпечення, стабільного інтернет-з'єднання та відповідної підготовки медичного персоналу, що є одним із завдань місцевої влади в умовах децентралізації.

7. Підвищення ефективності діяльності сільських медичних закладів потребує реалізації низки стратегічно важливих заходів. Важливим напрямом є зміцнення кадрового потенціалу шляхом упровадження програм підтримки для сімейних лікарів, що можуть включати забезпечення житлом, надання додаткових виплат, створення можливостей для професійного розвитку. Оновлення обладнання є ще однією умовою забезпечення якості медичних послуг, адже наявність базових діагностичних засобів, експрес-тестів та портативного обладнання значно підвищує можливості первинної ланки.

Обмежені фінансові можливості, незадовільний стан дорожньої інфраструктури та слабе транспортне сполучення, а також значні витрати на паливно-мастильні матеріали істотно ускладнювали доступ сільського населення до медичних послуг ще до початку повномасштабної війни.

Додатковими негативними чинниками стали атаки на заклади охорони здоров'я, знищення або пошкодження доріг і мостів, мінування територій та руйнування енергетичних об'єктів. Унаслідок цього деякі віддалені населені пункти опинилися в умовах ще глибшої ізоляції, що очевидно потребує посиленої уваги з боку держави, гуманітарних структур та міжнародних донорів.

Таблиця 3.1.

Основні механізми удосконалення організації охорони здоров'я в сільських районах в умовах децентралізації

Напрямок удосконалення	Сутність механізму	Очікуваний результат для сільської місцевості
Фінансова оптимізація системи охорони здоров'я	Раціональне використання бюджетних коштів; залучення приватних партнерів; співпраця з міжнародними організаціями; активізація ресурсної мобілізації громад	Забезпечення фінансової стабільності медичних закладів; можливість оновлення обладнання; підвищення стійкості системи під час війни
Удосконалення управлінських підходів	Розвиток мережі центрів ПМСД; покращення взаємодії між рівнями медичної допомоги; посилення ролі громад у плануванні та контролі послуг	Підвищення доступності та якості медичної допомоги; оптимізація маршрутизації пацієнтів; зміцнення довіри населення
Впровадження інноваційних технологій та телемедицини	Використання дистанційних консультацій; впровадження електронних систем обліку; розвиток цифрових сервісів для управління медичними процесами	Зменшення географічних бар'єрів; покращення доступу до спеціалізованих послуг; підвищення ефективності роботи медпрацівників
Підтримка кадрового потенціалу	Стимулювання лікарів через житло, надбавки, можливості навчання; створення сприятливих умов праці	Залучення та закріплення медичних кадрів; покращення якості первинної медичної допомоги
Модернізація обладнання та логістики	Оновлення діагностичних засобів; забезпечення мобільних бригад; покращення транспортування пацієнтів	Оперативність надання допомоги; доступність для маломобільних пацієнтів; точніше діагностування
Прозорість і взаємодія з громадою	Інформування населення про послуги, графіки, профілактичні програми; відкритість даних про діяльність закладів	Підвищення рівня довіри; формування медичної обізнаності; активніша участь громади в ухваленні рішень

На державному рівні важливо забезпечувати розвиток відкритих каналів комунікації між владою та громадами, що дозволяє виявляти реальні потреби населення та формувати стратегії для подальшого розвитку медичної інфраструктури. Формування системи постійного збору інформації про стан охорони здоров'я, у тому числі щодо кількості укладених декларацій у різних територіях, створює підґрунтя для усвідомленого планування та корекції державної політики. Регулярний аналіз таких даних сприяє аргументованій адвокації перед центральними органами, зокрема перед Міністерством охорони здоров'я та Національною службою здоров'я, що дозволяє привертати увагу до проблем фінансування, кадрових втрат, перевантаження медичного персоналу та зниження доступності послуг у віддалених районах. Державні органи мають підтримувати звітність закладів первинної медико-санітарної допомоги щодо реалізації чинних нормативних актів, оцінювати наслідки змін у системі фінансування та сприяти формуванню умов для справедливого доступу до медичної допомоги незалежно від місця проживання.

Не менш важливою залишається діяльність на рівні місцевого самоврядування. Саме громади найближче стикаються з реальними викликами у забезпеченні доступу до послуг у сільській місцевості. Відкритість даних, моніторинг потреб населення, фіксація наслідків війни та їх впливу на медичну інфраструктуру дозволяють місцевій владі оперативно реагувати на зміни та точніше формувати свої бюджетні пріоритети. Урахування таких факторів, як територіальна віддаленість, логістичні бар'єри, зменшення чисельності населення та економічні труднощі, є ключовим для формування ефективної політики фінансування медичних закладів.

Важливим напрямом роботи місцевої влади є перегляд підходів до утримання фельдшерсько-акушерських пунктів та пунктів здоров'я, а також оцінка можливостей застосування спеціальних механізмів фінансової підтримки. Визнання додаткового навантаження, характерного для сільських

закладів охорони здоров'я, створює основу для розроблення нових фінансових інструментів, здатних компенсувати витрати на транспорт, тривалість маршрутів, збільшений обсяг роботи та інші специфічні фактори. Одним із важливих завдань є створення сприятливих умов для збільшення кількості укладених декларацій у сільській місцевості та усунення штучних обмежень, які знижують мотивацію медичних працівників працювати у таких умовах. Водночас від місцевого самоврядування очікується активна роль у просуванні пріоритетності психічного, сексуального та репродуктивного здоров'я, а також у забезпеченні інтеграції відповідних послуг на рівні первинної медичної допомоги.

Значна роль належить також міжнародним донорам та організаціям, які забезпечують фінансову та технічну підтримку. Їхня діяльність сприяє відновленню пошкодженої інфраструктури, модернізації пунктів здоров'я, забезпеченню медичним обладнанням і транспортом, що є критично важливим для роботи в умовах воєнних загроз. Донори підтримують державні та місцеві органи у реалізації гуманітарних проєктів, встановлюють стратегічні пріоритети на надання медичної допомоги в сільських районах та активно беруть участь у відбудові лікарень і амбулаторій. Крім того, вони сприяють розвитку адвокаційних механізмів, які забезпечують дієву комунікацію між владою та гуманітарними організаціями.

Роль громадськості, включно з громадськими організаціями, місцевими активістами, професійними спільнотами та мережею волонтерів, є надзвичайно важливою у контексті захисту прав людини на охорону здоров'я. Поширення інформації про стандарти міжнародного гуманітарного права та необхідність захисту медичних працівників створює підґрунтя для суспільної підтримки медичної інфраструктури.

Громадськість сприяє розробці та впровадженню програм підтримки закладів охорони здоров'я, організовує навчальні ініціативи, реалізує проєкти з реконструкції та забезпечення обладнанням, а також формує адвокаційні кампанії, спрямовані на привернення уваги до реальних потреб сільського

населення. Захист доступу до медичної допомоги у найвразливіших громадах стає одним із ключових напрямів громадської участі під час війни. Графічна схема у вигляді кругової діаграми, яка відображає ключові напрями удосконалення сільської медицини відображена на рис.3.2.

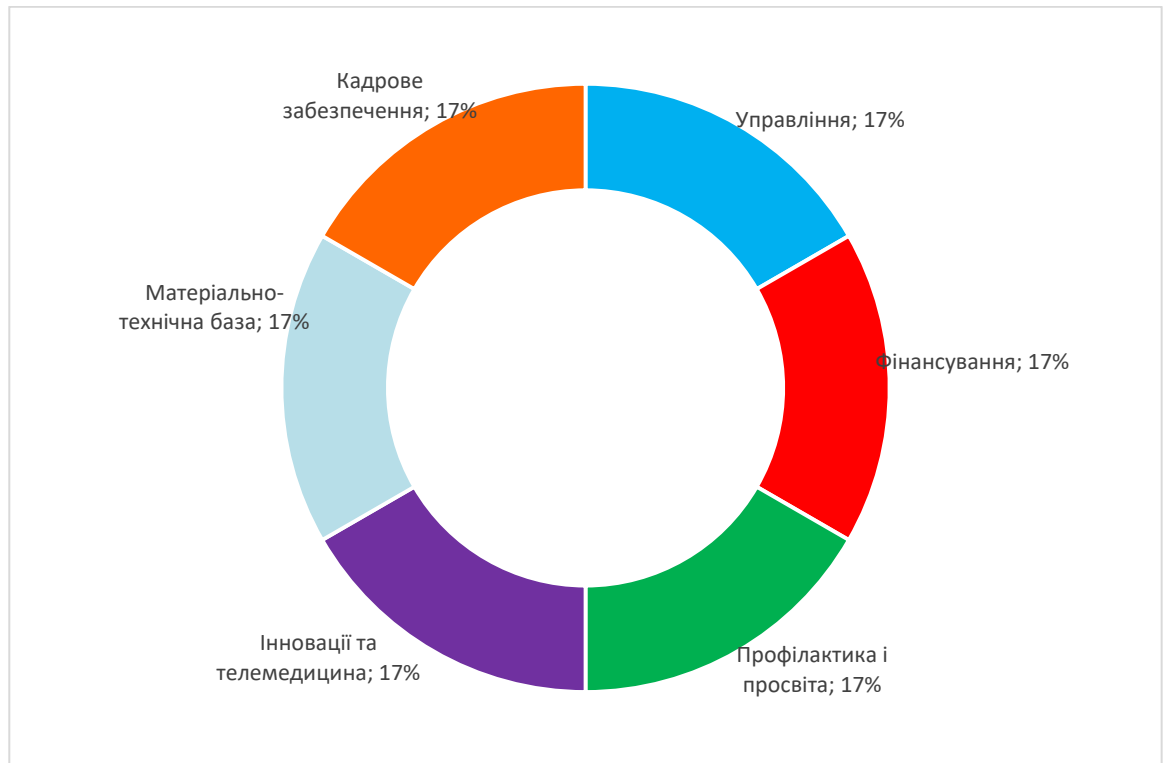


Рисунок.3.2 – Напрями удосконалення сільської медицини

Взаємодія різних рівнів управління та міжнародної спільноти формує багатовимірну систему реагування на виклики у сфері охорони здоров'я в сільській місцевості. Кожен із суб'єктів відіграє важливу роль у підтримці стійкості системи, і саме їхня скоординована діяльність дає можливість забезпечити безперервність медичних послуг, підвищити їх якість, зміцнити кадровий потенціал та покращити умови життя населення, яке проживає в умовах воєнного ризику. Такий підхід дозволяє розглядати розвиток охорони здоров'я у сільській місцевості не лише як елемент гуманітарної відповіді, а й як важливий компонент довгострокової стратегії відновлення країни.

Рекомендації щодо удосконалення організації охорони здоров'я населення сільського району в умовах децентралізації:

1. На рівні органів державної влади:

А. Удосконалити нормативно-правову базу з урахуванням потреб сільських територій, передбачивши гнучкі механізми фінансування сільських медичних закладів.

Б. Розширити державні програми підтримки розвитку сільської медицини, включаючи цільові субвенції на оновлення обладнання та транспортного забезпечення.

В. Запровадити системні стимули для залучення молодих лікарів у сільські громади (пільгове житло, додаткові виплати, можливості професійного розвитку).

2. На рівні місцевого самоврядування та територіальних громад:

А. Активніше використовувати інструменти місцевого бюджетування для модернізації матеріально-технічної бази амбулаторій і ФАПів.

Б. Розвивати партнерство з приватним бізнесом і громадськими організаціями для спільного фінансування соціально-медичних проєктів.

В. Організовувати профілактичні програми для населення (щеплення, скринінги, здоровий спосіб життя), орієнтуючись на специфіку захворюваності в регіоні.

3. На рівні медичних закладів та персоналу:

А. Впроваджувати сучасні інформаційні технології (електронні картки пацієнтів, дистанційний моніторинг, телемедичні консультації).

Б. Розвивати систему безперервного навчання медичних кадрів, у тому числі за допомогою онлайн-курсів та дистанційних семінарів.

В. Акцентувати увагу на розвитку первинної медико-санітарної допомоги, забезпечуючи швидку маршрутизацію пацієнтів до вторинної та третинної ланок.

4. Для населення та громадських організацій:

А. Активно залучатися до участі у громадських слуханнях і стратегічному плануванні розвитку місцевої медицини.

Б. Сприяє поширенню медичних знань серед населення через школи здоров'я, волонтерські ініціативи та просвітницькі заходи.

В. Підтримувати розвиток сімейної медицини як найбільш наближеної до потреб сільських жителів.

3.2. Кластерна організація в удосконаленні системи охорони здоров'я сільських регіонів

Сучасна ситуація в Україні характеризується масштабними руйнуваннями медичної інфраструктури, зростанням кількості внутрішньо переміщених осіб, високим навантаженням на місцеві медичні заклади і значним погіршенням доступу до медичних послуг у багатьох сільських районах, прилеглих до зони бойових дій. У цьому контексті діяльність кластера охорони здоров'я набуває визначального значення для стабілізації ситуації, забезпечення безперервності медичного обслуговування та охоплення найбільш постраждалих груп населення.

Відповідно до «Плану гуманітарних потреб і реагування», підготовленого Управління з координації гуманітарних справ ООН (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs) кластер охорони здоров'я забезпечить підтримку життєво важливих медичних послуг для населення, постраждалого внаслідок конфлікту, з особливим акцентом на найбільш вразливі категорії. У цьому розділі наукової роботи проаналізовано стратегічні цілі, механізми реалізації, виклики та очікувані результати діяльності кластера охорони здоров'я в рамках гуманітарного реагування.

Розгляд діяльності кластера охорони здоров'я в рамках Плану гуманітарних потреб і реагування має велике значення для наукових досліджень у галузі гуманітарної медицини, глобального здоров'я та публічної політики, зокрема, у процесі вивчення ефективності моделей мобільних медичних команд та їх можливостей щодо забезпечення доступу до лікування у надзвичайно складних умовах. Важливим є проведення дослідження, чи справді грошові трансфери знижують бар'єри до послуг охорони здоров'я, та які моделі CVA є найефективнішими та як гуманітарна

допомога може включати стійку психологічну підтримку, як змінюється попит на неї з часом, і як забезпечити якісні послуги в умовах кризи, а також дослідження переходу від надзвичайної гуманітарної реакції до відновлення, ролі місцевих медичних систем і партнерів, зокрема, навчання й зміцнення спроможностей сприяють довгостроковій стійкості системи охорони здоров'я.

Основна увага гуманітарних заходів зосереджена на зміцненні первинної медичної допомоги, яка виступає основою доступу до базових медичних послуг. Потреба в підтримці первинної ланки значно зросла, оскільки багато районних лікарень і амбулаторій зазнали руйнувань або перебувають у нестабільних умовах. Кластер охорони здоров'я спрямовує ресурси на підсилення роботи медичних закладів, забезпечення їх необхідними медикаментами та обладнанням, а також на відновлення порушених ланцюгів постачання. Особливу увагу приділено територіям, що залишаються частково або повністю відрізаними від регулярної допомоги через руйнування транспортної інфраструктури чи високі ризики для пересування цивільного населення.

З огляду на масштабні переміщення людей, значної актуальності набуває мобільний компонент медичної допомоги. Мобільні медичні команди та пересувні клініки дозволяють оперативно реагувати на потреби мешканців віддалених районів або місць тимчасового компактного проживання. Такий формат є ефективним інструментом для забезпечення первинної допомоги, вакцинації, лікування хронічних захворювань, надання психосоціальної підтримки та забезпечення базових діагностичних процедур. Діяльність мобільних підрозділів також компенсує нестачу медичного персоналу, особливо у громадах, де частина медичних працівників була евакуйована або не може виконувати обов'язки через небезпеку.

Важливим напрямом роботи кластера є інтеграція психічного здоров'я та психосоціальної підтримки у структуру гуманітарної відповіді. Тривала дія війни, втрата близьких, вимушене переміщення та постійний стрес

спричиняють суттєве зростання психологічних проблем, зокрема тривожності, депресивних станів, посттравматичних розладів. Участь місцевих фахівців у таких заходах сприяє поступовому формуванню стійкої системи психосоціальної допомоги.

Окрему увагу в доцільно приділити реабілітації та довготривалій медичній підтримці постраждалих. Велика кількість людей отримала поранення або травми, що потребують тривалого лікування, фізичної реабілітації, протезування, логопедичної чи психологічної підтримки. Підтримка реабілітаційних послуг є важливою не лише для відновлення повсякденного функціонування постраждалих, а й для їхньої соціальної інтеграції. Гуманітарні організації надають обладнання, навчання персоналу та підтримують заклади, що працюють у сфері відновлення здоров'я, створюючи умови для формування довготривалої системи реабілітації на національному рівні.

Не менш значущим напрямом є запровадження механізмів зниження фінансових бар'єрів у доступі до медичних послуг. Через економічну нестабільність, втрату роботи, зниження доходів та вимушене переміщення багато людей не можуть дозволити собі купувати ліки чи оплачувати медичні огляди. Використання грошової або ваучерної підтримки дозволяє домогтися більшої адресності допомоги та забезпечити пацієнтам можливість самостійно обирати необхідні послуги. Такий підхід підвищує гнучкість гуманітарної відповіді та сприяє посиленню пацієнт-орієнтованої моделі охорони здоров'я. У реалізації гуманітарних заходів важливе значення має налагоджена система координації між міжнародними партнерами, урядом України, місцевими органами влади та громадськими організаціями.

Основні напрями діяльності кластера охорони здоров'я у 2024-2027 році відповідно до Плану гуманітарних потреб і реагування відображено у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Основні напрями діяльності кластера охорони здоров'я у 2024-2027 році відповідно до Плану гуманітарних потреб і реагування УКГС ООН

Напрямок діяльності	Коротка характеристика	Очікуваний вплив на забезпечення медичної допомоги
Підтримка первинної медичної допомоги	Забезпечення закладів медикаментами, обладнанням, відновлення постачання, стабілізація роботи амбулаторій	Безперервність базових послуг, покращення доступу до лікування в постраждалих громадах
Мобільні медичні команди	Вийзні клініки для охоплення віддалених, прифронтових та ізольованих територій	Медична допомога у місцях, де стаціонарні заклади недоступні; охоплення ВПО
Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка	Консультації, групи підтримки, навчання персоналу щодо виявлення та реагування на психологічні розлади	Зменшення наслідків стресу, травм і тривожних розладів; зміцнення стійкості населення
Реабілітація та довготривала допомога	Підтримка постраждалих із травмами, протезування, фізична та психологічна реабілітація	Відновлення функціональності пацієнтів і їхня соціальна інтеграція
Фінансова підтримка (cash/voucher)	Надання грошових виплат або ваучерів для оплати медичних послуг чи ліків	Зменшення фінансових бар'єрів і підвищення доступності медичної допомоги
Координація та моніторинг	Узгодження дій між партнерами, регулярні оцінки потреб, аналітика та адаптація програм	Раціональний розподіл ресурсів, уникнення дублювання, підвищення ефективності реагування
Напрямок діяльності	Коротка характеристика	Очікуваний вплив на забезпечення медичної допомоги

Кластер охорони здоров'я виступає ключовим механізмом узгодження дій, уникнення дублювання програм і забезпечення комплексного підходу до

реагування. Через регулярні оцінки гуманітарних потреб, аналітичні звіти та моніторинг ситуації формується доказова база для планування подальших інтервенцій, що дозволяє адаптувати заходи до реальних умов на місцях.

Таким чином, створюється комплексна рамка для підтримки населення, забезпечуючи доступ до первинної допомоги, психічного здоров'я, реабілітації, мобільних медичних послуг та фінансової підтримки пацієнтів. У системному вимірі діяльність кластера охорони здоров'я сприяє не лише задоволенню нагальних потреб, але й зміцненню стійкості медичної системи, яка, попри воєнні виклики, поступово адаптується до умов тривалого кризового середовища.

1. Стратегічні цілі та пріоритети кластера охорони здоров'я.

Головною метою кластера охорони здоров'я в Плані гуманітарного реагування на 2024 рік є забезпечення безпечного, доступного та ефективного медичного обслуговування для людей, які найбільше постраждали від бойових дій та зруйнованої інфраструктури. Серед пріоритетів:

- надання життєво важливої медичної допомоги, зокрема травматологічної, невідкладної та критичної медичної допомоги;
- підтримка продовження рутинних та первинних медичних послуг, щоб зберегти базову систему охорони здоров'я;
- розвиток мобільних медичних команд і пересувних клінік, щоб охопити віддалені або важкодоступні райони;
- надання психосоціальної підтримки та психічного здоров'я, оскільки війна створює великий емоційний і психологічний тягар;
- забезпечення реабілітації (відновних послуг) для постраждалих, включно із пораненими, інвалідами, людьми, які пережили травму;
- підтримка інфраструктури охорони здоров'я, відновлення пошкоджених медзакладів, ланцюгів постачання і витратних матеріалів.

– зстосування грошової допомоги (cash and voucher assistance) для зменшення фінансових бар'єрів доступу до послуг охорони здоров'я.

2. Механізми реалізації та координації. Для досягнення поставлених стратегічних цілей кластер охорони здоров'я використовує багаторівневий підхід до реалізації:

- координація з місцевими органами влади;
- залучення гуманітарних партнерів;
- мобільні та пересувні медичні одиниці;
- грошові трансфери та ваучери для здоров'я;
- моніторинг, звітність та адаптація.

Діяльність кластеру направлена на систематичний моніторинг потреб і надаваних послуг, включно з аналізом Public Health Situation Analysis (PHSA). Це дає змогу коригувати пріоритети, реагувати на змінні умови і підвищувати ефективність гуманітарного медичного реагування. Частина заходів спрямована на зміцнення спроможностей українських медичних установ і персоналу через навчання, передавання технологій та участь національних партнерів.

3. Основні виклики. Реалізація плану охорони здоров'я в умовах гуманітарної кризи супроводжується значними викликами: нестабільною безпековою ситуацією, фінансовими обмеженнями, труднощами доступу до вразливих груп, порушенням логістики, психосоціальними бар'єрами та ризиком «вигорання» медичних працівників. Забезпечення психологічної стійкості, безпеки й мотивації персоналу є критично важливим.

4. Очікувані результати та вплив. Якщо план буде реалізовано відповідно до стратегії, очікуються такі позитивні результати:

I. Завдяки підтримці інфраструктури, мобільним клінікам і розвитку місцевих спроможностей покращиться доступ до медичних послуг у віддалених і постраждалих регіонах.

II. Інтеграція психосоціальних і реабілітаційних компонентів дасть змогу не лише рятувати життя, а й забезпечувати відновлення після фізичних і психологічних травм.

III. Грошова допомога створить умови для вільного вибору медичних послуг та підвищить підзвітність гуманітарного реагування.

IV. Підготовка місцевих кадрів та інтеграція з державними інституціями сприятимуть переходу від надзвичайної допомоги до сталого відновлення системи охорони здоров'я.

Систематична координація, мобільність інтервенцій, залучення місцевих партнерів і гнучкі механізми фінансування дають змогу підтримувати безперервність медичних послуг навіть у складних умовах.

Успішна реалізація потребує системної координації, мобільності інтервенцій, залучення локальних партнерів та гнучкого фінансування, що дає змогу підтримувати безперервність медичних послуг у складних умовах.

Подальша трансформація повинна ґрунтуватися на організованій координації на державному рівні. На центральному рівні ключовим є перехід від фінансування за потужністю закладу до моделі оплати за фактично надані послуги, що стимулюватиме оптимізацію витрат і розвиток лікарень. Це потребує узгодженої фінансової політики між НСЗУ та власниками медичних установ. На місцевому рівні пріоритетами стають раціоналізація мережі, підвищення якості послуг і трансформація малоефективних закладів. Зростання автономії лікарень підвищує їхні фінансові ризики, тому необхідні дієвий контроль і підтримка органів місцевої влади.

Інтеграція психосоціальної підтримки й реабілітації посилить комплексність допомоги та відновлення пацієнтів. Запровадження фінансової підтримки населенню підвищить їхню автономність у виборі послуг, а локалізація через навчання місцевих кадрів сприятиме переходу від надзвичайної допомоги до сталого розвитку галузі.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволило комплексно проаналізувати організацію охорони здоров'я населення сільського району в умовах децентралізації фінансування та управління. Реформа децентралізації в Україні створила нові можливості для підвищення ефективності медичної системи, проте одночасно актуалізувала низку проблем, пов'язаних із матеріально-технічним забезпеченням, кадровим потенціалом та фінансовою спроможністю громад.

1. Радикальні соціально-економічні зміни, які відбулися в останні роки в Україні, справили вирішальний вплив на стан та функціонування охорони здоров'я у країні. Нині основним напрямком реформи охорони здоров'я є покращення фінансових та економічних відносин у галузі. Але саме тут реформи є найскладнішими. Фінансова система охорони здоров'я є невід'ємною частиною єдиної фінансової системи держави країни і підпорядковується законам її розвитку.

2. Децентралізація є ключовим інструментом модернізації медичної сфери, оскільки передбачає передачу повноважень та ресурсів від центральних органів влади до місцевого рівня. Це забезпечує більшу відповідальність громад за стан медичного обслуговування та сприяє наближенню послуг до населення. Водночас аналіз нормативно-правових актів довів, що ефективність реалізації реформи залежить від збалансованого поєднання державного та місцевого фінансування, а також від наявності чітких управлінських механізмів.

3. Узагальнюючи результати, можна стверджувати, що децентралізація створює умови для формування більш ефективної та доступної системи охорони здоров'я на селі, однак цей процес потребує комплексного підходу. Необхідними є: удосконалення нормативно-правової бази, забезпечення належного фінансування, підвищення кадрового потенціалу, модернізація інфраструктури та розвиток інноваційних форм медичного обслуговування. Реалізація зазначених напрямів сприятиме підвищенню якості життя

сільського населення, зменшенню диспропорцій між містом і селом та створенню підґрунтя для сталого соціально-економічного розвитку територіальних громад.

4. Соціально-демографічні особливості сільського населення – зокрема старіння, відтік молоді та трудова міграція – значною мірою визначають специфіку потреб у медичних послугах. Аналіз сучасного стану організації охорони здоров'я населення показав, що більшість сільських медичних закладів функціонують із суттєвими обмеженнями: недостатнє фінансування, застаріле обладнання, дефіцит кваліфікованих фахівців. Виявлені диспропорції у фінансуванні та доступності послуг між містом і селом свідчать про необхідність перегляду підходів до розподілу ресурсів.

5. Медична реформа виступає складовою реформи децентралізації повноважень органів місцевої влади в Україні. Реалізація реформи стикається з низкою проблем, які впливають на ефективність системи охорони здоров'я, зокрема це фінансові диспропорції в громадах, інфраструктурні проблеми, кадровий дефіцит, слабка взаємодія між центральними та місцевими органами влади, відсутність ефективного контролю якості, ризики для доступності медичних послуг.

Вирішенню зазначених проблем, окрім відповідного законодавчого врегулювання відносин та встановлення заходів контролю та відповідальності, сприятимуть заходи щодо оптимізації управлінських процесів – розмежування повноважень між центральними і місцевими органами влади для уникнення дублювання функцій та підвищення ефективності управління; запровадження єдиних стандартів для всіх рівнів надання медичних послуг, що сприятиме кращій координації між первинною, вторинною та третинною ланками медичної допомоги; вдосконалення системи контролю та моніторингу, шляхом використання цифрових технологій, наприклад – запровадження електронних систем для моніторингу та управління медичними послугами, що сприятиме оперативному реагуванню на проблеми та підвищенню ефективності роботи закладів

охорони здоров'я; залучення громади до процесу прийняття рішень та підтримка громадських ініціатив; підготовка і реалізація довгострокових інвестиційних програм для модернізації медичних закладів, зокрема в сільських і віддалених регіонах, деокупованих територіях.

Оптимізація медичного забезпечення потребує врахування цих особливостей, зокрема шляхом розвитку первинної медичної допомоги, розширення телемедицини, покращення транспортної доступності та створення умов для збереження й підготовки медичних кадрів. Основними орієнтирами розвитку визначено: підвищення ефективності фінансових механізмів, оптимізацію управлінських процесів на місцевому рівні та активне впровадження інноваційних технологій. Також перспективними є заходи з удосконалення мережі первинної медико-санітарної допомоги, забезпечення мотивації медичних кадрів працювати у сільській місцевості та залучення додаткових ресурсів через партнерство з приватним сектором та міжнародними організаціями.

Організація охорони здоров'я в сільських районах України сьогодні ґрунтується на поєднанні первинної медицини, цифрових рішень, модернізації лікарень та активній ролі громад. Система орієнтована на доступність, профілактику, ефективні маршрути пацієнтів та адаптацію до умов війни. Такий підхід дозволяє забезпечити базовий рівень медичної допомоги навіть у найвіддаленіших населених пунктах.

Удосконалення системи охорони здоров'я в умовах децентралізації ґрунтується на поєднанні ефективних фінансових механізмів, модернізації управлінських процесів та впровадженні технологічних інновацій. Реалізація цих заходів створює передумови для забезпечення доступності, якості та стійкості медичних послуг у сільській місцевості, що є важливим елементом соціально-економічного розвитку територіальних громад.

Список використаної літератури:

1. Андрусів У.Я., Юрченко Н.Б. Зарубіжний досвід фінансування систем охорони здоров'я. Економічний простір. 2019. № 150. С. 20-24.
2. Гейко О. В., Гупало І. В., Козій-Бределева С. П., Лесняк О. М., Мельникова К. М., Гутор Т. Г. Релокація під час воєнного стану: порівняльний аналіз надання медичної допомоги онкологічним хворим у Львівській та Донецькій областях. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2023. № 2 (96). С. 88–93.
3. Глухова В.І., Булах М.О. Джерела фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні. Глобальні та національні проблеми економіки. 2016. № 10. С. 760 – 764.
4. Глухова В.І., Скрипник Л.І. Державне фінансове забезпечення охорони здоров'я на рівні місцевих бюджетів. Облік і фінанси. 2018. № 1. С. 80-86.
5. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я від 25 квітня 2018 р. № 411. Постанова Кабінету Міністрів України URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018>.
6. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>
7. Деякі питання соціального захисту громадян, які потрапили у складні життєві обставини. Порядок використання коштів державного бюджету для забезпечення соціального захисту громадян, які потрапили у складні життєві обставини : Постанова Кабінету Міністрів України від 30 грудня 2022 р. № 1475. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>
8. Доступ до системи охорони здоров'я в сільській місцевості під час війни в Україні. Аналітичний звіт, Київ, 2024 р. URL: <https://khisr.kharkov.ua/wp-content/uploads/2024/05/Analitchnyy->

- zvit_Dostup-do-systemy-okhorony-zdorovia-v-silskiy-mistsevosti-pid-chas-viyny-v-Ukraini_Medicos-del-Mundo-2024_ukr.pdf
9. Інтегрований підхід, безперервність та якість – ключові аспекти відновлення послуг з охорони здоров'я на рівні громади. URL: <https://decentralization.ua/news/18213>.
 10. Ковтонюк П. Проблеми з госпітальними округами з'являються там, де хочуть роздути політичний скандал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/249740600>
 11. Кондратьєва І. М. «Розвиток сільської медицини в Україні в сучасних умовах. Державне будівництво», 2022. № 2(32). С.118-127.
 12. Конституція України: прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96>
 13. Коробчинська Н. В. Моніторинг системи охорони здоров'я в системі управління на місцевому рівні. Публічне управління та митне адміністрування. 2022, № 1 (32). С. 58–69.
 14. Кульгінський Є. Механізми децентралізації державного управління системою охорони здоров'я: Європейський досвід. Державне управління та місцева самоврядування. 2015. Вип. 2 (25). С.147 –159.
 15. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу). URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/>
 16. МОЗ оприлюднило переліки закладів охорони здоров'я, які увійшли до спроможної мережі. URL: <https://medplatforma.com.ua/news/72780-moz-opriilyunilo-pereliki-zakladiv-okhoroni-zdorovya-yaki-uviyshli-do-spromozhnoi-merezhi>
 17. Мосійчук І.В. Державне управління системою охорони здоров'я: сучасний стан та перспективи розвитку. Сталий розвиток економіки. 2016. № 1 (30). С. 44–48.
 18. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років, URL: <http://uoz.cn.ua/strategiya.pdf>

19. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
20. Панов І., Татаренко Г. Організація роботи закладів системи охорони здоров'я України в умовах воєнного стану. Правові засоби забезпечення та захисту прав людини: вітчизняний та зарубіжний досвід: матеріали міжнародної науково-практичної конференції викладачів, співробітників закладів вищої освіти і наукових організацій, магістрантів, аспірантів, докторантів, представників громадських організацій, органів державної влади й органів місцевого самоврядування, підприємств та інших установ (16 травня 2024 р.). Київ : видво СНУ ім. В. Даля, 2024. 234 с. С. 28–34.
21. Панов І.В. Вплив децентралізації на організацію роботи закладів системи охорони здоров'я України та надання соціальних послуг в сфері охорони здоров'я. *Юридичний науковий електронний журнал*, 2024. № 8. С.164-169.
22. Полковнікова Н. О. Повноваження органів державної влади та органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я: розмежування й рівні перетину. *Право та державне управління*. 2019. № 4. С. 263–269.
23. Попова Т.О. Комунікаційна модель публічно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я. 2020, Харків, 128 с.
24. Порядок функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж : Постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>
25. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 1 липня 2022 р. №2347. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>
26. Про внесення змін до Податкового кодексу України та деяких законодавчих актів України щодо податкової реформи : Закон України

- від 28.12.2014 р. №71-VIII. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/71-19>
27. Про внесення змін до Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році : Постанова Кабінету Міністрів України від 13 квітня 2024 р. № 428. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>
28. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>
29. Про державно-приватне партнерство : Закон України від 1 липня 2010 р. № 2404-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-VI>
30. Про добровільне об'єднання територіальних громад : Закон України від 05.02.2015 р. № 157-VIII. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/157-19>.
31. Про затвердження Типового положення про госпітальну раду : Наказ МОЗ України № 2439 від 28.10.2020 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/>
32. Про місцеве самоврядування в Україні : Закон України від 21 травня 1997 р. № 280/97-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/>
33. Про систему громадського здоров'я : Закон України від 06 вересня 2022 р. № 2573-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>
34. Про стимулювання розвитку регіонів. Закон України від 2 грудня 2012 р. № 2850-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/>
35. Про пріоритетність соціального розвитку села та агропромислового комплексу в народному господарстві. Закон України. Відомості Верховної Ради УРСР (ВВР). № 45. 1990. С. 602. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/400-12>
36. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості. Закон України: Про підвищення доступності та

- якості медичного обслуговування у сільській місцевості» // Відомості Верховної Ради (ВВР). № 5. 2018. С. 32. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206>
37. Рейтингова оцінка стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я України за попередніми даними моніторингу. URL: <https://medstatdon.dn.ua/wp-content/>
38. Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні» / Схвалено Постановою Верховної Ради України від 21 квітня 2016 року №1338-VIII. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/>
39. Реформування охорони здоров'я з точки зору первинної меддопомоги: що важливо знати органам місцевого самоврядування. URL: <https://decentralization.ua/news/17394> 26.
40. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 1 квітня 2014 р. № 333-р «Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні». URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80>
41. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. №1002-р «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я». URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80>
42. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016р. №1013-р «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я». URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013>
43. Рудакова Л. О., Михальчук В. М. Децентралізація управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні. *Інвестиції: практика та досвід*, 2021. №8. С.105-111.
44. Савченко О.Р. Системно-функціональна модель публічного адміністрування реформування галузі охорони здоров'я. Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Економіка і управління. Т. 31 (70). № 5, 2020. С. 66–70.

45. Система та повноваження органів місцевого самоврядування URL: https://osvita.ua/vnz/reports/law/9474/#google_vignette
46. Слабкий Г.О., Миронюк В.І., Качала, Л.О. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст. Україна. Здоров'я нації. 2017. № 3. С. 24–31.
47. Укрінформ. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-health/3825629-v-ukraini-pid-cas-vijni-zrujnovani-vsant-195-medzakladiv-ta-se-ponad15-tisaci-poskodzeni.html>
48. Фінансування релокованих закладів охорони здоров'я Луганщини. URL: <https://loga.gov.ua/oda/press/news/>
49. Центр надання первинної медичної допомоги Гайсинського району Вінницької області. URL: gaysincentr.inf.ua
50. Шарий В.І. Особливості реалізації органами місцевого самоврядування державної політики в умовах трансформації українського суспільства : автореф. дис. ... докт. наук з держ. упр. : 25.00.04. Київ, 2013. 39 с.
51. Costa C., Freitas A., Stefanik I., Krafft T., Pilot E., Morrison J., Santana P. (2019). Evaluation of data availability on population health indicators at the regional level across the European Union. *Population health metrics*, vol. 17 (1), p.11.
52. Holden K.B., Hopkins J., Belton A., Butty K., Tabor D. C., Satcher D. (2019). Leveraging science to advance health equity: a regional health policy research center's approach. *Ethnicity & disease*, vol. 29 (2), p. 323.
53. Krivenko N., Kriventsova L., Epaneshnikova D. (2019). Issues of sustainability of regional health system. *International Multidisciplinary Scientific GeoConference: SGEM*, 19 (5.3), pp. 467-473.
54. Witter S., Govender V., Ravindran T.S., Yates R. (2017). Minding the gaps: health financing, universal health coverage and gender. *Health policy and planning*, vol. 32 (5), pp. 4-12.