

Міністерство освіти і науки України
Національний технічний університет
«Дніпровська політехніка»

Навчально-науковий інститут державного управління
Кафедра державного управління і місцевого самоврядування

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА
кваліфікаційної роботи ступеня магістра

студента Гузя Владислава Віталійовича

академічної групи 281м-21з-2 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Удосконалення системи надання екстреної медичної допомоги»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Кравцова Т.В.			
розділів:				

Рецензент:				
------------	--	--	--	--

Нормоконтролер:	Вишневіська О.В.			
-----------------	------------------	--	--	--

Дніпро
2022

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему «Удосконалення системи надання екстреної медичної допомоги».

106 стор., 5 табл., 4 рис., 62 джерела.

ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА, СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, МЕДИЧНА РЕФОРМА, КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНІСТЬ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ, УПРАВЛІНСЬКІ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.

Об'єкт дослідження – розвиток системи екстреної медичної допомоги в Україні.

Предмет дослідження – процеси удосконалення системи управління екстреною медичною допомогою.

Метою дослідження є аналіз вітчизняного та світового досвіду функціонування систем екстреної медичної допомоги та розробка пропозицій щодо удосконалення системи управління в цій сфері.

У першому розділі досліджуються світовий та вітчизняний досвід і кращі практики організації та управління охороною здоров'я. Другий розділ присвячено розвитку системи екстреної медичної допомоги в Україні та світі. У третьому розділі розглядаються пропозиції щодо удосконалення системи управління екстреною медичною допомогою у КНП «Міська клінічна лікарня № 6» Дніпровської міської ради.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що вони спрямовані на удосконалення системи управління у сфері охорони здоров'я, зокрема, шляхом проходження медичними працівниками вищого та середнього рівня навчання на управлінських спеціальностях.

ABSTRACT

Explanatory note of the master's degree qualification thesis on the topic «Improving the system for the emergency medical care providing».

106 pages, 5 tables, 4 figures, 62 sources.

EMERGENCY MEDICAL AID, HEALTH CARE SYSTEM, MEDICAL REFORM, COMPETITIVENESS OF A MEDICAL INSTITUTION, MANAGEMENT COMPETENCES OF MEDICAL EMPLOYEES

Object of research – development of the emergency medical care system in Ukraine.

Subject of research – processes of improving the emergency medical care management system.

The purpose of research – analysis of domestic and global experience in the operation of emergency medical care systems and the development of proposals for improving the management system in this area.

In the first section examines global and domestic experience and best practices of health care organization and management. The second section is devoted to the development of the emergency medical care system in Ukraine and the world. In the third section deals with proposals for improving the management system of emergency medical care at the MNE «City Clinical Hospital № 6» of the Dnipro City Council.

The practical significance of the obtained results lies in the fact that they are aimed at improving the management system in the field of health care, in particular, by providing medical workers with higher and medium-level training in managerial specialties.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1	
СВІТОВИЙ ТА ВІТЧИЗНЯНИЙ ДОСВІД І КРАЩІ ПРАКТИКИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я	9
1.1. Реформування системи охорони здоров'я в Україні.....	9
1.2. Зарубіжний досвід розвитку системи охорони здоров'я.....	21
1.3. Концепція розвитку системи екстреної медичної допомоги	35
РОЗДІЛ 2	
РОЗВИТОК СИСТЕМИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ: ІСТОРІЯ ТА СУЧАСНІСТЬ.....	39
2.1. Історія розвитку сучасної системи екстреної медичної допомоги..	39
2.2. Аналіз проблемних питань надання екстреної медичної допомоги в Україні	43
2.3. Напрями реформування системи екстреної медичної допомоги в Україні	50
РОЗДІЛ 3	
УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЕКСТРЕНОЮ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ У КНП «МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ № 6» ДНІПРОВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ.....	57
3.1. Еволюція розвитку та сучасний стан Комунального некомерційного підприємства «Міська клінічна лікарня № 6» Дніпровської міської ради.....	57
3.2. Забезпечення напрямів подальшого розвитку КНП «Міська клінічна лікарня № 6» Дніпровської міської ради	64
3.3. Пропозиції щодо удосконалення системи управління у КНП «Міська клінічна лікарня № 6» Дніпровської міської ради.....	74
ВИСНОВКИ.....	100
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	107

ВСТУП

Система охорони здоров'я, як комплекс законодавчих, теоретично-наукових, організаційних та медично-інфраструктурних об'єктів держави для постійного забезпечення громадян належною медичною допомогою, є однією із найбільш важливих сфер діяльності держави, ключовим елементом її національної безпеки, необхідною складовою державної політики в соціальній сфері. Метою охорони здоров'я є організація та забезпечення доступного та якісного медичного обслуговування як для кожного мешканця територіальної громади, так і для населення країни в цілому.

Рівень здоров'я населення значно впливає на процеси і результати економічного, соціального і культурного розвитку країни, а також є важливим соціальним критерієм ступеня розвитку та добробуту суспільства. У сучасній Україні пошук вирішення проблем системи охорони здоров'я йде шляхом забезпечення належного рівня здоров'я населення. Це потребує постійного перегляду та вдосконалення принципів функціонування системи охорони здоров'я чи окремих її складових.

Реформування медичної галузі, як в цілому так і окремих її елементів, є постійною сучасною практикою та одним із найактуальніших питань у багатьох країнах світу. І Україна не є винятком в контексті необхідності вирішення цих питань. Модернізація системи управління охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи здійснюється у напрямках: структурно-організаційне та фінансово-економічне розмежування рівнів надання медичної допомоги; запровадження вільного вибору пацієнтом лікаря первинного рівня медичної допомоги; створення раціонального медичного маршруту пацієнта для надання медичної допомоги; запровадження системи стандартів у галузі охорони здоров'я та системи індикаторів якості медичних послуг; запровадження договірних відносин між замовниками та постачальниками медичних послуг.

Важливим завданням медичної реформи в Україні є формування ефективної системи екстреної медичної допомоги. Україна намагається вирішити різноманітні проблеми у сфері екстреної медичної допомоги як на національному, так і на місцевому рівні.

Тривалість життя українців не зросла за останні 30 років. Резерви зниження смертності, пов'язані з суспільством і державою, вже вичерпані. Політичні події, демографічні зміни, епідемія Covid-19, поширення інших інфекційних та неінфекційних захворювань, алкогольної та наркотичної залежності сприяють зниженню показника середньої тривалості життя в Україні до надзвичайно низького рівня, погіршують якість життя українців.

Реформа національної системи охорони здоров'я триває, але далека від завершення і поки ще не дала очікуваних результатів у повному обсязі. На її проведення значно вплинула війна, розпочата проти України 24 лютого 2022 р. Росією. Військові дії, окупація, вимушене переселення, знаходження під бомбардуванням та обстрілами, поранення, втрати близьких та рідних, напружена праця, полон, катування та інші негативні сторони війни неминуче впливають на фізичний та психо-емоційний стан українців, потребуючи вдосконалення менеджменту охорони здоров'я, розвитку спеціальних управлінських знань та навиків управлінської діяльності.

Ефективне управління у закладах охорони здоров'я – це запорука надання якісних медичних послуг населенню. Ефективний менеджмент у сфері охорони здоров'я забезпечує розвиток медичних закладів та розвиток системи охорони здоров'я у цілому.

Для забезпечення ефективного менеджменту сучасним керівникам медичних закладів в умовах постійних трансформацій потрібні ґрунтовні знання та навички у сферах: менеджменту ресурсів, у тому числі людських; новітнього інструментарію стратегічного, програмного та проєктного управління, а також управління якістю, результативністю та потенційно можливими ризиками діяльності; володіння методами моніторингу, діагностування та оцінювання якості роботи; застосування ефективних

комунікативних технік та сучасних технології контролю; запровадження інноваційних (альтернативних) підходів у прийнятті управлінських рішень тощо.

Для визначення шляхів розв'язання даної проблеми сформулюємо об'єкт, предмет, основну мету та завдання даної магістерської роботи.

Об'єктом дослідження є розвиток системи екстреної медичної допомоги в Україні.

Предметом дослідження є процеси удосконалення системи управління екстреною медичною допомогою.

Метою дослідження є аналіз вітчизняного та світового досвіду функціонування систем екстреної медичної допомоги та розробка пропозицій щодо удосконалення системи управління в цій сфері.

Для досягнення мети у роботі визначено наступні завдання дослідження:

- розглянути процес реформування системи охорони здоров'я в Україні;
- проаналізувати зарубіжний досвід розвитку системи охорони здоров'я;
- дослідити Концепцію розвитку системи екстреної медичної допомоги;
- проаналізувати історія розвитку сучасної системи екстреної медичної допомоги;
- визначити проблемне поле питань надання екстреної медичної допомоги в Україні;
- визначити напрями реформування системи екстреної медичної допомоги в Україні;
- дослідити еволюція розвитку та сучасний Комунального некомерційного підприємства «Міська клінічна лікарня № 6» Дніпровської міської ради;
- розглянути можливості забезпечення напрямів подальшого розвитку КНП «Міська клінічна лікарня № 6» Дніпровської міської ради;
- скласти пропозиції щодо удосконалення системи управління у КНП «Міська клінічна лікарня № 6» Дніпровської міської ради.

У процесі роботи використано методи теоретичного й емпіричного дослідження, основними з яких є методи системного аналізу та синтезу (історичний, індукція та дедукція, порівняння та аналогія, класифікація тощо). Історичний метод та індуктивну логіку застосовано при дослідженні процесів еволюції й становлення систем екстреної медичної допомоги в Україні та світі. Методи аналізу та синтезу використано під час визначення орієнтирів та принципів реформування системи екстреної медичної допомоги в Україні, факторів й передумов створення інноваційний підходів у менеджменті сфері охорони здоров'я; вивчення світового та вітчизняного досвіду й кращих практик організації та управління охороною здоров'я.

Метод порівняння та аналогії використано під час аналізу освітніх програм, що навчають менеджерів охорони здоров'я у галузях знань 28 «Публічне управління та адміністрування» та 07 «Управління та адміністрування».

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що вони спрямовані на удосконалення системи управління у сфері охорони здоров'я, зокрема, шляхом проходження медичними працівниками вищого та середнього рівня навчання на управлінськими освітніми програмами.

РОЗДІЛ 1

СВІТОВИЙ ТА ВІТЧИЗНЯНИЙ ДОСВІД І КРАЩІ ПРАКТИКИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

1.1. Реформування системи охорони здоров'я в Україні

Охорона здоров'я громадян є однією з найважливіших функцій держави. Здоров'я людини в усьому світі визначається настільки значущим, що входить першим показником до індексу людського розвитку [1].

Конституція України проголошує право кожного громадянина на охорону здоров'я та безоплатне надання медичної допомоги і її фінансування державою в комунальних та державних закладах охорони здоров'я.

Відповідно до основ законодавства України про охорону здоров'я [2], питання охорони здоров'я є пріоритетним в діяльності держави. Через державну політику в охороні здоров'я, що здійснюється вищими державними органами шляхом формування пріоритетів, концепцій, стратегій, програм, забезпечується гарантоване право громадян України на охорону здоров'я. Реалізацію цього права держава забезпечує шляхом, у тому числі, проведення державних заходів з охорони здоров'я, створення розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я, забезпечення (фінансування) надання безоплатної медичної допомоги в рамках гарантованого обсягу медичних послуг, базуючись на загальнолюдських цінностях і гуманістичній спрямованості з урахуванням рівноправності громадян з метою забезпечення загальної доступності медичної допомоги. Зважаючи на визначену пріоритетність охорони здоров'я, стає очевидною необхідність збільшення фінансування системи шляхом перерозподілу внутрішніх видатків на користь охорони здоров'я, за прикладом Великої Британії [3], для забезпечення загального доступу громадян до максимального обсягу медичної допомоги та її територіальної доступності.

Указом Президента України від 7 грудня 2000 року № 1313 схвалена Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, що спрямована на забезпечення доступності медичної допомоги громадянам та запровадження нових механізмів фінансування і окреслює державну політику у сфері охорони здоров'я, яка поділяється на державні і галузеві заходи.

Концепція передбачає розподіл рівнів медичної допомоги на первинний, вторинний та третинний; створення двох секторів медичної допомоги: сектору загальнодоступної медичної допомоги і сектору додаткових можливостей (використання технологій, що не входять до загальнодоступних); надання основної частини послуг на первинному рівні; реалізацію принципу децентралізації в управлінні системою охорони здоров'я; збереження управлінської вертикалі; упорядкування мережі закладів спеціалізованої медичної допомоги без визначення терміну «упорядкування»; раціоналізацію використання ліжкового фонду з імплементацією стаціонарозамісних технологій; пріоритет материнства та дитинства; контрактування медичних працівників; розвиток сестринства (збільшення кількості працівників середньої ланки) для зменшення потреби в лікарях у державі [4].

Джерелами фінансування Концепцією визначаються кошти державного та місцевих бюджетів, загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, добровільного медичного страхування, благодійних фондів, благодійних внесків, кошти за надання платних послуг. Визначається державно-комунальна модель надання медичної допомоги [4]. Концепція є застарілою та не враховує сучасного стану в державі, недостатньо окреслює сфери управління та медичних послуг, не визначає виведення коштів як цільових із структури загальних податків і потребує перегляду та нових сучасних напрацювань з позиції соціальної держави.

У 2010 році в Доповіді про стан охорони здоров'я в світі ВООЗ дає опис основних стратегій охорони здоров'я: лікувальна (curative care), реабілітаційна (rehabilitation care), підтримуюча (supportive care), профілактична (prevention) та паліативна.

Міжнародна класифікація медичних послуг співпадає з цими категоріями (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Основні стратегії охорони здоров'я, їх цілі та показники

Стратегія	Ціль здоров'я	Індикатор	
Превентивна	Профілактика стану здоров'я (профілактика хвороби)	Захворюваність	МКХ
Промотивна	Оптимальне біологічне здоров'я	МКФ – здатність	МКФ
Лікувальна	Контроль стану здоров'я (контроль хвороби)	Смертність	МКХ
Реабілітаційна	Оптимальне функціонування	МКФ – здатність та виконання	МКФ
Підтримуюча	Оптимальне здоров'я життя	МКФ – виконання	МКФ
Паліативна	Якість життя та благополуччя	Задоволення	

На сайті МОЗ України можна знайти Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років [39], розроблену в серпні 2014 року, основними цілями якої визначені:

покращення показників здоров'я населення;

фінансова захищеність громадян від катастрофічних витрат у разі хвороби або травм з метою запобігання зубожіння домогосподарств;

збереження спроможності системи охорони здоров'я ефективно реагувати на кризові ситуації.

Проміжними задачами реформи охорони здоров'я, згідно Стратегії, є:

солідарна відповідальність за здоров'я;

вільний вибір провайдера медичних послуг;

прозорі умови роботи;

підтримка незахищених груп населення.

Стратегія передбачає регуляторну роль держави в охороні здоров'я та узгодження з європейськими принципами, визначає основним джерелом фінансування охорони здоров'я кошти загального оподаткування без виокремлення цільових коштів, відтерміновує на невизначений час

запровадження медичного страхування з одночасним введенням Національного агентства з питань фінансування охорони здоров'я та вводить поняття аутсорсингу міжнародних організацій щодо закупівлі лікарських засобів на замовлення уряду [4].

На базі Стратегії розроблена і затверджена 30 листопада 2016 року постановою Кабінету міністрів України Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я, метою якої є формування і впровадження нових механізмів фінансування та ефективного розподілу ресурсів [5]. Концепція реформи фінансування передбачає визначення обсягу безоплатної медичної допомоги та гарантії держави щодо його отримання, універсальність покриття та збереження доступності медичної допомоги, розділення функцій фінансування і надання послуг, субсидіарність з визначенням повноважень у фінансуванні охорони здоров'я, залишає кошти на медицину нецільовими в структурі загальних податків та надходжень державного бюджету і вводить ліберальні засади ринкової економіки в охорону здоров'я у вигляді конкуренції, вільного вибору та ефективності в аспекті максимальної віддачі від вкладених фінансових ресурсів.

Проблема збільшення витрат на охорону здоров'я в Україні залишається невирішеною, так, частка ВВП на охорону здоров'я складає 3,3 % у 2018 р.; 3,2 % у 2019 р. та до 2,9 % ВВП у 2020 р., що катастрофічно не відповідало потребам галузі та призводило до низької якості медичних послуг і низької доступності медичної допомоги. Зважаючи на високу значущість проблеми, виникала потреба в концентрації суспільних ресурсів в галузі охорони здоров'я шляхом змін у структурі суспільних видатків. Втім, в Україні проблема фінансування охорони здоров'я розглядається однобічно, з пошуком джерел фінансового збільшення виключно за рахунок структурних реформ в межах системи охорони здоров'я, які передбачають:

- зменшення частки вторинної медичної допомоги та зростання ролі первинної ланки (вирішується питання загального охоплення і доступу за мінімальним обсягом і мінімальними витратами на охорону здоров'я);

– запровадження обов’язкового медичного страхування з метою офіційного залучення коштів громадян (пацієнтів) на медичну допомогу та зменшення і викорінення неофіційних платежів;

– запровадження співоплати пацієнтів за медичну допомогу.

Тобто проекти збільшення фінансування охорони здоров’я за рахунок змін у структурі суспільних видатків з метою доведення фінансового забезпечення галузі до мінімальної для підтримання життєздатності і виконання своїх функцій (близько 6 % ВВП), не розглядаються.

В Україні проблема фінансування охорони здоров’я розглядається однобічно, з пошуком джерел фінансового збільшення виключно за рахунок структурних реформ в межах системи охорони здоров’я, які передбачають:

зменшення частки вторинної медичної допомоги та зростання ролі первинної ланки (вирішується питання загального охоплення і доступу за мінімальним обсягом і мінімальними витратами на охорону здоров’я);

запровадження обов’язкового медичного страхування з метою офіційного залучення коштів громадян (пацієнтів) на медичну допомогу та зменшення і викорінення неофіційних платежів;

запровадження співоплати пацієнтів за медичну допомогу.

Проте, для успішного розвитку цього напрямку необхідні додаткові інвестиції в медицину для покращення бази медичного обладнання та сервісної складової. Медичний туризм – вигідний міжнародний бізнес і може бути успішним джерелом фінансових вливань в охорону здоров’я при загальному збереженні соціальної спрямованості розвитку медицини в Україні. Також в рамках розвитку рекреаційних зон і реабілітаційного туризму можливе використання лікувальних грязей в Бердянську, Одеській та Херсонській областях, джерел мінеральної води в Карпатах, тощо.

Відповідно до законів України та з метою реалізації положень Конституції щодо гарантії прав громадян на охорону здоров’я та забезпечення рівного доступу до медичної допомоги, уряд України визначив цілі у сфері охорони здоров’я [6]:

Ціль 1 уряду – Люди менше хворіють.

Ціль 2 уряду – Люди, які захворіли, швидше одужують.

Ціль 3 уряду – Люди довше живуть.

Із зазначених цілей уряду були сформовані пріоритетні цілі МОЗ:

- щасливий пацієнт;
- щасливий лікар;
- здорова нація;
- якісне управління.

У 2021 р обсяг видатків Державного бюджету України на охорону здоров'я зріс на 30,3%, порівняно із попереднім роком, і склав 173,6 млрд. грн. Таке зростання обумовлене зміною механізму надання медичних послуг. В рамках реформування системи охорони здоров'я в Україні впроваджені кардинальні зміни: виокремлення первинного рівня медичної допомоги з вільним вибором сімейного лікаря та підписанням декларацій, зміна фінансування первинного рівня на основі капітаційної ставки (подушного фінансування), започаткування урядової програми «Доступні ліки» для реімбурсації лікарських засобів, закупівля ліків через міжнародні організації (міжнародний аутсорсинг), впровадження системи безперервного професійного розвитку лікарів, системи державних фінансових гарантій медичної допомоги, електронної системи охорони здоров'я E-Health, автономізація закладів охорони здоров'я, які стали некомерційними підприємствами і втратили захист Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо заборони безпідставного скорочення ліжок і закриття лікувальних закладів.

Результатом реформування, у тому числі, стала організація Національної служби здоров'я України (НСЗУ), що є центральним органом виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Координація діяльності НСЗУ здійснюється Кабінетом Міністрів України через Міністерство охорони здоров'я. Основними завданнями НСЗУ є оперування

коштами державного бюджету за програмою державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення; керівництво Програмою медичних гарантій (державним гарантованим пакетом); формування тарифів і коригування коефіцієнтів; виконання функцій замовника медичних послуг, укладання договорів з надавачами послуг.

Кроками реформи від НСЗУ є: стратегічний план розвитку лікарні з формулюванням власного бачення, автономізація закладу охорони здоров'я із зміною організаційно-правової форми на комунальне некомерційне підприємство, отримання ліцензії на медичну практику, комп'ютеризація кожного робочого місця, підключення до E-Health, затвердження фінансового плану, укладення нового колективного договору та підписання договору з НСЗУ на надання медичних послуг. Кроки реформи 2018–2020 рр. представлені на рис. 1.1.



Рис. 1.1. Кроки реформи 2018 – 2020 рр.

У Державному бюджеті на 2020 рік на охорону здоров'я було заплановано 113,3 млрд грн (що відповідає 2,9 % ВВП), з них майже 64 % (72 млрд. грн.) повинно бути спрямовано на програму медичних гарантій. На 2021 рік на охорону здоров'я заклали 157,5 млрд грн – 3,5% від ВВП. Програма

медичних гарантій (перелік найнеобхідніших медичних послуг, які держава гарантує пацієнтам безоплатно) розрахована на всіх громадян країни, включно із працюючим населенням, пенсіонерами, дітьми, людьми з інвалідністю та мала запрацювати повномасштабно з 1 квітня 2020 року.

До переліку послуг Програми медичних гарантій включені первинна, спеціалізована амбулаторна, госпітальна, екстрена та паліативна медична допомога, реабілітація а також реімбурсація лікарських засобів. НСЗУ має оплачувати надані послуги за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» спеціалізованим закладам, електронна система охорони здоров'я сприятиме прозорості процесу, а субвенція з державного бюджету на утримання медичних закладів з квітня 2020 року не передбачена. Послуги спеціалізованої амбулаторної та госпітальної медичної допомоги за Програмою медичних гарантій можна буде отримати безоплатно тільки за направленням лікаря первинки, з яким пацієнт підписав декларацію, або лікуючого лікаря. Без направлення, відповідно до медичних показань, спеціалізовану медичну допомогу можна буде отримати безоплатно при зверненні до акушера-гінеколога, стоматолога, педіатра, психіатра, нарколога та при невідкладних станах.

Всі існуючі в Україні нормативні акти, застаріла Концепція та Стратегія реформування охорони здоров'я з трьох складових системи охорони здоров'я (управління, медичні послуги та фінансування) зосереджується лише на фінансуванні, що також розглядається обмежено лише в частині внутрішніх структурних змін і зовсім не торкається перерозподілу державних видатків на користь охорони здоров'я. Також слід зазначити, що скорочення (так звана оптимізація) лікувальних закладів, внесене до Стратегії реформування охорони здоров'я, йде всупереч із Основами законодавства України про охорону здоров'я, де зазначена реалізація прав громадян на охорону здоров'я, у тому числі створенням розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я для забезпечення територіальної доступності медичної допомоги. Необхідна оптимізація лікувальних закладів має включати забезпечення широкого

спектру медичних послуг, у тому числі спеціалізованих, технологічну модернізацію та організацію освітніх заходів для медичного персоналу з відповідними фінансовими стимулами. У доступних статистичних джерелах надаються дані про витрати закладів охорони здоров'я на заробітну плату, медикаменти та вироби медичного призначення, утримання будівель, але ніде не приймаються до уваги та не визначаються витрати на навчання та підвищення кваліфікації персоналу, що має дуже велике значення для забезпечення якості медичної допомоги.

До уваги слід прийняти також недосконале, а подекуди і відсутнє нормативне регулювання. Так, в Україні призупинена робота в напрямку стандартизації медичної допомоги, впродовж останніх років не було затверджено жодного уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги. Намагання затвердити іноземні клінічні рекомендації, що є джерелом найкращих медичних практик, в якості протоколів медичної допомоги – мінімального обсягу медичної допомоги, що має надаватись в закладах охорони здоров'я, у тому числі через забезпечення маршрутизації пацієнтів, не мають прецедентів в жодній країні світу. Необхідно також враховувати, що не всі заклади входять в реформу на рівних умовах. Наприклад, порівняння матеріально-технічної бази обласної лікарні та хронічно недофінансованої провінційної лікарні буде не на користь останньої, що значно зменшує її конкурентні спроможності.

Тобто реформування системи охорони здоров'я має здійснюватися на базі сучасної обґрунтованої концепції та стратегії, затвердженої у встановленому порядку, та передбачати удосконалення форм організації всіх рівнів надання медичної допомоги, модернізацію технологічного забезпечення і матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, фінансову та іншу мотивацію медичних працівників, створення системи контролю якості медичної допомоги. Зміни повинні носити поетапний комплексний характер, а метою реформ повинна бути реалізація суспільно

очікуваних результатів для забезпечення широкого спектра якісної медичної допомоги і рівного доступу до неї.

Реформа впроваджувалася в декілька етапів – перший (який охоплював первинну ланку: сімейних лікарів, терапевтів, педіатрів) вже завершився.

Зрушення в контексті «первинки», на погляд М. Слободніченко [7], співавторки Закону про автономізацію, Голови Комітету АПУ з медичного права, керуючої партнерки Kairos Group Law Firm., є виключно позитивними:

1. Проведено підписну кампанію до сімейних лікарів – всі мали змогу обрати власного сімейного лікаря, не зважаючи на своє місце проживання та реєстрацію. З очікуваних 4–5 млн, декларації підписали понад 25 млн осіб.

2. Підписавши декларацію з сімейним лікарем, ми надали йому можливість отримувати кошти за надані послуги з бюджету. В результаті, заробітні плати сімейних лікарів зросли.

3. Реалізована можливість записатися до лікаря онлайн, через особистий кабінет. Це призвело до зменшення черг в лікарнях.

4. Важлива для українців програма «Доступні ліки» працює! Хворі на цукровий діабет, серцево-судинні захворювання, астму, отримали змогу взяти ліки в аптеці безкоштовно чи з доплатою (з огляду на виробника). Лікарі вже виписали понад 3 млн. електронних рецептів для пацієнтів, що отримують ліки за програмою реімбурсації «Доступні ліки». Так, за 85% з цих рецептів пацієнти отримали необхідні їм ліки.

Упродовж квітня–червня 2020 року програмою скористалися 944 тисячі пацієнтів. Її автором є экс-заступник Міністра охорони здоров'я – Р. Ілик. Цей проєкт увійшов до переліку фіналістів для відзнаки премією P3 Impact Award, як приклад успішного державно-приватного.

Серед недоліків етапу: послаблення в роботі екстреної медичної допомоги, збільшення кількості скарг щодо відмов лікарів виїжджати на виклик. Не відбулося зрушень та погіршилася ситуація щодо доступності до медицини на рівні сільської місцевості. Між іншим, зменшення доступності до первинної медичної допомоги, екстреної, нерідко тягне за собою хронічні

ускладнення в пацієнта. Це потребуватиме спеціалізованої чи високоспеціалізованої медичної допомоги, а, відповідно, й більших видатків з бюджету. Тому важливим є першочергове наближення видів медичної допомоги до населення, особливо пенсійного віку, тим, хто проживає в селах.

Другий етап розпочався він 1 квітня 2020 р. – на рівні спеціалізованих закладів охорони здоров'я (це районні, міські лікарні, пологові будинки). Суть його полягає в тому, що пацієнт, маючи направлення від власного сімейного лікаря, може звернутися за спеціалізованою допомогою до будь-якого закладу охорони здоров'я (спеціалізованого – тобто районної чи міської лікарні) за вибором. Другий етап медреформи мав би забезпечити конкурентні умови, де лікарні конкурували б між собою за пацієнта, тим самим поліпшуючи якість надання медичних послуг.

Медичний заклад, в свою чергу має:

автономізуватися – провести реорганізацію до комунального некомерційного підприємства;

підписати договір з Національною службою здоров'я України (далі – НСЗУ) та обрати ті пакети медичних послуг, які він надаватиме пацієнтам з огляду на свою спеціалізацію та, безумовно, наявність кваліфікованих спеціалістів.

НСЗУ законтрактувала 3029 надавачів медичної допомоги на надання послуг населенню за Програмою медичних гарантій. З них 2485 – це комунальні заклади, 211 – приватні, 333 – ФОП. Найбільшу кількість надавачів законтрактовано на надання первинної меддопомоги – 1610, надання амбулаторних послуг – 1429, надання стаціонарних послуг загального профілю – 1084.

Пацієнт може звернутися за медичною послугою як до приватної лікарні, так і до комунальної та навіть до підприємця, який має ліцензію на медичну практику. За конкретний пролікований випадок за програмою медичних гарантій, НСЗУ заплатить лікарні, до якої звернувся пацієнт.

Таким чином було реалізовано принцип «гроші йдуть за пацієнтом».

Серед основних проблем при запровадженні реформи на вторинці, які, власне, її й гальмують, практики вбачаю наступні:

1. Неготовність медзакладів до другого етапу реформи.
2. Відсутність розуміння на рівні адміністрації закладів факту, що реформа дає можливість впровадити платні послуги. Такий крок дозволить стимулювати лікарів та медперсонал працювати на підвищення їх зарплатні та розвиток лікарні.
3. Нераціональні структури закладів охорони здоров'я. Непоодинокими є випадки збільшення кількості адміністративного персоналу, а не медичного. Також «надуті» штатні розписи та реальна відсутність лікарів спотворюють дійсну картину готовності закладу до надання медпослуг.
4. Відсутність реальних тарифів. Вони встановлюються нижчими за собівартість медичної послуги. Це може призвести до того, що економити будуть саме на якості меддопомоги.
5. Відсутність розуміння шляхів розрахунків власних тарифів на платні медичні послуги. Перешкодою тут є й забюрократизована процедура погодження таких тарифів на рівні департаментів охорони здоров'я.
6. Недофінансування лікарень в частині закупівлі медичного обладнання. Така проблема перешкоджатиме й конкурентоспроможності закладу. Хоча тут є поле для державно-приватного партнерства.

На погляд М. Слободніченко, можливі варіанти виправлення зазначених недоліків полягають у кріпкій роботі в лікарнях, правильній менеджерській організації та гідній зарплаті лікарям. Значна кількість лікарень вже почали рух цим шляхом.

1.2. Зарубіжний досвід розвитку системи охорони здоров'я

Цікавими та корисними для наслідування є особливості формування та розвитку систем охорони здоров'я в зарубіжних країнах.

Система охорони здоров'я Великобританії фінансується до 82,6 % за рахунок загальних податків (частка приватного медичного страхування – 1,2 %, виплат з кишені – 11,1 % від загального обсягу витрат) [8]. Витрати на охорону здоров'я складають 6,7 % ВВП. Первинний, вторинний і третинний рівень медичної допомоги найчастіше постачається державними надавачами послуг, фармацевтичні ж послуги надаються приватними постачальниками. Більшість лікарняних ліжок та медичних установ (95 %) знаходяться в державній власності, а працівники охорони здоров'я, найчастіше, є найманими працівниками в державних закладах [9; 10].

Доступ на ринок постачальників послуг регулюється державою: лікарі мають вступати в різноманітні трасти, які відповідають за надання первинної медичної допомоги. Лікарні мають буди схвалені Національною службою охорони здоров'я, оплата лікарням провадиться в рамках «оплати за результатами», а фінансова винагорода постачальникам послуг регулюється державою. Доступ пацієнтів до медичних послуг обмежений в рамках моделі воратаря: пацієнти вільно обирають сімейного лікаря/лікаря загальної практики, який направляє їх, у разі необхідності, до вузьких спеціалістів. Вибір лікарні обмежений, пацієнти можуть обирати поміж чотирма або п'ятьма лікарнями [11].

Національна служба охорони здоров'я розробляє, впроваджує і контролює виконання нормативної бази в системі охорони здоров'я, а на місцевому рівні існують місцеві підрозділи, які закупають медичні послуги у провайдерів для зареєстрованого населення на певній території [12]. Стандартизація медичної допомоги реалізується за допомогою клінічних рекомендацій, які створюються Національним інститутом здоров'я (NIH) і яких повинні дотримуватись всі державні заклади охорони здоров'я [10, с. 6].

Найстаріша універсальна система охорони здоров'я в Німеччині, вона функціонує з 1883 року і є моделлю обов'язкового соціального страхування. Фінансується на 70,2 % за рахунок внесків на соціальне забезпечення (7,1 % з податків, 9,7 % приватного медичного страхування, 12,3 % виплат з кишені) [30, с. 44]. За статистичними даними на 2007 рік чисельність населення складає 82,6 млн. Очікувана тривалість життя при народженні – 80 років (чоловіки – 77, жінки – 82) [13].

Федеральне міністерство охорони здоров'я розробляє нормативну базу стосовно медичної допомоги, основні виконавчі функції є сферою компетенції адміністрацій земель, уряд видає законодавчу базу, яка організовує і нормує медичну допомогу. Система соціального медичного страхування в Німеччині побудована на принципах солідарності та децентралізації, на місцевих рівнях функціонують лікарняні каси, що можуть бути загальні, професійні, компаній, рівень ставки внеску фіксується рівномірно для всіх лікарняних кас федеральним урядом з 2009 року, але дозволені і додаткові внески [11]. Працівники, що мають низький рівень доходу, повинні обов'язково бути учасниками системи страхування, у разі, якщо дохід перевищує встановлений мінімум, можливе добровільне державне соціальне страхування або страхування в приватній компанії.

Близько 88 % населення покривається соціальним медичним страхуванням. Витрати на охорону здоров'я ростуть, у тому числі і середня ставка внесків, і співплата, але росте і кількість людей, що звільняються від доплат (близько 30 %). Звільнення від доплат надається окремим групам населення, таким як діти і підлітки, малозабезпечені та люди з істотними потребами в охороні здоров'я. Доля ВВП на фінансування системи охорони здоров'я – 10,6 %, на душу населення – 3718 доларів США на рік [14].

Витрати на стаціонарну медичну допомогу складають 26,6 % від загальних витрат на охорону здоров'я, на амбулаторне лікування – 22,2 %, на лікарські засоби та товари медичного призначення – 19,8 %. Послуги надаються переважно приватними провайдерами, але стаціонарна допомога

(40 % ліжок) – державними постачальниками. Доступ до ринка та винагорода регулюються соціальними суб'єктами, з метою отримання компенсації за надані послуги, лікарі та лікарні повинні співпрацювати з лікарняними касами. Рівень оплати узгоджується між професійними асоціаціями та лікарняними касами. У Німеччині відсутня система воротаря, пацієнти можуть вільно обирати лікаря для консультації, намагання посилити роль сімейних лікарів шляхом введення оплати за первинну консультацію вузького спеціаліста без направлення не були вдалими. Пацієнти також можуть обирати лікарню, тобто доступ до постачальників послуг майже без обмежень. Медичні працівники для здійснення приватної практики мають отримати юридичний та професійний дозвіл [11].

Канадська система охорони здоров'я фінансується на 68,1 % від нецільових податків, 1,4 % – внесків до фонду соціального страхування, 15,5 % – виплат з кишені, 13,5 % – приватного медичного страхування [11, с. 44].

Чисельність населення Канади – 32,9 млн., очікувана тривалість життя при народженні – 81 рік (чоловіки – 78, жінки – 83). Частка ВВП у витратах на охорону здоров'я – 10 %, на душу населення – 3917 доларів США [15]. Фінансується до 68,1 % від нецільових податків, 1,4 % – внески до фонду соціального страхування, 15,5 % – виплат з кишені, 13,5 % – приватне медичне страхування [10].

Система охорони здоров'я забезпечує універсальне покриття і являє собою групу страхових планів, що охоплює всіх канадських громадян. Ця національна програма складається з 13 взаємопов'язаних територіальних та місцевих планів медичного страхування, що розділяють загальні риси і основні стандарти покриття, фінансується державою і здійснюється на місцевому рівні в рамках керівних принципів, що встановлюються федеральним урядом [16].

Досить обмежений доступ до приватного страхування, станом на 2010 рік шість з десяти провінцій не дозволяли приватне медичне страхування, а в

провінціях, де приватне страхування дозволене, воно здійснюється, наприклад, для можливості мати окрему комфортну палату в разі госпіталізації.

Старіння населення, зростання витрат та необхідність скорочення дефіциту бюджету змушує політичне керівництво Канади зменшувати витрати на охорону здоров'я, тому мають місце тривалі черги для очікування медичної допомоги, що іноді сягають кілька років, і деякі канадці змушені отримувати медичну допомогу в США, сплачуючи за неї кошти з кишені. Практично вся основна медична допомога покривається, у тому числі по пологах і вагітності та по лікуванню безпліддя, у деяких провінціях не покривається стоматологія та офтальмологічні послуги, для чого може існувати страхування через роботодавця в приватних компаніях.

Канадська система охорони здоров'я базується на п'яти ключових принципах: доступність для всіх громадян; всебічне охоплення; доступність, незважаючи на рівень доходу; якісна медична допомога; публічне управління [15].

Медичні послуги в основному надаються приватними постачальниками, що надають основну базову допомогу, стоматологічну допомогу та фармацевтичну допомогу. 15,2 % від загальних витрат на охорону здоров'я займає стаціонарна допомога, 25,4 % – амбулаторна допомога, 19,8 % – лікарські засоби та вироби медичного призначення. Майже всі лікарні є державними [11].

Доступ до ринка регулюється провінціями, що вирішують, які лікарні будуть мати субсидію і у якому розмірі, ведуть перемовини з постачальниками амбулаторних послуг щодо преїскуранту цін. Пацієнти мають право вільного вибору лікаря загальної практики, для консультацій вузьких спеціалістів повинно бути направлення (система воротаря). Вибір лікарні вільний в межах провінції [13].

Безоплатна медична допомога та право на охорону здоров'я для громадян задекларовані конституцією Польщі. З 1999 року, після

адміністративної реформи, заклади охорони здоров'я втратили статус бюджетних установ та стали суб'єктами господарської діяльності і були передані на рівень місцевого самоврядування. Заклади охорони здоров'я мають укладати контракти на надання медичної допомоги населенню з замовниками та укладати контракт із працівниками. Відбулося відокремлення амбулаторної допомоги від стаціонарної, значно посилилась роль сімейного лікаря (система воротаря), у структурі медичної допомоги зросла питома вага більш дешевих медичних послуг, що мають ефективність, запроваджене обов'язкове медичне страхування, податки на охорону здоров'я зробили цільовими і відокремили від загального державного бюджету [10].

Приблизно 98 % населення має обов'язкове медичне страхування. Фінансування охорони здоров'я відбувається з Національного фонду медичного страхування, наповнювачем якого на дві третини є держава, внески медичного страхування, добровільні страхові внески. Заклади охорони здоров'я належать органам місцевого самоврядування і є громадськими закладами. За рахунок державного бюджету покриваються витрати на високоспеціалізовану третинну медичну допомогу, за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування покриваються первинна, вторинна медична допомога, лікарські засоби та вироби медичного призначення.

Частка ВВП на охорону здоров'я складає 6,2 %, на душу населення – 550 доларів США на рік. Кількість медичних працівників на 1000 населення складає: медичних сестер – 5,2; лікарів – 2,0; лікарняних ліжок – 5,2 [15].

Функції управління та фінансування розподілені між міністерством охорони здоров'я, Національним фондом медичного страхування та місцевим самоврядуванням. Національний фонд медичного страхування відповідає за планування та розподіл ресурсів, що здійснюється через децентралізовані гілки, також він є головним агентом з закупівлі медичних послуг. Національна програма охорони здоров'я прагне до зменшення лікарняних ліжок, тривалості госпіталізацій, посилення ролі сімейного лікаря та зосередженні на профілактиці і укріпленні здоров'я. Основною проблемою є недофінансування

(оскільки рівень державного фінансування не встигає корелюватися з ростом ВВП, що призводить до черг на медичну допомогу, наприклад, онкологічні операції), дуже низька кількість вузьких спеціалістів і обмежене направлення до них, обмежений доступ до послуг, «неофіційна плата» для спеціалістів [15].

В амбулаторній та фармацевтичній допомозі постачальники переважно приватні, 81,4 % лікарень – в державній власності. Пацієнти можуть вільно обирати сімейного лікаря, консультація вузьких спеціалістів і госпіталізація можливі безоплатно лише за направленням (принцип воротаря) [11].

Система медичного страхування Чехії охоплює населення практично універсально і є обов'язковою, спектр послуг для застрахованих дуже широкий і включає в себе амбулаторне та стаціонарне лікування, фармацевтичні препарати за рецептом, реабілітаційні та деякі стоматологічні послуги, через що ринок добровільного медичного страхування невеликий. Приватне страхування покриває витрати на медичну допомогу під час поїздок за кордон, додаткові до обов'язкового страхування елементи, охоплює іноземних громадян. Фінансування за рахунок внесків на соціальне медичне страхування складає до 77,1 %; приватне медичне страхування – 0,2 %; за рахунок податків – 5 %; виплати з кишені – 16,1%. Розміри внесків для роботодавців – 9 % від заробітної плати, для працівників – 4,5 %; для самозайнятих осіб – 13,5 %, для держави – 13,5 % від мінімальної заробітної плати.

Адміністрація Соціального Страхування Чехії акумулює внески на пенсійне основне забезпечення, медичне страхування та страхування на виробництві від нещасних випадків. Медичне страхування фінансується від окремих компаній (фондів), які є платниками та закупівельниками медичних послуг, і громадяни обирають собі такий фонд [8]. Фонди медичного страхування зобов'язані приймати всіх громадян, що мають правову основу для страхування, незалежно від віку, стану здоров'я та соціального стану, тобто без оцінки ризиків. 29,4 % від загального обсягу на витрачається на стаціонарну медичну допомогу; 25,7 % – на амбулаторну допомогу; 24 % – на

лікарські засоби та вироби медичного призначення. Стаціонарна допомога надається державними лікарнями, в амбулаторній та фармацевтичній допомозі превалюють приватні постачальники [11, с. 38].

Обов'язки міністерства охорони здоров'я включають в себе визначення політики охорони здоров'я, контроль системи та підготовки законодавства в сфері охорони здоров'я. Громадянам з низьким рівнем доходів держава покриває страхові внески. Частка ВВП на охорону здоров'я складає 6,7 %; на душу населення – 1490 доларів США на рік. Кількість медичних працівників на 1000 населення: медичних сестер – 8,9, лікарів – 3,6; лікарняних ліжок – 8,2. Кількість медичних сестер до чисельності населення є одним з самих великих у Європі. З усіх лікарів, 47,5 % працюють в амбулаторній медичній допомозі на первинному рівні (лікарі загальної практики, педіатри, гінекологи, стоматологи) та 52,5 % – вузькі спеціалісти [17].

Пацієнти вільно обирають сімейного лікаря та можуть змінювати його кожні три місяці. Система воратаря не запроваджена, можливо вільно отримувати консультації лікарів-спеціалістів без направлення сімейного лікаря, яке потрібне тільки для стаціонарного лікування. Лікарі та лікарні повинні заключати договори з лікарняними касами для отримання оплати за надану медичну допомогу, лікарні також мають глобальні бюджети. В системі охорони здоров'я недостатньо розвинене використання інформаційних і комунікаційних технологій. Основною метою системи охорони здоров'я є збереження доступності медичної допомоги для всіх громадян з урахуванням економічного розвитку, демографічного старіння та можливостей системи [10].

У США основний обсяг медичної допомоги забезпечується через приватне медичне страхування, системи обов'язкового соціального чи державного страхування в країні не існує, 53,3 % населення застраховані приватними компаніями. Державні програми, такі як Medicare, Medicaid, програма для військових покривають 30,6 % населення, 16,1% населення не застраховані. Medicare покриває витрати на охорону здоров'я для людей

похилого віку, старших 65 років, деяким людям з інвалідністю та людям з хронічною нирковою недостатністю; програма Madicard покриває витрати на визначений пакет медичної допомоги малозабезпеченому населенню, але має низькі тарифи, тому цю категорію пацієнтів майже не приймають у приватні медичні заклади (тарифи програми Medicare вищі) [18]. Витрати на охорону здоров'я складають 14 % ВВП та 10 271 долари США на душу населення на рік [19]. Очікувана тривалість життя – 79,5 років для жінок та 72,8 для чоловіків, кількість лікарів на 10 000 населення – 23 [11]. Внески на медичне страхування складають 39,6 %, податок на фінансування – 6,4 %.

Послуги охорони здоров'я постачаються, в переважній більшості, приватними постачальниками, включно з амбулаторними та стоматологічними послугами, виробами медичного призначення та значної частки стаціонарної допомоги. Державне регулювання приватних медичних планів є дуже обмеженим. Доступ постачальників на ринок охорони здоров'я залежить від контрактних деталей приватних планів, що частково спираються на акредитації самоврядних некомерційних професійних організацій. Виплати за медичні послуги і доступ пацієнтів до провайдерів нерегульовані [19]. Переважна більшість приватного медичного страхування здійснюється роботодавцями повністю, або працівник також вносить певну частку, члени сім'ї страхуються через страховку працівника. Без страховки людина не має права на отримання медичної допомоги та має повну індивідуальну фінансову відповідальність. Наразі набуває попиту відносно новий продукт – страхування на випадок довгострокової допомоги, він покриває витрати на надання медичної допомоги в будинках пристарілих або в домашніх умовах, витрати на ерготерапію, допомогу у щоденному житті (приготування їжі, харчування, гігієнічні процедури, одягання, тощо) [11]. Державні програми стикаються з великою кількістю регулювання.

До реформи системи охорони здоров'я Естонія майже не мала приватного сектору медичної допомоги. З 1990 року почалось реформування охорони здоров'я, лікарні отримали автономію, в кожному регіоні створені

державні фонди медичного страхування, діяльність яких регулюється Центральним фондом медичного страхування [20]. Фінансування системи охорони здійснюється за рахунок цільових податків, на долю яких припадає 67,8 % від загального обсягу витрат, з державного бюджету – 10,4 %, витрати з кишені – 21,1 %, приватне медичне страхування – 0,2 % [10].

Лікарні (стаціонари) є державними і на стаціонарну допомогу витрачається близько 25,8 % загальних витрат. Частка витрат на амбулаторне лікування – 21,9 %, на фармакологічну допомогу – 25,8 %. Доступ до медичної допомоги та оплата провайдерів регулюється державними структурами. Всі провайдери повинні заключати договір з Центральним фондом медичного страхування для допуску до надання медичних послуг та отримання винагороди, прайс (ціни на медичні послуги) затверджується міністерством охорони здоров'я. Центральний фонд медичного страхування відбирає та заключає договори з окремими, найбільш ефективними постачальниками послуг. Провайдери, що не мають договору з Центральним фондом медичного страхування, можуть встановлювати ціни самостійно. Постачальники первинної медичної допомоги отримують капітаційну ставку.

Пацієнти можуть обирати сімейного лікаря, який працює за принципом воротаря. Для отримання консультації вузького спеціаліста або стаціонарної допомоги необхідне направлення сімейного лікаря.

Охорона здоров'я посідає одне з провідних місць у функціях публічного управління та діяльності урядів різних країн. На Саміті ООН з питань сталого розвитку (2015 р.) були затверджені глобальні Цілі сталого розвитку до 2030 року, серед яких Ціль 3 – «забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх і в будь-якому віці», що передбачає універсальне покриття охороною здоров'я через системи охорони здоров'я, які управляються та розвиваються таким чином, щоб люди могли отримувати континуум підтримки здорового способу життя, профілактики, діагностики, лікування, реабілітаційної та паліативної допомоги, координованих на різних рівнях і місцях надання допомоги відповідно до їх потреби протягом усього

життя. У доповіді «Системи охорони здоров'я: фінансування. Шлях до загального охоплення» (2010 р.)» Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає, що соціальна несправедливість убиває людей у великих масштабах, що обумовлює необхідність загального покриття та забезпечення рівного доступу до медичної допомоги.

ВООЗ визначила фінансування охорони здоров'я як один із шести основних блоків систем охорони здоров'я, адекватність якого має велике значення для інших п'яти. Для фінансування охорони здоров'я поставлена мета не тільки залучення достатніх фінансових ресурсів, але і розподіл цих ресурсів за принципом справедливості. Визначена важливість фінансового захисту призвела до його включення в якості однієї з двох складових загального охоплення, на рівні із всеохоплюючим покриттям основними медичними послугами. ВООЗ наголошує на важливості та необхідності загального охоплення, що також визначають як «універсальне охоплення» або «соціальний захист здоров'я». Універсальне покриття визначається як забезпечення загального доступу всіх людей до необхідних послуг охорони здоров'я – профілактики, діагностики, лікування, реабілітації з одночасною відсутністю фінансового краху домогосподарства через необхідність сплачувати за них. За рекомендаціями ВООЗ, дії країн для наближення до загального охоплення медичною допомогою повинні включати в себе: збільшення фінансування охорони здоров'я в країні; зниження фінансових бар'єрів для отримання медичних послуг за рахунок впровадження та збільшення частки таких джерел фінансування, як передплата та об'єднання коштів; підвищення ефективності та справедливості у способах використання ресурсів.

Світовий рівень витрат на охорону здоров'я демонструє табл. 1.2.

Витрати на охорону здоров'я: глобальний огляд

Стаття	Розмір
Разом глобальні витрати на охорону здоров'я	US \$ 6500000000000
Разом глобальні витрати на охорону здоров'я на людину на рік	US \$ 948
Країна з самою високою загальною сумою витрат на охорону здоров'я на людину на рік	США (US \$ 8362)
Країна з самою низькою загальною сумою витрат на охорону здоров'я на людину на рік	Еритрея (східна Африка) (US \$ 12)
Країна з самими високими держвитратами на охорону здоров'я на людину на рік	Люксембург (US \$ 6906)
Країна з самими низькими держвитратами на охорону здоров'я на людину на рік	М'янма (US \$ 2)
Країна з самими високими витратами «з кишені» домогосподарств на охорону здоров'я	Швейцарія (US \$ 2412)
Країна з самими низькими витратами «з кишені» домогосподарств на охорону здоров'я	Кірибаті (центральна та західна частина Тихого океану) (US \$ 0,2)
Середня сума, витрачена на охорону здоров'я на людину на рік у країнах, що входять до ОЕСР (організації економічного співробітництва та розвитку)	US \$ 4380
Частка світового населення, що проживає в країнах ОЕСР	18 %
ВООЗ-оцінка мінімальних витрат на людину на рік, необхідних для забезпечення основних та екстрених служб	US \$ 44
Кількість країн-членів ВООЗ, в яких витрати на охорону здоров'я, включно з витратами держави, домогосподарств, приватного сектору та коштів зовнішніх донорів, нижче \$ 50 на людину на рік	34 країн-членів
Кількість країн-членів ВООЗ, в яких витрати на охорону здоров'я нижче \$ 20 на людину на рік	7 країн-членів

У табл. 1.3 можна прослідкувати глобальніше фінансування охорони здоров'я в розрізі окремих країн (на початок 2017 р.). Видатки на охорону здоров'я в Україні зросли в реальному вираженні на душу населення (на 20 % з 2015 до 2020 року), але це збільшення частково пояснюється зниженням чисельності населення (на 2,9 % за аналізований період) та відбувається значно повільніше, ніж економічне зростання (табл. 1.4).

Таблиця 1.3

Глобальне фінансування охорони здоров'я

Країна	Витрати на охорону здоров'я на душу населення, 2016 (долари США)	Витрати на охорону здоров'я ВВП, 2016, %	Витрати на охорону здоров'я уряду від загальних витрат охорону здоров'я, 2016	Витрати з «власного карману» від загальних витрат на охорону здоров'я, 2016	У річному розрахунку темпи зміни витрат на охорону здоров'я у ВВП, 1995 – 2016, %
Австралія	5563	7	68	18	47
Австрія	5287	9	72	18	43
Білорусь	354	5	61	35	44
Болгарія	681	6	50	47	51
Канада	4875	8	73	14	3
Хорватія	939	5	77	15	25
Чехія	1515	5	82	14	84
Естонія	1392	6	75	22	14
Франція	4945	8	80	9	87
Грузія	319	6	34	59	21
Германія	5263	9	84	12	12
Гондурас	193	7	43	47	54
Угорщина	1029	5	66	29	4
Ісландія	6307	10	81	17	6
Італія	3059	7	74	23	15
Нідерланди	5329	8	80	11	11
Норвегія	8269	7	85	14	89
Польща	908	5	69	23	85
Словенія	2090	7	72	12	95
Швеція	6095	6	83	15	88
Україна	171	4	43	52	10
США	10 271	17	81	11	61
Об'єднані Арабські Емірати	1440	2	72	18	68

Крім того, консолідовані видатки на охорону здоров'я у відсотках від ВВП значно скоротилися (з 3,6 % до 3,0 %, тобто майже на 15%), що свідчить про те, що державні видатки на охорону здоров'я зростали набагато повільніше, ніж економіка. Якщо така тенденція збережеться, то очікується, що реальні видатки на охорону здоров'я на душу населення зменшаться на 8,4 %.

Зміни у фінансуванні охорони здоров'я у 2015–2020 роках

Найменування	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Реальні видатки на охорону здоров'я на душу населення (2015, грн)	1657	1553	1850	1897	1959	1988
Реальні видатки на охорону здоров'я (2015, млрд грн)	71,0	66,3	78,6	80,2	82,3	83,2
Видатки на охорону здоров'я (% ВВП)	3,6	3,2	3,4	3,3	3,2	3,0
Чисельність населення (млн)	42,8	42,7	42,5	42,3	42,0	41,8
Економічне зростання (зміна реального ВВП у %)	-9,8	2,4	2,5	3,4	3,2	3,7
Консолідовані видатки (% ВВП)	34,2	35,0	35,4	35,1	34,5	32,9
Частка видатків на охорону здоров'я у консолідованих видатках	10,4	9,0	9,7	9,3	9,4	9,2

У порівнянні із середнім показником країн-членів Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР), Україна виділяє значно меншу частку бюджету на охорону здоров'я, але значно більшу частку – на безпеку та судову владу, а також на соціальний захист і освіту. Функціональний склад загальних бюджетних видатків України суттєво відрізняється від середнього показника в країнах ОЕСР (рис. 1.2). Найбільша розбіжність спостерігається у частці видатків на охорону здоров'я, що не входить до першої п'ятірки функціональних пріоритетів. Частка загальних бюджетних видатків, виділених на охорону здоров'я в Україні, майже на 5% нижча, ніж у країнах ОЕСР.

Вивчення систем охорони здоров'я різних країн показує, що весь світ стикається з проблемою зростання витрат на охорону здоров'я та недоступністю медичної допомоги для частини населення, і кожна країна намагається вирішити це питання власним шляхом. Наявність медичного страхування не забезпечує загального доступу до медичної допомоги, оскільки

має місце дозування послуг та тенденції до зменшення їх вартості і загальних витрат.

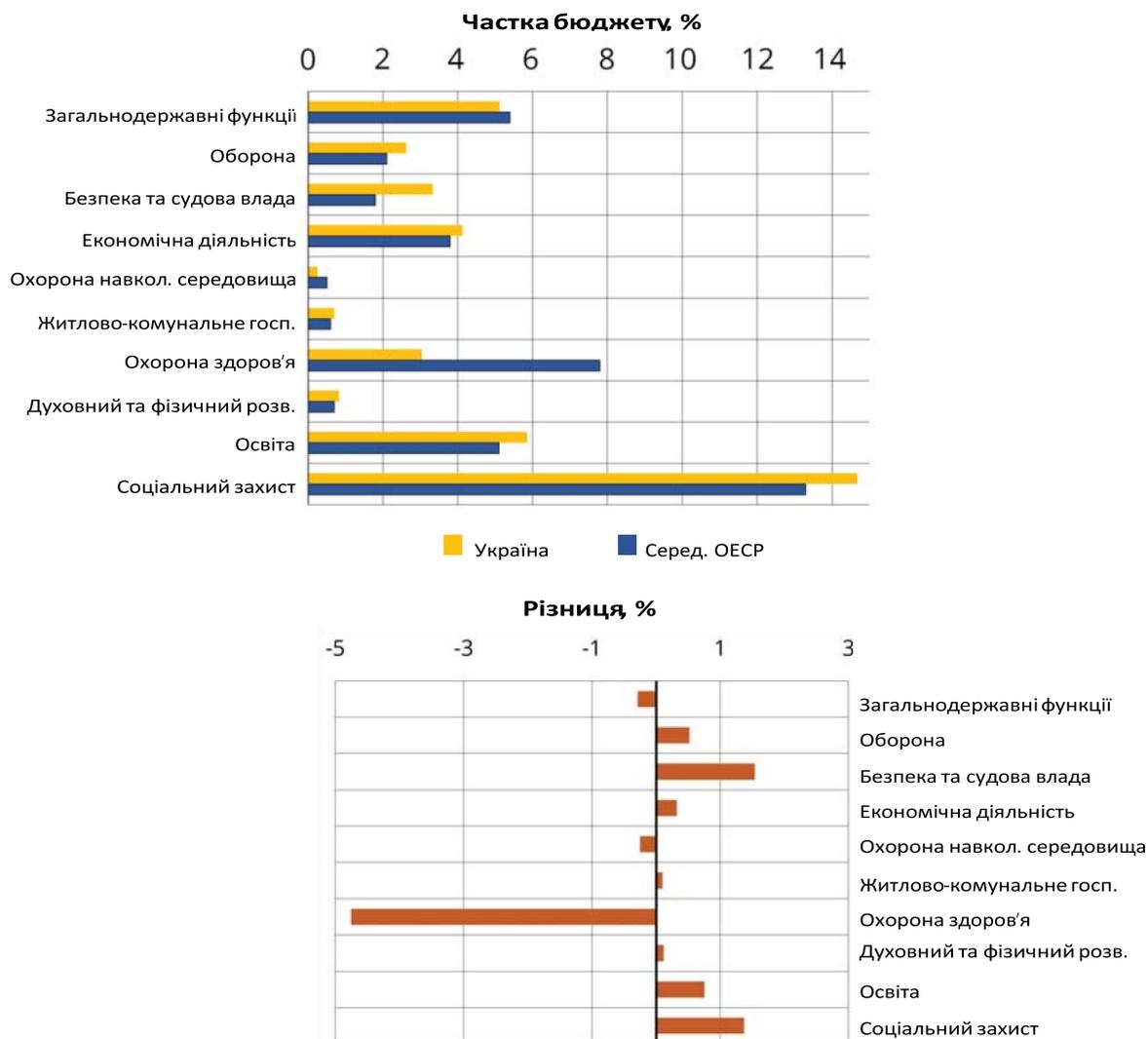


Рис. 1.2. Функціональний склад загальних державних видатків. Середні показники в Україні та країнах ОЕСР (2019 р.)

При наявності централізованого державного контролю виникають, окрім дозування послуг, черги на отримання медичної допомоги («списки очікування»), обмеження при виборі лікаря та лікарні, зайва бюрократизація в системі охорони здоров'я.

Приватний тип системи охорони здоров'я визнає в якості товару медичні послуги, а систему охорони здоров'я – як організовану діяльність, результатом якої є виробництво цих послуг. Приватний тип спирається на конкуренцію, вільний ринок, ринкові ціни та свободу вибору споживача з відсутністю або мінімізацією втручання держави. Такий тип системи охорони здоров'я призводить до істотного обмеження в доступі громадян до медичної допомоги та унеможливорює втілення принципів загального покриття, доступності та соціальної справедливості.

То ж кожна з систем має свої недоліки та переваги і використовується в залежності від місцевих традицій, соціально-економічних та географічних особливостей конкретній території. В кожній країні система охорони здоров'я не існує в чистому вигляді, вона змінюється, розвивається та еволюціонує шляхом включення окремих елементів інших систем.

1.3. Концепція розвитку системи екстреної медичної допомоги

29 січня 2021 р. було затверджено план заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги в Україні [21] – чіткий план того, що потрібно зробити для покращення системи екстреної медичної допомоги.

План заходів розроблений і прийнятий для того, щоб усі учасники системи екстреної медичної допомоги розуміли, як саме буде розвиватися сфера. Він складається з більше ніж трьох десятків нормативних актів, які має розробити Міністерство охорони здоров'я України та ухвалити або своїми наказами, або спільно з Кабінетом Міністрів та Верховною Радою.

Грунтовний аналіз Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги дослідником О.В. Устїновим [22] дозволяє виділити наступні найважливіші пункти цього плану:

Розроблення законопроекту, яким буде введено поняття «перша допомога» та захищено надавача такої допомоги (так званий «Закон про

доброто самаритянина»). Перша допомога – це допомога людини, яка першою опиняється на місці події до моменту прибуття бригади екстреної медичної допомоги. Зазвичай це не є медик. Такий закон необхідний, оскільки якою б розвиненою не була система екстреної медичної допомоги, бригада не зможе приїхати на місце події швидше, ніж люди, які уже на ньому знаходяться. Дорогоцінні перші хвилини, коли є найбільший шанс врятувати потерпілого, використовуються повністю. Цим законом прибираються бар'єри для надання першої допомоги.

Система «Централь 103». Це національна ІТ-система, яка здійснює збір, оброблення, аналіз інформації для забезпечення своєчасності та ефективного контролю якості надання екстреної медичної допомоги, забезпечує оперативне залучення бригад екстреної медичної допомоги екстрених медичних реагувальників, волонтерів тощо. Система в режимі онлайн моніторить роботу обласних центрів екстреної медичної допомоги та отримує повну інформацію про звернення та результати їх оброблення, а також є містком для обміну інформацією між обласними диспетчерськими 103 з можливістю надання оперативної інформації іншим структурам, волонтерам, які зголосились у системі отримувати таку інформацію та надавати допомогу як екстрені медичні реагувальники тощо. Система фіксує кожен виїзд, причину, час виклику, вчасність доїзду до пацієнта та час прибуття до лікарні. Документи, які мають бути розроблені й прийняті найближчим часом, дозволять ввести цю систему для всіх регіонів країни.

У 2020 р. продовжується розвиток системи екстреної медичної допомоги. Вперше в Україні запроваджується Урядова програма для закладів у кожному регіоні. У цьому році планується створити нові відділення екстреної допомоги у 200 лікарнях. Також у 2020 р. продовжаться закупівлі нових автомобілів екстреної допомоги для регіонів, які у 2019 р. не увійшли в пілотний проєкт. Кожен із 19 регіонів отримає першу частину автомобілів, а також обладнання для навчально-тренувальних відділів центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Планується розробити та запровадити разом з Міністерством освіти та науки курс першої допомоги для дітей, які вчаться у старших класах.

У систему першої допомоги планується залучити всі екстрені служби, які можуть приїжджати разом на виклик (поліція, пожежники, рятувальники і т.д.) – так звані екстрені медичні реагувальники.

Планується розроблення і затвердження протоколів диспетчеризації. Це правила, за якими диспетчери прийматимуть виклики екстреної медичної допомоги для оперативного встановлення пріоритетності стану пацієнта за викликом, а також диспетчерської підтримки до приїзду бригади. На екстрений виклик їхатиме найближча вільна бригада і доставлятиме пацієнта в ту лікарню, де цілодобово можна отримати всю необхідну допомогу.

З 1 квітня 2020 р. у повному обсязі запрацює Програма медичних гарантій. Екстрена медична допомога є складовою частиною програми. Змінюються правила оплати послуг центрів екстреної медицини та медицини катастроф, центрам надаються максимальні господарські повноваження автономії, натомість держава стає замовником чітко окресленої медичної послуги.

За планом до 2025 р. склад усіх бригад екстреної медичної допомоги відповідатиме єдиному стандарту [22]. До цього часу всі фельдшери з медицини невідкладних станів, медичні сестри та медичні брати, які зараз працюють у бригадах екстреної медичної допомоги, повинні пройти навчання та отримати професійну кваліфікацію «парамедик».

Парамедик – це фахівець із великою кількістю годин практичних відпрацювань та ґрунтовними знаннями і навичками надання якісної екстреної медичної допомоги пацієнту за викликом. Важливість парамедика для забезпечення екстреної медичної допомоги пацієнту підтвердила війна.

Важливо зазначити, що лікарі з медицини невідкладних станів залишатимуться працювати в системі екстреної медичної допомоги і також пройдуть підвищення кваліфікації за новими стандартами.

Інтерв'ю Катерини Булавінової, медичного експерта ЮНІСЕФ, з Олександром Данилюком, керівником експертної групи з питань надання екстреної медичної допомоги Директорату медичних послуг МОЗ України 17 червня 2022 р. показало [23], що реформа екстреної медичної допомоги має дати відповіді і на наступні питання:

- Як працює екстрена медична допомога під час повномасштабної війни? Які втрати та перемоги екстреної медичної допомоги?
- Хто надає машини швидкої медичної допомоги, як гуманітарну допомогу?
- Чи вистачає кадрів, адже багато працівників зараз захищають батьківщину?
- Як працює «швидка» допомога під час комендантської години, повітряної тривоги?
- Як надається швидка допомога в зоні активних бойових дій?
- Коли викликати бригаду екстреної медичної допомоги?
- Як здійснюється госпіталізація під час війни?
- Що дає досвід «окопного хірурга»?
- Які правила безпеки працівників екстреної медичної допомоги під час виїздів в умовах війни?
- Навчання працівників: чи достатньо знань і навичок з тактичної медицини?

На ці та інші питання сучасна українська медицина вже має відповіді. І розвиток системи екстреної медичної допомоги невпинно продовжується.

Пацієнт повинен бути впевненим у якості допомоги, яка йому надається. Працівники системи екстреної медичної допомоги повинні мати достойні умови роботи та оплати праці. Саме це визначає Концепція та план заходів до неї, цього потребує життя.

РОЗДІЛ 2

РОЗВИТОК СИСТЕМИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ: ІСТОРІЯ ТА СУЧАСНІСТЬ

2.1. Історія розвитку сучасної системи екстреної медичної допомоги

Прообраз станції швидкої медичної допомоги вперше з'явився в Єрусалимі в XI ст., коли ченці-іоаніти при своєму монастирі створили «ксендохій» – притулок для мандрівників, бідних і хворих. На відміну від пандохейонів і Мітат, які надавали свої послуги на платній основі і мали виключно світський характер, ксенодохії були філантропічними установами, заснованими на принципах християнського гостинності. Уже на цьому етапі «хворого доставляли до лікаря», а не як пізніше – «лікаря до хворого».

За кілька століть монастир св. Іоана перетвориться на орден його імені, пізніше уже як орден Госпітальєрів він братиме участь у хрестових походах, маючи у своєму складі підрозділ братів-лікарів, котрі супроводжували театр воєнних дій та опікувалися пораненими, доправляючи їх до лікарень.

У Європі перші обладнані станції швидкої допомоги були створені в 1417 році в Нідерландах внаслідок наявності в ній безлічі каналів і великого числа потопаючих. Основним завданням станцій був порятунок потопаючих і надання їм допомоги. У 1769 році подібні станції були відкриті в Гамбурзі. Приблизно в цей час були засновані станції в Парижі і Лондоні. У 1792 році, перебуваючи на Рейнському фронті, французький лікар Жан Домінік Ларрей, спостерігаючи за стражданнями потребуючих медичної допомоги поранених воїнів і за діями військових медиків, вперше в світовій практиці провів повну реорганізацію евакуації поранених з поля бою і системи їх лікування (згодом за це його назвали «батьком швидкої допомоги») [24]. Ця система вперше була випробувана в битві при Лімбургзі і прекрасно себе зарекомендувала.

У 1876 році в Парижі було організовано нічні пункти при поліцейських ділянках для хворих і постраждалих на ділянці в нічний час. До пацієнта прямували три людини: той, хто викликав лікаря, лікар і поліцейський. На зворотному шляху поліцейський супроводжував лікаря додому і видавав йому чек для отримання гонорару [24]. Пусковим моментом до виникнення швидкої допомоги як самостійної установи була пожежа в віденському Рінгтеатрі, що трапився 8 грудня 1881 року. Ця подія, яка прийняла грандіозні розміри, в результаті якого загинуло 479 осіб, представляла жахливе видовище. Перед театром на снігу валялися сотні обпалених людей, багато з яких отримали різні травми під час падіння. Постраждалі понад добу не могли отримати жодної медичної допомоги, незважаючи на те, що Відень в той час володів безліччю першокласних і добре оснащених клінік. Вся ця жахлива картина зовсім потрясла професора-хірурга Яромира Мунді, який знаходився на місці та виявився безпорадним перед лицем катастрофи. На наступний же день доктор Я. Мунді приступив до створення Віденського добровільного рятувального товариства. Граф Ганс Вильчек (нім. Johann Nepomuk Graf Wilczek) пожертвував новоствореній організації 100 тисяч гульденів. Цим Товариством були організовані пожежна, човнова команди і станція швидкої медичної допомоги (центральна і філія) для надання термінової допомоги постраждалим від нещасних випадків.

У перший же рік свого існування Віденська станція швидкої допомоги надала допомогу 2067 постраждалим. У складі бригади працювали лікарі і студенти медичного факультету. Незабаром, подібно Віденській, була створена професором Фрідріхом Есмархом станція і в Берліні. Діяльність цих станцій була настільки корисною та необхідною, що за короткий період в цілому ряді міст європейських держав стали виникати подібні станції. Віденська станція грала роль методичного центру. У червні 1887 року в Лондоні була заснована бригада швидкої допомоги Святого Іоанна. Вона повинна була надавати першу допомогу на міських масових заходах.

Перша станція швидкої допомоги виникла в 1897 році і у Варшаві. Потім прикладом Варшави пішли міста Лодзь, Вільно, Київ, Одеса, Рига. Трохи пізніше станції швидкої допомоги стали відкриватися в Харкові.

Так, 6 лютого 1902 року в Києві був заснований «Гурток київських лікарів, з метою нічних чергувань», який було відкрито у міській управі на Хрещатику. Ініціатором запровадження нічних чергувань став голова Київського відділення Червоного Хреста, він же перший очільник Олександрійської лікарні, професор Юлій Мацон. Діяльність пункту носила філантропічний характер. Допомога при нещасних випадках і травмах надавалася безоплатно, але за виїзди лікаря треба було платити. Пункт, попри фінансові та організаційні труднощі, виконував свою місію понад два десятиліття.

Першу рятувальну станцію швидкої медичної допомоги в Києві відкрили 30 червня 1902 року на вулиці Пирогівській, 6. Згодом під станцію виділили приміщення на Володимирській вулиці, 33. У 1913 року цю ділянку обміняли на садибу на Рейтарській вулиці, 22. Ідею реалізував громадський діяч К. Мадзолевський, взявши за основу досвід Варшави. Дякуючи підтримці Міської Думи київська станція отримала все необхідне для успішної діяльності. Тут були обладнані приймальня, хірургія, перев'язувальна, аптека, стерилізаційна. До штату станції входив головний лікар, економ, 8 чергових лікарів; один головний, чотири старших та три молодших санітари; три конюха; двірник; кур'єр. Транспорт станції становило три пари коней з каретами «Лорек та Ко». В 1913 р. було придбано перші 2 санітарні автомобілі.

У 1903 року станція швидкої медичної допомоги з'явилася в Одесі.

25 квітня 1910 року о 12:53 на виклик виїхала перша в Харкові карета швидкої допомоги. Вона була запряжена парою коней, попереду знаходилося сидіння з козирком для трьох осіб: їздового, санітара, який в нічний час за допомогою ліхтаря відшукував потрібний номер будинку. У цю бригаду

входив ще санітар, який мав при собі спеціальний дзвіночок, за допомогою якого сповіщав перехожих сигналом «Стережись» [25].

Перші спеціалізовані бригади почали функціонувати ще в довоєнні роки: на київській станції швидкої медичної допомоги в 1932 р. була створена перша акушерська бригада, в 1934 – перша педіатрична.

1941 року, через окупацію, Київська станція швидкої медичної допомоги припинила свою роботу і відновила уже 1943 року після звільнення міста. З 1948 р. станцію очолила Наталія Ленгауер, яка зробила значний внесок у розвиток станції швидкої медичної допомоги Києва, піднявши її на рівень світового бренду у частині кардіологічної допомоги населенню, створивши справжній стаціонар на колесах, підсиливши його мобільною лабораторією, сучасним обладнанням. Усі ці новації, ентузіазм головного лікаря згуртували навколо Ленгауер першокласних спеціалістів, які стали піонерами багатьох починань, що порятувало тисячі життів. Київська станція швидкої медичної допомоги за час керування нею Ленгауер стала школою передового досвіду в Україні та Союзу РСР, на її базі проводилися конференції та семінари ВООЗ.

У 1983 р. в УРСР існувало 88 станцій та 663 відділи, в яких працювало близько 4 000 лікарів і близько 5 000 осіб середнього медичного персоналу та було близько 4000 санітарних автомашин. У містах та великих сільськогосподарських районних центрах вже у 70-80-тих роках ХХ століття існували спеціалізовані бригади швидкої медичної допомоги: реанімаційні, кардіологічні, токсикологічні, неврологічні, педіатричні тощо.

Ще у 70 роки минулого сторіччя у СРСР з метою оптимізації обслуговування пацієнтів система екстреної медичної допомоги була розділена на дві окремі системи: система швидкої медичної допомоги (ШМД) та система невідкладної медичної допомоги (НМД), низові ланки яких були підпорядковані керівництву різних закладів, мали різні координуючі та функціонально-методичні центри.

Після розпаду Радянського Союзу в державах СНД розвиток цих систем пішов за різними напрямками.

2.2. Аналіз проблемних питань надання екстреної медичної допомоги в Україні

Законодавство України у сфері надання екстреної медичної допомоги базується на Конституції України [2], законах України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [27], «Про екстрену медичну допомогу» [28], півтора десятках постанов Кабінету міністрів і два десятки наказів МОЗ. У деяких аспектах ці документи не узгоджуються одне з одним і навіть суперечать.

Відповідно до нормативно-законодавчої бази основними принципами функціонування системи екстреної медичної допомоги є:

- постійна готовність до надання екстреної медичної допомоги;
- оперативне та цілодобове реагування на виклики екстреної медичної допомоги;
- доступність та безоплатність екстреної медичної допомоги, її своєчасність, якість та пріоритетність;
- послідовність та безперервність надання екстреної медичної допомоги та її відповідність єдиним вимогам;
- регіональна екстериторіальність.

Вивчення реального стану структури та функціонування системи НМД в Україні проведено на основі статистичної обробки даних звітів обласних управлінь охорони здоров'я (Ф. 47, та Ф. 20) та матеріалів Центру медичної статистики МОЗ України [29] (рис. 2.1).

Адміністративна територія (автономна республіка, область, місто)	Кількість закладів, що мають відділення НМД			Штатне забезпечення відділень (пунктів) НМД			Кількість виїздів на 1 посаду НМД	Кількість виїздів на 1 посаду станції ШМД
	Всього	в тому числі для дорослих	в тому числі для дітей	Всього	Лікарі	Середній медперсонал		
Автономна Республіка Крим	2	1	1	33,50	10,50	18,00	305,5	257,4
	2	1	1	32,50	9,50	18,00	238,1	263,5
Волинська	1	–	1	9,0	5,00	4,00	648,8	326,75
	1	–	1	10,0	6,00	4,00	666,3	321,9
Дніпропетровська	2	2	–	13,5	4,5	8,5	601,9	286,0
	2	2	–	13,75	4,5	9,25	586,7	283,9
Донецька	7	7	–	48,25	3,50	24,25	1336,8	193,1
	4	4	–	24,75	2,0	10,75	1808	192,1
Житомирська	3	3	–	9,75	3,25	6,50	1009,7	309,9
	3	3	–	9,75	3,25	6,50	943,4	310,5
Закарпатська	–	–	–	–	–	–	–	–
	1	–	1	3,0	2,0	1,0	524,7	262,4
Запорізька	25	16	9	97,00	36,5	45,5	1516,1	216,7
	24	15	9	95,75	35,5	45,75	1539,2	218,3
Кіровоградська	3	3	–	27,25	–	16,50	264,4	305,7
	3	3	–	26,5	–	16,50	251,4	310,7
Львівська	2	1	1	4,50	–	4,50	714,7	243,75
	2	1	1	4,50	–	4,50	714	244,0
Миколаївська	3	3	–	7,5	–	7,0	999,9	274,3
	1	1	–	3,5	–	3,5	932,9	273,6
Одеська	2	2	–	11,00	4,50	6,50	1208,3	244,3
	2	2	–	11,50	4,50	7,0	1508,1	243,0
Полтавська	23	16	7	24,50	8,25	16,25	2683,1	295,4
	23	16	7	24,50	8,25	16,25	2589,6	286,8
Сумська	2	1	1	2,5	2,5	–	95,4	263,1
	1	–	1	5,75	2,5	2,25	76	263,7
Харківська	5	5	–	13,75	0,25	13,5	941,9	289,8
	6	5	1	7,75	0,25	7,5	1253,5	292,9
Хмельницька	1	1	–	4,75	–	4,75	57,1	282,3
	1	1	–	4,75	–	4,75	65,1	284,3
Чернівецька	1	–	1	1,0	1,0	–	1754	253,4
	1	–	1	1,0	1,0	–	1923	247,2
м. Київ	47	30	17	1015,25	339,5	510,75	437,6	213,3
	47	30	17	1006,0	335,0	507,25	436,1	215,2
Україна	129	91	38	1322,5	419,25	686,5	606,0	263,7
	124	84	40	1308,25	419,5	678,0	588,9	263,7

Рис. 2.1. Відділення, пункти невідкладної медичної допомоги в закладах України

Як видно із таблиці в 2016 р. – 129, а в 2017 р. – 124 медичні заклади України утримують такі відділення (пункти). Причому відділення (пункти) НМД вдома працюють лише в 17 із 27 адміністративних територій. Згідно з даними Центру медичної статистики МОЗ України взагалі відсутні системи НМД при амбулаторно-поліклінічних закладах Вінницької, Івано-

Франківської, Київської, Луганської, Рівненської, Тернопільської, Херсонської, Черкаської, Чернігівської областей, які з цього приводу не включені до таблиці; вперше в 2017 р. одне таке відділення з'явилося в статистичному звіті Закарпатської області.

Найбільш розвинена система НМД в м. Києві – такі підрозділи містять 47 медичних закладів (30 для дорослих та 17 для дітей), де вона досить успішно координує свою діяльність зі станцією ШМД та значно розвантажує станції швидкої медичної допомоги (СШМД) від невластивих для неї функцій (наприклад, виконання процедур на дому тяжким хронічним хворим). Це дозволило станції ШМД м. Києва виконати найменшу відносну загальну кількість усіх виїздів (бригади ШМД надали допомогу 19,0% жителям Києва, для порівняння в Чернігівській області – 32,8%) і при цьому надати допомогу значно більшому відсотку населення (в Києві – 3,3%), постраждалому від нещасних випадків та травм, порівняно, наприклад, із сільським населенням Чернігівської області (1,2%).

Всього система невідкладної медичної допомоги в 2017 р. виконала 770 294 виїзди, в тому числі: 369 223 (47,9%) виїзди – за викликами населення, 157 582 (20,5%) – за викликами СШМД, 40 706 (5,3%) – за викликами поліклінік, 202 784 (26,3%) – для виконання процедур. У 2016 р. було виконано 801 179 виїздів, що незначно більше, ніж у 2017 р. (на 30 885 виїздів, або на 4,0%), в тому числі 391 514 виїздів за викликами населення, 156 439 – за викликами СШМД, 40 154 – за викликами поліклінік, 212 009 – для виконання процедур. Крім того, в 2017 р. відділення (пункти) НМД надали медичну допомогу 711 451 особі амбулаторно (в 2016 р. – 728 167 особам).

У таблиці (рис. 2.1) приведені розрахункові значення середньої по державі кількості виїздів фахівців НМД та ШМД до хворих, розраховані на одного працюючого в системі СШМД та відділень (пунктів) НМД, а на рис. 2.2. представлена графічна інтерпретація цього показника.

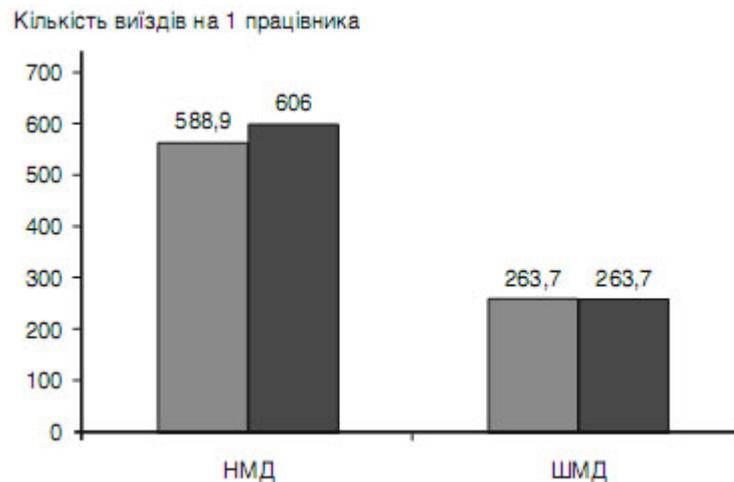


Рис. 2.2. Кількість виїздів на одного працівника НМД та ШМД

Аналіз діючої мережі та показників функціонування системи НМД дозволяє відмітити, що при однакових юридичних та нормативних підставах для розгортання та використання системи НМД кожний регіон вирішує питання щодо мережі цієї системи та її функціонування на власний розсуд. Єдиного в державі методичного та функціонального керівництва, обґрунтованого та контролюючого функціонування системи НМД на цей час немає.

Кількість закладів, які фактично мають відділення (пункти) НМД в різних регіонах, не корелює з чисельністю населення, співвідношення виїздів для реалізації чотирьох названих вище функцій навіть там, де є система пунктів НМД, – різне. Так, в Дніпропетровській, Полтавській, Харківській областях та у м. Києві більше половини виїздів здійснюються для виконання призначених процедур на дому; в Волинській, Львівській, Сумській, Хмельницькій, Чернівецькій областях такі виїзди зовсім не здійснюються.

Складається враження про відсутність єдиного в державі системного концептуального підходу до доцільності системи. Дослідження свідчать про економічну доцільність та корисність для населення її існування. Як показав аналіз, продуктивність її праці вища за продуктивність ШМД, кількість виїздів персоналу НМД на 1 посаду по Україні вдвічі перевищує аналогічний показник для системи ШМД, що певною мірою свідчить про вищу

продуктивність праці в системі НМД порівняно з системою ШМД. Отже можна зробити висновок про доцільність з економічної точки зору перекласти частину роботи, яку виконують сьогодні бригади ШМД, на систему НМД.

Перша спроба ввести ряд положень щодо цієї системи наказом МОЗ України від 29.08.2008 р. №500 «Про заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні» [30] виглядає не зовсім вдалою. В тексті самого наказу не визначаються заходи щодо створення відділень (пунктів) та терміни їх створення в регіонах, де вони відсутні, та реорганізації там, де вони працюють не за запропонованими наказом нормативами. Нормативна частина положень не визначає обов'язкового складу виїзної бригади (фельдшерської чи лікарської та співвідношення їх кількості). Основні нормативні функції покладені на місцеві органи управління охорони здоров'я, щодо реальних прав та фінансових можливостей яких у період розбудови системи не є досконалыми.

Підсумовуючи сучасний стан системи екстреної медичної допомоги в Україні необхідно констатувати наступне. Основним показником, який характеризує, на жаль не з кращої сторони, роботу вітчизняної системи є той факт, що Україна посідає друге місце в світі за кількістю смертей на 100 тис. населення. Пояснюють цей трагічний показник перелічені нижче проблеми [31].

Перша проблема – недосконала організація раннього доступу до надання першої допомоги. Згідно з доказовими дослідженнями, статистично значуще зростання показників виживання серед пацієнтів екстреної медичної допомоги досягається лише у разі, коли пацієнти можуть розраховувати на початок такої допомоги не пізніше ніж через 4 хвилини після настання екстреної ситуації. Настільки ранній доступ можливий лише у разі надання ефективної першої допомоги та забезпечення базової підтримки життя безпосередніми свідками на місці події. Хоча такі особи не можуть замінити професійних медичних

працівників, вони можуть допомогти підтримати життя до прибуття професіоналів.

В Україні навички першої допомоги формально є частиною підготовки деяких фахівців (рятувальників аварійно-рятувальних служб, поліцейських тощо). Проте поточний підхід до їх підготовки не є ефективним через ряд причин:

- не існує ефективного механізму контролю якості знань за результатами освітніх заходів;

- не існує реєстру осіб, які пройшли тренінги з надання першої допомоги, відсутній механізм оперативного залучення їх до надання першої допомоги у разі настання нещасного випадку або надзвичайної ситуації;

- добровольці, які наважуються рятувати людину до приїзду швидкої, ніяк не захищені законодавством від притягнення до відповідальності у разі, коли людині все-таки не вдасться зберегти життя.

Друга проблема – недостатня швидкість прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події [31]. Сьогодні в Україні, згідно з офіційною статистикою, у 90 відсотках випадків виклику екстреної медичної допомоги у містах така бригада прибуває на місце події до 10 хвилин і у 85 відсотках у сільській місцевості – до 20 хвилин. Однак через відсутність чіткого контролю виїздів бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги шляхом GPS-навігації та єдиних оперативно-диспетчерських інформаційних систем існує значний ризик заниження офіційних показників часу доїзду [31].

Третя, найбільша проблема – незадовільна якість надання медичної допомоги на догоспітальному етапі [31]. Сьогодні в Україні можливості бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги (переважна більшість з яких є фельдшерськими, тобто складається з фельдшера, водія і, іноді, медсестри) надавати екстрену медичну допомогу високої якості є вкрай обмеженими, оскільки:

професійна підготовка лікарів, фельдшерів здійснюється за стандартним принципом підготовки медичних працівників без достатнього врахування особливостей роботи в умовах надзвичайної ситуації;

незважаючи на наявність у складі таких бригад інших працівників, зазначені члени бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги не мають достатньої підготовки, щоб надати таку допомогу ефективно в проведенні реанімаційних заходів; крім того, участь у наданні екстреної медичної допомоги не входить у функціональні обов'язки водія бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

Четверта проблема – незадовільна якість та швидкість надання екстреної медичної допомоги на госпітальному етапі. Шанси пацієнта не лише своєчасно потрапити в лікарню, але і бути успішно пролікованим, прямо залежать від підходів до організації надання екстреної медичної допомоги на госпітальному етапі. Ймовірність летального випадку, в тому числі через додаткові ускладнення, сьогодні збільшують такі чинники:

невідповідність сучасним вимогам надання екстреної медичної допомоги у відділеннях екстреної (невідкладеної) медичної допомоги закладів охорони здоров'я, що приймають пацієнтів;

неспроможність більшості закладів охорони здоров'я, куди доставляють пацієнтів, провести повноцінну діагностику і надати комплексну медичну допомогу хворому, який перебуває у невідкладному стані;

транспортування хворих, які перебувають у невідкладному стані, за територіальним принципом;

відсутність чітких моделей комунікації та координації між бригадою екстреної (швидкої) медичної допомоги та відділенням екстреної (невідкладної) медичної допомоги;

відсутність чітких моделей координації між відділеннями лікарні під час роботи із складними невідкладними випадками.

Крім безпосереднього впливу на перебіг захворювання та невідкладного стану пацієнта, нескоординовані процеси на рівні лікарні призводять до неефективного використання ліжкового фонду та робочого часу медичних працівників.

П'ята проблема – низька спроможність системи екстреної медичної допомоги своєчасно забезпечити достатній об'єм якісної медичної допомоги у разі виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків.

Отже, система екстреної медичної допомоги в Україні вже тривалий час перебуває у стані чергового реформування, метою якої є трансформування екстреної медичної допомоги у парамедичну.

2.3. Напрями реформування системи екстреної медичної допомоги в Україні

Служба екстреної медичної допомоги в Україні, або як її звикли називати у народі – «швидкої» за час свого існування зазнала багато змін, і нині перебуває у стані чергової реформи, метою якої є трансформування екстреної медичної допомоги у парамедичну. Цей процес триває вже понад сім років від часу ухвалення відповідного закону «Про екстрену медичну допомогу» [28].

Суттєвий крок у реформі сфери охорони здоров'я було зроблено у 2017 році, коли в Україні було офіційно запущено реформу системи охорони здоров'я, розраховану на три роки. Розпочато її з так званої «первинної ланки», до якої відносяться сімейні лікарі, терапевти й педіатри. Крім того, перший етап стосується і служби екстреної медичної допомоги.

Один з розробників реформи Олександр Лінчевський, який у 2017 році обіймав посаду заступника міністра охорони здоров'я України, оголосив перелік напрямів, за якими змінюватимуть систему надання екстреної медичної допомоги. Зокрема, передбачено створення сучасних

диспетчерських і кол-центрів, розширення мережі підстанцій, створення відділень екстреної меддопомоги в лікарнях, підвищення кваліфікації лікарів і фельдшерів, реорганізацію бригад екстреної допомоги в бригади парамедиків, а також медичне тренування для поліцейських і пожежників і дозволити їм це робити в разі потреби. Заплановані зміни мали за мету привести українську систему екстреної медичної допомоги до західних стандартів [33].

На цей час в Україні працюють два типи бригад «швидкої» – лікарські та фельдшерські. Перші складаються з лікаря, фельдшера, медсестри та водія, другі працюють без лікаря. В окремих випадках на виклик приїздять спеціалізовані бригади, наприклад, кардіологічні або психіатричні.

Розробники реформи у МОЗ вважали, що утримання таких великих бригад є недоцільним, тому в межах реформи планувалося замінити їх бригадами парамедиків. На екстрений виклик можуть приїздити два парамедики і водій, або взагалі лише парамедик і водій, який має навички надання першої допомоги.

Але такі пропозиції спричинили хвилю обурення серед медиків – вони вважають що Україні просто нав'язують іноземні стандарти без огляду на потреби суспільства. Схематично системи надання екстреної допомоги в світі поділяють на два типи. Так званий «англо-американський» передбачає максимально швидке доправлення пацієнта до лікарні й тому не потребує в складі бригади фахівців-лікарів. У «франко-німецькій» системі на виклик можуть приїздити не лише парамедики: за нагальної потреби до хворого на виклик відправляється й лікар.

Зі слів чиновників МОЗ, Україні ближча «англо-американська» система – саме її рекомендувала ВООЗ. Як пояснила чинна на той час виконувачка обов'язків міністра охорони здоров'я Уляна Супрун, визначені напрями реформи ґрунтувалися на статистичних даних за попередні роки. Так, у 2016 році з дев'яти з половиною мільйонів викликів лише у двох з половиною

мільйонах випадків люди потребували госпіталізації. Отже у більшості випадків пацієнтам було би достатньо телефонної консультації лікарів.

За ідеологією реформи, лікарів з екстрених бригад планувалося не скорочуватимуть, а переводити до лікарень інтенсивної терапії, щоправда таких лікарень в Україні налічуються одиниці, а формування таких спеціальних закладів потребуватиме часу. Логіка реформи була наступною – спочатку треба подивитися на фахівців, розпорошених по різних лікарнях міст, зібрати максимальну їхню концентрацію, а потім дивитися, в яких областях бракує яких лікарів для такої лікарні або відділення.

На думку президента Асоціації працівників швидкої та невідкладної меддопомоги та медицини катастроф Анатолія Роу, «американізація» України не підходить, оскільки госпітальна база не готова приймати велику кількість пацієнтів [38]. Крім того, ініційоване МОЗ запровадження «парамедиків» є лише зміною «фасаду, від якого нічого не зміниться». Це призведе лише до внесення змін до відповідних нормативних документів, при цьому рівень надання допомоги від цього не покращиться.

Крім того, на цей час в Україні так і не ухвалили алгоритми роботи для бригад і диспетчерів, як це працює на Заході. У роботі «швидкої» на фактично відсутній системний підхід - є хаотичне нагромадження в кожній області. Позитивним є те, що система працює хоча б у межах областей, а не по кожному віддаленому окремому району. Сучасні диспетчерські центри діють лише в Києві, Дніпрі, Полтаві й Харкові. Щоби вони запрацювали в решті обласних центрів, за оцінками експертів, необхідно близько 300 мільйонів гривень. Ці гроші в умовах бюджетної децентралізації регіонам доведеться шукати з власних резервів.

Отже, без державної підтримки реформа успішною не буде. Крім того, він вважає, що реформаторський акцент слід змістити: Працівники екстреної допомоги працюють в дуже важких умовах. Є колосальна кадрова проблема, яку треба вирішувати, треба підняти престиж роботи медичного працівника. А щоби підняти престиж роботи, треба створити умови для його роботи –

обладнати підстанції, відділення, надати сучасний санітарний автомобіль, і забезпечити відповідну оплату праці.

Іншим напрямом реформи МОЗ визначило роботу з пацієнтами. Стару традицію, коли щось кольнуло – викликаємо «швидку», планується змінювати. «Швидка» має викликатися коли є реальна небезпека для життя людини.

Швидку медичну допомогу розділяють на екстрену (необхідна термінова госпіталізація) та невідкладну (у людини загострення хронічної хвороби, висока температура та тиск).

Бригаду екстреної допомоги потрібно викликати, якщо наявні: серйозні травми (поранення, переломи, опіки, важкі забої, травми голови); раптовий больовий синдром, судоми; головний біль, що супроводжується запамороченням і нудотою; гострий біль у черевній порожнині та поперековому відділі; зовнішня кровотеча, блювання кров'ю; втрата свідомості; раптовий розлад дихання; порушення мови, слабкість у кінцівках; гіпо- та гіперглікемічна кома; гіпертермічний синдром; ознаки гострого отруєння; анафілактичний шок (у тому числі викликаний укусами змій і тварин); тепловий удар або переохолодження; асфіксія всіх видів (утоплення, потрапляння сторонніх тіл у дихальні шляхи, задуха); гострі психічні розлади (поведінка, небезпечна для життя хворого й довколишніх); передчасні пологи, викидень, кровотеча.

Бригада невідкладної допомоги приїжджає, коли загрози для життя немає, але є для здоров'я. Отже, викликати цю бригаду є можливість, якщо наявні: головний біль на тлі мігрені, підвищення температури, зміни тиску; біль в огрудді, пов'язаний із рухом і диханням; больовий синдром у суглобах, хребті (невралгія, радикуліт, після зазваної травми, операції, у онкохворих); біль у животі, на тлі встановленого діагнозу «хронічний гастрит», виразка дванадцятипалої кишки; біль у вухах, горлі, м'язах при підвищенні температури.

Бригада невідкладної допомоги може приїжджати через 2–3 години, а екстрена – через 10–20 хвилин після виклику.

У всіх інших випадках пацієнти мають звертатися до сімейного лікаря.

Новий етап реформування системи охорони здоров'я в Україні пов'язаний з приходом нової політичної еліти і зміною Уряду та керівництва МОЗ зокрема. Український уряд 27 листопада 2019 року схвалив програму медичних гарантій і чотири державні стратегії у сфері охорони здоров'я [35]:

- державну стратегію у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та вірусних гепатитів до 2030 року,
- стратегію розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб до 2022 року,
- стратегію забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту до 2025 року;
- державну стратегію розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги.

Програма мала запрацювати з 1 квітня 2020 року та діяти для всіх видів допомоги: первинної, спеціалізованої, високоспеціалізованої, екстреної, паліативної, медичної реабілітації та реімбурсації ліків. Держава фінансуватиме такі послуги через Національну службу здоров'я України.

Зазначається, що у такий спосіб нові правила фінансування почнуть працювати для спеціалізованої медичної допомоги, так званої вторинної ланки. Для цього медичні заклади вторинного рівня мають укласти договори з Національною службою здоров'я.

Держава фінансуватиме витрати на:

- надання екстреної медичної допомоги;
- послуги профільного лікаря, до якого направив сімейний лікар;
- медичну допомогу, яка надається у випадку тривалих, складних захворювань (онкологія, СНІД, ускладнення у післяопераційний період);

– паліативну медичну допомогу, обслуговування невиліковних хвороб та медичну реабілітацію.

Окрім того, безкоштовним буде лікування дітей до 16 років та медична допомога у зв'язку з пологами.

Крім вище зазначених стратегій та програм, МОЗ зазначило, що система екстреної медичної допомоги потребує відчутних змін і реформа «швидкої» є одним з пріоритетів МОЗ на 2019 рік. Так, у Державному бюджеті на 2019 рік на фінансування екстреної медичної допомоги через механізм субвенції виділено близько 6 млрд. грн. [36].

Щоб у наданні екстреної медичної допомоги дійсно відбулися системні зміни, потрібні:

- підвищення кваліфікації бригад до рівня світових стандартів надання екстреної медичної допомоги;
- підвищення зарплати для фахівців, які пройшли навчання сучасним методикам врятування життя;
- новий, сучасний транспорт, оснащений необхідним обладнанням;
- сучасні диспетчерські служби по всій Україні, об'єднані єдиною електронною системою.

У межах всієї країни такі зміни обійдуться українському бюджету в додаткових 10 млрд. грн.

Перетворення вище визначених вимог щодо реформування системи екстреної медичної допомоги в Україні на конкретні кроки були зроблені у травні 2019 року, коли постановою Кабінету міністрів № 383-р від 22.05.2019 було схвалено Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги [31].

Згідно даної постанови реалізація реформи системи екстреної медичної допомоги передбачена за такими напрямками [31]:

- забезпечення ефективної першої допомоги на місці події особами, що не мають медичної освіти;

- удосконалення догоспітальної категоризації викликів екстреної медичної допомоги;
- нова модель розподілу посадових обов'язків в системі екстреної медичної допомоги та зміни у підготовці та перевірці кваліфікації фахівців;
- управління якістю послуг екстреної медичної допомоги;
- нові підходи до організації екстреної медичної допомоги на госпітальному етапі у разі перебування людини у невідкладному стані;
- реагування на надзвичайні ситуації;
- профілактика невідкладних станів.

Реалізацію Концепції планується здійснювати протягом 2019-2023 рр. двома етапами: перший етап – 2019-2020 роки, другий етап – 2021-2023 рр.

У межах реалізації Концепції у 2019 році МОЗ України розпочало перший етап реформи екстреної медичної допомоги у формі пілотного проекту, який стартував є у Донецькій, Одеській, Тернопільській, Полтавській, Вінницькій областях та місті Києві.

Пілотний проєкт розпочато в областях, які мають інфраструктуру, можливості для перекваліфікації медиків та продемонстрували свою управлінську ефективність під час реформи первинної медичної допомоги. Він має продемонструвати, як швидко можна забезпечити усі регіони новими автомобілями і модернізувати усі диспетчерські, які могли б працювати як єдиний механізм. Для цього призначено додатковий 1 млрд грн., закладений у державному бюджеті на 2020 рік. Проєкт має забезпечити помітні зміни, поки інші області будуть готуватися.

Підсумовуючи вище наведене, можна констатувати, що сьогодні Уряд і суспільство усвідомлюють важливість системи екстреної медичної допомоги як одного з найнадійніших та найважливіших гвинтиків у всій системі охорони здоров'я. Тому МОЗ визначило одним з найважливіших завдань реформи сфери охорони здоров'я України – сприяти створенню умов, за яких так звана «швидка допомога» буде ще швидшою, а сама допомога – якіснішою.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЕКСТРЕНОЮ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ У КНП «МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ № 6» ДНІПРОВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

3.1. Еволюція розвитку та сучасний стан Комунального некомерційного підприємства «Міська клінічна лікарня № 6» Дніпровської міської ради

Відповідно до Статуту [38] Комунальне некомерційне підприємство «Міська клінічна лікарня № 6» Дніпровської міської ради – багатoproфільний лікувально-профілактичний заклад, який надає широке коло медичних послуг населенню.

В кінці 60-х років, у зв'язку з розвитком лівобережної частини міста Дніпропетровська (нині – Дніпро) та утворенням в 1974 р. нового адміністративного району міста – Індустріального, для медичного забезпечення населення і робітників промислових підприємств була відкрита поліклініка № 1. Інтенсивна забудова житла в районі та інтенсивний розвиток промисловості вимагав і розвитку мережі дитячих лікувальних закладів.

У 1969 р. був збудований дитячий стаціонар на 145 ліжок і мережа дитячих поліклінік під загальною назвою – міська дитяча лікарня № 7.

У 1972 р. вводиться в експлуатацію два стаціонарних корпуси та поліклініка № 1 на 750 відвідувань за зміну, які були об'єднані в новий лікувальний заклад – Дніпропетровська міська лікарня № 6. Офіційна дата відкриття лікарні – 17 квітня 1972 р. Першим головним лікарем закладу був Пономарьов Олексій Павлович. Для стаціонарного медичного обслуговування мешканців АНД, Самарського та Індустріального районів відкриваються відділення: хірургічне, проктологічне (пізніше сформоване як обласний проктологічний центр), терапевтичне, гастроентерологічне, неврологічне, офтальмологічне, урологічне та травматологічне.

В кінці 1972р. на базі лікарні була відкрита кафедра факультетської хірургії Дніпропетровського медичного інституту, яку очолював на той час Дорогань Д.А., декан лікувального факультету.

На початок 1982 року потреба населення в стаціонарній допомозі розширюється у зв'язку зі значним зростанням чисельності населення в житлових районах Клочко, Березинський, Лівобережний. За рахунок коштів Міністерства чорної металургії та зі значним розширенням промислового виробництва трубопрокатного заводу, у 1989 р. вводиться в дію новий хірургічний корпус і ліжкова потужність стаціонарного комплексу лікарні збільшується до 862 ліжок. Було відкрито ряд нових лікувально-діагностичних відділень. Відділення хірургічного профілю (70% стаціонарних ліжок) – це основна спеціалізація медичного закладу.

Значний внесок в становлення та розвиток лікарні, її служб та підрозділів, в підготовці висококваліфікованих спеціалістів внесли: Вінник Юрій Борисович, Щипачова Ольга Костянтинівна, Бойко Анатолій Михайлович, Піддубняк Станіслав Григорович, Златкін Володимир Володимирович, Сутиріна Валентина Григорівна, Мелешко Наталія Іванівна, Буравльова Галина Миколаївна, Красільщик Давид Захарович.

У зв'язку з проведенням реформування галузі, в Дніпропетровській області зокрема, за рішенням сесії Дніпропетровської міської ради (листопад 2011 р.) основні фонди амбулаторно-поліклінічної служби лікарні, у вигляді будівель та майна передані створеному Центру первинної медико-санітарної допомоги № 9.

У 2012 р. за рішенням сесії Дніпропетровської обласної ради, Дніпропетровська міська лікарня № 6 змінила свою форму комунальної власності та назву лікувального закладу: Комунальний заклад «Дніпропетровська шоста міська клінічна лікарня «Дніпропетровської обласної ради» (КЗ «Дніпропетровська ШМКЛ» ДОР»).

В структурі лікарні відтепер 479 стаціонарних ліжок, які цілодобово надають вторинну (спеціалізовану) невідкладну та планову медичну допомогу

жителям лівобережної частини міста Індустріального, Амур-Нижньодніпровського та Самарського районів міста. Відділення хірургічного профілю надає медичну допомогу жителям Дніпропетровського та Магдалинівського районів.

Загальна чисельність населення районів медичного обслуговування лікарні 480 тис. жителів. Амбулаторна медична допомога забезпечується консультативно-діагностичними відділеннями КДВ № 1 та КДВ № 2, розташованими на базі амбулаторій за адресами вул. Батумська, 13 та пров.Фестивальний,1 .

На теперішній час Комунальне некомерційне підприємство «Міська клінічна лікарня № 6» Дніпровської міської ради – це авторитетний медичний заклад, що має вищу акредитаційну категорію, який працює та розвивається за сучасними новітніми технологіями.

Сьогодні лікарню очолює генеральний директор Чорний Валерій Іванович.

Гордістю лікарні є шановані високопрофесійні спеціалісти – Курбан О.Є., Моренець М.П., Подвігіна Т.В., Сутиріна І.Г., Лисогоря О.М., Юрченко С.Г., Татаренко В.А., Пілін Є.В., Петулько В.Г., Тельнова О.І., Бендецька Р.Ю., Безпалій В.В., Голубничий О.В., Гришина Л.М., Резник В.В., Ющенко І.В., Білокуров Г.В., Федотова І.В., Поступінський С.С., Юрченко Л.В., Лугова Л.Л., Полях О.В., Лаврищев О.Д., Ковальчук П.П. та інші.

Комунальний заклад Комунальне некомерційне підприємство «Міська клінічна лікарня № 6» Дніпровської міської ради – це сучасний багатопрофільний лікувально-профілактичний заклад, цілодобово надає спеціалізовану невідкладну і планову медичну допомогу населенню всієї лівобережної частини міста, Магдалинівського і Дніпропетровського районів області, всім, хто звернувся або доставленим в ургентному порядку, пацієнтам, незалежно від їх місця проживання або прописки.

Повна назва закладу – Комунальне некомерційне підприємство «Міська клінічна лікарня № 6» Дніпровської міської ради. Скорочена назва – КНП «МКЛ № 6» ДМР. Код ЄДРПОУ 01984441.

У своїй діяльності Комунальне некомерційне підприємство «Міська клінічна лікарня № 6» Дніпровської міської ради керується Конституцією України, Законами України, в т. ч. Законами України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про запобігання корупції», постановами Верховної Ради України, указами Президента України, постановами Кабінету Міністрів України, наказами МОН і МОЗ України, іншими нормативно-правовими актами, Статутом КНП «МКЛ № 6» ДМР, Колективним договором КНП «МКЛ № 6» ДМР, внутрішніми наказами та положеннями.

КНП «МКЛ № 6» ДМР є суб'єктом, що здійснює діяльність на медичному ринку, функціонує у системі відносин інституту державної і комунальної медицини, приватної підприємницької діяльності, інституту публічної влади (Міністерства охорони здоров'я, Національної служби здоров'я, регіональних органів державного управління, органів місцевого самоврядування, інших суб'єктів управління), суспільно-громадського інституту, що уособлює інтереси споживачів медичної допомоги та медичних послуг, регуляторного інституту (системи класифікаторів, норм та правил регулювання діяльності суб'єктів ринку, стандартів лікування, клінічних протоколів), страхових компаній, міжнародних донорських організацій.

Визначальне значення для забезпечення функціонування національної моделі ринку охорони здоров'я мають: Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025, Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України, Закон України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів.

Робота підприємства здійснюється на підставі отриманої ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики.

Комунальне некомерційне підприємство «Міська клінічна лікарня № 6» Дніпровської міської ради знаходиться за адресою: Україна, 49000, м. Дніпро, вул. Батумська, 13. E-mail: 6-th_gkb@ukr.net, тел.: 095-210-31-50 – приймальне відділення, 096-201-83-75 – реєстратура Консультативно-діагностичного відділення, 096-986-78-36 – травмпункт, 063-808-91-43 – приймальня.

Основний вид діяльності комунального некомерційного підприємства – 86.10 «Діяльність лікарняних закладів» – надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, у том числі невідкладної, необхідної для забезпечення належної діагностики та лікування хвороб, травм та інших розладів здоров'я.

Предметом діяльності підприємства є створення умов, необхідних для забезпечення доступної та якісної медичної допомоги населенню, організації належного управління внутрішнім лікувально-діагностичним процесом. Лікарня здійснює надання пацієнтам відповідно до вимог чинного законодавства України на безвідплатній основі послуг вторинної (спеціалізованої) стаціонарної медичної допомоги, у тому числі екстреної (невідкладної). Забезпечується своєчасне та якісне проведення лікування пацієнтів з використанням комплексу необхідних і доступних методів діагностики та лікування із забезпеченням принципів безперервності, послідовності та етапності, індивідуального підходу в організації та здійсненні лікування, надання пацієнтам на безвідплатній основі спеціалізованої амбулаторної медичної допомоги.

КНП надає численні медичні послуги населенню.

Організаційна структура КНП представлена детально – Комунальне некомерційне підприємство «Міська клінічна лікарня № 6» Дніпровської міської ради – Дніпровська міська рада, dniprograda.gov.ua, коротко – у табл. 3.1.

Управління лікарнею здійснюється генеральним директором, який призначається та звільняється після проходження процедури конкурсного відбору. Генеральний директор відповідає за забезпечення лікувально-профілактичної та наукової роботи закладу.

Таблиця 3.1

Структура комунального некомерційного підприємства

№	Назва підрозділу	№	Назва підрозділу
1	Приймальне відділення	13	Терапевтичне відділення
2	Травмпункт	14	Урологічне відділення
3	Хірургічне відділення № 1	15	Неврологічне відділення
4	Хірургічне відділення № 2	16	Ревматологічне відділення
5	Хірургічне відділення № 3	17	Патологоанатомічне відділення
6	Проктологічне відділення	18	Інформаційно-аналітичний відділ медичної статистики
7	Відділення анестезіології та реанімації	19	Харчоблок
9	Рентгенологічне відділення	20	Адміністративно-господарча частина
10	Консультативно-діагностичне відділення	22	Бухгалтерія
11	Травматологічне відділення № 1	23	Відділ організаційно-кадрової роботи
12	Травматологічне відділення № 2	24	Адміністрація

Генеральний директор Комунального некомерційного підприємства «Міська клінічна лікарня № 6» Дніпровської міської ради:

- вирішує питання лікувально-профілактичної діяльності закладу;
- здійснює загальне керівництво діяльністю структурних підрозділів лікарні;
- несе відповідальність за якість та культуру медичного обслуговування пацієнтів, придбання матеріалів і обладнання для забезпечення лікувальної роботи;
- несе відповідальність за забезпечення належного санітарно-гігієнічного і протиепідемічного режиму;
- дотримується вимог чинного законодавства, загальнодержавної та внутрішньої нормативної бази та посадової інструкції;
- забезпечує вирішення організаційно-управлінських і медико-технологічних питань діяльності лікарні;
- несе відповідальність за діяльність закладу та виконання покладених на нього завдань та функцій, а також за свої рішення та дії;
- організовує надання спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню відповідно до існуючих стандартів якості.

Розпорядження та вказівки генерального директора є обов'язковими для всіх працівників КНП.

Для керівництва структурними підрозділами генеральний директор може призначати завідувачів відповідними структурними підрозділами. Відповідальність за лікувально-профілактичну, господарську та іншу діяльність структурного підрозділу несе завідувач структурного підрозділу.

Організація роботи лікарні забезпечує раціональне використання ліжкового фонду, про що свідчать показники роботи ліжка в динаміці і у порівнянні із середньо-обласним. Лікарня готова до надання допомоги при масових надходженнях в результаті надзвичайних ситуаціях.

Потреба населення міста та прилеглої території в ліжках для екстреної госпіталізації задоволена і на перспективу, надається екстрена медична допомога населенню та військовослужбовцям.

Постійне удосконалення лікувально-діагностичного процесу, підвищення оперативності в наданні спеціалізованої екстреної медичної допомоги дозволяють скорочувати терміни лікування хворих у стаціонарі.

Упровадження нових форм і методів роботи, освоєння і впровадження нових методів діагностики і лікування раптових захворювань та нещасних випадків дозволили стабілізувати на високому рівні госпітальну летальність від гострого інфаркту міокарда, гострих отруень, гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини.

КНП має висококваліфікований персонал та є клінічною базою для семи кафедр Дніпровської медичної академії. Науково-педагогічні працівники цих кафедр здійснюють постійну консультативну допомогу лікарям-спеціалістам КНП Міська клінічна лікарня № 6» Дніпровської міської ради. Стаціонарний комплекс закладу є базою для підготовки лікарів-інтернів по різних напрямкам.

Лікарня в 2020р. вступила в реформу медичної галузі. Заклад має резерви для подальшого покращання в своїй роботі і може бути лікарнею інтенсивного лікування в своєму госпітальному окрузі.

3.2. Забезпечення напрямів подальшого розвитку КНП «Міська клінічна лікарня № 6» Дніпровської міської ради

Напрями подальшого розвитку КНП «Міська клінічної лікарні № 6» Дніпровської міської ради визначаються:

– з одного боку – стратегією та програмами реформування сфери охорони здоров'я в Україні, зокрема Концепцію розвитку системи екстреної медичної допомоги;

– з іншого боку – процесами децентралізації влади, оскільки за статутом лікарня є комунальним медичним закладом, безпосередньо підпорядковується департаменту охорони здоров'я населення Дніпровської міської ради, та основним джерелом фінансування лікарні є міський бюджет [38].

Враховуючи нестабільність економічного стану в Україні, однією з найбільш складних проблем забезпечення функціонування та подальшого розвитку КНП Міської клінічної лікарні № 6» Дніпровської міської ради може стати питання фінансування поточної діяльності цього медичного закладу, програм і проектів його розвитку, зокрема пілотних проектів, у разі поширення діяльності за Концепцією на Дніпропетровську область. Адже, реформи охорони здоров'я є складовою і прямим продовженням загальних реформ в економіці країн світу, і не існує варіантів окремої модернізації галузі поза контекстом змін на макроекономічному рівні [39].

Відповідно до Уставу КНП «Міська клінічна лікарня № 6» Дніпровської міської ради крім основного джерела фінансування з бюджету міста Дніпра може використовувати такі додаткові джерела фінансування:

- кошти від передачі в оренду (за погодженням з уповноваженим органом) майна, закріпленого на праві оперативного управління, кошти на інше майно, одержане в результаті реалізації продукції (робіт, послуг);

- кошти, отриманні від установ, організацій та населення за надання платних медичних послуг, передбачених законодавством;

- цільові кошти;

- виплати за пролікованих хворих, що надходять від страхових фондів та компаній за надання платних послуг;

- кошти, отримані за здачу в оренду, продаж спрацьованого, застарілого і невикористаного майна, реалізація якого не суперечить чинному законодавству України;

- кошти, отримані від суб'єктів і юридичних осіб як відшкодування витрат на лікування хворих і потерпілих, погіршення здоров'я яких пов'язано з виробництвом, дорожньо-транспортними пригодами, хуліганськими протиправними діями, порушеннями протиепідемічного режиму, та інші кошти, отримання і використання яких не суперечить чинному законодавству України;

- кошти, отримані від приватних осіб, благодійних фондів і організацій тощо;

- додаткове бюджетне фінансування, що виділяється для запобігання та ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій.

Для організації оптимальної схеми фінансування лікарні та використання всіх можливих фінансових інструментів розглянемо досвід фінансування медичних закладів у найбільш успішних у цьому аспекті країнах Європи – Франції, Великій Британії, Швеції, Швейцарії, Німеччині.

Сучасна система охорони здоров'я Франції має централізований характер. Контролює діяльність системи охорони здоров'я Міністерство праці та соціального забезпечення. У країні запроваджено єдину страхову організацію – Національну лікарняну касу з величезною кількістю філіалів, розгалужених по всій території республіки. Філіали не конкурують з

Національною лікарняною касою, яка регулює їх діяльність, а підпорядковуються їй [40].

Медичне страхування у Франції є частиною соціального страхування Securite Sociale. Усі працюючі отримують соціальну страховку з обов'язковим її атрибутом – страховою карткою Carte Vitale. Ця картка забезпечує кожному застрахованому та членам його родини безоплатний сервіс щодо медичного обслуговування. Якщо в родині працюють і чоловік, і жінка, то діти записуються до страхової картки одного з них.

Водночас з обов'язковим соціальним медичним страхуванням у Франції існує добровільне страхування. Дедалі більше французьких роботодавців включають цей вид медичного страхування до соціального пакету. Наявність добровільного страхування в соціальному пакеті компанії значно підвищує її статус.

Основна проблема фінансування сфери охорони здоров'я Франції – великі темпи збільшення видатків на галузь (вони збільшуються швидше, ніж підвищується рівень загального добробуту у країні).

У Великобританії існує специфічний механізм фінансування медичної допомоги, в основу якого покладено державний принцип організації охорони здоров'я. Кожний громадянин приписаний до відповідного медичного центру за місцем проживання. При виникненні негараздів зі здоров'ям пацієнт повинен записатися на прийом до закріпленого за ним лікаря. Тривалість очікувань становить від кількох днів до тижня. За потреби термінової консультації пацієнт очікує, коли у лікаря з'явиться час на незапланований прийом. Терапевт встановлює первинний діагноз, направляє пацієнтів на діагностичні обстеження та консультації до вузькопрофільних спеціалістів.

Британською національною системою охорони здоров'я передбачаються значні пільги для пацієнтів на придбання лікарських засобів. Окремим категоріям громадян лікарські засоби надаються безкоштовно, зокрема дітям та підліткам до 16 років, студентам до 18 років та особам похилого віку, яким виповнилося 80 років. Для пенсіонерів діє система знижок

на фармацевтичні препарати, що визначається розміром пенсії та рівнем добробуту. Решта населення купує лікарські засоби за встановленою державою єдиною ціною, що становить близько 10 у.е.

Окремі регіони Королівства впроваджують власні моделі організації та фінансування охорони здоров'я. Наприклад, Оксфордська модель базується на командному принципі. Медичну допомогу подає спеціалізована команда фахівців упродовж усього лікування та реабілітації починаючи з діагностики конкретного клінічного випадку. Командний підхід забезпечує вищий рівень координації та кооперації провайдерів. Крім того, вони повністю задіяні в усьому лікувальному процесі, за що отримують грошову винагороду. Пацієнти та їх представники мають право вибору певної команди. Вибір пацієнта базується на об'єктивних даних щодо показників роботи команд, що занесені до спеціальних комп'ютерних файлів і загальнодоступні [41].

Оксфорд зацікавлений у такій моделі подання медичної допомоги, оскільки економить значні кошти за рахунок високої ефективності роботи системи. Провайдерів медичної допомоги приваблює в командній моделі повернення до контрольованого прийняття рішень та ціноутворення. Вони отримують більше самостійності, що водночас передбачає вищу відповідальність. Передбачається також, що спеціалісти команди й лікарі первинної медико-санітарної допомоги повинні працювати разом для того, щоб підібрати найбільш адекватнішу для кожного пацієнта схему лікування. Конкуренція між командами може призвести до значних негативних коливань якості подання медичної допомоги та її вартості [40]. Тому обов'язковим елементом при впровадженні моделі розробники вважають об'єктивність, доступність інформації про професійні якості кожного члена команди.

Державна політика Швеції в галузі охорони здоров'я спрямована на забезпечення рівних можливостей щодо отримання медичної допомоги і створення здорового способу життя для всіх членів суспільства. У 1983 р. було прийнято закон про охорону здоров'я, згідно з яким кожний громадянин має рівні права на медичну допомогу, відновлення здоров'я та профілактику

захворювань. Страхова система на випадок захворювання охоплює майже все населення країни.

Організація охорони здоров'я в Швейцарії базується на принципі обов'язковості медичного страхування кожним громадянином. Лікарняні каси передбачають обидва види страхування – обов'язкове та добровільне. Отже, пацієнту немає потреби шукати інші лікарняні каси для додаткових медичних послуг.

До відмітних ознак системи медичного обслуговування Швейцарії належить також особистий внесок пацієнта в лікарняну касу. Як і в інших європейських країнах, застрахований пацієнт сплачує лише 10% загальної суми лікування. Лікарняну касу пацієнт обирає за власним уподобанням. Його внески не залежать від прибутку, проте можуть відрізнятися в різних лікарняних касах. Останніми роками громадяни Швейцарії надають перевагу бонусній страховці, коли розмір внеску зменшується за умови нечастого звертання по медичну допомогу.

Лікарняні каси працюють виключно з лікарями та медичними закладами, що входять до переліку договірних закладів та спеціалістів. Можливість працювати із застрахованими пацієнтами надається кращим лікарням і гарантує пацієнтам високу якість медичного обслуговування.

Крім переліку медичних закладів у системі медичного обслуговування Швейцарії існує затверджений перелік лікарських засобів, вартість яких пацієнтові сплачується через систему медичного страхування.

У Німеччині історично склалося так, що система медичного страхування розв'язує власні завдання автономно й незалежно від державного бюджету. У системі медичного страхування розміри внесків відповідають рівню платоспроможності застрахованих. Медичні послуги надаються відповідно до стану здоров'я хворого й не залежать від розміру його особистих внесків. Ця методика забезпечує солідарне вирівнювання, згідно з яким здорові сплачують за хворих, молоді – за осіб похилого віку, забезпечені – за малозабезпечених.

У Німеччині поряд з обов'язковим медичним страхуванням передбачається добровільне. Кожний громадянин може бути членом певної лікарняної каси. У країні існують лікарняні каси двох видів [41]:

- загальна лікарняна каса міста або регіону, якою користуються робітники, службовці, студенти, безробітні та пенсіонери, заробітна плата або пенсія яких менша від мінімуму, який періодично переглядається;
- лікарняні фахові каси (ерзац-каси) для працівників різних галузей народного господарства.

Обов'язковим медичним страхуванням охоплено 90% населення країни. Страхові внески становлять близько 13,5% заробітної плати. Одну половину внеску сплачує працівник, іншу – роботодавець. Порівняно невеликий відсоток забезпечених громадян користується приватним медичним страхуванням, з яких 10 % отримують медичну допомогу безпосередньо через систему приватного добровільного страхування, 3 % поєднують послуги обов'язкового соціального та приватного страхування здоров'я [41].

Обов'язкове та добровільне медичне страхування в Німеччині регулюється збірником соціальних законів.

Медичне страхування в Німеччині базується на двох основних принципах – солідарності та субсидіарності [41].

Принцип солідарності. Лікарняні каси обов'язкового медичного страхування є товариствами соціальної солідарності: усі сплачують страхування, а медичну допомогу отримують тільки захворілі. Лікарняні каси зацікавлені в тому, щоб застраховані громадяни хворіли менше, вони використовують різні засоби мотивації здорового способу життя. Для тих, хто не хворів протягом року, надаються безкоштовні туристичні путівки, додатково оплачується протезування зубів тощо.

Принцип субсидіарності. Застраховані громадяни самі відповідальні за стан власного здоров'я, а в організації роботи лікарняних кас беруть участь платники страхових внесків.

При добровільному медичному страхуванні з кожним клієнтом укладається контракт, де визначаються умови лікування на випадок захворювання: лікарня, категорія палати, лікарі; необхідність здійснення в разі травми косметичної операції та ін. Сума страховки для кожного клієнта різна і залежить від переліку медичних послуг та рівня медичного сервісу.

Фінансується система охорони здоров'я Німеччини за рахунок таких складових [41]:

- внесків до фондів медичного страхування;
- державних коштів, що складаються з бюджетів різних рівнів;
- коштів приватного добровільного медичного страхування;
- коштів громадян.

Мінімальний гарантований обсяг медичної допомоги на випадок захворювання визначається державою. Медичний поліс повинен включати амбулаторне та стаціонарне лікування, надання лікарських, лікувальних та допоміжних засобів, перелік стоматологічних послуг та реабілітацію на випадок важких захворювань або інвалідності.

Підсумовуючи іноземний досвід з питань фінансування сфери охорони здоров'я, можна констатувати, що незважаючи на різноманіття форм організації медичної допомоги у світовій економіці, єдиної універсальної моделі не напрацьовано до цих пір. Кожна країна використовує свою модель, яка найбільше задовольняє потреби її населення. Нині можна виділити три основні моделі:

- переважно державну модель (Великобританія);
- переважно страхову (Німеччина, Франція, Голландія, Австрія, Бельгія, Швейцарія, Польща, деякі держави Латинської Америки, Японії);
- переважно приватну (США);
- змішану.

Що стосується України, то розпочата декілька років тому медична реформа загострила цілий ряд проблем, які стосуються зміни підходів до управління сферою охорони здоров'я, створення конкурентного ринку

медичних послуг, автономізації медичних закладів та їх ресурсного забезпечення, запровадження нового механізму фінансування медичних закладів, формування сучасної моделі компетенцій для керівників некомерційних медичних установ, модернізації внутрішньо організаційного менеджменту закладів охорони здоров'я.

В Україні на цей час держава формує політику охорони здоров'я у країні та забезпечує її реалізацію. Державна політика з охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що визначається чинним законодавством України, зокрема Бюджетним Кодексом [36], Законами України про Бюджет на наступний та поточний роки.

Засади державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада України шляхом затвердження конституційних і законодавчих засад галузі охорони здоров'я, а також визначення мети, основних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів цієї політики, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження переліку комплексних і цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я.

Згідно із Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [27] для вирішення питань формування державної політики охорони здоров'я при Верховній Раді України можуть створюватися дорадчі та експертні органи з провідних фахівців у галузі охорони здоров'я та представників громадськості. Порядок створення та діяльності цих органів визначається Верховною Радою України.

Складовими державної політики охорони здоров'я в Україні є місцеві й регіональні комплексні та цільові програми, що формуються Кабінетом міністрів, Верховною Радою, органами місцевого та регіонального самоврядування і відображають специфічні потреби охорони здоров'я населення як у країні в цілому, так і в окремих її регіонах [42].

Функціональна діяльність медичних закладів на ринку медичних послуг в сучасних умовах має враховувати виклики ендогенного та екзогенного

характеру, пов'язані з проведенням медичної реформи та процесами децентралізації, до яких слід віднести [43]:

- підвищення рівня використання медичних послуг серед цільових груп, формування ринку медичних послуг з врахуванням міжсекторального партнерства,
- дотримання державних фінансових гарантій надання медичної допомоги,
- диференціацію джерел фінансового забезпечення надання медичних послуг,
- необхідність дотримання міжнародних стандартів якості надання медичних послуг,
- потреба здійснення аудиту якості медичної допомоги та постійного моніторингу конкурентоспроможності медичних послуг,
- роботу над зростанням рівня задоволеності медичною допомогою населення, професіоналізацію кадрового забезпечення медичних закладів,
- інноватизацію інформаційно-аналітичного забезпечення в частині формування електронної системи охорони здоров'я (E-Health), яка покликана фіксувати статистичні дані про лікування пацієнтів та надані їм послуги,
- вдосконалення форм планування та організації діяльності медичних установ.

Отже, управлінська й фінансова автономія закладів охорони здоров'я відкриває значні можливості підвищення якості медичного обслуговування, які можуть бути реалізовані за умови запровадження прогресивних форм і методів надання медичних послуг та налагодження взаємодії з усіма стейкхолдерами. Для КНП «Міська клінічна лікарня № 6» Дніпровської міської ради основними стейкхолдерами є:

- департамент охорони здоров'я населення Дніпровської міської ради;
- МОЗ України;
- бюджетотворюючі підприємства міста;

- громадські організації;
- громада м. Дніпра та навколишні територіальні громади, на які поширюється діяльність КНП «Міська клінічна лікарня № 6» Дніпровської міської ради.

Основні джерела фінансування медичних закладів (бюджетні асигнування та кошти державних і регіональних цільових програм) мають бути доповнені додатковими джерелами, серед яких [44]:

- благочинна допомога та кошти грантів;
- кошти добровільного медичного страхування;
- оплата за надані медичним закладом послуги за угодами;
- надходження за послуги, які надає медичний заклад понад нормативи надання безоплатної медичної допомоги;
- оплата за послуги, надані пацієнтам за їх ініціативи;
- добровільні внески та пожертви;
- інші джерела, не заборонені чинним законодавством;
- зкономлені кошти (від функціональної діяльності шляхом забезпечення оптимальності структури витрат, перегляду організаційної структури та штатного розпису закладів медичної допомоги, укладання договорів про комерціалізацію послуг (надання послуг третіми сторонами, наприклад, телефонний запис на прийом до лікаря (кол-центр), утримання території, впровадження технологій енергозбереження (може потребувати інвестицій за рахунок місцевого бюджету або міжнародних проєктів технічної підтримки), аудиту використання приміщень закладу з метою визначення площ, які не використовуються (або використовуються неефективно) для надання їх в оренду).

Органи місцевого самоврядування в межах своєї компетенції можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема щодо оновлення матеріально-технічної бази, капітального ремонту, реконструкції, підвищення оплати праці медичних працівників (програми «місцевих стимулів»), а також місцеві програми

надання населенню медичних послуг, місцеві програми громадського здоров'я та інші програми в охороні здоров'я.

У контексті пошуку альтернативних джерел фінансування галузі охорони здоров'я та з метою підвищення рівня економічної доступності медичного обслуговування населення необхідно посилити роль бюджетно-страхової медицини. Оптимальна модель добровільного медичного страхування має базуватися на засадах державно-приватного партнерства, партнерських відносинах представників державного та приватного секторів у паритетному управлінні ринковими механізмами і конкуренцією як основою ринкового механізму [45].

У запропонованій моделі об'єктом управління, окрім закладів охорони здоров'я та медичного персоналу, новими елементами мають стати страховий ризик, пов'язаний з витратами на надання медичної допомоги при виникненні страхового випадку, та пацієнти, а також запровадження посади менеджера з роботи зі страховими компаніями.

3.3. Пропозиції щодо удосконалення системи управління у КНП «Міська клінічна лікарня № 6» Дніпровської міської ради

Значна кількість проблем, що існує у переважній більшості закладів охорони здоров'я, і досі залишається невирішеною, зокрема, недостатньою мірою використовуються медико-технологічні стандарти та регламенти надання медичних послуг. Так, у 88% закладів відсутні локальні протоколи надання медичної допомоги, 85% організаторів системи охорони здоров'я основним своїм функціональним обов'язком вбачають забезпечення закладів охорони здоров'я фінансовими та матеріально-технічними ресурсами, і лише 15% організаторів зазначають, що їх основною функцією є організація умов для надання якісної медичної допомоги. При цьому 87,42% лікарів не отримують доплати за якісну працю, а 97,6% вважають, що в закладах охорони

здоров'я потрібне впровадження ефективної системи управління якістю медичних послуг [44].

Слід зазначити, що вирішення проблем галузі охорони здоров'я можливе за умови запровадження сучасних технологій управління, за допомогою яких можливо удосконалити та підвищити ефективність діяльності організацій системи охорони здоров'я. Прикладом стають механізми, що запроваджені в комерційному секторі, наприклад, система менеджменту якості (СМЯ), заснована на міжнародних стандартах ISO серії 9000. Міжнародний стандарт ISO 9001:2008 Quality management systems – Requirements (Системи управління якістю. Вимоги) містить набір мінімальних вимог, які пред'являються в міжнародному товаристві до будь-яких, у тому числі й державних, організацій [46; 47].

Також необхідно активізувати діяльність щодо запровадження менеджмент-орієнтованих підходів, зокрема, стратегічного та проектного, до діяльності закладів охорони здоров'я. Зазначені підходи вже довели свою ефективність у світі і є дуже ефективними в умовах сучасних реформ, саме з погляду на потребу в концентрації відповідальності за виконання пріоритетних завдань та розподілу завжди обмежених ресурсів.

Система охорони здоров'я України повинна відповідати певним універсальним критеріям, зокрема ієрархічній побудові, а також налагодженим управлінським комунікаціям між суб'єктами та об'єктами управління. Водночас система охорони здоров'я України повинна враховувати особливості стану здоров'я населення, рівень його захворюваності. Особливо важливим це стає в умовах великого промислового міста, яким є Дніпро, у якому склалася несприятлива екологічна ситуація.

Одним із потужних інструментів реформування галузі охорони здоров'я є ефективна кадрова політика. Вироблення національної кадрової політики у сфері охорони здоров'я є нагальною необхідністю і умовою успішного запровадження реформ з державного управління у цій сфері. Якість і доступність надання медичної допомоги населенню країни залежать,

насамперед, від рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я медичними працівниками та їхнього професійного рівня.

Реалізація ефективної кадрової політики в системі охорони здоров'я є важливим інструментом реформування медичної сфери. Суттєвими недоліками кадрового забезпечення медичної галузі на сьогодні є [1]:

- недостатнє забезпечення медичними кадрами та низька ефективність використання наявного потенціалу;
- негативний кадровий баланс: старіння працівників;
- низька якість підготовки медичних кадрів;
- недостатній приплив у медицину кваліфікованих молодих фахівців;
- регіональна та галузева диспропорція кадрового забезпечення;
- зниження рівня кваліфікації медичних кадрів;
- слабкість механізмів державного регулювання кадрової політики у сфері охорони здоров'я: відсутність державної концепції кадрової політики в галузі;
- недосконалі програми контролю за працевлаштуванням молодих спеціалістів;
- недосконала система планування кадрового складу сфери охорони здоров'я;
- відсутність мотивації та зацікавленості у покращенні результатів діяльності медичних працівників;
- невідповідність якості підготовки медичних кадрів сучасним вимогам і потребам медичної галузі та завданням реформування медичної сфери;
- непрозорість, суб'єктивізм і формалізм механізмів ліцензування медичної практики, акредитації медичних закладів, атестації медичного персоналу в поєднанні з повільним, а іноді – відсутнім впровадженням процесу стандартизації медичної практики призводить до поглиблення проблеми надання якісних послуг з охорони здоров'я.

Слід зазначити, що реформування системи охорони здоров'я передбачає заходи, спрямовані на здійснення інноваційної та кадрової політики в галузі. Зокрема, реформування ступеневої медичної та фармацевтичної освіти передбачає підготовку фахівців за такими новими спеціальностями, як менеджер у галузі охорони здоров'я та економіст у галузі охорони здоров'я.

Нині в Україні медичними закладами управляють здебільшого досвідчені лікарі високої кваліфікації з медичної спеціалізації. Разом з тим, вони не мають спеціальної підготовки з питань управління та економіки охорони здоров'я. Проте наявність спеціальної освіти не є пріоритетною ознакою при призначенні на посаду керівника медичного закладу. Міжнародний досвід країн із розвинутою системою охорони здоров'я свідчить про доцільність призначення на керівні посади багатопрофільних медичних установ спеціалістів за фахом Health Service Management або Health Care Management [49]. Підвищення ефективності кадрової політики у галузі охорони здоров'я набуває більшої актуальності у зв'язку із запровадженням страхової медицини і появою великої кількості приватних медичних закладів, що провокує виникнення конкуренції на ринку медичних послуг та зростання уваги до їх якості.

Досягнення та утримання високого рівня конкурентоспроможності медичних закладів – одне з найважливіших завдань управління закладів охорони здоров'я, реалізація якого можлива на засадах розвитку інноваційних управлінських технологій та їх впровадження у функціональну діяльність медичних установ, а також посилення вимог до кваліфікаційного, морально-психологічного та етичного рівня персоналу, який дотримується норм лікарської етики та деонтології; дотримання відповідного рівня ресурсного, матеріально-технічного й фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я.

Основними чинниками конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я є наступні [44]:

- медична ефективність, тобто здатність якнайповніше задовольняти потреби споживачів шляхом надання повного спектру високоякісних медичних послуг;
- адміністративна (кадрова) ефективність;
- ефективність фінансового, інформаційного, комунікаційного менеджменту в управлінні установою, її підрозділами, ресурсами.

Менеджмент сучасного медичного закладу повинен працювати на забезпечення максимального синергетичного ефекту від його функціональної діяльності.

Системні проблеми ефективності системи управління закладами охорони здоров'я пов'язуються з особливостями їх функціонування та специфікою процесів надання медичної допомоги, а саме [44]:

- висока спеціалізація основної діяльності, що часто має терміновий і невідкладний характер;
- складність при визначенні критеріїв якості в межах процесу надання допомоги на всіх її етапах та рівнях, а також вимірюваності результатів роботи;
- відсутність права на невпевненість і помилку;
- потреба в тісній комунікативній роботі різних структурних підрозділів та спеціалістів; необхідний високий рівень кваліфікації медичних працівників;
- залежність результатів роботи від якості лікарських препаратів та технічної оснащеності процесу лікування та реабілітації;
- труднощі координування роботи, розподілу повноважень та відповідальності, пов'язаних з подвійним підпорядкуванням, що існує в більшості медичних закладів.

Слід зазначити, що в умовах медичної реформи надзвичайної актуальності набуло забезпечення високоякісної підготовки медичних працівників та набуття ними практичного досвіду у певній сфері діяльності, що вимагає не тільки їх підготовки у спеціалізованих медичних закладах, а й

постійного підвищення їх кваліфікації, створення відповідних умов навчання у профільних освітніх навчальних закладах медичного спрямування, які б відповідали європейському рівню якості освіти, зарубіжного стажування тощо.

Як свідчить аналіз розвитку Комунального некомерційного підприємства «Міська клінічна лікарня № 6» Дніпровської міської ради від моменту створення до наших днів, у закладі постійно відбуваються значні зміни, які призводять до набуття нової якості цією організацією. Тому лікарнею сьогодні стоїть актуальна задача пошуку нових моделей організації управління змінами, які мали змінити основні підходи застарілої командно-адміністративної системи управління. Це співпадає з ідеологією реформування галузі охорони здоров'я в Україні в цілому, яка спрямована на перетворення традиційної бюрократичної системи управління на форми, наближені та орієнтовані на споживача, ринок і задоволеність працівників медичних закладів своєю працею.

Сьогодні у всьому світі програмно-цільові підходи визначені як найбільш ефективні та результативні інструменти управління керованим розвитком. Серед них – стратегічне управління, проєктний підхід, які дають можливість концентрувати ресурси організації в процесі реалізації стратегій та програм реформування.

Зазначені інструменти орієнтовані на інноваційний розвиток, на досягнення кінцевого результату, що визначається через задоволення потреб та інтересів громади та кінцевих споживачів послуг – громадян.

Проєктний підхід є специфічним методологічним організаційним підходом до результат-орієнтованого управління, яким забезпечується кероване управління змінами та цілеспрямований перехід до нового якісного стану організації [50].

В цілому поняття «проєкт» можна визначити як інноваційний, цілковито унікальний комплекс заходів, що чітко обмежений за такими показниками, як фінанси, час, якість, люди [51].

Важливо, що проєктний підхід як методологія, не нав'язує якоїсь єдиної моделі управління, а навпаки, забезпечує різноманіття форм та гнучкість їхнього застосування. Саме за результатами впроваджених і отриманих результатів проєктів, можна оцінити ефективність та якість діяльності керівництва лікарні в контексті її розвитку.

Як інструменти реалізації стратегій розвитку, проєкти характеризуються за такими аспектами як:

- інноваційність;
- унікальна структура робіт та заходів;
- структура відповідальності;
- ресурси, необхідні для виконання;
- терміни виконання.

Використання проєктного підходу створює передумови побудови алгоритму реалізації стратегічних завдань реформування галузі охорони здоров'я на базі логічного ланцюжка «проблема – стейкхолдери – інноваційна ідея – продукт – результат – сталість результату».

Визначною рисою кожного проєкту має бути запровадження інноваційної ідеї. Інновація, заснована на новому знанні – результат перетворення унікального для даного об'єкту знання на продукт, що має суспільну користь, позитивно впливає на життєдіяльність цільових споживачів послуг, підвищує конкурентоспроможність лікарні, та, враховуючи «спіральний ефект», породжує нові знання [51].

Інновації, які не мають аналогів являють собою абсолютну інновацію. Інновації можуть мати й відносний характер, якщо продукт проєкту є не єдиним таким в світі, але є суто новим для конкретної території.

Стратегію розвитку Комунального некомерційного підприємства «Міська клінічна лікарня № 6» Дніпровської міської ради можна визначити як комплексну модель майбутньої діяльності, що містить цільові настанови, політики, пріоритети, визначає критичні ресурси та необхідні нововведення в організації. Кожний проєкт має розглядатися з позицій загальної стратегії, а

сама стратегія реалізовуватися на засадах проєктного підходу до реалізації пріоритетів [50].

У сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні саме проєкт є провідним засобом досягнення цілей, інструментом позитивних змін, ефективним засобом залучення додаткових ресурсів на розвиток лікарні та й взагалі, рушійною силою для покращення надання послуг екстреної медичної допомоги.

Серед переваг застосування проєктного підходу можна зазначити:

- єдину цільову орієнтацію багатоаспектних заходів з реалізації проєкту з чіткою ієрархічною структуризацією (дерево робіт);
- системність та комплексність дій;
- можливість здійснення інтегральної оцінки соціально-економічної корисності результатів проєкту;
- програмно-цільовий підхід до фінансування тощо.

Володіння проєктними технологіями є вкрай важливим для всіх організацій в умовах швидких змін у всіх сферах діяльності в Україні. Використання проєктів як інструменту реалізації стратегічних цілей розвитку організації дозволяє залучити для впровадження реформ кошти зі всіх можливих джерел фінансування, у тому числі і грантову допомогу від іноземних та вітчизняних фондів. Наприклад Державний фонд реконструкції та розвитку (ДФРР) часто фінансує проєкти розвитку сфери охорони здоров'я територіальних громад.

Як свідчить досвід впровадження проєктної діяльності, майже кожна організація зіткнулася з однією й тією самою проблемою – для вдалої реалізації та отримання належного результату слід мати достатньо кваліфікований, підготовлений для проєктної діяльності управлінський персонал, дотримуватись певних «правил гри» (а саме методології управління проєктами), що встановлюються вітчизняними та зарубіжними стандартами й підтримуються різноманітними методичними рекомендаціями з підготовки проєктних заявок [52]. При управлінні реалізацією проєктів перед командою

постає дилема управління, так званий «трикутник управління проектами»: «тривалість – якість – витрати». Усвідомлення управлінського вибору всіма членами команди проекту формує «спільну мову» та спільне розуміння розв'язання завдань реформування лікарні.

Всі вище зазначені особливості проектного підходу формують необхідність нових знань та вмінь управлінського персоналу для успішного управління проектами, тому процеси реформування системи менеджменту вимагають відповідної підготовки та перепідготовки управлінських кадрів лікарні.

Ступень готовності організації, зокрема лікарні швидкої медичної допомоги, до запровадження проектного підходу вимірюється через рівень проектної компетентності персоналу шляхом застосування моделі проектної зрілості [52], яка складається вона з трьох рівнів і дозволяє досить достовірно оцінити рівень знань фахівців менеджменту лікарні [53].

Так вчені дійшли висновку, що нині питання проектної компетентності керівного персоналу закладів охорони здоров'я та їхнє вміння використовувати проектний інструментарій залишається невирішеним ще й через відсутність повномасштабного підходу до вимірювання та оцінювання рівня їх проектних компетентностей на основі трансформації моделі проектної зрілості організації та обґрунтування критеріїв віднесення до певного рівня.

Серед причин фахівці зазначають наявність так званого «м'якого» фактору, сутність якого полягає у недостатній кваліфікації посадових осіб керівного складу та їх неготовності до проектного (стратегічного) мислення, застосування непростих технологій проектної діяльності. Уже достатньо давно відомий досвід бізнесу, який підтверджує, що критично важливим для успіху організації є певний «колективний» (а не індивідуальний) рівень знань, умінь персоналу, тобто певної зрілості організації в цілому у сфері управління проектами. Бізнес-структури вже давно усвідомили практично пряму залежність власного ринкового успіху від уміння персоналу формувати й реалізувати проекти розвитку організації. Питанню діагностування

різноманітних організацій на предмет визначення рівня зрілості (технологічної, організаційної, проєктної) було присвячено багато досліджень. У більшості випадків моделі зрілості розглядають як засіб орієнтації організації на досягнення нею стратегічних цілей. З'явилися спеціалізовані моделі проєктної зрілості, за допомогою яких намагаються вимірювати загальний рівень готовності організацій у сфері проєктної діяльності [50-52; 54], таких як використання знань, навичок, інструментів і технік діяльності організації, у тому числі через виконання проєктів для реалізації стратегічних цілей. На сьогодні у світі існує близько 30 моделей оцінювання зрілості організацій в різних аспектах, продовжують з'являтися нові моделі. Спільна риса таких моделей – оцінка поточного стану організації у сфері управління проєктами, підготовка та навчання персоналу, надання можливості безперервного удосконалення [54].

Сьогодні, урахувавши важливість застосування проєктного підходу до управління реформуванням всіх сторін суспільного життя, у т. ч. і сфери охорони здоров'я, актуальність оцінювання рівня досконалості проєктної діяльності в медичних закладах набуває все більшого значення. Як відповідь на цей виклик, на розроблено просунутий варіант моделі проєктної зрілості організації, який пристосований для потреб практичної діяльності [54]. Запропонована модель також містить три рівні:

- стартовий, проміжний стартовий, удосконалений;
- рівень базових стандартів, відповідно удосконалений рівень базових стандартів;
- рівень керованої методології.

Отже, стартовий рівень визначається тим, що потреба у використанні проєктного підходу ще зовсім не усвідомлена самими управлінцями (головним чином, незнання існування поняття «проєктний менеджмент» – рівень пізнання «несвідома некомпетентність») або усвідомлена на загально початковому рівні завдяки комунікаціям у зовнішньому середовищі (визнання того, що управління проєктами існує, наприклад, у бізнесі, і є достатньо

корисним, вже застосовується і в сфері охорони здоров'я, але ми самі поки ще не розуміємо важливості проєктів для діяльності організації, практично не обізнані в інструментах, технологіях, механізмах, підходах проєктного менеджменту – рівень пізнання «свідома некомпетентність»); відтак відповідні знання й навички знаходяться на самому початковому фрагментарному рівні, зокрема унаслідок того, що в лікарні практично відсутні їх носії – представники менеджменту, які пройшли б хоча саме мінімальне навчання – короткотермінові дистанційні курси з управління проєктами. На цьому рівні, де проєктні компетентності персоналу практично відсутні, успішність і якість проєктної діяльності переважною мірою визначається індивідуальними здатностями персоналу (можливим є випадковий несистемний успіх, який базується на емпіричних знаннях по окремим проєктам, коли відносна удача з одного проєкту не гарантує успіх іншого). Поки управлінський персонал лікарні не усвідомить негативні наслідки нехтування знаннями з проєктного менеджменту для належного управління розвитком організації, перехід на наступний рівень є неможливим [50].

Рівень базових стандартів визначається тим, що персонал прагне до засвоєння рівня пізнання «свідома компетентність». На цьому рівні управлінський персонал лікарні вже достатньо впевнено використовує базові знання та уміння з управління проєктами, але це робиться ще недостатньо компетентно й системно. Знання є і їх практично достатньо для проєкту під національні конкурси або гранти міжнародної технічної допомоги, присутні навіть окремі проєкти-переможці, проте ще достатньо часто виникає необхідність залучення зовнішніх консультантів до підготовки проєктів. Даний рівень моделі є складним з огляду на те, що часто для персоналу, який вже працює на достатньо високому рівні діяльності, важко визнати й подолати ще існуючі численні недосконалості в роботі, вдатися до удосконалення і здійснити «роботу над помилками» [50; 52].

Третій рівень – це щабель керованої методології. Звісно є найбільш високим показником зрілості й характеризується формалізацією і регламентацією всіх основних процесів управління проектами, професійним володінням термінологією і методологією управління проектами, регулярним адекватним і якісним застосуванням командної роботи, належним документуванням й архівацією проектної діяльності, наявністю сертифікованих проектних менеджерів та, за доцільністю – виокремленого проектного офісу (реального або віртуального). Управлінський персонал невпинно підвищує кваліфікацію, постійно беручи участь у різноманітних конкурсах проектів і регулярно перемагає в них. Головний показник – безперервне покращення. Досягнуто стан, у якому якість діяльності переважно забезпечується системою управління, а не персоналом, чим нівелюється можливий негативний вплив «людського» фактору [52].

По суті, оцінюючи проектну зрілість організації можна говорити про виконання вимог європейської моделі управління якістю (EFQM), в якій передбачається збалансована єдність лідерства, стратегії та команди, діяльність якої базується на взаємодії та комунікації.

Фахівці з менеджменту охорони здоров'я мають забезпечувати раціональну фінансово-господарську діяльність в лікувально-профілактичних закладах, а також доцільне використання матеріальних, фінансових і трудових ресурсів. Тобто такі, якісно нові для України, фахівці повинні «звільнити головного лікаря від немедичної роботи» та забезпечити розвиток медичного бізнесу в країні.

Для підготовки таких лікарів-професіоналів у вітчизняних закладах вищої освіти здійснюється навчання за відповідними освітньо-професійними програмами та спеціалізаціями галузей знань:

– 028 «Публічне управління та адміністрування» (спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування», освітньо-професійна програма «Публічне управління та адміністрування», спеціалізація «Управління у сфері охорони здоров'я»);

– 07 «Управління та адміністрування» (спеціальність 073 «Менеджмент», освітньо-професійна програма «Адміністративний менеджмент», спеціалізація «Управління закладами охорони здоров'я»).

Слід зазначити, що відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України [55] сьогодні увесь адміністративний персонал медичних закладів має проходити навчання однією з визначених вище спеціальностей або інших споріднених, а саме: до 01 січня 2022 року вимагається вища освіта II рівня за ступенем магістра спеціальності галузі знань «Управління та адміністрування», або «Публічне управління та адміністрування», або «Право», або «Соціальні та поведінкові науки», або «Гуманітарні науки», або «Охорона здоров'я». З 01 січня 2022 року вимагається вища освіта II рівня за ступенем магістра спеціальності галузі знань «Управління та адміністрування», або «Публічне управління та адміністрування», або «Право», або «Соціальні та поведінкові науки», або «Гуманітарні науки», або «Охорона здоров'я» з обов'язковою наявністю вищої освіти (магістерський рівень) у галузі знань «Управління та адміністрування» або «Публічне управління та адміністрування» (крім керівників закладів охорони здоров'я, які надають тільки первинну медичну допомогу). Лікарська спеціальність «Організація і управління охороною здоров'я» вимагається при наявності вищої освіти у галузі знань «Охорона здоров'я» до 01 січня 2022 року [56].

Навчання за означеними спеціальностями надасть змогу отримати управлінські компетентності наступним категоріям лікарських посад у закладах охорони здоров'я:

- генеральний директор;
- директор;
- начальник;
- завідувач;

- медичний директор.

До таких компетентностей, зокрема, можна віднести наступні [57].

1. Загальні компетентності:

- здатність використовувати державну та принаймні одну з іноземних мов в діловому спілкуванні;
- здатність презентувати ідеї, стратегії та результати проєктів для цільових аудиторій різного типу;
- здатність працювати в міждисциплінарній команді та спілкуватися з експертами інших галузей, в міжнародному середовищі;
- уміння організовувати ідеї, думки та наявну інформацію в аналітичні документи;
- уміння працювати із сучасними інформаційними технологіями;
- здатність до безперервного самонавчання та професійного розвитку;
- уміння організувати власну діяльність та ефективно управляти часом;
- уміння використовувати здобуті теоретичні знання на практиці;
- навички лідерства та командної роботи;;
- уміння дотримуватися етичних засад, які стосуються конфіденційності даних та їх нерозголошення, інтервенцій в громадському здоров'я.

2. Фахові компетентності:

- логічно послідовно пояснювати переваги систем охорони здоров'я за наявного соціо-економічного та політичного контекстів;
- пояснювати рішення в системі охорони здоров'я, базуючись на витратах, якості та доступності послуг охорони здоров'я;
- застосувати знання про організацію та фінансування медичної допомоги на комплексній основі;

- виявляти існуючі бар'єри – структурні, культурні та поведінкові – для реалізації стратегічних цілей системи охорони здоров'я чи організацій;
- розробляти політики якості надання послуг в охороні здоров'я;
- розробляти та реалізовувати політики управління людськими ресурсами в охороні здоров'я;
- виявляти ключових стейкхолдерів та налагоджувати з ними діалог, досягати консенсусу;
- застосовувати основні принципи функціонування організацій в бухгалтерському обліку, маркетингу, фінансах та управлінні;
- оцінювати правові, соціальні та економічні особливості середовища ведення бізнесу в охороні здоров'я;
- використовувати основні епідеміологічні концепти в простих та конкретних рішеннях щодо громадського здоров'я;
- оцінювати якість даних та приймати поінформовані рішення, які базуються на надійних даних;
- розробляти та втілювати проекти в громадському здоров'ї та в організації охорони здоров'я;
- виявляти релевантні документи та джерела інформації для розробки стратегії громадського здоров'я.

Слід зазначити, що за такими освітніми програмами може навчатися не тільки так званий топ-менеджмент медичного закладу, а й усі бажаючі. Основними місцями роботи молодих професіоналів є заклади охорони здоров'я, міжнародні проекти, недержавні організації чи урядові структури галузі охорони здоров'я, зокрема, основними посадами та організаціями є такі:

- менеджери середнього та в перспективі вищого рівня в медичних закладах, міжнародних організаціях та проектах;
- спеціалісти, консультанти з громадського охорони здоров'я населення в структурі організацій (Всесвітня організація здоров'я (ВОЗ),

міжнародні організації, Міністерство охорони здоров'я (МОЗ), національні проєкти тощо);

– спеціалісти з економіки у структурі організацій сфери охорони здоров'я (МОЗ, Мінекономіки, управління охорони здоров'я, експертні установи, міжнародні проєкти, національні програми, заклади охорони здоров'я).

Випускники магістерських програм з менеджменту закладів охорони здоров'я можуть продовжити своє навчання в аспірантурі як в Україні, так і за її межами. Навчально-науковий інститут державного управління Національного технічного університету «Дніпровська політехніка» у складі навчальних програм має значний блок варіативних дисциплін саме з охорони здоров'я.

Програми підготовки магістрів за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» передбачають поєднання глибокої теоретичної підготовки з набуттям практичного досвіду публічного управління. У професійному навчанні слухачів значна увага приділяється таким питанням, як аналіз державної політики, стратегічне управління, технології управління й прийняття управлінських рішень, менеджмент організацій, механізми управлінського спілкування, проєктний менеджмент, стиль роботи керівника, організація управлінської праці в державному управлінні тощо. Програми базуються на між- та багатодисциплінарній моделі підготовки [58].

Так, зокрема, у Навчально-науковому інституті державного управління Національного технічного університету «Дніпровська політехніка» вивчаються такі дисципліни, як:

- Державна політика у сфері охорони здоров'я;
- Державне управління охороною громадського здоров'я;
- Основи медичних знань в публічноуправлінській діяльності;
- Основи управління проєктами у медичній сфері;
- Управління закладами охорони здоров'я на регіональному рівні;

- Психологія управління;
- Домедична допомога: теорія та практика;
- Здоров'язбереження та особиста безпека людини;
- Культура здоров'я в цифровому суспільстві.

Таким чином, підготовка медичного персоналу за управлінськими спеціальностями, зокрема, «Публічне управління та адміністрування», буде сприяти якості надання медичних послуг, а також забезпеченню ефективності діяльності медичного закладу в цілому.

Отже, сьогодні як ніколи, стає важливим забезпечити високоякісну підготовку лікарів та середнього медичного персоналу, постійно підвищувати їх кваліфікацію, створювати відповідні умови навчання у профільних освітніх навчальних закладах медичного спрямування, які б відповідали європейському рівню підготовки студентів-медиків, сприяти їх участі у різноманітних міжнародних заходах – медичних форумах, конгресах, з'їздах, конференціях європейського та світового рівнів, стажуванню у провідних європейських медичних клініках; приділяти підвищену увагу навчанню студентів медичних факультетів спеціальним дисциплінам, вивчення яких починається на другому курсі і триває протягом наступних років.

А сучасним керівникам медичних закладів в умовах постійних трансформацій потрібні ґрунтовні знання та навички у сфері:

- технологій менеджменту ресурсів, у тому числі людських;
- новітнього інструментарію стратегічного, програмного та проєктного управління, а також управління якістю, результативністю та потенційно можливими ризиками діяльності;
- володіння методами моніторингу, діагностування та оцінювання якості роботи;
- застосування ефективних комунікативних технік та сучасних технологій контролю;

– запровадження інноваційних (альтернативних) підходів у прийнятті управлінських рішень тощо.

Також слід передбачити активізацію валеологічного підходу до інституціалізації реформ охорони здоров'я, який є синергетикою валеософії (філософія здоров'я, або мудрість здоров'я), валеометрії (вимірювання здоров'я), валеопрактики (оздоровлення організму) [53]. Такий підхід працюватиме на:

- профілактику здорового способу життя, підвищення рівня здоров'я, поліпшення якості життя і соціальної адаптації індивіда;
- вивчення закономірностей формування індивідуального здоров'я та умов його збереження і зміцнення;
- формування нового ненасильницького і духовно-творчого мислення;
- формування здорової, активної, творчої людини, здатної впродовж всього життя самостійно зберігати, розвивати і підтримувати своє здоров'я на належному рівні.

З метою захисту медичних працівників, що працюють в особливих умовах, доцільно проводити атестацію робочих місць на відповідність нормам безпеки праці. У свою чергу, для зниження та профілактики виробничого травматизму забезпечити розробку територіальних програм щодо поліпшення умов і охорони праці, а також аналогічних програм безпосередньо в організаціях охорони здоров'я.

Для вдосконалення соціальної захищеності медичних працівників при здійсненні професійної діяльності необхідно створити систему державного соціального страхування відповідальності на випадок професійної помилки, особливо при наявності ризику медичного втручання (на первинному рівні).

Особливо важливими є зазначені заходи для працівників екстреної медичної допомоги.

Слід зазначити, що забезпечення збалансованого розвитку медичних закладів залежить, передусім, від впровадження сучасних ефективних методів фінансового менеджменту.

Вирішення проблем кадрового забезпечення системи охорони здоров'я лежить у площині формування цілісної державної стратегії кадрового забезпечення системи охорони здоров'я, реалізація якої має здійснюватися за такими основними напрямками [53]:

- модернізація інституційної бази кадрової політики у сфері охорони здоров'я шляхом розроблення з урахуванням європейських вимог професійних стандартів фахівців сфери охорони здоров'я та відповідних програм їх підготовки;
- удосконалення нормативно-правових актів щодо номенклатури лікарських спеціальностей і посад працівників сфери охорони здоров'я, кваліфікаційних вимог до посад і характеристик спеціальностей відповідно до світових критеріїв;
- ведення реєстру фахівців у сфері охорони здоров'я із залученням організацій професійного самоврядування та делегування їм державою функцій з планування підготовки та управління персоналом відповідно до усталеної світової та європейської практики;
- забезпечення поетапного досягнення системи оптимального співвідношення медичних кадрів;
- запровадження системи страхування професійної відповідальності на випадок помилки і за наявності ризику у зв'язку з медичним втручанням;
- активної співпраці з міжнародними організаціями, у тому числі з ВООЗ, з питань кадрових ресурсів охорони здоров'я тощо;
- удосконалення механізмів планування кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я.

З метою усунення диспропорції в кадровому забезпеченні системи охорони здоров'я доцільно запровадити систему прогнозування на

довгострокову перспективу за категоріями медичного персоналу у відповідності до потреб охорони здоров'я з урахуванням стратегії та пріоритетів реформування галузі, зовнішніх та внутрішніх міграційних процесів та природного вибуття кадрів.

Також вважається доцільним розроблення місцевих програм кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я, які б відповідали потребам медичної галузі в умовах децентралізації і сприяли підвищенню ефективності управління людськими ресурсами охорони здоров'я шляхом [44]:

- розроблення професійних стандартів фахівців охорони здоров'я, які дозволять сформувати єдині підходи до встановлення нормативів з різних розділів медичної, соціальної, психологічної допомоги і сприятимуть раціональному використанню людських ресурсів охорони здоров'я;

- вироблення прозорих критеріїв оцінювання діяльності медичного персоналу за всіма категоріями посад та виконуваних професійних робіт медичної практики;

- удосконалення системи мотивацій і стимулів та розвиток мотиваційного механізму управління персоналом закладу охорони здоров'я.

Базовим принципом розвитку системи мотивації праці має стати не шаблонний (стандартизований) підхід, а індивідуалізація мотивації до якісної праці кожного працівника, що дозволить йому розкритися як творчій особистості з орієнтацією на досвід, кваліфікацію, професійні якості, належність до реалізації місії закладу.

Пріоритетними заходами у формуванні мотиваційного механізму мають стати [58]:

- формулювання цілей та завдань мотивації медичного персоналу;
- ідентифікації мотиваційних потреб і цілей особистісного розвитку працівників та їх узгодження з цілями розвитку закладу охорони здоров'я;

- формування мотиваційного механізму та вироблення критеріїв якості його функціонування;

- оцінка результативності впровадженого мотиваційного механізму та внесення коригувальних заходів для підвищення дієвості;
- постійний моніторинг мотиваційних потреб працівників та підтримка діючого мотиваційного механізму в актуальному стані;
- удосконалення підготовки та безперервного професійного розвитку кадрів системи охорони здоров'я.

Як зазначалося вище, на сучасному етапі трансформаційних змін у галузі необхідно організувати систему безперервної підготовки управлінських кадрів охорони здоров'я, включаючи галузевих адміністраторів, менеджерів і економістів, здатних самонавчатися і адаптуватися до умов, в яких їм належить функціонувати.

Це вимагає оновлення змісту і форми підготовки керівних кадрів сфери охорони здоров'я, дуалізації освіти в процесі підготовки фахівців, урізноманітнення формальних та неформальних (альтернативних) форм навчання та в навчанні протягом усього життя; широкого використання дистанційних форм навчання, короткотривалих циклів з окремих розділів організації медико-санітарної допомоги, економіки, фінансування, трудового і медичного права, проблем громадського здоров'я тощо.

Особливу увагу слід приділити впровадженню інноваційних підходів та технологій управління системою охорони здоров'я, адекватних процесам трансформаційних змін в медичній галузі. Зазначене має передбачати розробку та затвердження доктрини формування управлінського потенціалу галузі [44] та системи єдиного стандарту підготовки управлінських кадрів для забезпечення модернізації сфери охорони здоров'я як складової стратегії національної безпеки.

Як зазначалося вище, сучасним керівникам медичних закладів в умовах постійних трансформацій потрібні:

- ґрунтовні знання технологій менеджменту ресурсів, у тому числі людських;

- новітнього інструментарію стратегічного управління та управління результативністю, ефективністю, ризиками діяльності;
- навички володіння методами моніторингу, діагностування та оцінювання якості роботи;
- здатності застосовувати ефективні комунікативні техніки та сучасні технології контролю;
- навички альтернативних підходів у прийнятті управлінських рішень тощо.

Саме тому навчання медичних працівників на управлінських спеціальностях, зокрема, у галузях знань 28 «Публічне управління та адміністрування» (спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування») та 07 «Управління та адміністрування» (спеціальність 073 «Менеджмент») є надзвичайно важливим для забезпечення якості діяльності закладів охорони здоров'я.

Також для вдосконалення менеджменту у сфері охорони здоров'я доцільно розробити концепцію стратегічного управління в інтересах громадського здоров'я (governance for health), необхідну для покращення координації й інтеграції діяльності держави в сфері охорони здоров'я.

Реалізація нових підходів до стратегічного управління в інтересах здоров'я може здійснюватися в рамках вироблених світовою практикою формах [44]:

- керівництво через співпрацю;
- керівництво через залучення громадян;
- керівництво через регламентування і переконання;
- керівництво через незалежні установи та експертні органи;
- керівництво за допомогою адаптивних стратегій, стійких структур і передбачення.

Наступним напрямом удосконалення системи менеджменту у сфері охорони здоров'я є запровадження механізмів якісного управління закладом

охорони здоров'я і засад та впровадження елементів професійного менеджменту як гармонійного поєднання всіх його складових: якості медичного персоналу; якості медичних технологій та обладнання; якості процесу надання медичної допомоги (починаючи від обстеження пацієнта і встановлення діагнозу, його лікування та проведення реабілітаційних і профілактичних дій); якості лікарських засобів; якості організації медичної практики; якості медичних процедур; якості медичної інформації; якості законодавства в сфері охорони здоров'я.

З метою удосконалення системи управління медичним закладом та підвищення якості такого управління, що є обов'язковою умовою забезпечення його конкурентних переваг в умовах переходу на автономну модель діяльності, доцільним є впровадження таких заходів на різних рівнях публічного управління. Так, на рівні держави слід запровадити:

- вироблення державної політики якості медичної допомоги та орієнтування системи управління охороною здоров'я на вирішення проблем її підвищення, гарантування доступності та безпеки;

- розроблення чітких критеріїв якості медичної допомоги, встановлення вимог до її забезпечення та регламентація відповідальності за неналежну якість і рівень надання допомоги, допущені помилки та дефекти в медичній практиці;

- підтримку та сприяння формуванню ринку медичних послуг в Україні, що дозволить громадянам забезпечити компетентний вибір найбільш ефективного надавача медичної допомоги за критеріями якості та сприятиме здоровій конкуренції на засадах гарантії її якості та безпеки;

- прискорення запровадження професійного ліцензування медичної практики та реального лікарського самоврядування в закладах охорони здоров'я, що здійснюють реорганізаційні зміни в системі управління.

У свою чергу, на рівні закладу охорони здоров'я слід забезпечити наступне [46; 59; 60; 47]:

активізація впровадження сучасних моделей (систем) якості в діяльність медичного закладу, що дозволить забезпечити пряму залежність якості медичної допомоги від системи управління (такими моделями можуть стати: система міжнародних стандартів якості ISO 9001; моделі досконалості (EFQM); системи якості Міжнародного товариства якості охорони здоров'я (ISQua), моделі спільної комісії з акредитації організацій охорони здоров'я (JCAHO), моделі постійного покращення (Associates in Process Improvement) [46];

- упровадження ефективних комунікативних технологій та налагодження взаємин між медичними працівниками (надавачами послуг) закладу охорони здоров'я та пацієнтами (споживачами послуг) та їх документальне оформлення. Проведення аналізу обґрунтованих скарг пацієнтів та внесення корегувань в процес гарантування безпеки пацієнтів;

- здійснення постійного моніторингу всіх змін в лікувальному процесі, які впливають на якість надання медичної допомоги;

- забезпечення постійного професійного розвитку медичного персоналу, посилення його мотивації та задоволеності роботою за рахунок кращої її організації та безпечності;

- створення умов для своєчасного впровадження нових медико-технологічних документів на засадах доказової медицини; забезпечення впровадження системи моніторингу індикаторів якості медичної допомоги, які в них визначені;

- формування організаційної культури, відкритої до постійного впровадження змін у напрямі поліпшення якості надання медичної допомоги, створення команди фахівців, здатних очолити процеси поліпшення якості у всіх підрозділах закладу;

- запровадження елементів самооцінювання діяльності медичного закладу в контексті підвищення якості надання медичної допомоги;

– удосконалення системи внутрішнього контролю якості надання медичної допомоги та впровадження внутрішнього аудиту якості як безперервного процесу покращання діяльності медичної установи [46].

Під час реалізації та коригування стратегії реформування національної системи охорони здоров'я та стратегічного управління розвитком лікувальних закладів необхідно зосередитись на сукупності тактичних та оперативних завдань, зокрема щодо першочергового вирішення проблем охорони здоров'я, а саме:

- удосконалення системи підготовки спеціалістів-менеджерів охорони здоров'я;
- запровадження проєктного підходу до реалізації стратегічних та оперативних цілей та завдань [51; 57; 53];
- забезпечення економічного блоку перетворень (розробка методики ціноутворення, механізмів фінансування різних типів медичних закладів і ін.);
- створення повноцінної системи стандартизації в охороні здоров'я;
- забезпечення системи соціального захисту лікарів;
- запровадження адекватної сучасним умовам системи адміністративного менеджменту та інноваційних технологій управління в медичних закладах;
- впровадження секторального підходу в систему управління охороною здоров'я шляхом активізації відносин зі стейкхолдерами, об'єднаних загальними інтересами в інтересах здоров'я, та запровадження спільних (міжсекторальних) дій з підвищення якості медичної допомоги та процесу її надання.

З метою конкурентного позиціонування закладу охорони здоров'я на ринку медичних послуг доцільним є впровадження в управлінську діяльність медичних установ та організацій елементів стратегічного бенчмаркінгу як безперервного циклу планування, координації, мотивації, методів роботи та оцінки дій з метою удосконалення діяльності, підвищення якості надання

медичної допомоги та посилення конкурентних переваг на ринку медичних послуг [33]. Інноватизація інструментів менеджменту закладів охорони здоров'я повинна мати в своїй основі маркетингові підходи, що враховують галузеву та професійну специфіку діяльності медичних закладів [62]. Формування сучасних моделей маркетингового управління закладами охорони здоров'я слід орієнтувати на систему ринкових взаємовідносин між споживачем медичних послуг – пацієнтом (клієнтом) та виробником (надавачем) цієї послуги – лікарем (працівником медичного закладу). Формалізація цих взаємовідносин згідно з чинними нормативно-правовими вимогами має здійснюватись шляхом укладання угод (контрактів) щодо обслуговування на основі дотримання відповідних стандартів надання медичних послуг, шляхом впровадження систем управління якістю, стандартизації та сертифікації медичних послуг, ліцензування та акредитації медичних установ, атестації медичних працівників та інших засобів організаційно-розпорядчого, регламентуючого впливу та адміністративного менеджменту.

Реалізація маркетингової моделі менеджменту закладів охорони здоров'я має передбачати формування вартості медичних послуг. У цьому випадку мають поєднуватись інструменти державного регулювання цін та засоби ринкового ціноутворення; досягтись консенсус між забезпеченням соціальної функції держави (зокрема, в частині права громадян на безоплатну медицину) та досягненням економічної та соціальної ефективності функціонування медичних закладів як суб'єктів діяльності на ринку [44].

Зміни в сфері охорони здоров'я мають відповідати принципам європейської соціальної моделі, яку вважають символом соціально-гуманітарної політики Євросоюзу. Ці аспекти накладають певні обов'язки щодо компетенцій та компетентностей управлінців сфери охорони здоров'я у соціально-гуманітарних питаннях і вимагають отримання ними відповідних теоретичних знань та практичних навичок управлінської діяльності.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі досліджено історичні та організаційно-управлінські засади розвитку системи екстреної медичної допомоги в Україні та світі; визначено основні цілі та проблеми організації діяльності закладів медичної допомоги в умовах сучасної медичної реформи та їх роль у модернізації менеджменту системи екстреної медичної допомоги в цілому; проаналізовано можливості фінансово-економічного забезпечення функціонування та розвитку лікарні; охарактеризовано роль навчання на управлінських спеціальностях керівників закладів охорони здоров'я; запропоновано шляхи вдосконалення системи менеджменту у сфері охорони здоров'я, надано відповідні пропозиції.

Розглянуто процес реформування системи охорони здоров'я в Україні.

Сьогодні в Україні розвиток сфери охорони здоров'я проголошено одним із пріоритетних напрямів діяльності держави. Державна політика з охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що визначається чинним законодавством України. Засади державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада шляхом затвердження конституційних і законодавчих засад галузі охорони здоров'я, а також визначення мети, основних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів цієї політики.

Згідно з Національною стратегією реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років основними цілями були визначені:

- покращення показників здоров'я населення;
- фінансова захищеність громадян від катастрофічних витрат у разі хвороби або травм з метою запобігання зубожіння домогосподарств;
- збереження спроможності системи охорони здоров'я ефективно реагувати на кризові ситуації.

Проміжними задачами реформи охорони здоров'я, згідно Стратегії, є:

- солідарна відповідальність за здоров'я;
- вільний вибір провайдера медичних послуг;
- прозорі умови роботи;
- підтримка незахищених груп населення.

Стратегія передбачила регуляторну роль держави в охороні здоров'я та узгодження з європейськими принципами, визначила основним джерелом фінансування охорони здоров'я кошти загального оподаткування без виокремлення цільових коштів, відтермінувала на невизначений час запровадження медичного страхування з одночасним введенням Національного агентства з питань фінансування охорони здоров'я та ввела поняття аутсорсингу міжнародних організацій щодо закупівлі лікарських засобів на замовлення уряду.

Проаналізовано досвід організації фінансування системи охорони здоров'я в провідних європейських країнах, узагальнення якого дозволило констатувати, що незважаючи на різноманіття форм, єдиної універсальної моделі не напрацьовано до сих пір. Кожна країна використовує свою модель, яка найбільше задовольняє потреби її населення.

Доведено, що значення сфери екстреної медичної допомоги як важливого чинника соціальної стабільності суспільства підвищується відповідно до процесів розбудови держави.

Уперше в Європі заклади екстреної медичної допомоги з'явилися після трагічних подій пожежі в віденському Рінгтеатрі у грудні 1881 року і відтоді стрімко поширювалися всіма країнами. Перша в Україні рятувальна станція швидкої допомоги була відкрита в Києві у 1902 році, у наступні роки такі станції з'явилися в Одесі, Харкові. У повоєнні роки в УРСР функціонувала розвинена мережа станцій та відділів екстреної медичної допомоги. У 70 роки минулого сторіччя у СРСР з метою оптимізації обслуговування пацієнтів система екстреної медичної допомоги була розділена на дві окремі системи: система швидкої медичної допомоги (ШМД) та система невідкладної медичної допомоги (НМД), низові ланки яких були підпорядковані

керівництву різних закладів, мали різні координуючі та функціонально-методичні центри. Після розпаду Радянського Союзу розвиток цих систем в державах СНД пішов за різними напрямками.

На основі аналізу сучасного стану системи екстреної медичної допомоги в Україні зроблено висновок про її низьку ефективність та недосконалість. Основними проблемами сучасної вітчизняної системи екстреної медичної допомоги є: недосконала організація раннього доступу до надання першої допомоги; недостатня швидкість прибуття бригад швидкої медичної допомоги на місце події; незадовільна якість надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному та госпітальному етапах; низька спроможність системи своєчасно забезпечити достатній об'єм якісної медичної допомоги у разі виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків.

Служба екстреної медичної допомоги в Україні, за час свого існування зазнала багато змін, і нині перебуває у стані чергової реформи, метою якої є трансформування екстреної медичної допомоги на «англо-американську» парамедичну систему. Сучасний етап реформування розпочався у 2019 році затвердженням Урядом Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги. Основні напрями реформування – забезпечення ефективної першої допомоги на місці події особами, що не мають медичної освіти; удосконалення догоспітальної категоризації викликів екстреної медичної допомоги; нова модель розподілу посадових обов'язків та зміни у підготовці та перевірці кваліфікації фахівців; управління якістю послуг; нові підходи до організації екстреної медичної допомоги на госпітальному етапі у разі перебування людини у невідкладному стані; реагування на надзвичайні ситуації; профілактика невідкладних станів.

Відповідно до Статуту Комунальне некомерційне підприємство «Міська клінічна лікарня № 6» Дніпровської міської ради – багатопрофільний лікувально-профілактичний заклад, який надає широке коло медичних послуг населенню. Надання екстреної медичної допомоги – щоденна практика роботи медичних працівників закладу.

В структурі лікарні відтепер 479 стаціонарних ліжок, які цілодобово надають вторинну (спеціалізовану) невідкладну та планову медичну допомогу жителям лівобережної частини міста Індустріального, Амур-Нижньодніпровського та Самарського районів міста. Відділення хірургічного профілю надає медичну допомогу жителям Дніпропетровського та Магдалинівського районів.

Загальна чисельність населення районів медичного обслуговування лікарні 480 тис. жителів. Амбулаторна медична допомога забезпечується консультативно-діагностичними відділеннями КДВ № 1 та КДВ № 2, розташованими на базі амбулаторій за адресами вул. Батумська, 13 та пров. Фестивальний, 1.

На теперішній час Комунальне некомерційне підприємство «Міська клінічна лікарня № 6» Дніпровської міської ради – це авторитетний медичний заклад, що має вищу акредитаційну категорію, який працює та розвивається за сучасними новітніми технологіями.

Напрями подальшого розвитку КНП «Міська клінічної лікарні № 6» Дніпровської міської ради визначаються:

– з одного боку – стратегією та програмами реформування сфери охорони здоров'я в Україні, зокрема Концепцію розвитку системи екстреної медичної допомоги;

з іншого боку – процесами децентралізації влади, оскільки за статутом лікарня є комунальним медичним закладом, безпосередньо підпорядковується департаменту охорони здоров'я населення Дніпровської міської ради, та основним джерелом фінансування лікарні є міський бюджет. Аналіз свідчить, що однією з найбільш складних проблем забезпечення функціонування та подальшого розвитку закладу може стати фінансування цього медичного закладу, програм і проектів його розвитку.

Сформовано висновок про те, що основні джерела фінансування медичних закладів (бюджетні асигнування та кошти державних і регіональних цільових програм) мають бути доповнені додатковими джерелами, серед яких

можуть бути: благочинна допомога та кошти грантів; кошти добровільного медичного страхування; оплата за надані медичним закладом послуги за угодами; надходження за послуги, які надає медичний заклад понад нормативи надання безоплатної медичної допомоги; оплата за послуги, надані пацієнтам за їхньої ініціативи; добровільні внески та пожертви тощо.

У результаті аналізу цих напрямів було зроблено висновок, що для вдосконалення системи охорони здоров'я необхідно продовжити запровадження сучасних технологій адміністративного, кадрового, фінансового, інформаційного, інноваційного, комунікаційного менеджменту в медичних закладах швидкої медичної допомоги, вдосконалити форми міжсекторної та міжмуніципальної співпраці в умовах проведення медичної реформи.

Показано, що реалізація ефективної кадрової політики в системі охорони здоров'я є важливим інструментом реформування медичної сфери. Визначено недоліки кадрового забезпечення медичної галузі, серед яких, зокрема, низька якість підготовки медичних кадрів; зниження рівня кваліфікації медичних кадрів; відсутність мотивації та зацікавленості у покращенні результатів діяльності; невідповідність якості підготовки медичних кадрів сучасним вимогам і потребам медичної галузі та завданням реформування медичної сфери. Дійсно, нині в Україні медичними закладами управляють здебільшого досвідчені лікарі високої кваліфікації з медичної спеціалізації. Разом з тим вони не мають спеціальної підготовки з питань управління та економіки охорони здоров'я. Проте наявність спеціальної освіти не є пріоритетною ознакою при призначенні на посаду керівника медичного закладу.

Зроблено висновок, що досягнення та утримання високого рівня конкурентоспроможності медичних закладів – одне з найважливіших завдань менеджменту закладів екстреної медичної допомоги, реалізація якого можлива на засадах впровадження інноваційних управлінських технологій, таких як стратегічний, проектний, фінансовий менеджмент, а також посилення вимог до кваліфікаційного, морально-психологічного та етичного рівня

персоналу, який дотримується норм лікарської етики та деонтології; відповідного рівня ресурсного, матеріально-технічного й фінансового забезпечення діяльності закладів швидкої медичної допомоги.

Показано, що в умовах медичної реформи надзвичайної актуальності набуло забезпечення високоякісної підготовки медичних працівників та набуття ними практичного досвіду у певній сфері діяльності, що вимагає не тільки їх підготовки у спеціалізованих медичних закладах, а й постійного підвищення їх кваліфікації, створення відповідних умов навчання у профільних освітніх навчальних закладах медичного спрямування, які б відповідали європейському рівню якості освіти, зарубіжного стажування тощо. Для підготовки таких лікарів-професіоналів у вітчизняних закладах вищої освіти здійснюється навчання за відповідними освітньо-професійними програмами та спеціалізаціями галузей знань: «Публічне управління та адміністрування» та «Управління та адміністрування».

До таких компетентностей, зокрема, можна віднести наступні загальні компетентності: здатність презентувати ідеї, стратегії та результати проєктів для цільових аудиторій різного типу; здатність працювати в міждисциплінарній команді та спілкуватися з експертами інших галузей, в міжнародному середовищі; вміння організовувати ідеї, думки та наявну інформацію в аналітичні документи; навички лідерства та командної роботи.

Серед фахових компетентностей можна виділити, зокрема, такі вміння та навички: застосувати знання про організацію та фінансування медичної допомоги на комплексній основі; розробляти політики якості надання медичних послуг; розробляти та реалізовувати політики управління людськими ресурсами; виявляти ключових стейкхолдерів та налагоджувати з ними діалог; оцінювати правові, соціальні та економічні особливості середовища ведення бізнесу в охороні здоров'я; розробляти стратегії розвитку медичних закладів, проєкти з громадського здоров'я.

Розглянуто роль Навчально-наукового інституту державного управління Національного технічного університету «Дніпровська політехніка» у

підготовці магістрів за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування», яка передбачає поєднання глибокої теоретичної підготовки з набуттям практичного досвіду публічного управління. Так, зокрема, у ННІ ДУ вивчаються такі важливі дисципліни, як «Стратегічне управління», «Управління проектами», а також вибірккові дисципліни «Управління закладами охорони здоров'я на регіональному рівні» «Основи управління проектами у медичній сфері», «Державна політика у сфері охорони здоров'я» та інші. Підготовка медичного персоналу за управлінськими спеціальностями, зокрема, «Публічне управління та адміністрування», буде сприяти якості надання медичних послуг, а також забезпеченню ефективності діяльності медичного закладу в цілому.

Підводячи підсумки, слід зазначити, що зміни в системі надання екстреної медичної допомоги мають відповідати принципам європейської соціальної моделі, яку вважають символом соціально-гуманітарної політики Євросоюзу. Ці аспекти накладають певні обов'язки щодо компетенцій та компетентностей управлінського персоналу даної сфери і вимагають отримання ними відповідних теоретичних знань та практичних навичок управлінської діяльності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні : вибір національної моделі розвитку / В. Д. Долот // Державне управління : удосконалення та розвиток. – 2013. – № 2. – URL : <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=658>.
2. Конституція України : прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 черв. 1996 р. // Відом. Верховної Ради України. – 1996. – № 30. – Ст. 141.
3. Фундаментальні основи політики охорони здоров'я / под ред. О. П. Щепіна. – Київ, 1999. – 453 с.
4. Дубінський С. В. Проблеми забезпечення якості послуг в медичній галузі України / С. В. Дубінський // Європейський вектор економічного розвитку. 2016. – № 1 (20). – С. 51–59.
5. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України. – URL: <http://uoz.cn.ua/reforma022016.pdf>.
6. Ключові дати реформи // Урядовий кур'єр. – 2018. – 11 січня. – С. 5.
7. Слободніченко М. «По полочках»: все про медичну реформу. – URL: <https://uba.ua/ukr/news/7801>.
8. Москаленко В. Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті / В. Москаленко. – URL: <http://amnu.gov.ua/aktualni-problemy-zdorov-ya-ta-ohorony-zdorov-ya-u-iii-tysyacholitti/>.
9. Брижовата О. С. Вплив підвищення кваліфікації сімейних лікарів на залучення людей, які живуть з ВІЛ, до каскаду медичних послуг в загальній системі охорони здоров'я України: досвід проекту USAID/RESPECT/ О. С. Брижовата, В. Є. Полищук // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3. – С. 304–305.
10. Дванадцять принципів організації здравоохоронення для любой національної системи здравоохоронення: прийняты 17-й Всемирной

медицинской ассамблеей (Нью-Йорк, США, октябрь 1963 р. : с внесенными 35-й Всемирной медицинской ассамблеей поправками. Венеция, Италия, октябрь 1983 р.) // Права человека и профессиональная деятельность врача в документах международных организаций. – Киев : Сфера, 1999. – С. 191–94.

11. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я / З. С. Гладун. – Тернопіль : Укрмедкнига, 1999. – 312 с.

12. Голованова І. А. Досвід організації та фінансування системи охорони здоров'я Угорщини / І. А. Голованова, Г. А. Оксак, О. І. Краснова // Економіка і право охорони здоров'я. – 2017. – № 1. – С. 41–43. – URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/eprozd_2017_1_9.

13. Державне управління в Україні: наукові, правові, кадрові та організаційні засади / за заг. ред. Н. Р. Нижник, В. М. Олуйка. – Львів : Львів. політехніка, 2002. – 352 с.

14. Державне управління в Україні : організаційно-правові засади : навч. посіб. / Н. Р. Нижник, С. Д. Дубенко, В. І. Мельниченко [та ін.] ; за заг. ред. Н. Р. Нижник. – Київ : Вид-во УАДУ, 2002. – 164 с.

15. Державне управління : теорія і практика / за заг. ред. В. Б. Авер'янова. – Київ : Юрінком Інтер, 1998. – 432 с. 15

16. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України, 2016 рік / МОЗ України, ДУ УІСД МОЗ України. – Київ, 2017. – 516 с.

17. Стратегія сталого розвитку «Україна 2020»: Указ Президента України «Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020» від 12 січня 2015 року. – 2015. – № 5.

18. Державне управління охороною громадського здоров'я : навч. посіб. / за ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. – Київ : Вид-во НАДУ, 2004. – 116 с.

19. Вартамян Ф. Е. Современные тенденции медицинской реформы в западно-европейских странах / Ф. Е. Вартамян, Д. А. Орлов, Ю. А. Матвеев // Здравоохранение. – 2009. – № 8. – С. 63–68.

20. Державне управління охороною громадського здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : кол. моногр. / за заг. ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. – Київ : НАДУ, 2013. – 424 с.
21. Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги: Розпорядження Кабінету міністрів України від 29 січня 2020 р. № 111-р. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/111-2020-%D1%80#Text>.
22. Устінов О. В. Екстрена медична допомога: затверджено план заходів щодо її реформування / Український медичний часопис-online. – URL: <https://www.umj.com.ua/article/171436/ekstrena-medichna-dopomoga-zatverdzheno-plan-zahodiv-shhodo-yiyi-reformuvannya>.
23. Булавінова К., Данилюк О. МОЗ в ефірі: як працює екстрена медична допомога під час війни. – URL: <https://podcasts.nv.ua/ukr/episode/12620.html>.
24. Історія розвитку швидкої медичної допомоги та санітарної авіації. – URL: <https://dnepmedical.com.ua/uk/istoriya-rozvitku-shvidkoi-medichnoi-dopomogi-ta-sanitarnoi-aviacii>.
25. Етапи становлення екстреної невідкладної допомоги на Слобожанщині. Сторінки історії. 0.22141/2224-0586.16.2.2020.203135 614.882 DOI: УДК Забашта В.Ф., м. Харків, Україна.
26. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025. – Київ, листопад 2014 р. – URL: <https://moz.gov.ua/strategija>.
27. Основи законодавства України про охорону здоров'я закон України від 19.11.1992 № 2801-XII у поточній редакції від 24.07.2020 // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 1993. – № 4. – ст. 19.
28. Про екстрену медичну допомогу : закон України від 05.07.2012 № 5081-VI у поточній редакції від 16.10.2020 // Відомості Верховної Ради (ВВР). – 2013. – № 30. – ст. 340.

29. Заклади охорони здоров'я : Статистична інформація Головного управління статистики у Дніпропетровській області. – 2019. – URL: <http://dneprstat.gov.ua/statinfo%202015/oz/include/oz1.pdf>.
30. Про заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні : Наказ МОЗ України від 29.08.2008 р. № 500. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0500282-08#Text>
31. Про схвалення Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги : Постанова Кабінету міністрів України від 22.05.2019 № 383-р.– URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/111-2020-%D1%80>.
32. Мескон М. Основы менеджмента / Мескон М., Альберт М. ; пер. с англ. – М. : Дело, 1992. – 702 с.
33. Медична реформа в Україні: штучне дихання для «швидкої». – URL: <https://www.dw.com/uk/%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B0/a-3670856>.
34. Реформа медичної галузі: як наповнити пропозиції справами? – URL: <http://www.radiosvoboda.org/a/28237603.html>.
35. Український уряд схвалив програму медгарантій у сфері охорони здоров'я. – URL: <https://www.dw.com/uk/%D1%83%D0%BA/a-51440403>.
36. Бюджетний кодекс України : закон України від 21.06.2001 р. № 2542-III 2542-14, остання редакція від 19.10.2010 р. на підставі 2478-17, чинний // Відом. Верховної Ради України. – 2001. – № 37 – 38. – С. 45.
37. Реформа екстреної медичної допомоги розпочнеться у 2019 році – URL: <https://www.umj.com.ua/article/130965/reforma-ekstrenoyi-medichnoyi-dopomogi-rozpochnetsya-u-2019-rotsi>.
38. Статут КНП «Міська клінічна лікарня № 6» Дніпровської міської ради. – URL: https://dniprorada.gov.ua/upload/files/o_1em6t3a3q16vi197722gdm69gat.PDF.
39. Камінська Т. М. Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я в Україні / Т. М. Камінська // Економічна теорія. – 2015. – № 1 (20). – С. 38 – 48.

40. Баєва О. В. Основи менеджменту охорони здоров'я : навч.-метод. посіб. – Київ : МАУП, 2007. – 328 с.
41. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу). – URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf>.
42. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII // Відом. Верховної Ради. – 2018. – № 5. – Ст. 31.
43. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. – К. : НАДУ, 2013. – Ч. 1. – 396 с.
44. Менеджмент системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи // Управління охорони здоров'я Тернопільської ОДА. – URL: <https://uozter.gov.ua/ua/news-1-0-741-modernizaciya-menedzhmentu-sistemi-ohoroni-zdorov%E2%80%99ya-v-umovah-provedennya-medichnoi-reformi>.
45. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 рр. – URL: <https://moz.gov.ua/strategija>.
46. Маматова Т. В. Управління на основі якості : Методологічні засади для органів державного контролю : монографія / Т. В. Маматова. – Дніпропетровськ : Свідлер А. Л., 2009. – 326 с.
47. ISO 9001:2008 Quality Management System – Requirements [Електронний ресурс]. – URL: <http://intra.itilt-d-india.com/quality/ISOSstandards/ISO9001-2008-STD.pdf>.
48. Реформа екстреної медичної допомоги: що змінилося. – URL: <https://www.dw.com/uk/%D1%80%D0%B5%D1%84%D0%BE>.
49. Горачук В. В. Сучасні моделі управління якістю медичної допомоги : презентації до лекцій / Горачук Вікторія Валентинівна // Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика ; Кафедра управління охороною здоров'я, 2019. – URL: <https://nmapo.edu.ua/uk/educational-programs/moz-mag/Lecture1.pdf>.

50. Управління стратегічним розвитком об'єднаних територіальних громад: інноваційні підходи та інструменти : монографія / С. М. Серьогін, Ю. П. Шаров, Є. І. Бородін, Н. Т. Гончарук [та ін.] ; за заг. та наук. ред. С. М. Серьогіна, Ю. П. Шарова. – Д. : ДРІДУ НАДУ, 2016. – 276 с.

51. Бородін Є.І. Розвиток проєктних компетентностей публічних службовців: досвід реалізації он-лайн навчання / Є.І. Бородін, І.А. Чикаренко // Сталий розвиток територій: проблеми та шляхи вирішення : матер. наук.-практ. конф., 21 жовтня 2016 р., м. Дніпро. – Д. : ДРІДУ НАДУ, 2016. – С. 187 – 189.

52. Чикаренко І.А. Методологічні засади розробки стратегії регіонального розвитку: досвід Дніпропетровської області / І.А.Чикаренко, Т.В.Маматова, О.О.Чикаренко // Інноваційний розвиток і підвищення рівня спроможності об'єднаних територіальних громад : матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю, м. Дніпро, 30 жовтня – 29 листопада 2019 р. / за заг. ред. І.А. Чикаренко. – Дніпро : ДРІДУ НАДУ, 2019. – 354 с.

53. Освітньо-наукова програма «Менеджмент в охороні здоров'я» / Спеціальність 073 Менеджмент // Національний університет «Києво-Могилянська академія». – 2020. – URL: <https://www.ukma.edu.ua/ects/index.php/fsnst/135-2018-06-13-09-07-54/menedzhmentoz/270-2018-11-01-11-03-23>.

54. Серьогін С. М. Запровадження досягнень менеджменту в публічне управління / С. М. Серьогін // Менеджмент-орієнтовані підходи до здійснення змін в публічному управлінні : матер. наук.-практ. конф., Дніпропетровськ, 22 жовт. 2010 р. / за заг. ред. Ю. Шарова. – Дніпропетровськ : ДРІДУ НАДУ, 2010. – С. 12 – 13.

55. Міністерство охорони здоров'я України. – URL: <https://moz.gov.ua/>.

56. Зміни до Переліку лікарських посад у закладах охорони здоров'я. – URL: https://moz.gov.ua/uploads/2/13187-pro_20190626_1_dod.pdf.

57. Освітня програма магістра «Менеджмент в охороні здоров'я» // Донецький державний університет управління, 2019. – URL: <https://dsum.edu.ua/uk/educational-programs/moz-mag>.

58. Освітньо-професійна програма «Публічне управління та адміністрування» // Національна академія державного управління при Президентові України, 2020-2021 н.р. – URL: <http://academy.gov.ua/?lang=ukr&tip=dop&tipn=&page=68>.

59. Менеджмент якості в органах місцевого самоврядування : монографія / О. Бортнік, С. Квітка, Т. Маматова, С. Серьогін ; за заг. ред. С. Серьогіна. – Д. : Грані, 2015. – 140 с.

60. Про затвердження Єдиного термінологічного словника (Глосарій) з питань управління якістю медичної допомоги : наказ МОЗ України від 20.07.2011 р. № 427. – URL: <https://moz.gov.ua/>.

61. Освітньо-професійна програма «Адміністративний менеджмент», спеціалізація «Управління закладами охорони здоров'я» другого (магістерського) рівня вищої освіти // Нац. університет біоресурсів і природокористування, 2020 р. – URL: https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u284/aaa_073_cn14iissgaago_14nna_14ng_14nn_14au_2020.pdf.

62. Освітньо-професійна програма «Менеджмент закладів охорони здоров'я» за спеціальністю 073 «Менеджмент» для підготовки здобувачів вищої освіти на другому (магістерському) рівні // Західноукраїнський національний університет, 2019. – URL: <https://www.tneu.edu.ua/pdf/zvit2018/menedzhment-zakladv-ohoroni-zdorovja-1.pdf>.