

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
«ДНІПРОВСЬКА ПОЛІТЕХНІКА»

*Кваліфікаційна наукова праця  
на правах рукопису*

**Кондратьєва Інна Миколаївна**

УДК 35:005.591.6:614.2:616-083(477)

**Дисертація**

**РОЗВИТОК СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ СІЛЬСЬКИХ ТЕРИТОРІЙ УКРАЇНИ НА  
ЗАСАДАХ ІНТЕГРОВАНОГО ПІДХОДУ: ПУБЛІЧНОУПРАВЛІНСЬКИЙ  
АСПЕКТ**

**DEVELOPMENT OF FAMILY MEDICINE OF RURAL TERRITORIES OF  
UKRAINE ON THE BASIS OF AN INTEGRATED APPROACH: PUBLIC  
MANAGEMENT ASPECT**

Галузь знань 28 – «Публічне управління та адміністрування»  
Спеціальність 281 – «Публічне управління та адміністрування»  
Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей  
результатів текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

\_\_\_\_\_ І.М. Кондратьєва

Науковий керівник: І.І. Хожило, доктор наук з державного управління, професор

Дніпро-2025

## АНОТАЦІЇ

Кондратьєва І.М. Розвиток сімейної медицини сільських територій України на засадах інтегрованого підходу: публічноуправлінський аспект. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії в галузі публічного управління та адміністрування за спеціальністю 281 – «Публічне управління та адміністрування» – Національний технічний університет «Дніпровська політехніка», Дніпро, 2025.

Дисертаційне дослідження присвячене обґрунтуванню та розробленню інтегрованого підходу до публічного управління розвитком сімейної медицини в сільських територіях України.

Основні концептуальні та практичні положення доведені до рівня прикладних моделей та практичних рекомендацій, які можуть бути використані в рамках подальшого удосконалення механізмів публічного управління розвитком сімейної медицини сільських територій України на засадах інтегрованого підходу, що є особливо актуальним в умовах періоду воєнного стану, а також повоєнного відновлення України.

Актуальність теми зумовлена необхідністю подолання системних проблем у забезпеченні доступності та якості медичних послуг для сільського населення, що загострилися в умовах демографічного старіння, міграційних процесів та наслідків воєнного стану. Відповідно до рекомендацій ВООЗ, ЄС та національної стратегії охорони здоров'я, інтеграція медичних, соціальних та управлінських ресурсів є ключовою передумовою формування стійкої моделі первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини.

Війна спричинила значні руйнування медичної інфраструктури: за даними ВООЗ, станом на квітень 2024 року було зафіксовано 1 682 атаки на заклади охорони здоров'я, внаслідок яких загинули 128 медичних працівників. Ці

обставини ще більше ускладнили надання медичних послуг у сільських регіонах, де й до війни існували проблеми з інфраструктурою та кадровим забезпеченням.

У процесі дослідження застосовано системний, структурно-функціональний, порівняльний, нормативно-правовий, статистичний, соціологічний та експертний методи, що дозволило поєднати теоретичний аналіз із практичною оцінкою ефективності управлінських рішень.

Метою дисертаційного дослідження є теоретичне обґрунтування та розроблення науково-практичних засад публічного управління розвитком сімейної медицини сільських територій України на основі інтегрованого підходу.

Для досягнення визначеної мети дисертаційного дослідження були сформульовані наступні наукові завдання:

1. Проаналізувати еволюцію, сучасний стан та світові тенденції розвитку сімейної медицини, зокрема в контексті сільських територій, та окреслити її значення як інституції первинної медичної допомоги.

2. Узагальнити теоретико-методологічні основи інтегрованого підходу у сфері охорони здоров'я та визначити його застосовність з позицій реалізації публічноуправлінського впливу на рівні сільських громад.

3. Оцінити сучасний стан, проблеми та бар'єри функціонування системи сімейної медицини в сільській місцевості України в умовах децентралізації, війни та кризових галузевих трансформацій.

4. Виявити ключові управлінські дефіцити та потенціали для впровадження інтегрованої моделі організації первинної медичної допомоги у сільській місцевості, з урахуванням міжгалузевої взаємодії, кадрового забезпечення, цифрових інструментів та логістичної доступності.

5. Розробити концептуальні підходи та практичні рекомендації щодо вдосконалення публічного управління розвитком сімейної медицини сільських територій на засадах інтегрованого підходу в умовах дії правового режиму воєнного стану та періоду повоєнного відновлення України.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини у сфері публічного управління та адміністрування системи охорони здоров'я.

Предмет дослідження – публічноуправлінські аспекти розвитку сімейної медицини сільських територій України на засадах інтегрованого підходу.

Розділ 1 «Теоретичні засади публічного управління та адміністрування розвитком медицини сільських територій» містить фундаментальний аналіз теоретичних засад публічного управління та адміністрування розвитком медицини в сільських територіях. Систематизовано наукові підходи до трактування понять «публічне управління», «інтегрований підхід», «сімейна медицина» та «сільські території»; уточнено класифікацію моделей організації медичного обслуговування у різних країнах.

Розділ 2 «Публічне управління первинною ланкою охорони здоров'я сільських територій: національний та міжнародний досвід» присвячений аналізу національного та міжнародного досвіду публічного управління первинною ланкою охорони здоров'я. На прикладі України, Польщі, Литви та інших зарубіжних країн розглянуто ефективні управлінські інструменти, механізми фінансування, цифровізації та кадрового забезпечення. Проведено критичний огляд нормативно-правової бази та виявлено прогалини, що перешкоджають впровадженню інтегрованих рішень у сільських громадах.

Розділ 3 «Інтегрований підхід до розвитку сімейної медицини сільських територій: публічно-управлінські імплікації» обґрунтовує інтегрований підхід до розвитку сімейної медицини, який поєднує міжсекторальну координацію, багаторівневе управління, використання телемедицини, розвиток кадрового потенціалу та активну участь громад. Запропоновано авторську модель публічно-управлінських імплікацій, що включає стратегічне планування, моніторинг результативності та гнучкі механізми реагування на виклики воєнного та поствоєнного періоду.

Наукова новизна отриманих результатів дисертаційного дослідження полягає у розробленні концептуальних теоретичних положень, методичних підходів та практичних рекомендацій, спрямованих на вирішення актуальної наукової проблеми щодо удосконалення розвитку сімейної медицини сільських

територій України на засадах інтегрованого підходу крізь призму публічноуправлінських аспектів.

Основні положення дисертації, що становлять її наукову новизну, полягають у такому:

*Уперше* теоретично обґрунтовано та розроблено цілісну концепцію публічного управління розвитком сімейної медицини сільських територій України на засадах інтегрованого підходу, що поєднує міжгалузеву взаємодію, цифрову трансформацію, кадрове забезпечення та логістичну доступність, включає авторську модель інтегрованої організації первинної медичної допомоги, адаптовану до умов децентралізації, воєнного стану та повоєнного відновлення з урахуванням європейських практик і стандартів ВООЗ, а також класифікацію управлінських дефіцитів у сфері сільської медицини, побудовану на системному аналізі бар'єрів і потенціалів функціонування медичних закладів у кризових умовах.

*Удосконалено:*

- теоретико-методологічні засади застосування інтегрованого підходу у сфері публічного управління охороною здоров'я сільських громад шляхом поєднання принципів належного врядування, системного підходу та соціальної орієнтації медичних послуг;

- методичний інструментарій оцінювання стану та перспектив розвитку сімейної медицини у сільській місцевості України з використанням багатовимірного аналізу, SWOT-аналізу, а також інтеграції статистичних і якісних методів дослідження;

*Дістали подальшого розвитку:*

- наукові інтерпретації щодо кореляції змісту та можливостей адаптації європейських моделей інтегрованих медичних послуг до українських умов з урахуванням нормативно-правової бази, демографічних особливостей і ресурсних можливостей сільських територій;

- концептуальні положення щодо взаємодії органів місцевого самоврядування, медичних закладів та громадськості у впровадженні інтегрованих моделей надання медичної допомоги;

- наукові положення про роль сімейної медицини як ключового інституту первинної медичної допомоги у забезпеченні сталого розвитку сільських громад та зміцненні системи громадського здоров'я в умовах зовнішніх викликів і трансформацій сектору охорони здоров'я.

У дисертації розроблено та апробовано концептуальні положення щодо взаємодії органів місцевого самоврядування, медичних закладів і громадськості у впровадженні інтегрованих моделей надання медичної допомоги. Доведено, що потенціал зростання ефективності полягає у впровадженні цифрових інструментів (телемедицина, електронний запис), мультидисциплінарних команд (лікар – медсестра – соціальний працівник – реабілітолог) та міжмуніципальної співпраці для забезпечення рівного доступу до послуг.

У дисертації розширено зміст науково-прикладної інтерпретації щодо розуміння ролі сімейної медицини у сталому розвитку сільських громад через визначення пріоритетів повоєнного відновлення: посилення кадрового потенціалу шляхом цільової підготовки та стимулювання молодих лікарів до роботи у сільських громадах; розширення мережі амбулаторій і мобільних медичних бригад; інтеграція послуг із психосоціальною підтримкою та реабілітацією; забезпечення належного фінансування через державно-приватне партнерство та міжнародну допомогу.

Обґрунтовано, що в Україні основою організаційно-правового механізму публічного управління розвитком первинної медико-санітарної допомоги є Конституція України, відповідна загальнодержавна програма та закони загальномедичного змісту (1992 р.) та спеціально визначеного змісту (2017). Основними принципами покращення якості надання первинної медико-санітарної допомоги на рівні територіальної громади є орієнтованість на індивідуальні потреби людей (управлінський підхід пацієнтоорієнтованості (patient focus) та пацієнтоцентричності (patientcenteredness) та гласність, прозорість і підзвітність

органів державної влади та місцевого самоврядування. Новітнім інструментарієм публічного управління розвитком первинної медико-санітарної допомоги є коворкінг, колаборація та розвиток міжсекторальної, міжгалузевої та міжнародної співпраці у сфері охорони здоров'я. На цій основі розроблено методичний інструментарій оцінювання стану та перспектив розвитку сімейної медицини, що передбачає три сценарії розвитку (базовий, помірний та інтенсивний) і ґрунтується на поєднанні кількісних (багатовимірний аналіз, SWOT-аналіз) та якісних (експертні інтерв'ю, фокус-групи) методів. Реалізація авторських науково обґрунтованих пропозицій забезпечує комплексну діагностику проблем і ресурсів у сфері публічного управління розвитком сімейної медицини сільських територій України на засадах інтегрованого підходу.

У висновках підкреслено, що впровадження інтегрованого підходу до розвитку сімейної медицини забезпечить підвищення ефективності використання ресурсів, покращення кадрової ситуації, зростання рівня задоволеності пацієнтів та формування здоров'яорієнтованої моделі розвитку сільських територій. Результати дослідження можуть бути використані органами державної влади, місцевого самоврядування та керівниками закладів охорони здоров'я для стратегічного планування та реалізації політики у сфері первинної медичної допомоги.

**Ключові слова:** публічне управління та адміністрування, сільська медицина, охорона здоров'я, стратегія розвитку, війна, інтегрований підхід, сімейна медицина, євроінтеграція, Європейський Союз, первинна медико-санітарна допомога, територіальні громади, місцеве самоврядування, державна політика, медична реформа, медичні кадри, медичні послуги

## ABSTRACT

Kondratieva I.M. Development of Family Medicine in Rural Areas of Ukraine Based on an Integrated Approach: Public Administration Aspect. – Qualification scholarly work (manuscript).

Thesis for the degree of Doctor of Philosophy in Public Administration and Governance, specialty 281 – "Public Administration and Governance" – National Technical University "Dnipro Polytechnic", Dnipro, 2025.

The dissertation research is devoted to substantiating and developing an integrated approach to public administration in the development of family medicine in rural areas of Ukraine.

The main conceptual and practical provisions have been brought to the level of applied models and practical recommendations that can be used in the framework of further improving the mechanisms of public management of the development of family medicine in rural areas of Ukraine on the basis of an integrated approach, which is especially relevant in the conditions of the period of martial law, as well as the post-war reconstruction of Ukraine.

The relevance of the topic is determined by the need to overcome systemic problems in ensuring the accessibility and quality of medical services for the rural population, which have intensified due to demographic aging, migration processes, and the consequences of martial law. In accordance with WHO, EU, and national health strategies, the integration of medical, social, and managerial resources is a key prerequisite for building a sustainable model of primary health care based on family medicine.

The war caused significant destruction of the medical infrastructure: according to WHO, as of April 2024, 1,682 attacks on healthcare facilities had been recorded, resulting in the deaths of 128 medical workers. These circumstances further

complicated the provision of medical services in rural regions, where there were problems with infrastructure and staffing even before the war.

The research applied systemic, structural-functional, comparative, legal, statistical, sociological, and expert methods, enabling a combination of theoretical analysis with a practical assessment of the effectiveness of management decisions.

The purpose of the dissertation research is to theoretically substantiate and develop scientific and practical principles of public management of the development of family medicine in rural areas of Ukraine based on an integrated approach.

To achieve the stated goal of the dissertation research, the following scientific tasks were formulated:

1. To analyze the evolution, current state and global trends in the development of family medicine, particularly in the context of rural areas, and to outline its significance as an institution of primary health care.

2. To summarize the theoretical and methodological foundations of an integrated approach in the field of health care and to determine its applicability from the standpoint of implementing public management influence at the level of rural communities.

3. To assess the current state, problems and barriers of the functioning of the family medicine system in rural areas of Ukraine in the context of decentralization, war and crisis sectoral transformations.

4. To identify key management deficits and potentials for the implementation of an integrated model of primary health care organization in rural areas, taking into account inter-sectoral interaction, staffing, digital tools and logistical accessibility.

5. To develop conceptual approaches and practical recommendations for improving public management of the development of family medicine in rural areas on the basis of an integrated approach under the legal regime of martial law and the period of post-war reconstruction of Ukraine.

The object of the study is public relations in the field of public management and administration of the health care system.

The subject of the study is public management aspects of the development of family medicine in rural areas of Ukraine based on an integrated approach.

Chapter 1 “Theoretical Foundations of Public Administration and Governance of Rural Healthcare Development” provides a fundamental analysis of the theoretical foundations of public administration and governance of rural healthcare development. Scientific approaches to interpreting the concepts of “public administration”, “integrated approach”, “family medicine” and “rural areas” are systematized; a classification of healthcare service delivery models in different countries is clarified.

Chapter 2 “Public Administration of the Primary Healthcare Sector in Rural Areas: National and International Experience” focuses on the analysis of national and international experience in public administration of the primary health care sector. Using the cases of Ukraine, Poland, Lithuania et other the study examines effective management tools, financing mechanisms, digitalization strategies, and workforce development policies. A critical review of the regulatory and legal framework is conducted, and gaps hindering the implementation of integrated solutions in rural communities are identified.

Chapter 3 “An Integrated Approach to the Development of Family Medicine in Rural Areas: Public Administration Implications” substantiates an integrated approach to the development of family medicine that combines intersectoral coordination, multi-level governance, the use of telemedicine, workforce capacity building, and active community participation. The author proposes a model of public-administration implications that includes strategic planning, performance monitoring, and flexible mechanisms for responding to challenges in wartime and post-war periods.

The scientific novelty of the results of the dissertation research lies in the development of conceptual theoretical provisions, methodological approaches and practical recommendations aimed at solving the current scientific problem of improving the development of family medicine in rural areas of Ukraine on the basis of an integrated approach through the prism of public management aspects.

The main provisions of the dissertation, which constitute its scientific novelty, are as follows:

For the first time, a holistic concept of public management of the development of family medicine in rural areas of Ukraine has been theoretically substantiated and developed on the basis of an integrated approach, combining interdisciplinary interaction, digital transformation, staffing and logistical accessibility, including the author's model of an integrated organization of primary health care, adapted to the conditions of decentralization, martial law and post-war recovery, taking into account European practices and WHO standards, as well as a classification of management deficits in the field of rural medicine, built on a systematic analysis of barriers and potentials for the functioning of medical institutions in crisis conditions.

Improved:

- theoretical and methodological principles for applying an integrated approach in the field of public management of health care in rural communities by combining the principles of good governance, a systemic approach and social orientation of medical services;

- methodological tools for assessing the state and prospects for the development of family medicine in rural areas of Ukraine using multidimensional analysis, SWOT analysis, as well as the integration of statistical and qualitative research methods;

Further development was achieved:

- scientific interpretations on the correlation of the content and possibilities of adapting European models of integrated medical services to Ukrainian conditions, taking into account the regulatory framework, demographic characteristics and resource capabilities of rural areas;

- conceptual provisions on the interaction of local governments, medical institutions and the public in the implementation of integrated models of medical care;

- scientific provisions on the role of family medicine as a key institution of primary medical care in ensuring the sustainable development of rural communities and strengthening the public health system in the face of external challenges and transformations of the health sector.

The dissertation developed and tested conceptual provisions on the interaction of local governments, medical institutions and the public in the implementation of

integrated models of medical care. It has been proven that the potential for increasing efficiency lies in the implementation of digital tools (telemedicine, electronic records), multidisciplinary teams (doctor - nurse - social worker - rehabilitation specialist) and intermunicipal cooperation to ensure equal access to services. The dissertation expands the content of the scientific and applied interpretation of understanding the role of family medicine in the sustainable development of rural communities by identifying priorities for post-war recovery: strengthening human resources through targeted training and encouraging young doctors to work in rural communities; expanding the network of outpatient clinics and mobile medical teams; integrating services with psychosocial support and rehabilitation; ensuring adequate funding through public-private partnerships and international assistance. The dissertation develops and tests conceptual provisions on the interaction of local governments, medical institutions and the public in the implementation of integrated models of medical care. It is proven that the potential for increasing efficiency lies in the implementation of digital tools (telemedicine, electronic records), multidisciplinary teams (doctor - nurse - social worker - rehabilitologist) and intermunicipal cooperation to ensure equal access to services.

The dissertation expands the content of the scientific and applied interpretation of understanding the role of family medicine in the sustainable development of rural communities by identifying priorities for post-war recovery: strengthening human resources through targeted training and stimulating young doctors to work in rural communities; expanding the network of outpatient clinics and mobile medical teams; integrating services with psychosocial support and rehabilitation; ensuring adequate funding through public-private partnerships and international assistance.

It is substantiated that in Ukraine, the basis of the organizational and legal mechanism of public management of the development of primary health care is the Constitution of Ukraine, the corresponding national program and laws of general medical content (1992) and specially defined content (2017). The main principles of improving the quality of primary health care at the level of the territorial community are focus on the individual needs of people (the management approach of patient focus

and patient-centeredness) and openness, transparency and accountability of state authorities and local self-government. The latest tools for public management of the development of primary health care are coworking, collaboration and the development of inter-sectoral, inter-branch and international cooperation in the field of health care. On this basis, a methodological toolkit has been developed for assessing the state and prospects for the development of family medicine, which provides for three development scenarios (basic, moderate and intensive) and is based on a combination of quantitative (multidimensional analysis, SWOT analysis) and qualitative (expert interviews, focus groups) methods. The implementation of the author's scientifically based proposals provides a comprehensive diagnosis of problems and resources in the field of public management of the development of family medicine rural areas of Ukraine based on an integrated approach.

**Key words:** public management and administration, rural medicine, health care, development strategy, war, integrated approach, family medicine, European integration, European Union, primary health care, territorial communities, local self-government, state policy, medical reform, medical personnel, medical services

## СПИСОК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

Кондратьєвої Інни Миколаївни

*Статті як окремі розділи колективних монографій*

1. **Кондратьєва І.М.** Публічне управління розвитком первинної медико-санітарної допомоги: аналіз сучасних стратегій та програм. *Moderní aspekty vědy: XLVI. Díl mezinárodní kolektivní monografie / Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o.. Česká republika: Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o., 2024. str. 598 (авт. С.33-43).* <https://doi.org/10.52058/46-2024>

2. **Кондратьєва І.М.,** Михайлюта В.В. Розвиток системи охорони здоров'я: політики та інструменти країн Європейського Союзу. Сучасний соціогуманітарний простір країн Європейського Союзу: публічноуправлінські аспекти: колективна монографія /за заг. ред. Н.А. Липовської. Дніпро : НТУ «Дніпровська політехніка», 2024. 236 с. (авт. 154-162). [https://palsg.nmu.org.ua/ua/Sci/Publ\\_postgrad/%D0%9C%D0%BE%D0%BD%D0%BE-%D0%9D%D0%A2%D0%A3.pdf](https://palsg.nmu.org.ua/ua/Sci/Publ_postgrad/%D0%9C%D0%BE%D0%BD%D0%BE-%D0%9D%D0%A2%D0%A3.pdf)

*Статті у періодичних фахових наукових виданнях України за спеціальністю  
281 Публічне управління та адміністрування (категорія Б)*

3. **Кондратьєва І.М.** (2022). Розвиток сільської медицини в Україні в сучасних умовах. *Державне будівництво.* 2022 №2 (32). С. 118-127. URL: DOI: <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2022-2-11>

4. **Кондратьєва І.М.** (2023). Державне регулювання розвитку сімейної медицини в Україні: історико-теоретичний зріз. *Публічне управління та місцеве самоврядування, Вип. 2, 2023. 27-34.* URL: <https://journals.politehnica.dp.ua/index.php/public/article/view/312/278>

5. **Кондратьєва І.М.** (2025). Інтеграція послуг на первинній ланці охорони здоров'я в сільських громадах: європейський досвід і виклики для України.

*Національні інтереси України.* № 6 (11). С.856-868.  
<http://perspectives.pp.ua/index.php/niu/article/view/25301/25279>

6. Скрипник О.А., **Кондратьєва І.М.** (2025). Основні поняття та категорії в системі державного управління охорони здоров'я: дискусійні аспекти. *Наукові перспективи*, Вип. 2 (10), 2025. С. 856-866.  
<http://perspectives.pp.ua/index.php/sni/article/view/19798/19783>

*Наукові публікації апробаційного змісту*

7. **Кондратьєва І.М.** Охорона здоров'я України на сучасному етапі: євроінтеграційні аспекти. *Нотатки сучасної науки: електронний мультидисциплінарний науковий часопис.* № 8. Харків: СГ НТМ «Новий курс», 2023. 27с. (авт. С 3). [https://www.newroute.org.ua/wp-content/uploads/2023/08/nsn\\_8.pdf](https://www.newroute.org.ua/wp-content/uploads/2023/08/nsn_8.pdf)

8. **Кондратьєва І.М.** Територіальна система охорони здоров'я України: аспекти спроможності в умовах війни. Забезпечення стійкості, ревіталізації та розвитку територій і громад в Україні : матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю, м. Дніпро, 4 травня 2023 р. / за заг. ред. І. А. Чикаренко; Т.В. Маматової. Дніпро : НТУ «Дніпровська політехніка», 2023. 257 с. (авт. С.95-96).  
<https://palsg.nmu.org.ua/ua/Sci/konf/ConfDUMS-040523.pdf>

9. **Кондратьєва І.М.** Розвиток сфери охорони здоров'я територіальної громади на засадах інтегрованого підходу. Міжнародний форум «Безпечна, комфортна, спроможна, територіальна громада» - 2023: матеріали міжнар. конф., 11-13 жовтня 2023 р., м. Дніпро. – Д.: НТУ «Дніпровська політехніка», 2023. – 347 с. (авт. С. 266-267).  
<https://science.nmu.org.ua/ua/conferences/Forum/Zbirnyk.pdf>

10. **Кондратьєва І.М.** Публічне управління у сфері охорони здоров'я на засадах євроінтеграційної комплементарності. Публічне управління в Україні: історичний досвід та перспективи розвитку : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (Київ, 20 лют. 2024 р.) / за заг. ред. Л. Г. Комахи, Н. М. Корчак, Л. В.

Гонюкової. Київ: Навчально-науковий інститут публічного управління та державної служби Київського національного університету імені Тараса Шевченка, 2024. 294 с. (авт. С. 123-124).

<https://ipacs.knu.ua/pages/osn/2/news/2091/files/498c572d-c229-48d4-b090-f02ea2824af1.pdf>

11. **Кондратьєва І.М.** Міжнародна допомога на відбудову «первинки» в територіальних громадах України. «Наукова весна» 2024: матеріали XIV Міжнародної науково-технічної конференції аспірантів та молодих вчених, Дніпро, 27–29 березня 2024 року / Національний технічний університет «Дніпровська політехніка» – Дніпро : НТУ «ДП», 2024. 445 с. (авт. С. 291).

[https://rmv.nmu.org.ua/ua/arkhiv-zbirok-konferentsiy/naukova-vesna-2024/Scientific\\_Spring\\_2024.pdf](https://rmv.nmu.org.ua/ua/arkhiv-zbirok-konferentsiy/naukova-vesna-2024/Scientific_Spring_2024.pdf)

12. **Кондратьєва І.М.** Розвиток інтегрованих медичних послуг в сільських громадах країн ЄС досвід для України. «Молодь: наука та інновації» 2024: матеріали XII Міжнародної науково-технічної конференції студентів, аспірантів та молодих вчених, Дніпро, 13–15 листопада 2024 року (у 3-х томах) / Національний технічний університет «Дніпровська політехніка» – Дніпро : НТУ «ДП», 2024. Том 3. 368 с. (авт. С.25-26).

<https://rmv.nmu.org.ua/ua/arkhiv-zbirok-konferentsiy/molod-nauka-ta-innovatsii-2024/molod-2024-vol2.pdf>

13. **Кондратьєва І.М.** Інтегрований підхід до розвитку сімейної медицини в умовах війни та повоєнного відновлення України. Пріоритетні напрями досліджень в науковій та освітній діяльності: матеріали XV Міжнародної науково-практичної конференції м. Львів, 29-30 травня 2025 року. Частина I. – Львів : Львівський науковий форум, 2025. 262 с. (авт. С. 46-48).

<https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox?projector=1>

## ЗМІСТ

Анотації	2
Список наукових праць автора	14
Список скорочень	19
ВСТУП	20
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ РОЗВИТКОМ МЕДИЦИНИ СІЛЬСЬКИХ ТЕРИТОРІЙ	29
1.1. Теоретичні та історичні аспекти державної імплементації інституту сімейної медицини в незалежній Україні	29
1.2. Актуальні аспекти інституціоналізації сімейної медицини в сучасних умовах галузевого розвитку	47
1.3. Сімейна медицина як об'єкт наукового дискурсу у сфері публічного управління та адміністрування	61
Висновки за розділом 1	78
Список використаних джерел до розділу 3	81
РОЗДІЛ 2. ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ПЕРВИННОЮ ЛАНКОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я СІЛЬСЬКИХ ТЕРИТОРІЙ: НАЦІОНАЛЬНИЙ ТА МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД	91
2.1. Характеристика та особливості публічного управління розвитком сільської медицини в Україні в сучасних умовах	91
2.2. Роль органів місцевого самоврядування в управлінні спроможністю медичної мережі сільських територій в умовах війни (на прикладі КНП «Козелецький районний центр первинної медико- санітарної допомоги»)	102
2.3. Аналіз міжнародних стратегій, планів та програм у сфері публічного управління медичною мережею сільських територій	132
Висновки за розділом 2	148
Список використаних джерел до розділу 2	150

РОЗДІЛ 3. ІНТЕГРОВАНІЙ ПІДХІД ДО РОЗВИТКУ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ СІЛЬСЬКИХ ТЕРИТОРІЙ: ПУБЛІЧНО- УПРАВЛІНСЬКІ ІМПЛІКАЦІЇ	160
3.1. Концептуальні підходи до впровадження інтегрованої моделі медичних послуг у сільських громадах	160
3.2. Пріоритети публічного управління у сфері підтримки сімейної медицини в період воєнного стану та відбудови	183
3.3. Розвиток механізми імплементації інноваційних управлінських рішень для розвитку первинної медичної допомоги у сільських громадах	200
Висновки за розділом 3	215
Список використаних джерел до розділу 3	217
ВИСНОВКИ	225
ДОДАТКИ	229

## СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

- ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
- ВПО – внутрішньо переміщені особи
- ЗОЗ – заклади охорони здоров'я
- ЗСУ – Збройні Сили України
- ІМД – інтегрована медична допомога
- КМУ – Кабінет Міністрів України
- МІС – медична інформаційна система
- МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України
- НСЗУ – Національна служба здоров'я України
- ОЗ – охорона здоров'я
- ОМС – органи місцевого самоврядування
- ОТГ – Об'єднана територіальна громада
- ПМД – первинна медична допомога
- ПМСД – первинна медико-санітарна допомога
- ФАП – фельдшерсько-акушерський пункт
- ЦПМСД – Центр первинної медико-санітарної допомоги

## ВСТУП

*Актуальність теми* дисертаційного дослідження «Розвиток сімейної медицини сільських територій України на засадах інтегрованого підходу: публічноуправлінський аспект» обумовлена низкою критичних викликів, що постали перед первинною ланкою вітчизняної системи охорони здоров'я в умовах повномасштабної війни та мають відповідну пріоритетність до потреб повоєнної відбудови, особливо в сільських регіонах України.

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), станом на квітень 2024 року 8% домогосподарств в Україні не мали доступу до первинної медичної допомоги, а 23% змушені були змінити сімейного лікаря через переміщення або незадоволення якістю послуг. Особливо гостро проблема доступності медичних послуг стоїть для внутрішньо переміщених осіб та мешканців прифронтових територій. Крім того, за результатами дослідження, проведеного у 2023 році, до 60% українців протягом року не мали жодного контакту з сімейним лікарем і не проходили медичних оглядів. Це свідчить про низький рівень охоплення населення первинною медичною допомогою, що є особливо критичним у сільських районах, де доступ до медичних послуг ускладнений через віддаленість, нестачу медичного персоналу та інфраструктурні проблеми.

Війна спричинила значні руйнування медичної інфраструктури: за даними ВООЗ, станом на квітень 2024 року було зафіксовано 1 682 атаки на заклади охорони здоров'я, внаслідок яких загинули 128 медичних працівників. Ці обставини ще більше ускладнили надання медичних послуг у сільських регіонах, де й до війни існували проблеми з інфраструктурою та кадровим забезпеченням.

Міжнародні організації, зокрема ВООЗ та ЮНІСЕФ, наголошують на важливості розвитку інтегрованих моделей первинної медичної допомоги, які передбачають міжсекторальну взаємодію, цифровізацію та орієнтацію на потреби пацієнтів. В Україні вже впроваджуються програми, спрямовані на

покращення доступу до медичних послуг у сільських районах, зокрема через мобільні медичні бригади та розвиток телемедицини.

Слід наголосити, що тривалий час в історії розвитку незалежної української держави управління системою охорони здоров'я сільських територій в нормативно-правовому аспекті забезпечувалось виключно на засадах загального підходу, а саме на основі державного регулювання суспільних відносин відповідно до закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992 рік). Такий стан справ не забезпечував повною мірою надання якісних і доступних послуг населенню, яке проживає у відділених сільських громадах. І тільки у 2017 році за ініціативи Президента України було прийнято законодавчий акт спеціальної дії «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», який став одним із перших законодавчих актів України в рамках реалізації Угоди про Асоціацію з Європейським Союзом за напрямком охорони здоров'я. На цій правовій базі слід удосконалювати публічноуправлінські підходи у розвитку сімейної медицини українських громад за зразками кращих практик країн ЄС.

Значний внесок у розробку теоретико-методологічних основ формування та удосконалення публічноуправлінських підходів розвитком сімейної медицини як пріоритетного напрямку управління охорони здоров'я здійснили вітчизняні науковці М.Білинська, Є.Бородін, Т.Важновець, З.Гладун, Д. Карамішев, В. Лехан, С. Квітка, Н.Липовська, О.Посилкіна, К. Сахарова, О.Скрипник, О. Терзі, І.Хожило, О.Худоба, Н.Юристовська та інші дослідники, в наукових працях яких зосереджена увага, переважно, на управлінських аспектах сімейної медицини у мирний час.

Разом з тим, нові виклики періоду воєнного стану потребують упровадження нових інноваційно-інтеграційних управлінських підходів, які сприятимуть забезпеченню кореляції управлінської сфери сімейною медициною на селі відповідно до стандартів країн ЄС у наданні якісних безпечних та доступних медичних послуг жителям сільських громад. Тож актуальність дослідження полягає в необхідності розробки ефективних публічноуправлінських механізмів

розвитку сімейної медицини в сільських територіях України на засадах інтегрованого підходу, що дозволить забезпечити доступність та якість медичних послуг для сільського населення в умовах війни та повоєнної відбудови.

*Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.* Дисертаційна робота виконана відповідно до загальнодержавних пріоритетів розвитку науки, що визначені у Законі України «Про пріоритетні напрями розвитку науки і техніки» (ст. 3 п. 2), а саме за напрямком «фундаментальні наукові дослідження з найбільш важливих проблем розвитку науково-технічного, соціально-економічного, суспільно-політичного, людського потенціалу для забезпечення конкурентоспроможності України у світі та сталого розвитку суспільства і держави».

Дисертаційна робота має безпосередній зв'язок з планами науково-дослідних робіт Національного технічного університету «Дніпровська політехніка», а саме в рамках реалізації НДР кафедри державного управління і місцевого самоврядування Навчально-наукового інституту державного управління за темою «Забезпечення стійкості, ревіталізації та розвитку територій і громад в Україні» (номер ДР 0122U002375) *особистий внесок* авторки полягає у науковому обґрунтуванні сутності та структурно-функціональних характеристик інституту сімейної медицини як об'єкта публічного управління на рівні сільських територій у контексті забезпечення базових потреб населення у сфері охорони здоров'я в період дії правового режиму воєнного стану та післявоєнної відбудови. Здобувачкою здійснено ранжування публічноуправлінських пріоритетів у процесі відновлення та розвитку медичної інфраструктури сільських територій в післявоєнний період, з акцентом на інтегрований характер організації надання медичних та реабілітаційних послуг, підтримку медичних кадрів, інноваційне ресурсне забезпечення та мобільність послуг (довідка від 25.07.2025 № 12-22/26).

*Мета і завдання дослідження.* Метою дисертаційного дослідження є теоретичне обґрунтування та розроблення науково-практичних засад публічного управління розвитком сімейної медицини сільських територій України на основі інтегрованого підходу.

Для досягнення визначеної мети дисертаційного дослідження були сформульовані наступні наукові завдання:

1. Проаналізувати еволюцію, сучасний стан та світові тенденції розвитку сімейної медицини, зокрема в контексті сільських територій, та окреслити її значення як інституції первинної медичної допомоги.

2. Узагальнити теоретико-методологічні основи інтегрованого підходу у сфері охорони здоров'я та визначити його застосовність з позицій реалізації публічноуправлінського впливу на рівні сільських громад.

3. Оцінити сучасний стан, проблеми та бар'єри функціонування системи сімейної медицини в сільській місцевості України в умовах децентралізації, війни та кризових галузевих трансформацій.

4. Виявити ключові управлінські дефіцити та потенціали для впровадження інтегрованої моделі організації первинної медичної допомоги у сільській місцевості, з урахуванням міжгалузевої взаємодії, кадрового забезпечення, цифрових інструментів та логістичної доступності.

5. Розробити концептуальні підходи та практичні рекомендації щодо вдосконалення публічного управління розвитком сімейної медицини сільських територій на засадах інтегрованого підходу в умовах дії правового режиму воєнного стану та періоду повоєнного відновлення України.

*Об'єкт дослідження* – суспільні відносини у сфері публічного управління та адміністрування системи охорони здоров'я.

*Предмет дослідження* – публічноуправлінські аспекти розвитку сімейної медицини сільських територій України на засадах інтегрованого підходу.

*Методи дослідження.* У дисертаційній роботі використано комплекс загальнонаукових та спеціальних методів дослідження, які сприяли досягненню належного рівня обґрунтованості наукових результатів, забезпечили

актуальність авторських рішень та реалізацію комплексного міждисциплінарного підходу при дослідженні публічноуправлінських аспектів розвитку сімейної медицини сільських територій України на засадах інтегрованого підходу. Зокрема, основними методами дисертаційного дослідження виступають такі: метод системного аналізу, який спрямований на комплексний розгляд об'єкта дослідження як цілісної системи, що складається з взаємопов'язаних елементів. У контексті публічного управління охороною здоров'я цей метод дозволив виявити взаємодію між державними, місцевими та недержавними інституціями, оцінити їх функції та вплив на розвиток первинної медико-санітарної допомоги. Метод порівняльного аналізу забезпечив зіставлення вітчизняних та зарубіжних моделей організації системи охорони здоров'я. На основі цього методу досліджено кращі практики країн ЄС, визначено можливості їх адаптації до українських реалій та використано для формулювання рекомендацій для удосконалення політики розвитку сімейної медицини сільських територій України на засадах інтегрованого підходу. Історико-ретроспективний метод використовувався для аналізу еволюції державного регулювання у сфері сімейної медицини та сільської охорони здоров'я. за допомогою цього методу вдалося виявити закономірності, тенденції та етапи розвитку галузі, а також фактори, які впливали на формування сучасних управлінських моделей розвитком сімейної медицини в Україні. Метод контент-аналізу нормативно-правових актів та стратегічних документів надав змогу здійснити структурований і кількісний аналіз змісту законодавчих та програмних документів у сфері охорони здоров'я, зокрема за напрямком сімейної медицини. На його основі здійснено ідентифікацію розвитку первинної медико-санітарної допомоги як національного пріоритету України у сфері охорони здоров'я, визначити ступінь її узгодженості з європейськими стандартами та принципами належного врядування. Метод SWOT-аналізу використано для стратегічного планування з метою ідентифікації сильних та слабких сторін первинної ланки системи охорони здоров'я, а також проаналізувати зовнішні можливості та загрози. На цій основі у дисертації обґрунтовано низку управлінських рішень і

визначено пріоритети розвитку інтегрованих медичних послуг на рівні громад сільських територій в Україні. Метод прогнозування сценаріїв розвитку дозволив змоделювати можливі варіанти розвитку первинної ланки охорони здоров'я (зокрема в сільських громадах) у коротко- та середньостроковій перспективі з урахуванням поточних викликів і ресурсних обмежень (всього обґрунтовано три сценарії – базовий, помірний та інтенсивний).

Статистичний метод дослідження забезпечив виявлення тенденцій і закономірностей у сфері охорони здоров'я, можливість проведення оцінювання динаміки показників доступності, якості та ефективності медичних послуг, а також їх кореляцію з управлінськими заходами на рівні закладів «первинки», що функціонують у громадах сільських територій України.

Окрім вищевказаного, інформаційною базою для виконання дисертаційного дослідження слугували нормативно-розпорядчі документи локального рівня, а саме КНП «Козелецький центр первинної медико-санітарної допомоги» Козелецької селищної ради. У дисертаційній роботі використовувались результати власних досліджень автора та практичні кейси публічноуправлінської діяльності авторки, реалізовані на керівних посадах локального рівня управління (генеральний директор КНП).

*Наукова новизна отриманих результатів.* Наукова новизна отриманих результатів дисертаційного дослідження полягає у розробленні концептуальних теоретичних положень, методичних підходів та практичних рекомендацій, спрямованих на вирішення актуальної наукової проблеми щодо удосконалення розвитку сімейної медицини сільських територій України на засадах інтегрованого підходу крізь призму публічноуправлінських аспектів.

Основні положення дисертації, що становлять її наукову новизну, полягають у такому:

*Уперше* теоретично обґрунтовано та розроблено цілісну концепцію публічного управління розвитком сімейної медицини сільських територій України на засадах інтегрованого підходу, що поєднує міжгалузеву взаємодію, цифрову трансформацію, кадрове забезпечення та логістичну доступність,

включає авторську модель інтегрованої організації первинної медичної допомоги, адаптовану до умов децентралізації, воєнного стану та повоєнного відновлення з урахуванням європейських практик і стандартів ВООЗ, а також класифікацію управлінських дефіцитів у сфері сільської медицини, побудовану на системному аналізі бар'єрів і потенціалів функціонування медичних закладів у кризових умовах.

*Удосконалено:*

- теоретико-методологічні засади застосування інтегрованого підходу у сфері публічного управління охороною здоров'я сільських громад шляхом поєднання принципів належного врядування, системного підходу та соціальної орієнтації медичних послуг;

- методичний інструментарій оцінювання стану та перспектив розвитку сімейної медицини у сільській місцевості України з використанням багатовимірної аналізу, SWOT-аналізу, а також інтеграції статистичних і якісних методів дослідження;

*Дістали подальшого розвитку:*

- наукові інтерпретації щодо кореляції змісту та можливостей адаптації європейських моделей інтегрованих медичних послуг до українських умов з урахуванням нормативно-правової бази, демографічних особливостей і ресурсних можливостей сільських територій;

- концептуальні положення щодо взаємодії органів місцевого самоврядування, медичних закладів та громадськості у впровадженні інтегрованих моделей надання медичної допомоги;

- наукові положення про роль сімейної медицини як ключового інституту первинної медичної допомоги у забезпеченні сталого розвитку сільських громад та зміцненні системи громадського здоров'я в умовах зовнішніх викликів і трансформацій сектору охорони здоров'я.

*Практичне значення одержаних результатів.* Практичне значення отриманих результатів дисертаційного дослідження полягає у тому, що запропоновані авторкою методичні підходи доведено до рівня практичних

рекомендацій, використання яких у процесі управління медичними підприємствами в громадах сільських територій буде сприяти оптимізації використання галузевих ресурсів, у тому числі людських ресурсів, а також буде сприяти забезпеченню ефективного функціонування закладів первинної медико-санітарної допомоги, забезпечуючи доступ жителів сільських громад до базових медичних послуг на засадах інтегрованого підходу (довідка Козелецької селищної ради Чернігівського району Чернігівської області № 2145/03-12).

Також результати дисертаційної роботи використовуються при викладанні освітніх компонентів за такими навчальними дисциплінами: «Громадське здоров'я» та «Основи медико-соціальної реабілітації» для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності 231 Соціальна робота та «Державна політика у сфері охорони здоров'я» для здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування, а також увійшли до наукових публікацій Кондратьєвої І.М., що готувалися під час виконання наукової теми НДР кафедри державного управління і місцевого самоврядування Навчально-наукового інституту державного управління за темою «Забезпечення стійкості, ревіталізації та розвитку територій і громад в Україні» (довідка ННІ ДУ НТУ «Дніпровська політехніка» від (довідка від 25.07.2025 № 12-22/26).

*Особистий внесок здобувача.* Дисертація Кондратьєвої І.М. є самостійно виконаною, належним чином обґрунтованою та завершеною науково-дослідною роботою. Усі наукові результати, викладені у роботі, отримані авторкою особисто й здобули апробацію та відображення в опублікованих наукових працях за темою дисертаційного дослідження. У дисертації не використовуються ідеї і розробки, що належать співавторам, з якими підготовлені окремі наукові праці. Авторський внесок Кондратьєвої І.М. в опубліковані у співавторстві дві наукові статті конкретизовано у списку наукових публікацій (додаток А дисертації).

*Апробація результатів дисертації.* Основні результати дисертаційного дослідження, висновки і рекомендації було апробовано авторкою на 6-ти

міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференціях та наукових форумах, зокрема таких як: науково-практична конференція за міжнародною участю «Забезпечення стійкості, ревіталізації та розвитку територій і громад в Україні (м. Дніпро, 4 травня 2023 р.); міжнародний форум «Безпечна, комфортна, спроможна, територіальна громада»-2023» (м. Дніпро, 11-13 жовтня 2023 р.); Всеукраїнська науково-практична конференція «Публічне управління в Україні: історичний досвід та перспективи розвитку» (Київ, 20 лютого 2024 р.); XIV Міжнародна науково-технічна конференція аспірантів та молодих вчених «Наукова весна» 2024» (м. Дніпро, 27–29 березня 2024 р.); XII міжнародна науково-технічна конференція студентів, аспірантів та молодих вчених «Молодь: наука та інновації-2024» (м. Дніпро, 13–15 листопада 2024 року); XV Міжнародна науково-практична конференція «Пріоритетні напрями досліджень в науковій та освітній діяльності» (м. Львів, 29-30 травня 2025 р.).

*Публікації.* Основні наукові результати дисертаційної роботи опубліковані в 13 наукових працях, із них: 4 статті у наукових фахових виданнях України; 2 статті як окремі розділи колективних вітчизняних (м. Дніпро, Україна) та зарубіжних (Чеська Республіка) монографіях; 1 стаття в науковому періодичному виданні України; 6 тез доповідей, що опубліковані у збірниках науково-комунікативних заходів, які проходили в Україні та країнах зарубіжжя. У співавторстві аспірантка опублікувала 2 наукові праці (співавтори Скрипник О.А., Михайлюта В.В.) зміст авторського внеску конкретизовано у списку публікацій автора (додаток А дисертації).

*Структура та обсяг дисертації.* Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, опціональних списків використаних джерел, додатків. Загальний обсяг дисертації становить 235 сторінок. Робота містить 13 таблиць, 18 рисунків, список використаних джерел складається з 232 найменувань (з них 30 – іншомовних) на 28 сторінках, 2 додатки – на 6 сторінках. Обсяг основного тексту дисертації становить 200 сторінок (8,3 авт. арк.).

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ РОЗВИТКОМ МЕДИЦИНИ СІЛЬСЬКИХ ТЕРИТОРІЙ

### 1.1. Теоретичні та історичні аспекти державної імплементації інституту сімейної медицини в незалежній Україні

Сімейна медицина в Україні є однією з найважливіших галузей охорони здоров'я, яка забезпечує населення країни якісною та доступною медичною допомогою на рівні базової медичної допомоги. В контексті постійних змін в умовах сучасного світу, розбудова та розвиток сімейної медицини стають особливо актуальними завданнями для держави [13]. Забезпечення належного рівня медичного обслуговування населення, підвищення якості надання послуг, забезпечення стабільності та ефективності системи охорони здоров'я – це лише деякі з важливих питань, які потребують негайної уваги в контексті державного регулювання розвитку сімейної медицини.

Серед найбільш відомих наукових праць за темою дослідження слід назвати роботи вітчизняних вчених А.Д. Барзилович [1], Д.В. Карамішева [20], О.М.Коржа [4], Б.Б. Лемішка [5], В.М. Лехан [6], Л.В. Крячкової, Є.І. Ходаківського [12], О.Ф. Присяжнюк та ін. Аналіз останніх досліджень та публікацій, пов'язаних із проблематикою державного регулювання розвитку сімейної медицини в Україні, відображає високий ступінь зацікавленості цією актуальною темою в науковому співтоваристві. Дослідники та експерти спрямовують свої зусилля на розкриття проблем, перешкод та можливостей, які виникають у контексті впровадження та подальшого розвитку сімейної медицини в Україні у період повоєнної відбудови. Дослідники аналізують розподіл бюджетних коштів на розвиток сімейної медицини, оцінюють достатність фінансування для забезпечення якісної та доступної медичної допомоги. Багато уваги приділяється вивченню ролі та перспективах

використання інформаційних технологій у сімейній медицині для поліпшення ефективності та безпеки медичних послуг.

Незважаючи на зазначений прогрес у розвитку сімейної медицини в Україні протягом останніх років, існують серйозні виклики та проблеми, які перешкоджають повноцінному функціонуванню системи. Зокрема, недостатнє фінансове забезпечення, низька заробітна плата лікарів сімейної медицини, недостатня матеріально-технічна база закладів первинної медичної допомоги тощо. Одна з найважливіших проблем – це недостатня мережа медичних закладів та їх нерівномірне розташування. Багато сільських районів та віддалені території мають обмежений доступ до медичних закладів, що створює значні труднощі для мешканців отримати якісну та своєчасну медичну допомогу. Ще однією проблемою є висока вартість медичних послуг, особливо для вразливих груп населення. Одним із способів поліпшення доступності медичних послуг для різних верств населення є впровадження дистанційних консультацій [6]. Окремим блоком постають і проблеми підвищення ефективності державного управління у галузі охорони здоров'я, про що було акцентовано на засіданні Ради національної безпеки і оборони України [9]. Тому необхідно проаналізувати актуальні проблеми та виклики, з якими стикається розвиток сімейної медицини в Україні, та обговорити можливі шляхи державного регулювання для покращення ситуації.

Для будь-якої країни стан здоров'я населення є одним із ключових показників якості життя, а також він є індикатором як економічного, так і соціально-культурного розвитку країни. В Україні сфера охорони здоров'я є важливим напрямком державної політики, оскільки ефективність функціонування цієї сфери безпосередньо пливає на кожну людину і суспільство в цілому. Досягнення високих рейтингових позицій у розвитку системи охорони здоров'я тісно пов'язано, а навіть, і безпосередньо залежить від ефективності державного управління у цій сфері. Особливого значення набуває діяльність системи охорони здоров'я у період суспільних криз, трансформаційного періоду, у період війни тощо, адже від її діяльності залежить збереження людського

капіталу. Охорона здоров'я українців – це пріоритетне питання національної безпеки України, формування її трудового і оборонного потенціалу [5].

Відомо, що сфера охорони здоров'я – це окрема галузь економіки, яка характеризується багатокладністю, ієрархічністю системи галузевого та адміністративно-територіального управління, різноманітністю спеціалізацій та рівнів організації надання медичної допомоги тощо. З метою досягнення цілей управління зазначена система вимагає належної державної уваги та регулювання [11]. У фокусі даного дослідження ми розглядаємо аспекти державного регулювання розвитку сімейної медицини в Україні, адже саме цей напрям є фундаментом медичної сфери. Суспільний запит на медичні послуги на 80% реалізується на рівні закладів первинної медико-санітарної допомоги. Тож розглянемо більш ґрунтовно основні аспекти термінологічної бази у сфері публічного управління у сфері розвитку сімейної медицини.

Загальновідомо, що в науковому просторі існує багато визначень поняття «сімейна медицина». Але ж на рівні глобального управління ми розглядаємо трактування поняття «сімейна медицина» так, як воно визначено у міжнародних нормативно-правових актах. «Загальна практика/сімейна медицина – це академічна і наукова дисципліна зі своєю власною метою, завданнями, методами дослідження, доказовою базою і клінічною діяльністю». Таке визначення було запропоновано у 2002 році Європейською організацією сімейних лікарів (Wonca Europe – World Organization of National Colleges, Academies and Academic Assotiations of General Practitioners / Family Physicians, або World Organization of Family Doctors) [15].

Значної уваги розвитку охорони здоров'я на засадах загальної практики-сімейної медицини також надає й Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). Це підтверджується включенням проблематики розвитку сімейної медицини до порядку денного 13-тої загальної програми роботи на 2019-2023 роки. Програмними цілями ВООЗ визначає: зміцнення здоров'я, забезпечення світової безпеки та надання послуг вразливим групам населення [9]. ВООЗ пропонує глобальний план дій для забезпечення здорового способу життя та

благополуччя всіх. ВООЗ формулює функціональні характеристики інституціоналізації сімейної медицини за декількома параметрами: орієнтація на пацієнта, орієнтація на родину та громаду, безперервність, безбар'єрність, доступність, координація надання медичної допомоги та підтримка тощо [2].

Отже, розвиток ПМСД є важливою глобальною стратегією, спрямованою на підвищення якості охорони здоров'я, збільшення доступності медичних послуг, покращення здоров'я громадян і зменшення нерівності у забезпеченні медичної допомоги. Це сприяє загальному підвищенню добробуту та ефективності системи охорони здоров'я в країні [12].

Перетворення глобальних зобов'язань у сфері охорони здоров'я на практичні дії та заходи на національному та місцевому рівні публічноуправлінської діяльності вимагає розвинутих важелів у системі первинної медико-санітарної допомоги, які взаємодіють та підтримують один одного. Ці принципи, в рамках національної стратегії в галузі охорони здоров'я, надають пріоритет значущості обслуговування всього населення.

Тож акцентуємо увагу на ключових стратегічних важелях щодо розвитку національної системи сімейної медицини, якими є:

- політична воля та керівництво. Рішуча підтримка з боку політиків та керівників у розвитку системи первинної медико-санітарної допомоги.
- розробка та впровадження ефективних стратегічних планів та політик, спрямованих на зміцнення первинної медико-санітарної допомоги.
- забезпечення адекватного фінансування для функціонування та розвитку системи первинної медико-санітарної допомоги, а також розподіл ресурсів на основі потреб та пріоритетів.
- взаємодія та партнерство з місцевими громадами та іншими зацікавленими сторонами для активної участі у створенні ефективної системи первинної медико-санітарної допомоги.

Всі дії та заходи, пов'язані з цими важелями, мають базуватись на широкому та постійному політичному діалозі, який включає залучення місцевих громад. Тільки в такий спосіб можна створити ефективну систему первинної

медико-санітарної допомоги, яка забезпечує якісну та доступну медичну допомогу всьому населенню [12].

Міжнародний досвід розвитку сімейної медицини показує, що вона реалізується на практиці у різних організаційних формах [4]:

- сімейна медицина як індивідуальна практика сімейного лікаря, який надає медичні послуги задекларованим пацієнтам, що проживають на певній території (так звана територіальна або географічна модель сімейної медицини). У такій моделі може бути присутнім додатковий персонал або помічник сімейного лікаря (асистент);

- сімейна медицина як групова практика з декількома сімейними лікарями та медсестрами в самостійному закладі (така модель сімейної медицини функціонує у Польщі);

- сімейна медицина як об'єднання кількох групових практик в центрах здоров'я;

- сімейна медицина як окремий структурний підрозділ (відділення або інші установи). Така модель сімейної медицини притаманна зарубіжним країнам, де відділення сімейної медицину функціонує на базі багатопрофільної лікарні як окремий підрозділ поряд з іншими спеціалізованими службами.

В Україні зародження та розвиток сімейної медицини відбувався, за визначенням МОЗ України, поетапно [8]. Це залежало від соціально-економічних та політичних умов, які в той чи інший період часу формували відповідний ландшафт розвитку національної системи охорони здоров'я. Історія становлення інституту сімейної медицини в Україні розпочалась ще у 2000 році з прийняттям низки нормативно-правових актів спеціального змісту: закон України «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» (2000 рік); наказ МОЗ України № 303 «Про організацію роботи закладів (підрозділів) загальної практики-сімейної медицини» (2001 рік) [8]; постанова КМУ «Про прийняття за основу проекту Закону України про внесення змін до статті 77 Основ законодавства України

про охорону здоров'я (щодо встановлення працівникам сімейної медицини додаткової відпустки)» (2007 рік).

Але й сьогодні, розбудову цього напрямку у сфері охорони здоров'я не можна вважати остаточно завершеною, адже процес поглиблення медичної реформи в Україні триває. Нова філософія галузевих змін передбачає модернізацію системи охорони здоров'я з метою покращення якості і ефективності системи, а також зміцнення здоров'я кожної людини. Такий підхід відповідає світовим стандартам системи охорони здоров'я і є одним із критеріїв європейського вибору України. Задля цього експерти ВООЗ періодично здійснюють (2019 та 2022 роки) моніторингові дослідження розбудови системи первинної медико-санітарної допомоги в Україні [16].

Розпочата в Україні системна модернізація медичної галузі, насамперед, передбачала упровадження організаційних змін на рівні сектору первинної медико-санітарної допомоги. Тобто з того часу активно почала упроваджуватись нова система суспільних відносин «на первинці», яка будувалась на принципах імплементації сімейної медицини в національний медичний простір. Успішним прикладом перебудови первинки був пілотний проєкт в окремих областях України упродовж 2012-2015 року [6].

Але стрімкого розвитку інституалізація сімейної медицини в Україні набула в 2018 році. Це обумовлено прийняттям закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [7]. У сфері державного управління охороною здоров'я з'явився новий суб'єкт управління – Національна служба здоров'я України (НСЗУ). Національна служба – це центральний орган виконавчої влади, основною функцією якого є контрахтування медичних послуг та їх оплата замість пацієнта. Тобто, фінансові розрахунки за надані медичні послуги, як не властива для профільного міністерства функція, в процесі реформування перейшла до нового суб'єкта управління, до НСЗУ [14]. Сьогодні, основним здобутком реформування первинної ланки системи ОЗ в Україні є те, що майже 90% населення задекларували свою співпрацю з сімейним лікарем, а питома вага сімейних лікарів в реєстрі НСЗУ становить 65%.

Незважаючи на велике значення, розвиток сімейної медицини в Україні стикається з численними проблемами та викликами. По-перше, недостатній рівень фінансування сімейної медицини у країні є серйозним обмеженням її розвитку. Багато медичних закладів сімейної медицини знаходяться у складних економічних умовах, що обмежує їхню здатність забезпечити якісні послуги та залучити кваліфікованих лікарів. Недостатнє фінансування також може призвести до дефіциту необхідного медичного обладнання та медикаментів, що впливає на якість надання медичних послуг. По-друге, тривалий час існує проблема кадрового забезпечення, в Україні особливо у сільській місцевості бракує лікарів загальної практики-сімейної медицини. Багато випускників медичних вишів вибирають спеціалізацію у інших галузях медицини, оскільки робота в сімейній медицині часто пов'язана з низьким соціальним статусом та недостатнім матеріальним стимулом. Це призводить до дефіциту кваліфікованих лікарів, які б могли вести профілактичну роботу та забезпечувати медичний догляд населенню. По-третє, державне регулювання сімейної медицини в Україні не завжди ефективне та прозоре. Законодавство часто містить протиріччя та прогалини, що ускладнює його реалізацію на практиці. Крім того, можуть існувати й корупційні схеми, які негативно впливають на розподіл бюджетних коштів та призводять до неефективного використання ресурсів [1].

Одним із можливих шляхів подолання цих проблем є збільшення інвестицій у розвиток сімейної медицини. Держава повинна сприяти створенню стимулів для молодих фахівців, щоб залучити їх до роботи в цій галузі. Підвищення заробітної плати, надання соціальних пільг та можливостей для професійного зростання можуть збільшити інтерес молодих лікарів до роботи в царині сімейної медицини.

Також важливим завданням публічного управління розвитком первинної ланки національної системи охорони здоров'я є удосконалення законодавства з питань сімейної медицини та контроль за його дотриманням [11]. Держава повинна забезпечити прозорість та відкритість процесу розподілу коштів, що

спрямовуються на розвиток сімейної медицини, а також вжити заходів для протидії корупції в цій сфері.

Крім того, держава може сприяти популяризації сімейної медицини серед населення. Надання інформації про переваги та доступність медичних послуг, які надаються сімейними лікарями, допоможе підвищити свідомість громадян щодо важливості звернень до сімейних лікарів для профілактики та лікування хвороб [6, с. 7].

Запровадження інноваційних технологій та цифрових рішень також може значно покращити розвиток сімейної медицини [10]. Упровадження електронних медичних карт, систем онлайн-запису до лікаря та електронних консультацій допоможе зробити медичні послуги більш доступними та зручними для пацієнтів. Крім того, це дозволить збирати та аналізувати дані про стан здоров'я населення, що в свою чергу сприятиме більш ефективному плануванню та розподілу ресурсів у системі сімейної медицини.

Однак, щоб ефективно розвивати сімейну медицину, держава повинна активізувати співпрацю з професійними асоціаціями та об'єднаннями медичних працівників. Важливо створити діалогову платформу, де сторони зможуть обговорювати проблеми та спільно шукати рішення. Такий підхід дозволить залучити експертну думку, враховувати потреби лікарів та пацієнтів і підвищити якість надання медичних послуг.

Окрім того, держава повинна стимулювати дослідницьку роботу у сфері сімейної медицини. Фінансування наукових досліджень та інноваційних проектів дозволить зробити сімейну медицину більш ефективною, адаптованою до потреб сучасного суспільства та спрямованою на попередження хвороб та покращення якості життя пацієнтів [1].

Доречно вказати, що з прийняттям нового механізму фінансування медичних послуг на рівні первинної медичної допомоги, позначилася тенденція до зростання фінансування системи охорони здоров'я, в тому числі амбулаторної допомоги. Це обумовлено скороченням обсягів стаціонарної допомоги та тарифною політикою, спрямованою на фінансове зміцнення первинної ланки

охорони здоров'я. Такий підхід свідчить про деяке підвищення пріоритетності ПМСД у фінансовому забезпеченні медичних послуг. Однак, в сучасних умовах на амбулаторну допомогу українська держава витрачає приблизно третину державного фінансування, а на стаціонарну – більше половини [14, с. 19]. Такий розподіл фінансів показує, що у сфері охорони здоров'я держава продовжує зберігати пріоритетність надання стаціонарної медичної допомоги перед амбулаторною, як це і було у дореформенний період. А розширення послуг на первинці відбувається, переважно, за рахунок збільшення числа середнього медичного персоналу і працівників соціальних служб. За таких умов значно зменшується клініко-діагностичний функціонал сімейного лікаря. Тож, скоріш за все, сьогодні в Україні діє проміжна організаційна модель сімейної медицини, в якій передбачено як пряме звернення пацієнтів до великого числа лікарів-спеціалістів, а також відкритий доступ до великої кількості діагностичних процедур та обстежень в мережі клініко-діагностичних лабораторій.

Сектор охорони здоров'я України відзначається дуже динамічним розвитком. Навіть в умовах війни українська держава продовжує приділяти багато уваги та зусиль для розвитку цієї сфери економіки. Зокрема, серед пріоритетних завдань розвитку сімейної медицини постають питання діджиталізації управління та надання медичних послуг на первинці [17]. Це дозволить в оперативному режимі збирати запити громадян на медичні послуги, визначати їх профільну спрямованість та відповідно формувати комплексні пакети пропозицій надання доступних медичних послуг належної якості. Актуальним залишається й питання захисту персональних пацієнтів даних в ЕСОЗ. Для цього, як показує досвід зарубіжних країн, необхідно використовувати метод анонімізації даних. Такий підхід сприятиме підвищенню довіри громадян до електронних сервісів у сфері охорони здоров'я та обмежить зловживання в цій сфері. Також актуальним завданням постає упровадження зарубіжного досвіду щодо електронних медичних послуг на основі технологій Інтернет речей [3; 10].

Аналізуючи проблеми та перспективи державного регулювання розвитку сімейної медицини в Україні, можна констатувати, що розвиток напрямку сімейної медицини є загальносвітовим трендом сфери охорони здоров'я. На наднаціональному рівні регулювання розвитку інституту сімейної медицини здійснюється такими суб'єктами політики як ВООЗ та Європейською організацією сімейних лікарів. Розвиток сімейної медицини в Україні регулюється державою, а поетапний характер організаційних змін регламентований наказами профільного міністерства. Сьогодні зафіксована важлива парадигмальна зміна у сприйнятті системи охорони здоров'я – від підходу «лікувати хворобу» до «зберігати здоров'я». Ця зміна вимагає не лише перетворення структурної організації медичної системи та галузевого управління, але й глибоких змін у менталітеті суспільства та посадовців, які приймають публічноуправлінські рішення у сфері охорони здоров'я на основі єдиних поглядів та сприйняття понятійно-категоріального апарату у цій галузі, що відповідає стандартам країн ЄС.

Загальновідомо, що одним з найважливіших досягнень науки ХХ-ХХІ ст. став феномен громадського (суспільного) здоров'я як сукупність здоров'я всіх членів суспільства. Його значущість надзвичайно актуалізувалась в умовах коронавірусної пандемії, а для жителів України ще більш підсилилась в умовах повномасштабного збройного конфлікту [17; 18; 19].

Адже війна, ризик збройного конфлікту, активні бойові дії завжди мають ознаки соціально-гуманітарної кризи. І в таких умовах значення феномену «здоров'я» та «громадського здоров'я» стало враз актуальним на досить тривалий час [23]. Про це багаторазово зазначалось в наукових розробках вітчизняних дослідників О. Андрєєвої, Т. Педченка, І. Солоненка; питання формування нормативно-правової бази – в наукових дослідженнях Я. Радиша [18], В. Рудого [19], М. Шевченка, І. Яковенка; питання управління якістю медичної допомоги досліджувалось Д. Карамішевим, І. Хожило [20; 21].

Значний вклад внесли дослідження зарубіжних вчених – А. Malagardis, М. Porter, А. Thomas, Р. Longly, Е. Woren та ін.

З пришвидченням курсу на європейську інтеграцію актуалізується така сфера публічного управління медичною галуззю як комплементарність основоположних термінів, понять та конструкцій у сфері охорони здоров'я. І це є очевидним, адже країни ЄС сьогодні, у постковідний період, активно розбудовують єдиний європейський союз здоров'я, а тому Україна не може стояти осторонь цих процесів [39].

Під громадським здоров'ям Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) пропонує розуміти систему забезпечення профілактики захворювань, підвищення тривалості життя, зміцнення психічного й фізичного здоров'я шляхом сукупних дій населення, громадських організацій і системи профілактичних заходів медичних державних служб. Ця система може також включати структури й процеси, що інтерпретують, забезпечують і зміцнюють здоров'я різних груп населення шляхом цілеспрямованої діяльності всього суспільства [22].

Аналізуючи поняття "здоров'я", не можна залишити поза увагою питання його охорони, що саме останнім часом набуло особливої актуальності. Під охороною здоров'я людини прийнято вважати систему соціально-економічних та медичних заходів, спрямованих на збереження й підвищення рівня здоров'я кожної людини зокрема і населення загалом. Характер і зміст охорони здоров'я на різних етапах суспільного розвитку визначається способом виробництва, ступенем розвитку продуктивних сил, розвитком науки і техніки взагалі та медичної науки зокрема.

На окрему увагу заслуговує загальне та обширне трактування цього терміну Всесвітньої організації охорони здоров'я, яка його розуміє як захисні заходи від потенційної загрози здоров'ю, наприклад, носіння одягу, що захищає

від морозів, або вживання заходів по захисту робітників від несприятливих умов праці [8].

Дещо інший акцент про сутність поняття «здоров'я» зроблено законодавстві України. Так, закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» у статті 3 визначає, що охорона здоров'я – це система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя [9; 24].

Важливою в контексті даного дослідження є позиція дослідників загальнодержавної (державно-комунальної) системи охорони здоров'я України, які прийшли до цікавого висновку. Систему охорони здоров'я трактують як певну сферу суспільних відносин і наголошують про взаємодію всієї сукупності елементів, спрямованих на діяльність у сфері охорони здоров'я.

Досліджуючи вітчизняну систему охорони здоров'я, що функціонує в реаліях пост-ковідного періоду та періоду воєнного стану, вимушеного поглиблення соціально-економічних трансформацій суспільного розвитку, вітчизняні дослідники наголошують, що поняття "системи охорони здоров'я" представляє собою систему суспільних відношень. Метою таких відношень є охорона здоров'я людини, а її сучасна форма в нашій державі представляється як державно-муніципальна або іншими словами, публічна система охорони здоров'я. Такий підхід є прогресивним кроком у напрямку визнання і забезпечення абсолютних пріоритетів елементів системи (лікаря і пацієнта). Про суспільний характер сучасної системи охорони здоров'я, а значить і про суспільний чи публічний характер управління цією системою говорить той факт, що система публічного управління за добу пандемії COVID-19 значно розширила свій термінологічний апарат. Нові терміни дуже швидко засвоїли як управлінці, так і громадяни, що є додатковим підтвердженням суспільного характеру національної системи охорони здоров'я. Так, ми дослідили на основі

вивчення масиву законодавчих, нормативно-правових та адміністративно-галузевих документів та класифікували ті терміни, генеза яких бере свій початок від пандемії і продовжує сьогодні активно застосовуватись в сфері публічного управління (табл. 1).

**Таблиця 1.**

**Новітні терміни та поняття у сфері публічного управління охорони здоров'я (складено автором)**

№ з/п	Напрямок державноуправлінської діяльності	Основні терміни
1.	Епідеміологічний контроль та управління	відстеження контактів; карантинні зони; локдаун
2.	Надання медичних послуг	телемедицина; телеконсультації; віртуальний догляд; онлайн-консультації; моніторинг домашньої ізоляції
3.	Вакцинація та імунізація	вакцинний (ковідний) паспорт; бустерна доза; пункти масової вакцинації
4.	Соціальні та економічні аспекти	працівники критично важливих об'єктів; дистанційна робота; надзвичайна ситуація у сфері охорони здоров'я
5.	Стратегії управління пандемією COVID-19	колективний імунітет; стійкість системи охорони здоров'я; пакет медичних гарантій

Прийняття в Україні закону спеціальної дії «Про систему громадського здоров'я» [25] вводить у сферу публічного управління новий термін - єдине здоров'я. Вітчизняний законодавець трактує його як міжсекторальний підхід у розробці та упровадженні програм. Також цей термін охоплює заходи щодо реалізації державної політики, поширюється на сферу законодавчої та наукової діяльності. Це пояснюється тим, що в рамках проблемного поля дії терміну

«єдине здоров'я» взаємодіють такі галузі як медицина, медицина праці, ветеринарна медицина, безпека продуктів харчування та охорона довкілля тощо.

Стратегічною метою такої взаємодії є сприяння захисту здоров'я та санітарно-епідемічному благополуччю населення. Все разом в рамках нового конструкту «єдине здоров'я» буде сприяти досягненню кращих результатів у сфері громадського здоров'я [25].

Разом з тим, на законодавчому рівні більшість нових термінів, хоча і визнаються такими, що зрозумілі для пересічного громадянина та представників медичної спільноти, але все ж таки вони не закріплені у чинному порядку.

Тобто, такі терміни як «локдаун», «стійкість системи охорони здоров'я», «вакцинний паспорт» тощо належать до категорії термінів звичаєвого права, а не унормованого. Так само як і термін «пункти масової вакцинації», організацією яких на піку пандемії у тому числі займались органи місцевого самоврядування (на вокзалах, в аеропортах тощо). Тобто, сьогодні це питання все ще залишається дискусійним та потребує подальшої правової імплементації.

Слід підкреслити, що в сучасній науковій літературі, яка присвячена дослідженню питань державного управління у сфері охорони здоров'я, часто зустрічаються такі категорії, як "система" "сфера" і "галузь охорону здоров'я". тим більш, що вони зустрічаються певною мірою у різних законодавчих та нормативно-правових документах, що визначають сферу державного регулювання та державного управління охорону здоров'я. На нашу думку, залежно від контексту, всі ці терміни мають право на існування та застосування у сфері публічноуправлінської діяльності. Це можна обґрунтувати з позицій того, що вже давно склалося в суспільній практиці і свідомості уявлення про охорону здоров'я як певну галузь соціально-культурної діяльності держави, яка являє собою систему охорони здоров'я. Тому у багатьох урядових і міністерських документах зустрічається термін "медична галузь", "галузь охорони здоров'я" суспільства.

Можна підтвердити погляд тих науковців, які відзначають надзвичайну складність категорії "політика" (від грецького "politike" – мистецтво управляти державою). Це складне суспільне явище, яке залежно від сфери застосування вживається в різних значеннях. Вона є загальною формою суспільних зв'язків.

Важливу роль у формулюванні і розробленні базових наукових підходів до державної політики та її аналізу, теоретичних та методологічних засад прийняття державних рішень, дослідження середовища вироблення і впровадження державної політики відіграли наукові праці вітчизняних і зарубіжних дослідників з аналізу державної політики: О. Антонової, Є. Бородіна, Д. Веймера, Е. Вайнінга, В. Дрешпака, В. Ребкала, В. Тертички та ін. Зокрема, знаний вітчизняний політолог О. Рудік підготував кілька наукових публікацій на тему сучасних тенденцій щодо формування Європейського Союзу охорони здоров'я [26]. У постковідний період цей терміноконструкт сприймається доволі однозначно і теоретиками, і практиками державного управління, і європейською громадськістю.

Окремо слід відзначити, що існує тісний діалектичний зв'язок державної політики і державного управління. Сам термін "управління" розглядається як сукупність стратегій, принципів, методів, засобів і форм наукового керівництва будь-якою діяльністю з метою підвищення її ефективності.

У деяких випадках термін "управління" використовується для визначення цілеспрямованої дії на об'єкт для зміни його стану або поведінки, збереження певної структури, підтримання оптимального режиму діяльності та реалізації наміченої програми стосовно організованих систем.

На сучасному етапі розвитку суспільства в умовах глобалізованого світу найбільший інтерес являє собою "соціальне управління", тобто управління суспільством, державою, колективом. Найчастіше поняття "соціальне управління" використовують для визначення сукупності реально існуючих управлінських відносин, які визначають сутність управління як суспільного феномена.

Найсуттєвіше, що відрізняє соціальне управління від інших видів управління (технічного й біологічного), є те, що воно здійснюється шляхом впливу на свідомість і волю, а отже, на прагнення людини досягати поставленої мети. Напрям державних впливів активно розробляє вітчизняна дослідниця І.В. Матвєєнко.

В незалежній Україні серйозно привертає увагу науковців проблема розбудови та підвищення ефективності державного управління сферою охорони здоров'я, так як різні питання державного управління сферою охорону здоров'я є об'єктом багатьох галузей науки: державного управління, історичної, юридичної, соціологічної, економічної.

В основу державного управління покладається державноуправлінська діяльність – один з найважливіших факторів функціонування і розвитку суспільних систем в певних політичних, економічних, соціальних умовах. Дана діяльність постійно вдосконалюється у відповідності з об'єктивними вимогами суспільства [27].

Об'єктами соціального управління є соціальна організація суспільства з властивими їй соціальною структурою і соціальними процесами.

Державноуправлінська діяльність, як особливий тип соціальної управлінської діяльності, реалізується через державно-управлінські дії. Це – складова, що характеризується всезагальними владними повноваженнями і функціями, обумовленими як потреби всіх видів суспільних ресурсів, так і різноманітними сферами публічного життя [28].

На нашу думку, можна погодитись з автором монографії "Державна політика охорони здоров'я в Україні" З. С. Гладуном, що ключовою категорією, яка об'єднує всі елементи процесу управління системою здоров'я (суб'єктів, об'єктів і зв'язки між ними) є система державного управління. Під нею ми розуміємо організуючу діяльність органів державної влади, яка спрямована на охорону і захист прав та законних інтересів громадян і полягає в організації виконання законів та інших нормативно-правових актів чинного законодавства, здійсненні розпорядження ресурсами загальнодержавної власності для

комплексного соціально-економічного розвитку, а також забезпеченні державно-управлінської діяльності у відповідних сферах життя [29, с.167].

Останнім часом в Україні особливої актуальності набувають проблеми структурно-функціональних змін в системі здоров'я з метою підвищення його якості та ефективності, що є необхідною умовою успішного здійснення суспільних перетворень, намічених керівництвом держави.

В умовах довготривалої повномасштабної збройної агресії проти України особливого значення набуває наукова праця А.В. Терентьєвої. Вітчизняна дослідниця акцентує, що одним з інструментів реалізації принципів системного аналізу в державному управлінні охороною здоров'я є впровадження методу стратегічного планування, головною метою якого є регулярна оцінка умов функціонування, розробка відповідних стратегій для забезпечення сильної виваженої позиції, яка відіграє неоцінену роль у довгостроковому успіху [30].

З урахуванням зазначеного можна сказати, що здійснення структурно-функціональних змін державноуправлінської діяльності в системі здоров'я через надзвичайну складність та масштабність пов'язане з вирішенням багатьох взаємопов'язаних проблем, численність яких примушує говорити про наявність певного проблемного поля. Аналіз такого поля взагалі в державному управлінні міститься, зокрема, у роботах багатьох вітчизняних дослідників. Вони розуміють проблемне поле публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я як множину взаємопов'язаних проблем діяльності у сфері державного управління.

Державноуправлінській діяльності, на відміну від інших видів управління, за висновками Атаманчука Г.В. і Бакуменка В.Д., притаманна поширеність на все суспільство [28]. Однією з основних ознак, що вирізняють державноуправлінські рішення, є спрямованість на вирішення проблем державного рівня. Відповідно до цього проблемне поле державноуправлінських реформ Бакуменко В.Д. визначає як множину взаємопов'язаних проблем реформування державноуправлінської діяльності, які мають загальнодержавний масштаб охоплення, тобто стосуються як загалом діяльності системи державного управління (наприклад, проблеми досягнення міжнародних стандартів якості

державного управління або ефективного впровадження інновацій в управлінську діяльність), так і деякої складової цієї діяльності (структурної, функціональної, технологічної тощо) [31].

На думку С.О. Кравченка, комплексне здійснення державноуправлінських реформ залишається важливою проблемою для нашої держави. Важливим аспектом цієї проблеми є вироблення системи принципів реформування, які видається доцільним розділити на дві групи: діяльності з підготовки та проведення державноуправлінських реформ та відповідальність за результат такої діяльності, тобто за результат реформованої системи державного управління. Не викликає сумніву, що діяльність з підготовки та проведення державноуправлінських реформ у цілому має базуватися на системному підході, оскільки він є однією з основ сучасного державного управління [32].

Отже, ми показали, що у вітчизняній науковій літературі питання щодо теоретичного обґрунтування вирішення проблем державного управління в сфері охорони здоров'я в Україні ще розроблені не у повній мірі, зокрема свідченням цього є постійне розширення термінологічного базису провадження публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я. Проблемним питанням залишається правова легітимізація багатьох термінів та понять, які активно застосовуються управлінцями у практичній та галузево-нормотворчій діяльності, а в теоретичному плані залишаються все ще не до кінця обґрунтованими та закріпленими у правовому полі. Вважаємо, це може слугувати підставою для подальшої наукової розробки цього напрямку, а також буде зберігати свою актуальність і в майбутньому.

## **1.2. Актуальні аспекти інституціоналізації сімейної медицини в сучасних умовах галузевого розвитку**

За час, що минув від початку політичного визнання незалежності української держави, вочевидь інститут сімейної медицини як складова національної системи ОЗ значно зміцнив свої позиції та дістав належного рівня інтеграції та інституціоналізації завдяки поетапному удосконаленню правового механізму публічного управління та адміністрування цього напрямку. Тож розглянемо більш детально особливості становлення та розвитку сімейної медицини як об'єкту наукового дискурсу, який ми розпочнімо з аналізу основних законодавчих актів держави.

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» є фундаментальним нормативно-правовим актом, який визначає засади функціонування системи охорони здоров'я в Україні та встановлює правові, організаційні, економічні та соціальні механізми її діяльності [33]. У контексті розвитку сімейної медицини цей закон закладає базові правові умови для формування первинної медичної допомоги як головного рівня медичного обслуговування, а також гарантує реалізацію права громадян на доступну та якісну медичну допомогу. Він створює правове підґрунтя для реформ, спрямованих на децентралізацію системи охорони здоров'я та впровадження практики сімейного лікаря як основного провайдера первинної допомоги.

Однією з ключових позицій закону є визнання первинної медичної допомоги як окремого виду медичного обслуговування, що має забезпечуватись на принципах наближеності до пацієнта, комплексності, наступності, доступності та безперервності. Саме ці принципи закладають основу для розвитку моделі сімейної медицини, де лікар загальної практики забезпечує не лише лікування, а й тривале медичне спостереження, профілактику та координацію подальших рівнів медичної допомоги. Закон надає державним і комунальним закладам, а також приватним структурам можливість здійснювати діяльність у сфері первинної допомоги, що відкриває простір для розвитку сімейної медицини як у великих містах, так і в сільських районах.

Особливе значення в законі приділяється правам пацієнтів, зокрема праву на вільний вибір лікаря. Це положення прямо сприяє реалізації принципу персоналізованого підходу в сімейній медицині. Пацієнти мають можливість

укладати декларації з обраними лікарями, що забезпечує безпосередній і довготривалий зв'язок між людиною та медичним працівником. У цьому контексті закон також захищає права лікарів на професійну незалежність і вільну медичну практику, а також зобов'язує державу створювати умови для підвищення кваліфікації фахівців, що є критично важливим для впровадження сучасної моделі сімейної медицини.

Закон також регламентує державну політику у сфері охорони здоров'я, яка має бути спрямована на збереження здоров'я населення, запобігання захворюванням і розвиток профілактичних програм. Саме через діяльність сімейних лікарів держава реалізує профілактичні ініціативи, як-от вакцинація, раннє виявлення хвороб, моніторинг стану здоров'я дітей і літніх людей. Закон підтримує розвиток інфраструктури охорони здоров'я в громадах, що дає можливість створювати амбулаторії сімейної медицини у сільській місцевості, де раніше доступ до медичних послуг був обмеженим.

У статтях, присвячених організації медичної допомоги, Закон визначає принципи фінансування закладів охорони здоров'я, зокрема через державні програми, цільові субвенції та механізм «гроші йдуть за пацієнтом». Це сприяє ефективному розвитку закладів, які впроваджують модель сімейної медицини, оскільки фінансування прямо залежить від кількості пацієнтів, що обрали конкретного лікаря. Таким чином, закон формує стимули для підвищення якості обслуговування, посилення відповідальності медичних працівників і загальної конкурентоспроможності первинної ланки медичної допомоги.

У підсумку, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [33] виступає стратегічним документом, що створює нормативну основу для розвитку сімейної медицини як ключового елементу первинної медичної допомоги. Він формує правові механізми для забезпечення рівного доступу до медичних послуг, гарантує захист прав пацієнтів і лікарів, визначає фінансову модель підтримки медичних закладів, а також передбачає інтеграцію сучасних стандартів надання допомоги. Закон визначає рамки, у межах яких може ефективно функціонувати та розвиватися система сімейної медицини в Україні, відповідаючи як сучасним викликам, так і потребам суспільства.

Проект Закону України «Про первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини» є важливою ініціативою в межах загальної стратегії реформування національної системи охорони здоров'я [34]. Його головна мета -

закріпити на законодавчому рівні нові принципи організації медичної допомоги на первинному рівні, яка базується на моделі сімейної медицини. Такий підхід відповідає сучасним європейським стандартам та орієнтований на створення доступної, ефективної та якісної медичної системи, зосередженої на потребах людини. Сімейна медицина, згідно з проектом закону, розглядається як ключова ланка системи охорони здоров'я, покликана не тільки лікувати, а й запобігати хворобам.

У проекті закону особлива увага приділяється визначенню ролі сімейного лікаря як основного фахівця первинної ланки, який супроводжує пацієнта протягом усього життя, веде профілактичну роботу, здійснює діагностику, лікування поширених захворювань та координує подальше лікування за потреби [34]. Одним з важливих положень законопроекту є закріплення права громадянина самостійно обирати лікаря первинної допомоги, незалежно від місця реєстрації. Це створює передумови для підвищення конкуренції між закладами охорони здоров'я, стимулює медичних працівників до підвищення якості послуг та сприяє утвердженню принципу «медицина для людини».

Проект передбачає також запровадження механізму фінансування первинної медичної допомоги за принципом “гроші йдуть за пацієнтом”. Це означає, що держава оплачуватиме послуги безпосередньо тим лікарям або закладам, з якими громадяни уклали декларацію. Така модель має забезпечити більш ефективне використання бюджетних коштів та сприяти зменшенню неформальних платежів у медицині. Крім того, передбачається створення електронної системи охорони здоров'я, що дозволить спростити облік послуг, забезпечити прозорість процесів та підвищити контроль за якістю медичної допомоги.

Ще одним важливим напрямом, закладеним у проекті закону, є забезпечення доступності первинної медичної допомоги у сільській місцевості та малонаселених районах [34]. Для цього передбачено створення мережі амбулаторій, оснащених сучасним обладнанням, та стимулювання медичних працівників до роботи у віддалених громадах, зокрема через механізми фінансового заохочення та забезпечення житлом. У проекті також йдеться про підвищення професійного рівня лікарів загальної практики шляхом системного навчання, атестацій та впровадження стандартів доказової медицини.

Отже, проєкт Закону України "Про первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини" є перспективним кроком до побудови нової моделі охорони здоров'я, орієнтованої на потреби населення та принципи справедливості, ефективності й доступності [34]. Його реалізація сприятиме утвердженню в Україні сучасної системи медичних послуг, де превенція та раннє втручання займають центральне місце, а пацієнт є активним учасником у збереженні власного здоров'я. Успіх втілення положень цього закону найбільшою мірою залежать від політичної волі, ресурсного забезпечення, підтримки медичної спільноти та готовності суспільства до нових форматів взаємодії з медичною системою.

Наказ МОЗ України «Про організацію роботи закладів (підрозділів) загальної практики-сімейної медицини» є нормативним документом, який визначає порядок функціонування медичних установ, що надають первинну медичну допомогу населенню [35]. Цей наказ має велике значення у процесі реформування системи охорони здоров'я, оскільки конкретизує принципи впровадження сімейної медицини як основи первинної медичної допомоги. Його мета - забезпечення уніфікованого підходу до організації роботи закладів загальної практики, підвищення ефективності, доступності та якості медичних послуг.

Документ регламентує основні завдання та функції закладів сімейної медицини, серед яких, насамперед, визначаються такі як: профілактика захворювань, діагностика, лікування найпоширеніших хвороб, надання невідкладної допомоги, диспансеризація хронічно хворих, а також медико-соціальна допомога. Особлива увага приділяється веденню медичної документації, дотриманню стандартів надання медичних послуг та використанню доказової медицини в щоденній практиці. У Наказі визначені також критерії оцінки якості роботи лікарів загальної практики та вимоги до їх професійного рівня.

Окремим розділом наказ регулює питання кадрового забезпечення, визначаючи оптимальні нормативи навантаження на одного лікаря, а також порядок взаємодії медичних працівників різного профілю в межах команди сімейної медицини. Передбачено створення умов для безперервного професійного розвитку сімейних лікарів, зокрема через проходження курсів підвищення кваліфікації, участь у наукових заходах та освоєння сучасних

клінічних протоколів. Документ також містить рекомендації щодо оснащення закладів, включаючи медичне обладнання, інформаційні технології та забезпечення транспортом для виїздів на дім.

Наказ МОЗ України передбачає впровадження сучасних форм роботи, зокрема використання електронної системи охорони здоров'я для ведення обліку пацієнтів, формування декларацій з лікарями та контролю за якістю наданих послуг. Крім того, документ наголошує на важливості комунікації між пацієнтом і лікарем, що є основою довіри та ефективного лікування. Заклади зобов'язані забезпечити доступність медичної допомоги для різних верств населення, включно з людьми з інвалідністю, літніми особами та мешканцями сільської місцевості.

Таким чином, Наказ МОЗ України «Про організацію роботи закладів (підрозділів) загальної практики - сімейної медицини» відіграє ключову роль у систематизації та вдосконаленні діяльності первинної ланки охорони здоров'я. Він слугує базовим орієнтиром для адміністрацій медичних закладів, лікарів, місцевих органів влади та інших учасників реформи. Ефективне виконання положень цього нормативного акту є необхідною умовою для побудови сучасної, орієнтованої на пацієнта, медичної системи в Україні.

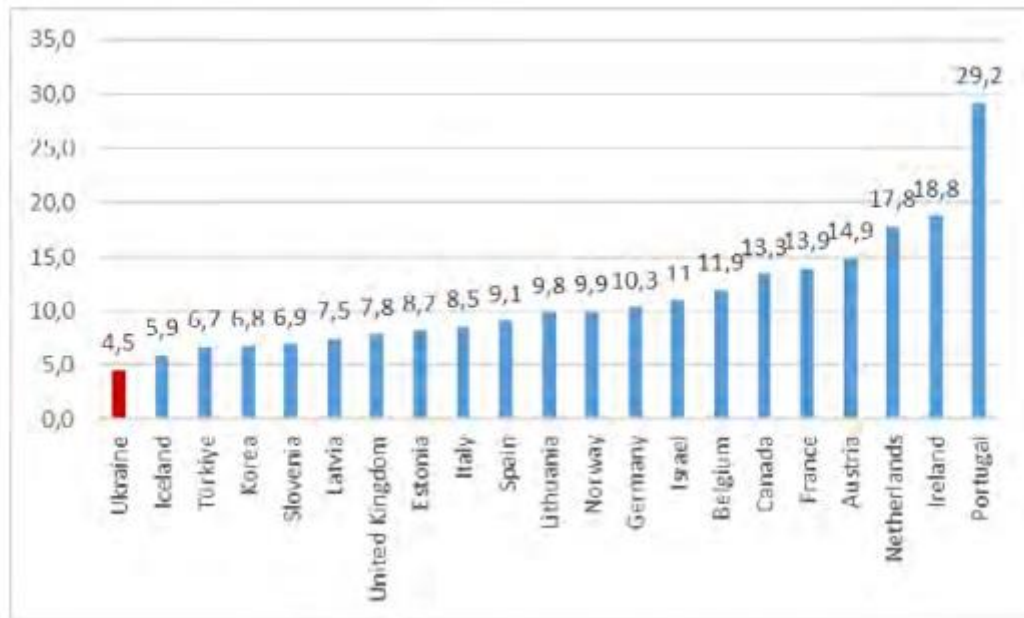
По завершенню аналізу чинної законодавчої та галузевої нормативно-правової бази функціонування інституту сімейної медицини доцільно здійснити огляд монографій, дисертацій та інших наукових праць, які окреслюють проблематику публічноуправлінської діяльності у сфері розвитку сімейної медицини в Україні.

Грунтовним науковим та практико-орієнтованим ресурсом в контексті публічного управління розвитком сімейної медицини в Україні можна назвати роботу доктора медичних наук професора Лілії Бабінець «Сімейна медицина: реалії та перспективи» під редакцією [36]. Дослідниця розглядає широкий спектр актуальних питань, пов'язаних із первинною медичною допомогою (ПМД) та сімейною медициною, зокрема організаційні аспекти надання ПМД у світлі реформи системи охорони здоров'я України. Особлива увага приділяється впровадженню електронної системи E-Health та Міжнародної класифікації симптомів і проблем ІСРС-2 для ПМД. Особлива увагу приділяється організаційним аспектам щодо експертизи тимчасової втрати працездатності та ведення первинної медичної документації, включаючи правила оформлення

декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу. Значною перевагою цієї наукової праці є мультидисциплінарний підхід, який акумулює інформацію про найчастіші синдроми і нозології внутрішньої медицини, загальної хірургії, травматології, отоларингології, урології, неврології, психіатрії, акушерства та гінекології, офтальмології, фтизіатрії, педіатрії та невідкладних станів. Це дозволяє лікарям загальної практики отримати комплексне уявлення про різноманітні клінічні ситуації та ефективно їх вирішувати [36]. Важливим є практичний підхід, який презентує алгоритми формування маршруту пацієнта з найпоширенішими захворюваннями в практиці ПМД, а також в організаційному плані надає технології консультування пацієнтів з актуальних проблем сімейної медицини. Науковий вклад вітчизняної дослідниці сприяє формуванню системного підходу до надання первинної медичної допомоги, враховуючи сучасні виклики та потреби пацієнтів, що у підсумку сприяє загальному підвищенню якості медичних послуг та зміцненню здоров'я населення України [36].

Вітчизняна дослідниця професорка Лариса Матюха зазначає, що на даному етапі впевненого розвитку курсу європейської інтеграції потрібно в національному медичному та публічноуправлінському просторі створювати відповідні корелятиви у підготовці медичних кадрів для сімейної медицини [37]. Її наукові погляди було підтримано Європейською асоціацією викладачів сімейної медицини (EURACT) та провідних фахівців з України, Словенії та Хорватії, адже у цьому процесі надзвичайно важливим є врахування особливостей української системи охорони здоров'я та сучасних реалій (пандемія, війна) щодо реформування первинної медичної допомоги. Організаційні аспекти цієї наукової праці висвітлюють політичні, економічні, освітні, фінансові та соціокультурні аспекти функціонування сімейної медицини в Україні, а також основні компетенції, права та обов'язки сімейного лікаря в умовах сучасної реформи сфери охорони здоров'я. Особлива увага приділяється порівнянню української моделі сімейної медицини з європейськими практиками, а також формулюванню пропозицій щодо покращення та оптимізації сучасного стану системи для забезпечення якісної та доступної медичної допомоги. Тож можна визнати цей науковий доробок науковиці цінним ресурсом для підготовки фахівців у галузі сімейної медицини, який сприяє підвищенню якості медичних послуг на первинному рівні охорони здоров'я.

Схожої думки про поглиблення напрямку підготовки фахівців з сімейної медицини висловлюють Т.А.Вежновець та В.Ю.Вознюк [38], вказуючи на незадовільний рівень забезпеченості спеціалістами первинної ланки (рис.1.1).



**Рис.1.1. Порівняльний показник щодо забезпеченості лікарями загальної практики-сімейної медицини в Україні та країнах ЄС (на 10 тис. ос.). Джерело: [38]**

Дослідник зазначає, що в Україні спостерігається суттєвий дефіцит лікарів первинної медичної допомоги, що є однією з ключових проблем у системі охорони здоров'я. А у порівнянні з країнами ЄС цей показник нижче майже у 7 разів. Крім того, існує нерівномірний розподіл кадрових ресурсів цього рівня медичної допомоги між регіонами. Ситуація ускладнюється тим, що пріоритет у забезпеченні кадрами надається лікарям вторинної спеціалізованої медичної допомоги на шкоду первинній медичній ланці. Це призводить до нерівномірного географічного укомплектування штатних посад лікарів загальної практики сімейної медицини (ЗПСЛ). Особливо критичною є ситуація в таких областях, як Кіровоградська, Херсонська, Луганська, Миколаївська, а також у місті Києві, де рівень укомплектованості лікарями ЗПСЛ залишається найнижчим в Україні.

Напрямок упровадження кращих зразків європейських та світових практик в діяльність первинної ланки охорони здоров'я підтримують не тільки вітчизняні

науковці, але й медики-практики та управлінці [39]. Адже українські лікарі-сімейники вже понад 20 років як створили Українську асоціацію сімейної медицини. І відтоді українська спілка є членом в WONCA – Всесвітній асоціації сімейної медицини. Такий організаційний підхід в управлінні має на меті сприяти інтеграції світового досвіду в українську систему охорони здоров'я через призму сімейної медицини, як основи ефективної, доступної й орієнтованої на пацієнта допомоги. Організації такої міжнародної взаємодії вирішує широке коло практичної медицини, а саме з питань організації первинної медичної допомоги, міждисциплінарної співпраці, профілактики неінфекційних захворювань, ведення хронічних пацієнтів, комунікації з пацієнтами та безперервного навчання лікарів. Також така міжнародна взаємодія сприяє більш досконалому вивченню успішних моделей ПМД у країнах Європи, Канади, Австралії та інших, а також забезпечує, хоча б на початковому етапі, можливість їх локальної адаптації в українських реаліях. Важливим цей компонент інтеграційної взаємодії можна вважати і у сфері кадрового забезпечення медичної галузі, мотивації медичних працівників, впровадженню доказової медицини та електронних інструментів для управління здоров'ям населення на рівні територіальної громади. Ми вважаємо, що членство лікарів-сімейників в роботі Української асоціації сімейної медицини є майданчиком для професійного діалогу між науковцями, практиками та управлінцями, що сприяє забезпеченню сталого розвитку первинної ланки медичної допомоги як ключового чинника зміцнення національної системи охорони здоров'я. Міжнародні неурядові контакти також сприяють, на нашу думку, формуванню стратегічного бачення реформ первинної медичної допомоги в Україні, а також забезпечують практичну підготовку (шляхом стажування) й орієнтацію лікарів загальної практики в умовах модернізації медичних послуг та інтеграції у світову професійну спільноту.

Професорка Лариса Сидорчук стосовно інституціоналізації управління розвитком сімейної медицини в Україні пропонує більше управлінської уваги приділяти підготовці молодих лікарів через застосування системного підходу та належного документування виробничих практик студентів-медиків [40]. На її думку, це буде забезпечувати структурований підхід до освоєння необхідних компетенцій, необхідних для ефективної діяльності сімейного лікаря, таких як ведення медичної документації, проведення профілактичних заходів та

взаємодія з пацієнтами різного віку, формування професійної відповідальності та самостійності. Загалом, ми погоджуємось із думкою званої професорки-медицині, що такий підхід буде сприяти підвищенню якості підготовки майбутніх сімейних лікарів та їхній готовності до самостійної практичної діяльності в умовах сучасної системи охорони здоров'я України.

У продовження цього напрямку наукового дискурсу зазначимо, що багато вітчизняних науковців активно підтримують необхідність належної підготовки студентів-медиків до роботи в умовах первинної ланки організації охорони здоров'я [37], особливо на засадах впровадження європейських стратегій навчання сімейних лікарів на кафедрах сімейної медицини і терапії. Так, надзвичайно актуальним постає для українських закладів вищої медичної освіти питання запозичення європейського досвіду використання симуляційних технологій у навчанні, що дозволяє студентам та інтернам відпрацьовувати практичні навички в умовах, наближених до реальних клінічних ситуацій. Також актуальним є питання інтеграції новітніх методів навчання, адаптації освітніх програм до потреб практичної охорони здоров'я та забезпечення безперервного професійного розвитку лікарів, що буде сприяти підвищенню якості медичних послуг на первинному рівні охорони здоров'я.

Окремим блоком у науковому просторі України постають дисертаційні дослідження як клінічних аспектів організації діяльності інституцій сімейної медицини та курації хворих з різними патологіями, так і публічноуправлінських напрямків [41]. Так, дослідник Висоцький В.І. у своїй дисертації звертає увагу на недостатній зворотний зв'язок між закладами первинної медичної допомоги (ПМД) та спеціалізованими службами СНІДу, що виявлено в результаті анкетування лікарів загальної практики-сімейної медицини і лікарів вузьких спеціальностей, включаючи інфекціоністів. Цім аспектом для нашого дослідження є пропозиція Висоцького В.І. стосовно розробки алгоритму інтегрованого ведення ВІЛ-інфікованих пацієнтів із коморбідною патологією травної системи, який передбачає всебічну, продовжену, координовану та орієнтовану на пацієнта медичну допомогу закладами ПМД в інтеграції із спеціалізованими закладами вторинного рівня медичної допомоги. Цей підхід спрямований на попередження випадіння пацієнтів із системи отримання постійного антиретровірусного лікування. Розроблений алгоритм інтегрованого підходу може служити ефективним інструментом для сімейних лікарів у наданні

якісної медичної допомоги категорії пацієнтів, що страждають не інфекційні невиліковні хвороби, а також забезпечує покращення результатів лікування та підвищенню якості життя для пацієнтів цієї цільової групи, кількість яких в Україні вже перевищує понад 1 млн. осіб.

В умовах довготривалої війни дедалі більше жителів України скаржаться на різні прояви та вади психоемоційного здоров'я. І перша особа медичного фаху, до якої звертаються жителі громади, є лікар загальної практики-сімейної медицини. Тому вітчизняний дослідник В.Д. Мішиєв вказує на нагальну потребу забезпечити клініцистів ефективними інструментами для виявлення, диференційної діагностики та надання допомоги пацієнтам із психічними розладами, які часто зустрічаються в щоденній практиці [42]. Важливо, на його думку, у цьому процесі забезпечити міждисциплінарний підхід, що поєднує знання психіатрії, неврології та загальної практики. Це є вкрай важливим для лікарів первинної медичної допомоги, оскільки допомагає своєчасно виявляти психічні порушення, що часто маскуються під соматичні симптоми. І тут, як наголошує дослідник, необхідним ресурсом лікаря «первинки» повинна стати комунікативна компетентність, а також психоосвіта пацієнтів і взаємодії з психіатрами, психологами та соціальними службами, а також членами родини. Ми підтримуємо думку науковця, що такий інтегрований підхід до проблематики психічного здоров'язбереження та психологічної підтримки підвищує якість надання медичної допомоги пацієнтам із психічними розладами на рівні громади, сприяючи ранньому втручання, профілактиці ускладнень та покращенню якості життя хворих.

Для сімейних лікарів, лікарів загальної практики та інтернів, які працюють у віддалених територіальних громадах, особливо актуальним постає питання оперативного пошуку клінічно важливої інформації для швидкої оцінки стану пацієнта до призначення обґрунтованого лікування. І тут роль сімейного лікаря як ключової ланки в управлінні хронічними захворюваннями, які мають з огляду на демографічну кризу більшість мешканців територіальних громад України, важко переоцінити. Адже саме ці питання мають прямий зв'язок із профілактикою ускладнень від хронічної патології, що вимагає взаємодії сімейного лікаря із вузькопрофільними спеціалістами [43]. Завдяки саме інтегрованому підходу у curaції хворих з хронічною патологією сімейний лікар може швидко зорієнтуватися у складній клінічній ситуації та обрати оптимальну

тактику лікування відповідно до сучасних стандартів доказової медицини. В організаційному та інституційному аспектах публічного управління такий підхід сприяє підвищенню якості первинної медичної допомоги й підтримує безперервний професійний розвиток лікаря.

В умовах дії правового режиму воєнного стану, а також у мирний час, в діяльності сімейного лікаря, особливо в сільській місцевості, великого значення набувають питання організації надання невідкладної допомоги. На цьому наголошують відомі українські вчені Ю. В. Вороненко, О. Г. Шекера, Г. Г. Рощін [44], надаючи особливого значення ролі сімейного лікаря як першої ланки реагування та надання медичної допомоги постраждалим у надзвичайних обставинах. Дослідники також наголошують на необхідності інтеграції медицини катастроф у загальну систему охорони здоров'я та на важливості міжсекторальної співпраці та сприяти підвищенню готовності лікарів первинної ланки до дій у кризових ситуаціях та забезпеченню безперервності медичної допомоги населенню.

Вітчизняні науковці у сфері публічного управління та адміністрування звертають, які досліджують проблематику управлінських аспектів у сфері охорони здоров'я, одноставно зазначають на важливості активізації роботи у напрямку підготовки кадрів за розвитку цифрового маркетингу у сфері охорони здоров'я [45; 46].

Вітчизняна дослідниця Анжела Бідучак у дисертації «Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі профілактики хвороб системи кровообігу в практиці сімейної медицини» обґрунтовує підходи до запровадження ефективної профілактичної моделі для зниження захворюваності та смертності від серцево-судинних хвороб у контексті сімейної медицини [47]. Базисом її наукової розробки виступає медико-соціальний підхід, який враховує не лише клінічні, а й соціальні, поведінкові та організаційні фактори, що впливають на ризик розвитку патологій системи кровообігу. Фокус її наукового інтересу зосереджено на соціальних детермінантах здоров'я, що характерні для різних груп населення, та їхній вплив на ефективність профілактичних заходів. Це дозволило розробити модель, яка інтегрує медичні, психологічні та соціальні компоненти, спрямовані на покращення моніторингу, контролю і модифікації факторів ризику у практиці сімейного лікаря. Але, на жаль, така модель скерована, переважно на раннє виявлення, профілактику та управління серцево-

судинними захворюваннями, а значить не має характеристик універсальності. Однак позитивним здобутком цієї дисертації можна назвати важливість міждисциплінарного підходу і соціально орієнтованої стратегії у сучасній сімейній медицині.

Заслуговує на увагу в контексті нашої теми й дисертаційне дослідження Івanni Рури на тему обліково-аналітичного забезпечення у системі управління вартістю послуг сімейної медицини, яка обґрунтувала методологічні підходи до формування системи управління, яка дозволяє ефективно контролювати витрати та оптимізувати фінансові потоки в закладах первинної медичної допомоги, враховуючи специфіку медичного сектору та потреби пацієнтів [48]. Дисертація детально розглядає особливості обліково-аналітичного забезпечення у контексті сімейної медицини через розробку системи показників і критеріїв, які дозволяють проводити всебічний аналіз структури витрат, оцінювати їхню доцільність і визначати резерви підвищення економічної ефективності. Це надало можливість запропонувати механізми інтеграції фінансової інформації з клінічними даними, що сприяє прозорості і раціональному використанню ресурсів. Практична значущість роботи полягає у створенні інструментарію для управлінців у сфері сімейної медицини, який допомагає балансувати між якістю надання медичних послуг і їхньою собівартістю, забезпечуючи сталий розвиток закладів первинної допомоги. На нашу думку, такий підхід потребує подальшої мультиплікації як на рівні комунальних закладів сімейної медицини, так і на рівні лікарів-ФОП, які здійснюють свою діяльність у сфері сімейної медицини. Саме економічна основа управління на рівні послуг «первинки» буде сприяти підвищенню конкурентоспроможності медичних установ через впровадження ефективних обліково-аналітичних процедур, що враховують як медичні, так і економічні параметри. А на національному рівні управління системою ОЗ фінансово-економічний механізм реалізується на засадах контрактування медичних послуг, які від імені української держави закуповує така новітня інституція політики у сфері охорони здоров'я як НСЗУ.

Актуальні питання галузевої інституціалізації сімейної медицини включають і питання етичного спрямування професійної діяльності. Так, дослідниця Зоя Шарлович у дисертації на тему «Формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки» акцентує увагу на тому, що сучасна система охорони

здоров'я потребує не лише висококваліфікованих клінічних спеціалістів, а й медичних сестер, здатних ефективно виконувати педагогічні функції [49]. Тобто навчати пацієнтів, підтримувати їх у процесі лікування та профілактики захворювань. Авторка обґрунтовує необхідність системного підходу до підвищення кваліфікації медичних сестер з метою підвищення якості медичної допомоги і зміцнення довіри пацієнтів. Ми повністю погоджуємось із думкою З. Шарлович, так як інтегрований підхід в роботі медичних працівників, якраз і передбачає спільну діяльність лікаря, медичної сестри/брата та пацієнта. А це є важливим чинником підвищення ефективності роботи сімейної медицини в Україні. Автореферат розкриває перспективи подальших наукових пошуків у галузі професійної педагогіки для медичних працівників.

Як зазначає вітчизняна дослідниця Інесса Бібик у дисертації на тему «Медико-соціальне обґрунтування удосконалення системи надання психіатричної допомоги населенню в умовах сімейної медицини», на сучасному етапі сімейна медицина має важливу роль у своєчасному виявленні, діагностиці і супроводі пацієнтів із психічними розладами, що сприяє зниженню рівня інвалідності та покращенню якості життя [50]. В той же час авторка акцентує увагу на недостатній підготовці лікарів сімейної медицини до роботи з пацієнтами, що мають психічні захворювання, а також на обмеженості ресурсів і недостатній інтеграції між спеціалізованою та первинною ланками медичної допомоги. Тому важливим, на її думку, є розробка алгоритмів діагностики, підвищення рівня кваліфікації сімейних лікарів, використання роботи мультидисциплінарних команд та впровадження соціально-психологічної підтримки пацієнтів і їхніх сімей. Науковиця наполягає на необхідності розробки науково обґрунтованих рекомендацій щодо реформування системи психіатричної допомоги в Україні на рівні сімейної медицини. Це підвищить доступність якісної медичної та соціальної підтримки, покращить результати лікування психічних захворювань, зменшить стигматизацію пацієнтів і посилить роль сімейної медицини як ключового елемента системи охорони здоров'я.

Наступним актуалізованим галузевим напрямком в системі сімейної медицини є організація протидії розповсюдженню ВІЛ/СНІДу та наркозалежності [51]. Адже лікарі сімейної медицини та фахівці первинної ланки, які безпосередньо працюють з пацієнтами, відіграють ключову роль у формуванні системи раннього виявлення ВІЛ-інфекції та наркозалежності, а

також у проведенні консультацій, мотиваційної роботи та соціальної підтримки пацієнтів. Саме тому потрібно акцентувати увагу на упровадженні методів інтегрованої медико-психологічної допомоги, що включає використання інноваційних інструментів діагностики та моніторингу, міждисциплінарної взаємодії і координації зусиль між медичними установами, соціальними службами та громадськими організаціями.

Підвищення рівня знань та навичок практикуючих сімейних лікарів у сфері медичної допомоги літнім пацієнтам є надзвичайно актуальним питанням. Багато вітчизняних дослідників у сфері охорони здоров'я наголошують на пріоритетності інтеграції геронтологічних і геріатричних знань у щоденну клінічну практику сімейної медицини [52]. Адже біологічні, психологічні та соціальні аспекти старіння можливо забезпечити належною підтримкою та медичним втручанням на основі мультидисциплінарного підходу до пацієнтів похилого віку. Частіше за все люди похилого віку мають низку проблем щодо серцево-судинних патологій, цукрового діабету, когнітивних порушень і психічних розладів, а їх лікування потребує застосування методів реабілітації, профілактики ускладнень тощо. Тому з метою покращення якості життя пацієнтів літнього віку на первинній ланці системи охорони здоров'я потрібно забезпечити комплексну, персоналізовану допомогу пацієнтам старшої вікової категорії, а також розвивати професійні компетентності медичного персоналу у напрямку геронтології та геріатрії.

Інституціоналізація сімейної медицини в науковому просторі сфери охорони здоров'я, безумовно, включає і таку компоненту як організацію діяльності закладів та установ на первинній ланці. Дослідники Г. С. Черешнюк та Л. В. Черешнюк [53] акцентують увагу на ролі сімейного лікаря як центральної ланки організації надання медичної допомоги на цьому рівні. Організація діяльності закладів «первинки» включає питання планування ресурсів, управління персоналом, стандартизацію процесів і впровадження сучасних інформаційних технологій. Як зазначають дослідники, надзвичайно важливим є приділення уваги механізмам координації між різними рівнями медичної допомоги, забезпеченню безперервності і комплексності медичного обслуговування пацієнтів. Такий підхід не лише формує розуміння основ організації медичної допомоги, а й сприяє розвитку управлінських компетенцій сімейних лікарів та адміністраторів забезпечити якісне, доступне і

пацієнтоорієнтоване обслуговування [54]. Це є запорукою підвищення ефективності системи охорони здоров'я не тільки на рівні «первинки», а в цілому на всіх рівнях управління організацією надання медичних послуг в Україні.

### **1.3.Сімейна медицина як об'єкт наукового дискурсу у сфері публічного управління і адміністрування**

На сучасному етапі первинна медико-санітарна допомога виступає ключовим елементом будь-якої системи охорони здоров'я, орієнтуючись на профілактику та задовольняючи до 80-90% потреб населення у медичних послугах. Однак це показник мирного часу. А у період воєнного конфлікту, він знижується, як свідчать експертні дані, до 60-65%. Причинами зменшення є структурно-функціональні особливості, включаючи *зростання випадків невідкладної допомоги* (травми, поранення, загострення хронічних захворювань), що вимагають залучення спеціалістів вторинної та третинної ланок; *перерозподіл функцій сімейних лікарів* (залучення до тріажу, стабілізації станів пацієнтів, координації їх евакуації); *кадрові втрати* та переміщення медичного персоналу з регіонів поблизу фронту. Особливо помітним це явище є в сільських громадах, де інфраструктура і кадровий потенціал суттєво постраждали в період воєнного стану, що знижує можливість сімейної медицини забезпечити більше ніж 60-65 % медичних потреб населення. Вона визнана економічно раціональною, оскільки потребує лише до 30% загальних ресурсів галузі охорони здоров'я. У межах Європейської рамкової програми ВООЗ, презентованої на 66-й сесії Європейського регіонального комітету з організації інтегрованого надання медичних послуг, первинна медична допомога була визначена як один із фундаментальних компонентів ефективних систем охорони здоров'я [55].

Первинна медична допомога являє собою перший рівень контакту людини, сім'ї чи громади з національною системою охорони здоров'я, максимально наближаючи медичні послуги до місця проживання й роботи населення. Це перша ланка безперервного процесу збереження здоров'я громадян. Одним із важливих принципів первинної допомоги, заснованої на засадах сімейної медицини, є взаємодія з пацієнтами як із надійними партнерами, зберігаючи при цьому відповідальність за результати лікування.

ВООЗ визнає, що моделі первинної медико-санітарної допомоги сьогодні варіюються залежно від історичних та соціально-економічних умов розвитку конкретної країни, проте більшість із них орієнтовані на принципи загальної практики-сімейної медицини. В багатьох державах світу частка лікарів загальної практики сімейних медиків складає від 30 до 50% усіх лікарів [56]. Наприклад, найбільша їх частка у Франції і вона становить 54%, тоді як найменша частка сімейних лікарів зареєстрована експертами ВООЗ в Іспанії і вона не перевищує 15%. У США цей показник становить 39%. У середньому в Європі на кожні 100 тисяч населення припадає 68 сімейних лікарів (від 47 у Нідерландах до 115 у Бельгії).

В Україні активна реформа медичної галузі розпочалася у 2011 році. Її ключовим напрямком стало формування ефективної системи надання доступної та якісної первинної медичної допомоги на принципах сімейної медицини з метою зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення. Для реалізації цієї реформи було ухвалено низку нормативно-правових актів, включаючи закони, постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України, накази Міністерства охорони здоров'я України та методичні рекомендації.

До Основ законодавства України про охорону здоров'я внесли зміни, що визначають первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини, окреслюючи основні права та обов'язки сімейних лікарів [24]. Також було ухвалено Закон України про проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві, що дав старт реформуванню первинної ланки медичної допомоги в чотирьох пілотних регіонах [57].

Для забезпечення належного фінансування заходів реформування було внесено зміни до Бюджетного кодексу України. Зокрема, починаючи з 1 січня 2011 року видатки на функціонування сільських закладів охорони здоров'я (дільничних лікарень, медичних амбулаторій, ФАПів та фельдшерських пунктів) стали покриватися коштами районних бюджетів і бюджетів міст республіканського значення АР Крим та обласного рівня.

Починаючи з 2012 року, у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації та закладах післядипломної освіти впроваджено цикли спеціалізації за напрямком «загальна практика-сімейна медицина» [58]. Вони створені для перепідготовки (підвищення кваліфікації) лікарів-спеціалістів реорганізованих

закладів охорони здоров'я, які планують працевлаштуватися на позиції лікарів загальної практики-сімейної медицини. Навчання здійснюється за затвердженою МОЗ України програмою, що передбачає очно-заочну форму навчання із використанням дистанційних методів підготовки, включаючи Інтернет.

На сьогодні мережа первинної медичної допомоги України включає 5,5 тисячі центрів первинної медико-санітарної допомоги та амбулаторій сімейної медицини. Загальна чисельність медичного персоналу перевищує 35 тисяч осіб, серед яких 13 тисяч лікарів загальної практики-сімейних лікарів і 22 тисячі середнього медичного персоналу, який має відповідну спеціалізацію. Один сімейний лікар обслуговує від 1500 до 2000 осіб дорослого й дитячого населення (500-600 сімей). В середньому по Україні припадає 1 249 декларацій на одного сімейного лікаря, тоді як оптимальна ємність визначена законодавством - 1 800 пацієнтів [59].

В той же час, як свідчать статистичні дані НСЗУ за розділом «Статистика поданих декларацій про вибір лікаря первинної медичної допомоги» у розрізі регіонів мають місце значні розбіжності стосовно навантаження на сімейних лікарів.

Найнижчі показники мають регіони уздовж лінії фронту та тимчасово окуповані території (Запорізька, Донецька, Луганська, Харківська, Херсонська області – від 10% до 72%). В той же час, як зазначив міністр охорони здоров'я України, сьогодні більше 21 % лікарів первинної ланки або кожний п'ятий лікар вже перевищують середньодержавний показник навантаження [60].

На наш погляд, така ситуація є неприпустимою, адже для повноцінного розвитку первинної медичної допомоги на основі принципів сімейної медицини необхідно сформувати правову, організаційну, економічну та соціальну платформу для забезпечення громадян України й інших осіб на її території такою допомогою. Також важливо закласти засади функціонування та зростання цієї галузі медицини.

Ми провели статистичний аналіз, виокремивши дані по регіонам, які приймали участь у пілотному проєкті реформи на первинному рівні медичної допомоги і встановили цікаві дані. Загальнодержавний показник укладених декларацій по Україні становить 74%, а показник укладених декларацій по регіонам-пілотам значно його перевищує. З цього можна зробити висновок, що імплементована модель роботи первинної ланки демонструє сталість нової

організаційно-правової форми функціонування інституту сімейної медицини не тільки у мирний час, а навіть в умовах дії правового режиму воєнного стану. Характеристика пілотних регіонів України щодо рівня укладених декларацій з сімейними лікарями станом на 01.01.2025 р. представлена у таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

**Характеристика пілотних регіонів України  
щодо рівня укладених декларацій з сімейними лікарями  
станом на 01.01.2025 р**

Назва регіону	Участь в пілотному проєкті 2012-2014 рр.	Кількість декларацій з сімейними лікарями,%
УКРАЇНА	-	74%
м. Київ	так	83%
Вінницька область	так	91%
Дніпропетровська область	так	88%
Донецька область	так	дані не обліковуються

*Джерело: складено автором за дашбордом НСЗУ*

Належне формування первинної медичної допомоги повинно сприяти забезпеченню тривалого спостереження за станом здоров'я пацієнта протягом усього його життя незалежно від характеру захворювання чи фізіологічного стану організму. Крім того, це сприятиме реалізації стратегічного завдання для української держави, а саме зміцненню здоров'я нації як важливої складової національної безпеки держави та досягнення Цілей Сталого Розвитку-2030 (ціль № 3) [68].

І саме тому вважаємо розглянути цей аспект крізь призму євроінтеграційного підходу до розвитку інституту сімейної медицини вже у постковідний період.

Розвиток України як незалежної, демократичної, правової та соціальної держави протягом останніх десятиліть відбувається в умовах утвердження принципів євроінтеграції. Із 2014 року, починаючи з подій Майдану, активне громадянське суспільство, особливо молодь, заявило про намір будувати нову Україну на основі європейського курсу. У 2019 році ці наміри були закріплені на законодавчому рівні, а пізніше внесені до Конституції України як частина державної політики, спрямованої на євроінтеграційний та безпековий

(Північноатлантичний) розвиток усіх сфер життя [62; 63]. Навіть значні виклики, як-от пандемія COVID-19 (2020–2023) та повномасштабна військова агресія з боку сусідньої держави, не завадили цьому процесу, а навпаки, тільки сприяли консолідації суспільства, підвищенню рівня патріотизму та активізації трансформацій у багатьох галузях на основі найкращих практик Європейського Союзу.

Однією з таких галузей стала охорона здоров'я, адже змогла трансформуватися в рекордно короткі терміни та продемонструвати високу стійкість перед викликами пандемії та війни. Перші кроки структурної реформи в цій сфері почалися ще до офіційного закріплення євроінтеграційного курсу країни. Зокрема, був прийнятий закон про пілотне впровадження реформ у чотирьох областях України, що заклав основу масштабної перебудови всієї системи охорони здоров'я [57]. Медична реформа стала одним із восьми пріоритетних напрямів внутрішньої політики України нарівні з децентралізацією, реформами державного управління, правоохоронної системи та податковою реформою, кожна з яких була тісно прив'язана до стратегічної мети євроінтеграції. Угода про асоціацію з Європейським Союзом стала своєрідним дороговказом позитивних перетворень у різних сферах життя України [65]. Реформа охорони здоров'я в умовах міжнародних зобов'язань сприяла прискоренню децентралізації управління в цій галузі. Для цього був застосований комплексний підхід: юридичні, організаційні, економічні та соціальні механізми допомогли в короткі терміни (2015–2019 роки) здійснити значні зміни на первинному рівні медичних послуг. Ці досягнення отримали високу оцінку міжнародних експертів ВООЗ Світового банку [66].

Пандемія COVID-19 стала глобальним викликом, який порушив традиційну інфраструктуру медичних систем у всьому світі [19]. У 2021 році про це повідомили 92% країн, а у 2022 трохи менше, але все ж таки понад 2/3 країн світу (84%). Ця криза спонукала уряди багатьох держав до розробки стратегій реагування та впровадження політик для мінімізації руйнівних наслідків для національних економік, спричинених недостатнім контролем над епідеміями. Тож ЄС відіграв важливу роль у глобальній відповіді на пандемію,

демонструючи солідарність і ефективність та впроваджуючи загальноєвропейські протиепідемічні заходи [67]. Його робота включала організацію кампаній імунізації населення й підтвердження прихильності до збереження глобального здоров'я для майбутніх поколінь.

На глобальному рівні управління фахівці ВООЗ переглянули ключові підходи у сфері публічного адміністрування базових медичних послуг та надали національним урядам чіткий сигнал про необхідність термінового переосмислення систем охорони здоров'я. Основна увага має бути зосереджена на розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), яка становить близько 80% загального обсягу медичних послуг. У контексті моніторингу виконання «Цілей сталого розвитку 2030», [68] ВООЗ детально аналізує національні тенденції, що формуються у кожній країні, на шляху до досягнення глобальної цілі № 3 щодо сприяння здоровому способу життя та забезпечення благополуччя для всіх у будь-якому віці. Ця ціль передбачає акцент на розширенні доступу до первинної медичної допомоги через такі напрями, як : «Досягнення загального охоплення послугами охорони здоров'я» (3.8.1) та зменшення «Катастрофічних витрат на охорону здоров'я» (3.8.2). Зокрема, показник 3.8.1 орієнтує дії урядів на забезпечення загального доступу населення до якісних, безпечних і доступних базових медичних послуг, а також лікарських засобів і вакцин. Особливо це важливо у постпандемічний період, коли посилена увага до захисту фінансів громадян стає пріоритетом національного уряду, органів виконавчої влади та місцевого самоврядування. З огляду на це, ВООЗ рекомендує національним урядам та профільним міністерствам реформувати чинні системи охорони здоров'я, спираючись на підхід ПМСД (primary health care). Прогнозується, що реалізація такого підходу може врятувати до 60 мільйонів життів і збільшити середню тривалість життя у світі на 3,7 року до 2030 року. Однак досягнення амбітної мети загального охоплення базовими медичними послугами (Universal Health Coverage, UHC) вимагає добре скоординованих та ефективних управлінських рішень.

Експерти ВООЗ вказують, що близько 80-90% ключових заходів впроваджуються саме на рівні первинної ланки медицини, і їх успішність можна виміряти спеціально розробленим індексом [69]. Цей індекс відображає середній рівень доступу до основних медичних послуг, включаючи сфери репродуктивного здоров'я, охорони матері й дитини, боротьби з інфекційними та неінфекційними захворюваннями, а також доступність для уразливих груп населення. Він розраховується за шкалою від 0 до 100 як середнє значення чотирнадцяти показників охоплення. Попри це, індекс не відображає повний перелік необхідних медичних інтервенцій. Його завдання полягає виключно у вимірюванні поточного рівня надання базових медичних послуг у конкретній країні. Саме для фіксації прогресу ВООЗ проводить моніторинг кожні два роки, оцінюючи країни за цими показниками. Наприклад, у 2022 році було проведено аналіз доступності базових медичних послуг у 194 країнах світу.

Аналізуючи рівень охоплення первинними медичними послугами серед перших тридцяти п'яти країн світу, варто зауважити, що не всі держави-члени Європейського Союзу демонструють високі показники. Особливо це стосується країн молодшої генерації, які приєдналися до ЄС після 2000 року, таких як країни Балтії та інші. Цікаво, що за ефективністю надання медичних послуг на первинному рівні ці країни наближаються до показників України, яка має індекс охоплення у 76 балів зі 100 [61; 69]. Винятком є Польща, що демонструє помітно вищий результат, понад 80 балів. Близько 2/3 (19 із 27 країн) європейських країн, що нині є країнами ЄС, входять до групи з високим індексом охоплення населення первинною медичною допомогою. Україна, яка наразі є кандидатом на вступ до ЄС, знаходиться у світовому рейтингу серед країн з показниками між 60 і 80 балами. До цієї ж групи належать і деякі країни ЄС молодшої генерації, зокрема Угорщина, Хорватія та Естонія (усі країни мають індекс до 79 балів), Румунія (78 балів), Греція (77 балів), Литва (75 балів), Латвія (74 бали) та Болгарія (73 бали).

Особливу увагу варто звернути на значення первинної ланки системи охорони здоров'я в умовах пандемії COVID-19. Саме цей рівень забезпечував

близько 70-80% випадків лікування хворих на коронавірусну інфекцію. Після пандемії виникла потреба перегляду національних моделей управління сферою охорони здоров'я, акцентуючи увагу на підтримці та розвитку первинної медичної допомоги.

Основні принципи публічного управління з метою підвищення якості медичних послуг в умовах постпандемічного світу охоплюють: *інклюзивність, справедливість, економічну ефективність, а також орієнтованість на покращення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення*. Ці принципи знайшли своє відображення у нормативно-правових актах ЄС, зокрема у політичній декларації щодо створення Європейського Союзу охорони здоров'я та Глобальній стратегії охорони здоров'я ЄС [70; 71]. Остання ставить за мету поглиблення співпраці країн-членів та потенційних кандидатів для більш ефективної відповіді на кризові виклики у сфері охорони здоров'я. У контексті геополітичних викликів сьогодення формуються нові механізми глобального управління у сфері охорони здоров'я. Важливими інструментами такого управління є засідання лідерів G7 та G20, а також партнерства на глобальному, регіональному й двосторонньому рівнях. Один із прикладів ми можемо назвати прийняття Римської декларації на Глобальному саміті охорони здоров'я у 2021 році за участю лідерів «Великої двадцятки» [72]. Цей документ підкреслює важливість контролю над пандемією COVID-19 через глобальну масштабну вакцинацію, а також визначає пріоритети економічного розвитку, впровадження цифрових технологій та зеленої енергетики як ключові напрями для країн ЄС. Таким чином, питання трансформації системи охорони здоров'я виступають важливим елементом глобального порядку денного як у контексті боротьби з пандемією, так і забезпечення готовності до майбутніх викликів.

Сьогодні на порядку денному в межах європейського простору постає питання створення більш міцного, ефективного, підзвітного і стійкого механізму фінансування національних систем охорони здоров'я для подолання глобальних викликів. Цей механізм має базуватися на багатосторонній співпраці. Розширення глобального партнерства ЄС у сфері охорони здоров'я в рамках

Глобальної стратегії охорони здоров'я ґрунтується на принципах спільної участі та відповідальності 27 країн-членів. Поліпшення суверенітету в питаннях охорони здоров'я сприяє зміцненню стійкості й автономії кожної національної системи. Запроваджений управлінський підхід «Єдине здоров'я», який є ключовим елементом європейської ініціативи в галузі охорони здоров'я, базується на інтеграційному впливі. Він дає змогу зосередити увагу європейських лідерів на країнах, де системи охорони здоров'я діють менш ефективно. За показниками охоплення послугами у межах ЄС налічується вісім таких держав. Крім того, важливо розвивати партнерські відносини з країнами-кандидатами Європейського регіону, щоб зміцнити їхні структури охорони здоров'я. У перспективі інвестиції в розвиток глобального управління європейськими системами охорони здоров'я мають бути спрямовані на кілька ключових напрямків. Зокрема, це досягнення загального доступу до медичних послуг із фокусом на первинну медико-санітарну допомогу, упровадження підходу «Єдине здоров'я», розбудова готовності медичних установ до роботи в умовах надзвичайних ситуацій, а також забезпечення стійкості медичної інфраструктури на рівні національних держав. Поставлені завдання актуалізують проблему залучення значних соціальних і макроекономічних інвестицій з боку урядів для досягнення суспільного блага – громадського здоров'я. Управлінський підхід «Єдине здоров'я» є потужним і перспективним рішенням для формування нової архітектури співпраці між країнами-членами ЄС задля розвитку інтегрованої системи глобального європейського здоров'я.

Реалізація цього підходу потребує узгодження політичних дій із фінансовим забезпеченням відповідно до нових стратегічних пріоритетів не лише для ЄС, але й для Європейського регіону загалом. ЄС і його країни-члени вже підтвердили свою роль одних із найбільших донорів глобальної системи охорони здоров'я, про що свідчить досвід подолання пандемії COVID-19 та широкої вакцинації населення у регіоні. Прийнята в 2022 році Глобальна стратегія охорони здоров'я передбачає фінансовий внесок країн ЄС у зміцнення системи за рахунок удосконалення таких управлінських інструментів, як

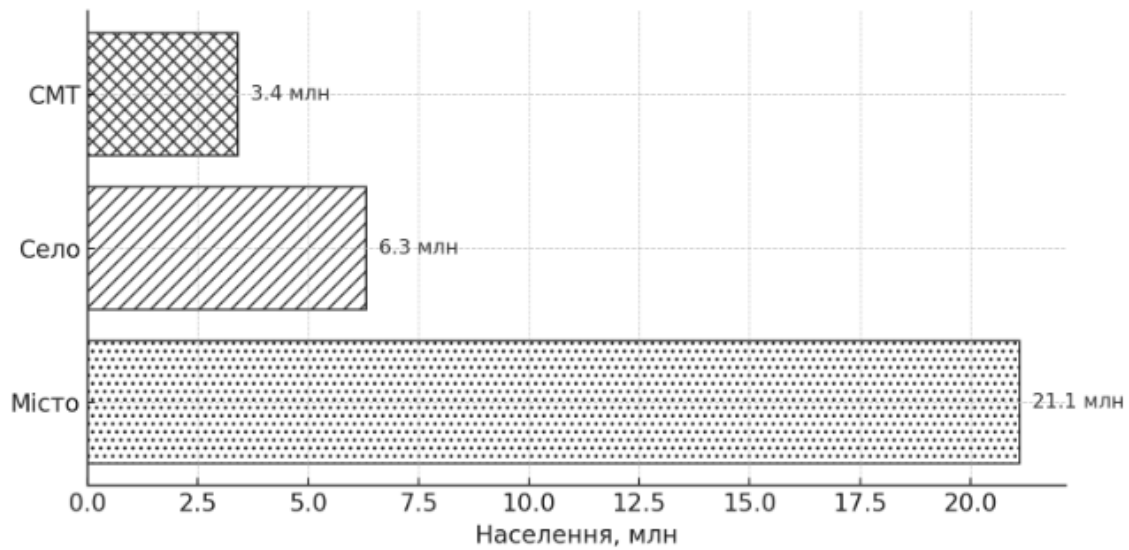
картографування та моніторинг, розвиток інноваційних моделей фінансування, об'єднання міжнародних ресурсів і спільне інвестування із залученням партнерів з громадського і приватного секторів. Нова Глобальна стратегія охорони здоров'я ЄС визначає основу для формування сучасної політики в галузі охорони здоров'я до 2030 року. Вона передбачає обґрунтовані напрями дій, які сприяють побудові Європейського Союзу охорони здоров'я. Ключовими елементами цієї політики є розвиток спеціалізованих інституцій для забезпечення транскордонної безпеки у сфері охорони здоров'я, боротьба з раком, доступність лікарських засобів і вакцин для всіх категорій населення, впровадження цифрових рішень у сфері охорони здоров'я, комплексний підхід до психічного здоров'я, а також відновлення і зміцнення медичної інфраструктури

З огляду на нинішнє критичне погіршення стану здоров'я населення України та виклики сьогодення, зокрема триваючий повномасштабний збройний конфлікт, необхідно продовжувати процес реформування первинної медичної допомоги й створення ефективно функціонуючого інституту сімейної медицини на рівні міжнародних стандартів та кращих практик країн Європейського Союзу. Це дозволить якісно задовольнити потреби населення у доступній первинній медичній допомозі й гарантувати її ефективне функціонування в складних умовах сучасного періоду і особливо для мешканців сільських громад України. Адже, як показують статистично-аналітичні бази НСЗУ, наразі сьогодні стосовно забезпеченості жителів міських населених пунктів та жителів сільських територій ми маємо територіально-галузеву інверсію (рис. 1.1).

Як видно із рис.1.1., розподіл кількості підписаних декларацій із лікарями первинної медичної допомоги за типом населених пунктів: місто (21,1 млн), село (6,3 млн) та селище міського типу (3,4 млн) вирізняє домінування кількості підписаних декларацій з лікарями первинної ланки мережі міських населених пунктів. З урахуванням того, що приблизно 1/3 населення України проживає в сільській місцевості, можна зробити кілька важливих висновків про розвиток сімейної медицини сільських територій України:

- на рівні первинної допомоги існує дисбаланс у доступі до медичних послуг;

- очевидним на розвиток первинки є вплив кадрового дефіциту;
- існують проблеми інфраструктурного змісту.



**Рис. 1.1.** Характеристика укладених декларацій з лікарем «первинки» за типами населених пунктів. Джерело: дашборд НСЗУ, [73]

Якщо брати до уваги частку сільського населення, то рівень охоплення деклараціями у селах ймовірно нижчий, ніж у містах, що може свідчити про нестачу сімейних лікарів у сільських територіях; географічну віддаленість медичних закладів; нижчий рівень інформованості населення. Так, сільські території традиційно мають менше лікарів на душу населення, і наявні кадри часто обслуговують значно більшу кількість пацієнтів, ніж у містах. Це може призводити до перевантаження лікарів, довгих черг, меншої тривалості консультацій і зниження якості профілактичної роботи. У містах доступ до первинної медичної допомоги підтримується розвиненою мережею амбулаторій і центрів ПМСД, тоді як у селах їх кількість обмежена. Недостатня транспортна доступність і відсутність телемедичних рішень у багатьох громадах можуть додатково обмежувати доступ до медичних послуг.

Проведемо математичні розрахунки інституційних змін щодо укладених декларацій на первинці у найближчі 5 років за умов збереження вихідних показників сьогодні.

Дані, що представлені на рис.1.2 демонструють практично повне охоплення деклараціями (92,5%) жителів міських населених пунктів, що свідчить про ефективність роботи системи ПМСД у великих населених пунктах. В той самий час села мають критично нижчий рівень охоплення (56,3%), тобто майже половина сільського населення не закріплена за сімейним лікарем. Це створює ризики для своєчасної діагностики, профілактики та безперервності лікування. А СМТ показують формальне «перевищення» 100%, що пояснюється міграцією пацієнтів із навколишніх територій до лікарів СМТ.

Формула:

$$\text{Рівень охоплення} = \frac{\text{Кількість декларацій}}{\text{Орієнтовна кількість населення}} \times 100\%$$

Тип населеного пункту	Населення (млн, орієнтовно)	Декларації (млн)	Рівень охоплення
Місто	22,8	21,1	92,5%
Село	11,2	6,3	56,3%
СМТ	2,0	3,4	>100%*

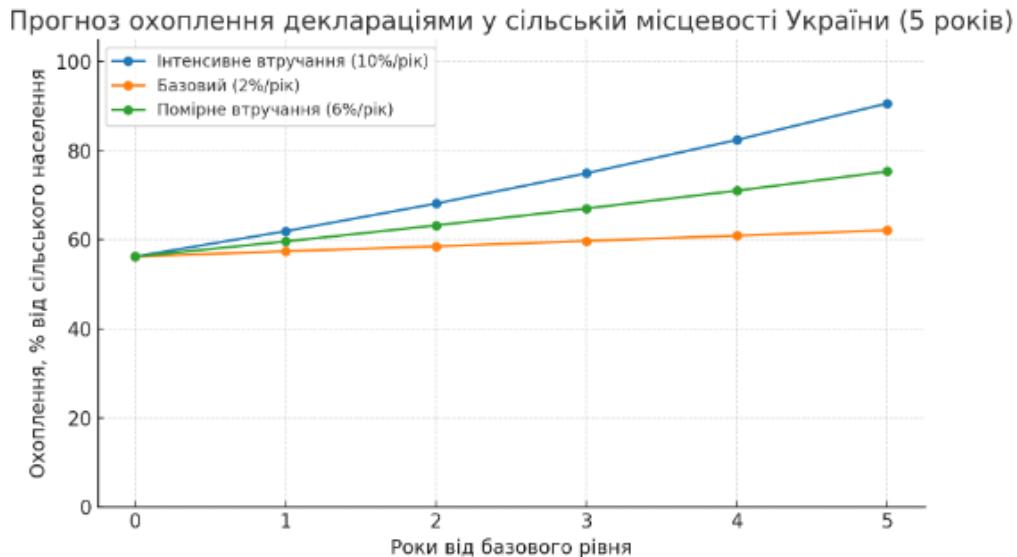
\* У СМТ понад 100% охоплення може бути через те, що мешканці прилеглих сіл підписують декларації у лікарів СМТ.

**Рис.1.2. Кількісні показники охоплення населення України деклараціями з лікарями «первинки» (складено автором за [73])**

Тому для підвищення рівня охоплення деклараціями та покращення доступу до первинної медичної допомоги в сільській місцевості доцільно: збільшити кількість лікарів у сільських громадах через стимули (надбавки, житло, пільги); розвивати телемедицину та мобільні медичні бригади; модернізувати ФАПи та амбулаторії з належним обладнанням і цифровими сервісами; активізувати інформаційні кампанії серед жителів сіл щодо важливості підписання декларацій.

За умов реалізації кадрової політики з боку місцевого самоврядування ми спрогнозували зміну ситуації на краще щодо декларування намірів мешканців

громад укладати договори на рівні місцевої мережі медичних закладів. Прогнози побудували на принципом базового, помірною та інтенсивного втручання (рис.1.3.).



**Рис.1.3. Авторська розробка**

Припустимо, що в селах зараз у середньому 1 лікар ПМСД обслуговує  $\approx$  1800 пацієнтів (при середньому нормативі МОЗ України 1500 осіб у мирний час, а в період війни фактичні дані не перевищують позначку 1300 осіб). Якщо досягти нормативу шляхом збільшення кількості лікарів на 20%, то це дасть можливість додатково охопити  $\approx$  1,25 млн сільських жителів. Тобто, рівень охоплення деклараціями в селах зросте з 56,3% до 67,5%. А за 3-5 років за умови стабільного кадрового поповнення та розвитку телемедицини можливо досягти 80% охоплення (сценарій інтенсивного втручання).

Зробимо більш розширений науковий коментар до рис.1.3. Базовий сценарій розвитку охоплення в селі становить  $\approx$  56.2% (6,3 млн декларацій на 11,2 млн населення). Це відповідає близько 3 500 «імпліцитних» лікарів ( $6,300,000 / 1800 \approx 3,500$ ). Якщо органи місцевого самоврядування залишать ситуацію на рівні цього ж самого, базового, втручання (так, як є сьогодні або на рівні 2% щорічного зростання, то через 5 років охоплення зросте лише до  $\approx$  62%.

Це означає, що без активних заходів близько 1/3 сільського населення залишатиметься незакріпленим за сімейним лікарем.

Помірний сценарій (6% щорічного зростання кількості декларацій) показує, що через 5 років охоплення населення послугами первинної медико-санітарної допомоги збільшиться до  $\approx 75\%$ . Такий управлінський підхід значно покращить ситуацію, але все ще вимагатиме додаткових заходів у найвіддаленіших громадах.

Інтенсивний сценарій (10% щорічного зростання кількості декларацій) забезпечує майже 90% охоплення населення сільських територій через 5 років, що практично наближає сільські громади до рівня міст. Такий сценарій реалістичний лише за умов комплексних заходів: масштабні кадрові стимули (житло, надбавки та цільова підготовка кадрів для сіл), мобільні бригади для відділених населених пунктів сільських територій, потужна телемедицина та розвиток цифрових компетентностей медичних працівників, жителів громади та органів влади щодо забезпечення послугами Інтернету, інфраструктурні інвестиції (програмне-цільова діяльність) та інформаційні кампанії.

В Україні наукове обґрунтування розвитку системи публічного управління сімейною медициною підтримують та досліджують багато науковців. Вітчизняний науковець Роман Грицько у монографічному дослідженні «Державне управління системою освіти фахівців сімейної медицини в Україні» комплексно аналізує теоретичне підґрунтя механізмів державного управління у сфері підготовки кадрів сімейних лікарів. Зокрема, він наголошує на проблемах координації між різними рівнями і ланками управління освітою, а також взаємодія державних інституцій, навчальних закладів і медичних установ у процесі підготовки сімейних лікарів [74].

Одним із механізмів підвищення якості управління, як зазначає дослідниця О.О. Сітнікова [75], є цифровізація охорони здоров'я та інтеграції інноваційних технологій у практику сімейної медицини. Подальший розвиток телемедицини, впровадження елементів штучного інтелекту в аналіз клінічних даних і формування адаптивних моделей ведення пацієнтів із хронічними та гострими

станами забезпечують підтримку прийняття клінічних рішень на основі точних та своєчасних даних на основі реалізації систематичного контролю фізіологічних показників та раннього виявлення патологічних змін у стані пацієнтів.

В рамках наукового дослідження щодо медико-соціального обґрунтування оптимізації системи збереження репродуктивного здоров'я жінок сільської місцевості в умовах сімейної медицини Жук Олена Вікторівна проаналізувала проблеми доступності та якості медичної допомоги в сільській місцевості. Зокрема, вона розглядала моделі інтеграції медико-соціальних заходів у практику сімейних лікарів з метою підвищення ефективності роботи та зменшення рівня захворюваності на патології репродуктивної сфери. Дослідниця звертає увагу на активізацію міждисциплінарної співпраці між медичними установами та соціальними службами. Результати дослідження мають важливе значення для удосконалення системи сімейної медицини, сприяючи підвищенню якості життя жінок сільської місцевості та зміцненню здоров'я майбутніх поколінь [76].

Як зазначають вітчизняні дослідники І. М. Рогач, О. Ю. Рого, А.І. Палко, А. О. Пшеничний, які досліджували проблематику становлення та розвитку системи сімейної медицини в Угорщині, акцентують увагу на її становленні після соціально-економічних трансформацій у країні [77]. Угорська модель характеризується високою роллю сімейного лікаря як первинного контактного спеціаліста, який забезпечує комплексний підхід до лікування пацієнтів, координацію медичних послуг та профілактичну роботу. Також, на їхню думку, важливою є також роль держави у регулюванні стандартів надання медичних послуг та підтримці безперервного професійного розвитку лікарів. У якості сильних сторін угорської системи сімейної медицини вони відзначають питання забезпечення рівного доступу до медичної допомоги у сільських і міських регіонах, адаптацію системи «первинки» до демографічних змін і старіння населення, а також важливе значення має інтеграція сімейної медицини з іншими галузями охорони здоров'я для підвищення ефективності лікування хронічних хвороб.

Як зазначає Роман Юліанович Грицько у науковій праці «Роль фахівців сімейної медицини об'єднаних територіальних громад у виконанні механізмів державного управління здоров'ям громадян застосуванням трансплантації анатомічних матеріалів людині», роль сімейних лікарів у сучасній системі

охорони здоров'я є дуже визначною, особливо в контексті об'єднаних територіальних громад. Адже у процесі децентралізації медицини сімейна медицина стає ключовим елементом, який не лише надає первинну допомогу, але й активно впливає на державне управління здоров'ям населення через впровадження сучасних медичних технологій, зокрема трансплантації анатомічних матеріалів. Тому актуалізується потреба інтеграції практичних функцій лікарів з управлінськими механізмами для ефективної реалізації політики здоров'я на місцевому рівні. Зокрема, увага приділяється організаційним, інформаційним та правовим аспектам, які забезпечують координацію роботи лікарів у сфері донорства та трансплантації, а також проблемам етики, законодавства і забезпечення довіри громадян до трансплантології як складового елементу сучасної охорони здоров'я. Особливо дослідник підкреслює важливість налагодження ефективної співпраці між органами місцевого самоврядування, медичними закладами та громадськими організаціями для створення ефективної системи управління здоров'ям населення на базі ОТГ, тому сімейні лікарі мають стати не лише клініцистами, а й активними агентами змін, здатними забезпечити реалізацію державної політики у сфері трансплантації, що в кінцевому підсумку сприятиме покращенню якості життя та здоров'я громадян [78].

На думку Мітюшової О.О. розвиток інформаційних технологій та впровадження електронних інструментів стає ключовим фактором для підвищення якості медичної допомоги на первинному рівні. Більш того, використання таких інструментів не лише оптимізує робочий процес лікаря, але й сприяє формуванню більш активної позиції пацієнтів у збереженні власного здоров'я. Важливою є також адаптація електронних систем до особливостей сімейної медицини, яка орієнтується на комплексний і тривалий догляд за пацієнтом, тому на даному етапі постає необхідність подальшого розвитку нормативно-правового регулювання, забезпечення кібербезпеки та підвищення комп'ютерної грамотності медичних працівників [79].

Як зазначають дослідниці Олена Тарасівна Калиняк та Яна Сергіївна Кобзарєва, вивчаючи специфіку легітимації сімейної медицини у сучасному українському суспільстві, ця медична спеціальність набуває все більшої легітимності в умовах трансформації системи охорони здоров'я, змін у соціальній свідомості громадян та нових викликів, що постають перед медичною

сферою. Офіційне визнання сімейної медицини як базової ланки системи охорони здоров'я супроводжується активним впровадженням стандартів, навчальних програм і публічних комунікацій, які формують у суспільстві позитивний образ сімейного лікаря. При цьому соціологічний аналіз вказує на те, що легітимація не є лише технічною або адміністративною процедурою, а включає в себе процес зміни соціальних уявлень і норм, пов'язаних із роллю сімейної медицини в житті громадян. Вони підкреслюють, що успішна легітимація сімейної медицини має стати основою для зміцнення первинної ланки охорони здоров'я, що в свою чергу сприятиме покращенню якості медичного обслуговування і здоров'я населення загалом [80]. На нашу думку зміцнення довіри мешканців громад дійсно відіграє важливу роль у становленні та розвитку інституту сімейної медицини в Україні у період трансформаційних змін, тому в контексті публічного управління та адміністрування цей принцип потребує постійної уваги як з боку медичної спільноти, так і з боку управлінців, які працюють в органах галузевого управління та приймають відповідні рішення і здійснюють публічноуправлінську діяльність у напрямку сімейної медицини.

В інституційному аспекті поглиблення розвитку сімейної медицини в умовах реформування потребує належного реформування й інституту інтернатури. Про це зазначає дослідник В. Р. Микуляк зі співаторами і окреслює основні складові реформування системи післядипломного навчання, зокрема впровадження нових освітніх технологій, адаптацію навчальних програм до реальних потреб практики сімейної медицини та терапії, а також інтеграцію клінічних і теоретичних знань [81]. На їх думку, реформа інтернатури спрямована на формування лікарів, які будуть здатні надавати високоякісну первинну медичну допомогу, враховуючи специфіку роботи в сімейній медицині. Зокрема, відзначається підвищення мотивації студентів, покращення клінічних навичок, а також краща адаптація молодих спеціалістів до умов практичної діяльності. Автори надають рекомендації щодо подальшого розвитку післядипломної освіти з урахуванням змін у системі охорони здоров'я України та викликів сучасної медицини, і це є дуже актуальним з огляду на реформування вітчизняної системи медичної освіти.

Профільне міністерство приділяє значної уваги формуванню та реалізації мотиваційних механізмів щодо популяризації спеціалізації з сімейної медицини-

загальної практики серед інтернів. На офіційному сайті МОЗ України [82] ми проаналізували наявні бази стажування лікарів-інтернів у розрізі найбільш населених регіонів держави в умовах дії правового режиму воєнного стану. І ми встановили, що у тих регіонах, які виступали флагманами перебудови первинної ланки системи охорони здоров'я, цільове охоплення функціонуючих баз інтернатури за спеціальністю «сімейна медицина» перевищує показники тих регіонів, які почали реалізовувати відповідну структурно-функціональну галузеву перебудову «первинки» у постпілотний період. Так, МОЗ України акредитувало у Київській області 25 баз інтернатури із 60 баз по спеціальності «сімейна медицина» або 41%. У Дніпропетровській області цей показник становить 29/68 або 42% баз інтернатури навчають сімейних лікарів. На Одещині показник дорівнює 25/68 або 36%. У Львівській області показник складає 20/50 або 40%. Представлені дані показують, що сьогодні регіони України мають різні показники функціональної можливості підготовки лікарів-інтернів по спеціальності «загальна практика-сімейна медицина» від 20 клінічних баз у Львівській області, яка на даний час вважається тиловим регіоном, до 29 клінічних баз у Дніпропетровській області, яка є прифронтовим регіоном, одним із найбільших переселенських хабів та реабілітаційним хабом на сході України.

### **Висновки за розділом 1**

У першому розділі дисертаційної роботи було розглянуто теоретичні засади публічного управління та адміністрування розвитком медицини сільських територій. Особливу увагу зосереджено на дослідженні таких питань, як: теоретичні та історичні аспекти державної імплементації інституту сімейної медицини в незалежній Україні; актуальні аспекти інституціоналізації сімейної медицини в сучасних умовах галузевого розвитку; сімейна медицина як об'єкт наукового дискурсу у сфері публічного управління та адміністрування.

Підтверджено, що інститут сімейної медицини, як окрема складова національної системи охорони здоров'я, виступає ключовою ланкою первинної медичної допомоги, здатною забезпечити до 80 % потреб населення у медичних послугах. Встановлено, що цей показник є орієнтиром для національних урядів

та галузевих органів управління охорони здоров'я у мирний час (рекомендації ВООЗ). Проте в умовах військового конфлікту в Україні цей показник за експертними оцінками та статистичними даними знижується до 60-65 %. Причинами зменшення є структурно-функціональні особливості, включаючи зростання випадків невідкладної допомоги; перерозподіл функцій сімейних лікарів; кадрові втрати та переміщення медичного персоналу з регіонів поблизу фронту. Особливо помітним це явище є в сільських громадах, де інфраструктура і кадровий потенціал суттєво постраждали в період воєнного стану.

Доведено, що українська нормативно-правова база в цій сфері тривалий час була обмежена правовими актами загально-галузевого змісту «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (з 1992 р. по теп.ч.). А спеціальне нормативно-правове забезпечення розвитку інституту сімейної медицини почало активно формуватись із прийняттям ЗУ «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» (2017 рік). Це свідчить про публічноуправлінську латентність (decision latency) у прийнятті рішень на підтримку активного розвитку інституту сімейної медицини у сільській місцевості та пролонгацію у розстановці пріоритетів державної політики у сфері ОЗ внаслідок тривалого традиційно-радянського переважання спеціалізованого напрямку медичної допомоги над ланкою первинної медичної допомоги.

Встановлено, що в регіонах-пілотах зі структурно-функціональної перебудови первинної ланки ОЗ у 2012-2014 рр., зокрема у Дніпропетровській області, в інституційному плані, навіть у пост-пілотний період, серед інтернів користується спеціалізація «загальна практика-сімейна медицина». Так, ОМС в цих регіонах створюють необхідні умови для формування клінічних баз у локальних медичних установах та виступають стейкхолдерами МОЗ України. А результатом є високий рівень середньорегіонального показнику декларування послуг «первинки» у цих регіонах, включно із мешканцями сільських територій, який становить 87% проти загальнодержавного 74%.

З'ясовано, що у 2023 році забезпеченість сільського населення сімейними лікарями в середньому становила 2,8 на 10 тисяч осіб, що на 35% нижче

рекомендованого показника ВООЗ (4,3 на 10 тисяч). Основними перешкодами є кадровий дефіцит (особливо молодих спеціалістів), низька транспортна доступність (понад 40% громад мають більше ніж 30 хвилин доїзду до амбулаторії), обмежені діагностичні ресурси та недостатня інтеграція з соціальними службами. З огляду на виклики сучасності, зокрема триваючий повномасштабний збройний конфлікт, у сфері публічного управління ОЗ нагальним завданням постає створення ефективного інституту сімейної медицини, який здатний функціонувати відповідно до міжнародних стандартів та найкращих практик країн ЄС. Це дозволить повною мірою задовольнити потреби населення у доступній первинній медичній допомозі, особливо для мешканців сільських громад, на основі пріоритезації інтегрованого підходу в управлінні розвитком «первинки».

Обґрунтовано, що в Україні існує очевидна диспропорція між забезпеченістю медичними послугами міських і сільських жителів. Розподіл кількості підписаних декларацій із лікарями первинної медичної допомоги демонструє домінування міських територій: місто (21,1 млн), село (6,3 млн), селище міського типу (3,4 млн). Це свідчить про існування публічноуправлінських проблем щодо розвитку сімейної медицини в цих регіонах, а саме: на рівні первинної медичної допомоги існує значний дисбаланс у доступі до медичних послуг; кадровий дефіцит відіграє значну роль у розвитку первинного рівня медицини; існують суттєві проблеми інфраструктурного характеру, які потребують вирішення. На цій основі розроблено сценарій базового, помірною та інтенсивного розвитку «первинки» у сільських громадах на основі здійснення цільового публічноуправлінського впливу за напрямком «кадри».

Матеріали дисертаційного дослідження, що викладені у цьому розділу, опубліковані автором та представлені у списку використаних джерел до розділу [17; 18; 61].

## Список використаних джерел до розділу 1

1. Барзилович А. Д. (2020). Механізми державного регулювання надання медичних послуг в Україні. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2020. 1(24). С. 86-90.
2. Ємець А. (2014). Стан та перспективи підготовки фахівця сімейної медицини в Україні. *Витоки педагогічної майстерності*. Сер.: Педагогічні науки. 2014 (14). С. 85-92.
3. Запровадження електронних послуг у сфері охорони здоров'я із технологій Інтернету речей: веб-сайт. URL: <https://knute.edu.ua>
4. Корж О.М. (2018). Сімейна медицина в Україні і за кордоном: відмінності і подібності. *Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини*. 2018 (2). С. 54-57.
5. Лемішко Б. (2011). Модернізаційний розвиток системи охорони здоров'я. *Демократичне врядування*. 2011 (7). С. 62–70.
6. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Заярський М. І. (2018). Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. *Здоров'я нації*. 2018. 4 (52) С. 5-11.
7. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
8. Про організацію роботи закладів (підрозділів) загальної практики-сімейної медицини: наказ МОЗ України від 23.07.2001 року № 303. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0303282-01#Text>
9. Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою: рішення Ради нацбезпеки та оборони України від 30 липня 2021 року. <http://surl.li/jzfhv>
10. Свінціцький, А. С., Висоцька, О. І. (2015). Актуальні питання щодо впровадження медичних інноваційних технологій у закладах охорони здоров'я. *Практикуючий лікар*. 2015 (1). С. 7-13.

11. Терзі О. О. (2020). Шляхи удосконалення нормативно-правового регулювання адміністративного управління у сфері охорони здоров'я. *Юридична наука. Сер.: адміністративне право; фінансове право; інформаційне право*. 2020. Вип.3 (105). С. 284-293.

12. Ходаківський Є. І. та ін. (2021). Інвестиційно-проектне управління розвитком первинної медичної допомоги: адміністративні та соціально-психологічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021 (13-14). С. 14-19.

13. Юристовська Н. Я. (2017). Теоретичні аспекти державного забезпечення рівних можливостей доступу до медичних послуг та доступності медичного обслуговування сільського населення. *Ефективність державного управління*. 2017 (2). С. 136–140. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu\\_2017\\_2\\_18](http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu_2017_2_18)

14. Яремчук О. В. (2018). Генезис сімейної медицини та перспективи його розвитку на теренах України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018 (24). С.130–134.

15. Thirteenth General Programme of Work 2019-2023. <https://www.who.int/about/what-we-do/thirteenth-general-programme-of-work-2019-2023>

16. WHO.Regional Office for Europe (2023). Primary health care in Ukraine: progress review and way forward: assessment and data collection 2020–2021. Health policy papers series. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/366447>

17. Кондратьєва І.М. (2023). Державне регулювання розвитку сімейної медицини в Україні: історико-теоретичний зріз. *Публічне управління та місцеве самоврядування*, Вип. 2, 2023. 27-34. URL: <https://journals.politehnica.dp.ua/index.php/public/article/view/312/278>

18. Скрипник О.А., Кондратьєва І.М. (2025). Основні поняття та категорії в системі державного управління охорони здоров'я: дискусійні аспекти. *Наукові перспективи*, Вип. 2 (10), 2025. С. 856-866. <http://perspectives.pp.ua/index.php/sni/article/view/19798/19783>

19. WHO. Coronavirus disease (COVID-19). <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

17. Про введення воєнного стану в Україні: указ Указ Президента України від 24 лютого 2022 року № 64. <https://www.president.gov.ua/documents/642022-41397>

18. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. монографія: у 2 ч. / упоряд. Я. Ф. Радиш; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. Київ: НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.

19. Рудий В. М. Законодавче визначення державної політики охорони здоров'я в Україні та загальний огляд національної нормативно-правової бази у зазначеній сфері. *Главний Вроч.* 2001. № 11. С. 18-22.

20. Карамішев Д. В. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми: монографія. Харків: Магістр, 2006. 401 с. 98.

21. Хожило І.І. Охорона респіраторного здоров'я як напрям державної політики України: наукова дискусія у фокусі пандемії та війни. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права.* № 4. С.1-8. DOI:10.51547/ppp.dp.ua/2023.4.10

22. Health Promotion Glossary of Terms 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>

23. Що таке громадське здоров'я? – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/news/scho-take-gromadske-zdorovja>

24. Основи законодавства України про охорону здоров'я: закон України від 19.11.1992 р. № 2801. (зі змінами). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

25. Про систему громадського здоров'я: Закон України від 06 вересня 2022 р. № 2573-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>

26. Рудік, О. М. (2020). Європейський Союз охорони здоров'я як напрям подальшого поглиблення інтеграції ЄС. *Державне управління та місцеве самоврядування.* 2020. Вип, 4(47), 147-154. <https://doi.org/10.33287/1020204>

27. Енциклопедичний словник з державного управління / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України; за ред.: Ю. В. Ковбасюка [та ін.] ; уклад.: Ю. П. Сурмін [та ін.]. К.: НАДУ, 2010. 819 с.

28. Бакуменко В. Д. Формування державно-управлінських рішень: проблеми теорії, методології, практики: монографія. К.: Видавництво УАДУ, 2000. 320 с.
29. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації): монографія. Тернопіль, Економічна думка, 2005. 460 с.
30. Терент'єва А. В. Управління надзвичайними ситуаціями: монографія. К.: Вид-во ТОВ Доктор Медіа, 2009. 332 с.
31. Бакуменко, В. Д. Попов, С. А. Державна політика. Енциклопедія державного управління : у 8 т. 2011. Київ : НАДУ, 648 с.
32. Кравченко, С. О. Реформи суспільні. Енциклопедія державного управління : у 8 т. 2011. Київ : НАДУ, 692 с.
33. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, ст.19.
34. Проект Закону України Про первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини". *Здоров'я суспільства*. 2018. - Т. 7, № 1. - С. 53-67.
35. Наказ МОЗ України "Про організацію роботи закладів (підрозділів) загальної практики - сімейної медицини" від 19.03.2018 № 504. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>
36. Сімейна медицина: реалії та перспективи / [Л. С. Бабінець та ін.] ; за ред. д-ра мед. наук, проф. Л. С. Бабінець. Тернопіль : ТНМУ : Укрмедкнига, 2024. 1023 с.
37. Сімейна медицина : підруч. для студентів, інтернів та лікарів / [Л. Бабінець та ін.] ; за заг. ред. Лариси Матюхи [та ін.] ; ДВНЗ "Ужгород. нац. ун-т", Нац. ун-т охорони здоров'я України ім. П. Л. Шупика, Укр. асоц. сімейн. медицини. Ужгород : РІК-У, 2022. 691 с.
38. Вежновець, Т., & Вознюк, В. (2023). Регіональний аналіз забезпеченості лікарями загальної практики- сімейними лікарями в Україні у період з 2008 по 2020 роки. *Україна. Здоров'я нації*, (1), 10–18. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.1/02>

39. Первинна медична допомога в ракурсі світових практик. Науково-практична конференція з міжнародною участю, присвячена 20-річчю членства УАСМ в WONCA - Всесвітній асоціації сімейної медицини, 06-07 червня 2019 року : зб. пр. / [редкол.: О. Г. Шекера та ін.] ; ВГО "Укр. асоц. сімейн. медицини", Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика. Київ : АНФ ГРУП, 2019. 107 с.

40. Щоденник роботи лікаря-інтерна за спеціальністю "Загальна практика - сімейна медицина" : навч. посіб. для лікарів-інтернів закл. (ф-тів) післядиплом. освіти / [Сидорчук Л. П. та ін.] ; Буковин. держ. мед. ун-т. Чернівці : БДМУ, 2022. 178 с.

41. Висоцький В. І. Особливості ураження травної системи у ВІЛ-інфікованих пацієнтів та тактика їх ведення в практиці сімейної медицини : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.38 / Висоцький Володимир Ігорович ; Держ. ВНЗ "Ужгород. нац. ун-т". Ужгород, 2020. 22 с.

42. Діагностика та лікування розладів психіки: довідник лікаря сімейної медицини - загальної практики та лікаря-невролога : [довідник] / [В. Д. Мішиєв та ін. ; уклад. В. Д. Мішиєв] ; за ред. В. Д. Мішиєва ; Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика. Київ : Професійні видання. Україна, 2020. 73 с.

43. Практичний посібник з внутрішньої медицини, або Кишенькова книжечка сімейного лікаря. Ч. 2 / [Н. В. Пасечко та ін.] ; за ред. проф. Н. В. Пасечко, проф. Н. І. Яреми. 2019. 431 с.

44. Актуальні питання медицини катастроф у практиці сімейного лікаря: навч. посіб. для лікарів-інтернів і лікарів – слухачів закл. (ф-тів) післядиплом. освіти / [Вороненко Ю. В. Та ін.] ; за ред. акад. НАМН України, проф. Ю. В. Вороненка, проф. О. Г. Шекери, проф. Г. Г. Роціна; Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика, Ін-т сімейної медицини. Київ : Заславський О. Ю. [вид.], 2017. 286 с.

45. Худоба Олександра та ін. (2025). Управлінські механізми підвищення якості медичних послуг через професійну підготовку кадрів у сфері охорони здоров'я. <http://perspectives.pp.ua/index.php/niu/article/view/22502>

46. Посилкіна О.В., Т. Є. Краснопольська, А. Г. Лісна 1  
Удосконалення діяльності державних установ сфери охорони здоров'я на  
засадах цифрового маркетингу. *Social Pharmacy in Health Care*. 2025. Vol. 11, No.  
1. DOI: <https://doi.org/10.24959/sphhcj.25.348>

47. Бідучак А. С. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої  
моделі профілактики хвороб системи кровообігу в практиці сімейної медицини :  
автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Бідучак Анжела Степанівна ; Нац.  
мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика. Київ, 2016. 20 с.

48. Рура І. В. Обліково-аналітичне забезпечення у системі управління  
вартістю послуг сімейної медицини : автореф. дис. ... канд. екон. наук : 08.00.09  
/ Рура Іванна Вікторівна ; Центр. спілка спожив. т-в України, Львів. торг.-екон.  
ун-т. Львів, 2016. 20 с.

49. Шарлович З. П. Формування професійно-педагогічної  
компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової  
підготовки : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Шарлович Зоя Павлівна  
; Житомир. держ. ун-т ім. Івана Франка. Житомир, 2015. 20 с.

50. Бібик І. Г. Медико-соціальне обґрунтування удосконалення системи  
надання психіатричної допомоги населенню в умовах сімейної медицини:  
автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Бібик Інесса Геннадіївна ; Нац. мед.  
акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика. Київ, 2015. 22 с.

51. Сучасні технології організації протидії розповсюдженню ВІЛ/СНІДу  
та наркозалежності: роль первинної медичної допомоги на засадах сімейної  
медицини : навч. посіб. / [Беренс К. та ін.] ; Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця,  
Укр. тренінг. центр сімейної медицини. Київ : КІМ, 2015. 495 с.

52. Актуальні питання геронтології і геріатрії у практиці сімейного  
лікаря: навч. посіб. для лікарів-інтернів і лікарів - слухачів закл. (ф-тів)  
післядиплом. освіти / [Ю. В. Вороненко та ін.] ; за ред. акад. НАМН України Ю.  
В. Вороненка, проф. О. Г. Шекери, проф. Л. А. Стаднюка ; Нац. мед. акад.  
післядиплом. освіти імені П. Л. Шупика, Ін-т сімейн. медицини. Київ :  
Заславський О. Ю. [вид.], 2015. 528 с.

53. Черешнюк Г. С. Організаційні основи загальної практики - сімейної медицини : [посібник] / Черешнюк Г. С., Черешнюк Л. В. ; Вінниц. нац. мед. ун-т ім. М. І. Пирогова. Донецьк : Заславський О. Ю. [вид.], 2014. 143 с.
54. Харченко Н.В. Підходи, орієнтовані на пацієнта, в системі охорони здоров'я. <https://repository.pdmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/ef5f409a-c80c-4b24-924e-4e68114839ff/content>
55. Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейське регіональне бюро. (2021). Європейська програма роботи, 2020–2025: Спільні дії для міцнішого здоров'я. Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейське регіональне бюро. <https://iris.who.int/handle/10665/345924>.
56. Погребський, Т. Г. (2015). Особливості організації національної системи охорони здоров'я України. *Visnyk of V. N. Karazin Kharkiv National University. Series Geology. Geography. Ecology*, 40(1098), 101-104. Retrieved from <https://periodicals.karazin.ua/geoeco/article/view/1115>
57. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві: закон України від 7 липня 2011 року № 3612. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3612-17#Text>
58. Про удосконалення післядипломної освіти лікарів: наказ МОЗ України від 10.12.2010 № 1088. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1088282-10?find=1&text=%D1%81%D1%96%D0%BC%D0%B5%D0%B9%D0%BD#Text>
59. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
60. Віктор Ляшко зустрівся з сімейними лікарями: первинна ланка – фундамент сучасної системи охорони здоров'я. <https://moz.gov.ua/uk/viktor-lyashko-zustrivsyaz-simejnimi-likaryami-pervinna-lanka-fundament-suchasnoyi-sistemi-ohoroni-zdorov-ya>
61. Кондратьєва І.М., Михайлюта В.В. Розвиток системи охорони здоров'я: політики та інструменти країн Європейського Союзу. Сучасний

соціогуманітарний простір країн Європейського Союзу: публічноуправлінські аспекти: колективна монографія /за заг. ред. Н.А. Липовської, Дніпро : НТУ «Дніпровська політехніка», 2024. 236 с. (авт. 154-162).

[https://palsg.nmu.org.ua/ua/Sci/Publ\\_postgrad/%D0%9C%D0%BE%D0%BD%D0%BE-%D0%9D%D0%A2%D0%A3.pdf](https://palsg.nmu.org.ua/ua/Sci/Publ_postgrad/%D0%9C%D0%BE%D0%BD%D0%BE-%D0%9D%D0%A2%D0%A3.pdf)

62. Про внесення змін до Конституції України (щодо стратегічного курсу держави на набуття повноправного членства України в Європейському Союзі та в Організації Північноатлантичного договору): закон України від 7 лютого 2019 року № 2680. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2680-19#Text>

63. Конституція України від 28.06.1996 р. (зі змінами). URL: <http://surl.li/rubki>

64. Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020»: указ Президента України від від 12 січня 2015 року № 5/2015. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015#Text>

65. Про ратифікацію Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони: закон України 16 вересня 2014 року № 1678. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1678-18#n2>

66. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. URL: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report\\_UKR\\_Full-report\\_Web.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf)

67. Рудік, О. М. (2020). Європейський Союз охорони здоров'я як напрям подальшого поглиблення інтеграції ЄС. Державне управління та місцеве самоврядування. 2020. Вип. 4(47), 147-154. URL: DOI: <https://doi.org/10.33287/1020204>

68. 17 Goals to Transform Our World. United Nations. URL: <https://sdgs.un.org/>

69. Kraje z najlepszą opieką zdrowotną. Jak wypadła Polska? [RANKING]. URL: <https://surl.lu/iuftly>

70.EU. European Health Union. [https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union\\_en](https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union_en)

71.EU Global Health Strategy. 2022. URL: [https://health.ec.europa.eu/internationalcooperation/global-health\\_en](https://health.ec.europa.eu/internationalcooperation/global-health_en)

72.EU. Global Health Summit in Rome, May 21, 2021. Rom Declaration. URL: [https://global-health-summit.europa.eu/rome-declaration\\_en](https://global-health-summit.europa.eu/rome-declaration_en)

73.НСЗУ. Дашборд.Первинна медична допомога. <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/pmd-map>

74.Грицко Р. Ю. Державне управління системою освіти фахівців сімейної медицини в Україні : монографія / Грицко Роман Юліанович ; Класич. приват. ун-т. Дрогобич : Посвіт, 2014. 363 с.

75.Сітнікова О. О. Система обробки та реєстрації медико-біологічних параметрів для універсального комплексу клінічного моніторингу у сімейній медицині : автореф. дис. ... канд. техн. наук : 05.11.17 / Сітнікова Оксана Олександрівна ; Нац. техн. ун-т "Харків. політехн. ін-т". Харків, 2017. 21 с.

76.Жук О. В. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи збереження репродуктивного здоров'я жінок сільської місцевості в умовах сімейної медицини : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Жук Олена Вікторівна ; Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика. Київ, 2013. 24 с.

77.Рогач І. М. Особливості системи сімейної медицини в Угорщині. *Україна. Здоров'я нації*. 2022. № 3. С. 49-52. <http://healty-nation.uzhnu.edu.ua/article/view/266029>

78.Грицко Р. Ю. Роль фахівців сімейної медицини об'єднаних територіальних громад у виконанні механізмів державного управління здоров'ям громадян застосуванням трансплантації анатомічних матеріалів людині. *Держава та регіони. Серія : Державне управління*. 2018. № 4. С. 52-58.

79. Мітюшова О. О. Електронний інструментарій для впровадження превентивної медицини в практику сімейного. *Превентивна медицина. Теорія і практика*. 2023. № 2. С. 51-53.

80. Калиняк О. Т. Специфіка легітимації сімейної медицини у сучасному українському суспільстві. *Вісник Львівського університету. Серія соціологічна*. 2021. Вип. 15. С. 131-146.

81. Микуляк В.Р. Оптимізація післядипломного навчання на кафедрі терапії і сімейної медицини в розрізі реформи інтернатури. *Медична освіта*. 2023. № 1. - С. 126-131.

82. МОЗ України. Бази стажування лікарів-інтернів. <https://moz.gov.ua/uk/bazi-stazhuvannja-likariv-interniv>

## РОЗДІЛ 2

### ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ПЕРВИННОЮ ЛАНКОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я СІЛЬСЬКИХ ТЕРИТОРІЙ: НАЦІОНАЛЬНИЙ ТА МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД

#### **2.1. Характеристика та особливості публічного управління розвитком сільської медицини в Україні в сучасних умовах**

У першому розділі дисертаційного дослідження було ґрунтовно розглянуто проблематику теоретичних засад публічного управління та адміністрування розвитком медицини сільських територій. Надалі вбачається доречним звернути дослідницьку увагу на вивчення теоретичних та практичних підходів в реалізації публічного управління розвитком сільської медицини в сучасних умовах на основі комплексного аналізу стратегій, планів та програм. І такий аналіз ми побудуємо на основі порівняння вітчизняного та зарубіжного досвіду, з акцентом на теоретичних та практико-орієнтованих підходах публічноуправлінської діяльності в аспекті її глобального виміру та можливостей адаптації світового досвіду до українських реалій.

Аналіз управлінських аспектів розвитку сільської медицини в Україні в сучасних умовах буде охоплювати часові рамки реалізації медичної реформи з 2018 року по теперішній час, включно з періодом пандемії COVID-19 та повномасштабної війни російської федерації проти України. Саме у цей період розвиток медичних закладів сільській місцевості України позначився великими організаційно-функціональними змінами. Вважаємо, що знаковою подією у розбудові нової моделі управління медичною сферою сільських територій стала зміна законодавчого забезпечення публічного управління та адміністрування. Адже прийнятий у 2017 році Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування населення у сільській місцевості» має статус законодавчого акту спеціальної дії. Саме цей закон регламентує основні принципи реалізації публічноуправлінської діяльності щодо розвитку сільської

медицини шляхом визначення кола суб'єктів суспільних відносин у зазначеній сфері; окреслює основні напрямки галузевого розвитку. Серед них найбільш актуальними є такі: реалізація ефективної кадрової політики; запровадження телемедичних послуг та місцевих програм розвитку медичної галузі на селі. Для органів місцевого самоврядування на регіональному та місцевому рівні прийнятий закон надає широкі можливості для удосконалення системи управління. Розвиток сільської медицини в Україні повинен мати ознаки галузевої інтеграції в нормативно-правових документах стратегічного змісту, які приймаються на національному та місцевому рівні. Тож публічноуправлінська увага щодо розвитку сільської медицини в Україні в сучасних умовах, а саме в умовах війни, повинна бути зосередженою на розбудові спроможної мережі медичних закладів як державного пріоритету у наданні якісних та доступних медичних послуг.

Обраний нашою державою євроінтеграційний курс дозволяє позиціонувати Україну на міжнародній арені де-факто не тільки як незалежну правову демократичну та соціальну державу, а навіть більше [1; 17]. Із поглибленням курсу євроінтеграційних змін українська держава стає дедалі більш впізнаваною для найближчих країн-партнерів Європейського регіону як країна, яка має дуже розвинену галузь ІТ, промисловий комплекс та будівельну галузь, а також дуже потужний аграрний сектор. Навіть в умовах повномасштабної війни, яку було розпочато країною-агресором, українська держава продовжувала виконувати раніше взяті на себе державні зобов'язання щодо експорту зерна, олії, меду та багато іншої сільськогосподарської продукції. В умовах повномасштабної війни на міжнародній арені Україна позиціонує себе не тільки як країна, яка захищає свої кордони від зовнішньої збройної агресії, але й як конкурентоспроможна аграрна країна та найбільший експортер зернових культур серед країн Євразії. Тож стратегічний розвиток цього напрямку зовнішньоекономічної діяльності потребує, безумовно, й належного розвитку трудових ресурсів на селі, а також з метою забезпечення належного рівня розвитку людського капіталу української держави.

Дослідження проблематики публічного управління у сфері охорони здоров'я завжди було у центрі уваги вітчизняних науковців. Зокрема, питанням інноваційного розвитку управління медичною галуззю присвячені роботи Д. Карамішева [2]. Механізми управління медичною сферою в умовах реалізації медичної реформи крізь призму нової ролі органів місцевого самоврядування досліджувала І. Хожило [3]. Але говорячи про державну політику соціального розвитку села ми повинні усвідомлювати, що це є комплексним поняттям, адже в його основу покладено принцип соціальної справедливості.

Жителям сільської місцевості так само, як і містянам, українська держава гарантує за Основним Законом реалізацію всіх соціальних прав без жодних обмежень, у тому числі й право на доступну та якісну медичну допомогу та медичні послуги [3]. Про актуальність державної уваги до соціального розвитку села раніше зазначали у своїх працях вітчизняні дослідники Ю. Гаруст, А. Заздравнов, Г. Микула, З. Тітенко, А. Чирков, Г. Шауренко [4-9] та інші. Зокрема, Г. Микула відзначає позитивні зміни в системі охорони здоров'я сільських територій на прикладі Прикарпаття, що пов'язано з впровадженням нових підходів до управління медичною допомогою та підготовки кадрів. Однак і сьогодні потребують удосконалення нормативно-правова база, напрям розширення тематики освітніх програм для сімейних лікарів та активізації профілактичної роботи серед населення. Такий системний підхід дозволить забезпечити довготривалу якість і ефективність сімейної медицини, особливо у сільських регіонах. Тож, як бачимо, актуальність проблеми розвитку сільських територій на деокупованих та прифронтових зонах, які приймають і переселенців, і надають медичну допомогу місцевим жителям чи пораненим військовослужбовцям, є надзвичайно високою [17].

Ще до отримання статусу незалежної держави, а саме у 1990 році було прийнято важливий Закон Української РСР «Про пріоритетність соціального розвитку села та агропромислового комплексу в народному господарстві» [10]. Цей закон і донині є чинним, адже на кілька десятиліть вперед він окреслив основні напрямки політики української держави щодо розвитку

агропромислового комплексу України у поєднанні із пріоритетним розвитком соціальної сфери села. Закон визначає засади державного інвестування розвитку соціальної сфери села та агропромислового комплексу, тобто держава на законодавчому рівні закріплює за собою обов'язковість інвестицій у будівництво об'єктів медичної сфери (стаття 6 Закону). Розпорядниками державних коштів цільового призначення у соціальній сфері визначено органи місцевого та регіонального самоврядування, місцеві державні адміністрації. Держава також створює позитивний інвестиційний клімат для підприємств приватної сфери, які окрім основної діяльності, забезпечують додатково розвиток сільських медичних закладів, а саме звільнення від податків (стаття 7 Закону). Принцип соціальної захищеності селян та сільськогосподарського виробництва змістовно спрямований на утвердження пріоритету села у порівнянні з містом при спорудженні закладів охорони здоров'я чи наданні медичних послуг за науково обґрунтованими нормативами (стаття 7 Закону).

У подальшому принцип пріоритетності соціального розвитку села був додатково закріплений і в інших нормативно-правових документах. Так, Державна цільова програма розвитку українського села на період до 2015 року вже мала окремий розділ «Розвиток медичного обслуговування» [11]. Цією програмою українська держава вперше на національному рівні закріплювала в правовому полі пріоритетність розвитку у сільській місцевості закладів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги на засадах сімейної медицини. Тож можемо констатувати, що цим документом українська держава закріплювала розвиток аграрного сектору у тісному зв'язку з розвитком соціального сектору, і особливий акцент у постанові було зроблено на необхідності розвитку сільської медицини. І тут доречно зазначити, що мова про медичну складову соціального розвитку села йдеться не у документах профільного Міністерства охорони здоров'я України, а розвиток медичної сфери села регламентується у правовому полі й донині чинного аграрного законодавства України [11].

Імплементация Верховною Радою України Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, яка відбулася у 2014 році. Угода про Асоціацію України з Європейським Союзом сформувала міцне підґрунтя для подальшого розвитку державної політики підтримки та розвитку сільської медицини [1]. Підписана Угода стала основою для подальшого удосконалення правових механізмів публічного управління та адміністрування розвитком сільської медицини української держави.

В рамках проведеного дослідження ми опрацювали сучасну нормативно-правову базу з питань реалізації державної політики розвитку сільських територій та встановили, що за період з 2015 по 2023 рр. Верховною Радою України було прийнято близько 26-ти законодавчих актів. Окремо зупинимось на деяких із них.

Також у 2015 році була затверджена Концепція Державної цільової програми розвитку аграрного сектору економіки на період до 2022 року [12]. Цей стратегічний документ націлений на досягнення соціально спрямованого розвитку аграрного сектору економіки, який виробляє близько 20% валового національного продукту. Розвиток аграрного сектору економіки, відповідно до змісту Концепції, відбувався на основі подальшого розвитку соціальної інфраструктури, у тому числі інфраструктури медичної галузі. Тобто, концептуальні підходи в розробці нової моделі управління розвитком сільської медицини ґрунтувались на необхідності розвитку мережі медичних закладів. Такий підхід у функціональному відношенні забезпечував багатопрофільність надання медичних послуг населенню сільських територій.

У 2017 році вперше в історії незалежної України було прийнято Закон України спеціальної дії «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [13]. Державне регулювання розвитку сільської медицини в період незалежності, переважно, здійснювалось на засадах загальноприйнятих законів, а з 2017 року – здійснюється в рамках закону спеціальної дії (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

**Державне регулювання розвитку сільської медицини в Україні:  
законодавчі аспекти**

Рік прийняття	Закони України	
	загальної дії	спеціальної дії
1990	«Про пріоритетність соціального розвитку села та агропромислового комплексу в народному господарстві»	<i>не приймались</i>
1993	«Основи законодавства України про охорону здоров'я»	
1996	Конституція України (зі змінами)	
1997	«Про місцеве самоврядування в Україні»	
1999	«Про місцеві державні адміністрації»	
2004	«Про державні цільові програми»	
2015	«Про засади державної регіональної політики»	
2017	Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»	Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості»

*Джерело: складено автором за [10-17]*

Прийнятий закон (табл.2.1) визначав для органів влади всіх рівнів коло зобов'язань, спрямованих на підвищення доступності, ефективності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості.

У межах дії цього закону у статті 1 визнаються сільськими територіями ті території, що знаходяться за адміністративними межами міст Києва, Севастополя та міст обласного значення. Тобто, законодавець зараховував до закладів сільської медицини також профільні установи, що функціонують у невеликих містах України. І тут ми маємо певну правову дилему – яким чином ця законодавча норма узгоджується з принципами адміністративно-територіальної реформи України.

Адже за таких умов, більшість суб'єктів, які законтрактовані Національною службою здоров'я України як надавачі медичних послуг, фактично можна вважати такими, що належать до мережі сільських закладів охорони здоров'я та мають певні пріоритети в отриманні державної фінансової підтримки для свого розвитку. Хоча з іншого боку, у статті 7 цього ж закону вітчизняний законодавець відносить до закладів сільської місцевості такі як: центральні районні лікарні, центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, фельдшерсько-акушерські/фельдшерські пункти, амбулаторії, медичні пункти, медичні кабінети, мобільні медичні кабінети, аптечні пункти.

Крім того, медичне обслуговування сільського населення можуть здійснювати лікарі загальної практики - сімейні лікарі та лікарі інших спеціальностей, які надають первинну медичну допомогу, наприклад, стоматологи чи педіатри у разі їх реєстрації як фізичні особи – підприємці та мають відповідну ліцензію МОЗ України на здійснення медичної практики. Закон також визначає, що медичне обслуговування населення сільських територій вищеназваними суб'єктами фінансується на договірній основі відповідним розпорядником бюджетних коштів. Таким розпорядником коштів державного бюджету з 2018 року виступає Національна служба здоров'я України.

Необхідно зазначити, що з прийняттям Закону України Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [14] для закладів системи охорони здоров'я дещо покращилась ситуація із фінансуванням наданих населенню послуг. Але цей закон знівелював пріоритетність розвитку сільської медицини як окремої складової національної моделі охорони здоров'я. На органи місцевого самоврядування окладались обов'язки утримання мережі закладів охорони здоров'я, але в умовах обмежених ресурсів села це завдання надзвичайно складно виконується. Законом не передбачено застосування окремих коефіцієнтів та надбавок за складність роботи у сільській місцевості. Такий підхід демотивує, з одного боку, молодих медичних працівників розпочинати професійну діяльність у сільській місцевості та підсилює дефіцит

медичних кадрів на селі, а з іншого боку – змушує населення через відсутність медичних кадрів звертатись за допомогою до міських закладів охорони здоров'я. Так, на практиці більшість сільського населення, що проживає у радіусі 20-30 км від найближчого міста чи обласного центру, частіше за все звертається за медичними послугами до консультативної поліклініки обласної лікарні або до приватних медичних центрів, сплачуючи при цьому за медичні послуги із власної кишені.

Наступною дилемою публічноуправлінського змісту слід назвати проблему організації роботи фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАП). Управлінська проблема полягає у тому, що з одного боку, закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [13] визначає серед закладів, що надають медичну допомогу жителям сільських територій такі суб'єкти як ФАП, але вони не існують в адміністративних межах міст обласного підпорядкування, хоча закон відносить саме такі міста до сільських територій.

Ми підтримуємо думку дослідників Гаруста Ю.В., Кравченко Л.Л., Павленко Б.О. про те, що опорними пунктами надання медичних послуг у сільській місцевості є саме фельдшерсько-акушерські та медичні пункти [4]. Це, так би мовити, перша лінія допомоги, яку надають кваліфіковані медичні працівники. В той же час, правове забезпечення управління цими суб'єктами системи сільської медицини, залишається й надалі практично не розвиненим. До нормативних актів прямої дії, що визначають порядок функціонування ФАПів в Україні можна віднести Положення «Про фельдшерсько акушерський/фельдшерський пункт» [15]. Побічно ця ланка сільської медицини згадується також і в Законі України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [13]. Дослідники зазначають, що такий підхід з відсутністю нормативно-правового забезпечення роботи ФАПів є абсолютно хибним, зважаючи на те, що майже третина населення України проживає у сільській місцевості, а правове регулювання суспільних відносин у цьому питанні залишається й досі неврегульованим.

Умови правового вакууму врегулювання зазначеної проблеми, дефіцит медичних кадрів на селі призводять до закриття ФАПів як первинної ланки сільської медицини та опосередковано впливає, а більш – навіть значно поглиблює демографічну кризу та відтік молоді із сільських територій до інших населених пунктів, таких як об'єднані територіальні громади, де ФАПівська медична допомога відповідає щонайменше критерію доступності. Крім того, й до сих пір залишається невирішеним питання щодо фінансування ФАПів. На законодавчому рівні ця проблема залишається відкритою, а на рівні територіальних органів влади (сільська, селищна рада), особливо в депресивних регіонах з населенням менше 500 осіб ця проблема взагалі є невирішальною не тільки через брак фінансування, а навіть через брак житла для медичних працівників, відсутність інтернету та іншої соціальної інфраструктури. Все вищезначене підтверджує необхідність удосконалення нормативно-правового забезпечення розвитку сільської медицини на сучасному етапі. Необхідно прийняти відповідний регуляторний акт, яким будуть унормовані організаційні питання діяльності ФАПів, їх завдання та функції. На наше переконання питання фінансового забезпечення ФАПів слід залишити повністю за державою. Тільки за таких умов ми можемо говорити, що на селі втримаються люди, а держава забезпечить гідні умови праці для медичних працівників засади та розвиток і збереження трудового капіталу Української держави, просуваючи її бренд на міжнародній арені як держави з потужним аграрним сектором.

В сучасних умовах поглиблюються процеси децентралізації, адже з початком повномасштабної війни та значним потоком внутрішньо переміщених осіб у сільській місцевості зростає попит на житло, а відповідно зростає попит на якісні соціальні послуги, насамперед на послуги охорони здоров'я. Тому головним викликом для органів місцевого самоврядування постає питання власної спроможності, достатності власних фінансів для вирішення питань місцевого значення. Задля цього територіальні громади повинні застосовувати інноваційні управлінські підходи, розробляти стратегії розвитку територіальної мережі закладів охорони здоров'я, розробляти та реалізовувати місцеві цільові

програми у сфері охорони здоров'я, застосовувати грантрайтинг у пошуку нових джерел для фінансування розвитку галузі охорони здоров'я. Так, керівникам медичних підприємств первинної ланки можна порекомендувати звернути увагу на законодавчу основу інтеграційного розвитку системи охорони здоров'я. Про це йдеться у Законі України «Про засади державної регіональної політики», який було прийнято ще у 2015 році [16]. У зазначеному документі надано, перш за все, визначення державної регіональної політики, сутність якої полягає у тому, що державна регіональна політика являє собою систему цілей, заходів, засобів та узгоджених дій центральних і місцевих органів виконавчої влади, органів влади Автономної Республіки Крим, органів місцевого самоврядування та їх посадових осіб для забезпечення високого рівня якості життя людей на всій території України з урахуванням природних, історичних, екологічних, економічних, географічних, демографічних та інших особливостей регіонів, їх етнічної і культурної самобутності [16]. А також, і це важливо в контексті дисертаційного дослідження, у цьому Законі України визначено основні принципи регіонального розвитку української держави в сучасних умовах, тобто в умовах євроінтеграційного руху, а також в умовах дії правового режиму воєнного стану. Одним із таких принципів є принцип інтегрованого розвитку як поєднання галузевого та територіального підходів для розвитку територіальної громади та/або регіону, що забезпечує соціально-економічний та культурний розвиток територій [16]. Тобто мова йде про те, що органи державної влади та органи місцевого самоврядування будь-якої адміністративної території української держави, у тому числі й сільської території, відповідно до змісту цього закону повинні забезпечувати збалансований розвиток у тому числі й галузі охорони здоров'я, а говорячи про сільську медицину ми маємо на увазі принцип інтегрованого розвитку первинної медико-санітарної допомоги.

Зазначимо, що децентралізація влади та децентралізація управління системою охорони здоров'я, які відбуваються в Україні майже паралельно, є значним викликом та, водночас, доволі широко відкривають для органів місцевого самоврядування «вікно можливостей». За таких умов територіальні

громади отримують змогу самостійно формувати свої бюджети за рахунок сплати місцевих податків та зборів, а також одержувати від держави фінансову підтримку на розвиток територіальної галузі охорони здоров'я. Держава спрямовує кошти до місцевих бюджетів за механізмом субвенції, а вже органи місцевого самоврядування скеровують отримані кошти на розвиток соціальної сфери села – на освіту, медицину, культуру тощо. Крім того, до територіальних громад надходять кошти із різних державних фондів та від міжнародних донорів [3; 17].

В той же час слід акцентувати, що в умовах війни на мапі України виникла велика кількість неплатоспроможних громад. І це є складним завданням для органів влади всіх рівнів, яке полягає у необхідності забезпечення населення якісними та доступними послугами в умовах воєнного стану та обмеженого бюджетного фінансування і фінансової неспроможності громад. Все це спонукає до пошуку нової моделі державного управління розвитком сільської медицини, насамперед, у період повоєнної відбудови.

Підсумовуючи розгляд основних аспектів публічного управління розвитком сільської медицини в Україні в сучасних умовах можемо зробити кілька узагальнень та висновків. По-перше, в історичному контексті модель публічного управління розвитком сільської медицини в Україні була міцно інтегрована в систему розвитку аграрної сфери. По-друге, правовий механізм публічного управління та адміністрування розвитком сільської медицини у період з 1991 по 2017 роки ґрунтувався на законах загальної дії, імплементуючи окремі аспекти медичного забезпечення сільських територій до нормативних актів загальної дії без урахування територіальних особливостей сфери охорони здоров'я у сільській місцевості. По-третє, прийняття закону спеціальної дії «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» не вирішило головних питань щодо фінансування первинної ланки сільської медицини, якими є фельдшерсько-акушерські пункти та не визначило остаточно суб'єкт, який повинен здійснювати їх фінансове забезпечення. Також, зазначимо, що в сучасних умовах, через втрату фінансових коефіцієнтів

пріоритетності закладам сільської місцевості надзвичайно складно конкурувати з потужними міськими лікарнями в процедурах контракування медичних послуг та їх оплати за рахунок коштів державного бюджету. Все вищезначене надає підстави для подальшого удосконалення правового, організаційного та економічного механізмів публічного управління та адміністрування розвитком сільської медицини в Україні.

## **2.2. Роль органів місцевого самоврядування в управлінні спроможністю медичної мережі сільських територій в умовах війни (на прикладі КНП «Козелецький районний центр первинної медико-санітарної допомоги»)**

В незалежній Україні розвиток територіальної системи охорони здоров'я можна розглядати під різним кутом зору. Насамперед, можна говорити про поділ системи публічного управління сферою охорони здоров'я на період до, - та після підписання Угоди про Асоціацію з Європейським Союзом. Як справедливо зазначає професор В.В. Баштанник, Адже до політичного визнання євроінтеграційного курсу розвитку української держави в цілому, управління розвитком галузі охорони здоров'я здійснювалось на засадах традиційної пострадянської моделі Семашко із незначними видозмінами. Тобто, у доєвроінтеграційний період в системі публічного управління охороною здоров'я домінував принцип галузевого управління за багаторівневим поділом управлінських функцій. На центральному рівні управління провідною інституцією було Міністерство охорони здоров'я України, частину своїх повноважень воно делегувало на регіональний рівень управління. Там функції публічного управління системою охорони здоров'я виконували відділи, управління чи департаменти обласних державних адміністрацій. На рівні місцевого самоврядування розвиток мережі медичних закладів залежав від рішення міської, районної чи селищної ради.

Однак, саме прийняття Угоди про Асоціацію та упровадження розробленої на її основі Стратегії сталого розвитку «Україна-2020» національні експерти в галузі публічного управління охороною здоров'я вважають новою точкою відліку активної фази медичної реформи в Україні [1; 18; 19; 20]. Цей відлік було розпочато у 2015 році.

Зазначимо, що реалізація медичної реформи в нашій державі відбувалась водночас із розвитком та поглибленням адміністративно-територіальної реформи в Україні [20; 21; 22; 23]. Перебіг адміністративно-територіальної реформи в історичному контексті мав ознаки довготривалості та хвилеподібності, що пояснювалось як відокремленим тиском на реформи внутрішніх факторів (часта зміна керівників уряду та профільних міністерств), так і дії зовнішніх факторів (пандемія, збройна агресія проти української держави тощо). Так, дослідник А.А. Бернацький зазначає, що наслідком запровадження такої реформи завжди є зміна адміністративних кордонів, а відтак в системі управління упровадженням адміністративно-територіальною реформою необхідно, з метою досягнення її ефективності, враховувати низку таких чинників, як:

- історичний розвиток адміністративно-територіального устрою, який закріпив стабільність існування окремих територій сучасних адміністративних меж;
- природно-історичні основи адміністративного поділу;
- поділ країни (наприклад, при необхідності на спеціалізовані одиниці, сукупність яких відображає фактичний економічний, транспортний і соціальний розподіл території);
- привабливі райони великих міст (наприклад, робоча сила та інші зв'язки населення);
- територіальні, культурно-географічні та інші відмінності та межі (регіональний рівень життя, існуючі адміністративні межі тощо);
- існуючі інтеграційні схеми економічного, соціального та інших видів районування [22].

Тобто, дослідник акцентує увагу на тому, що одним із перспективних шляхів поглиблення адміністративно-територіальної реформи є застосування інтегрованого підходу в системі публічного управління та адміністрування задля досягнення визначених цілей реформування.

Схожу думку про актуальність інтегрованого підходу в системі публічного управління висловлює й знаний вітчизняний дослідник В.В. Баштанник. Він, зокрема, зазначає, що інтегровану систему державного управління слід розглядати як систему суспільних відносин у рамках реалізації державних і самоуправлінських повноважень відповідно до Конституції та законів України. Інтегрована система державного управління здатна адаптуватися до змін зовнішнього середовища. Інтегрована система державного управління може змінювати (трансформувати) якісні характеристики підсистем та елементів системи. І такий підхід забезпечує, врешті-решт, вирішальну синергію між елементами системи державного управління. Йдеться про формування системи державного управління, яка інтегрує діяльність органів влади різних рівнів з метою досягнення визначених цілей управління [24].

Саме засади інтегрованого підходу в реалізації реформи первинної ланки системи охорони здоров'я, які були запроваджені у 2015 році, дозволили досягти міжнародного визнання ефективності таких реформ на національному рівні. Так, у 2019 році Україну відвідала моніторингова місія представників Всесвітньої організації охорони здоров'я та Світового Банку. Міжнародні експерти провели ретельну оцінку та експертизу, засновану на доказах, стосовно поетапної інтеграції реформацій у чинну національну модель публічного управління охороною здоров'я. Експерти дійшли висновку, що нова національна модель публічного управління системою охорони здоров'я, яка почала розбудовуватись на рівні первинної медичної допомоги, є такою, що за своїми кінцевими результатами та термінами реалізації корелює з відповідними зразками реформування медичних систем в країнах Європейського Союзу [25]. Тобто, на той час міжнародні експерти визнали, що на первинній ланці системи охорони здоров'я головним ланцюжком, який пов'язує пацієнта та систему надання

медичних послуг, є сімейний лікар. А основними інструментами управління наданням послуг на первинному рівні є:

- декларування намірів пацієнта про підписання угоди із сімейним лікарем;
- контрахтування послуг (угода між юридичною особою чи ФОП та представником держави про купівлю медичних послуг);
- фінансування (нова капітаційна форма оплати медичних послуг – гроші ходять за пацієнтом) [25].

З 2018 року форми та методи управління новою моделлю організації надання медичних послуг набули подальшого удосконалення на новій платформі фінансування [14] спеціалізованих медичних послуг, які надавались в умовах стаціонару. І тут, поглиблюючи децентралізацію у сфері охорони здоров'я, держава надала право територіальним громадам утворювати госпітальні округи з можливістю задоволення попиту громадян на якісні і доступні послуги [26]. На цих засадах в регіонах України почала активно розвиватись медична інфраструктура, розбудова якої ґрунтувалась на європейських цінностях. Тож зупинимось на цьому більш детально.

Євроінтеграційний контекст трансформації системи управління медичною сферою проголошує одним із основних соціальних прав, таких як право на життя чи право соціального захисту, також і право чи принцип рівності та принцип соціальної справедливості. Принцип соціальної справедливості є одним із головних ціннісних напрямків політики країн ЄС [27, с. 13]. В широкому форматі європейського контексту, принцип солідарності поширюється як концепт державних гарантій на такі сфери як солідарності, у стосовно питань соціальної безпеки, захисту навколишнього середовища та інтересів і прав споживачів, питань охорони здоров'я тощо [27, с. 13]. Тож, як бачимо, головний принцип соціальної справедливості у сфері надання медичних послуг говорить про їх загальну доступність для населення.

Разом з цим, враховуючи принцип соціальної справедливості як європейську цінність, держава все ж таки залишає за собою право контролю. Про

контрольну функцію держави як апріорну в систему публічного управління наголошують, зокрема українські дослідники Н. Липовська, К. Сахарова, О. Шевченко [28]. Дослідники акцентують, що сучасна держава робить ставку на партнерство та співпрацю з суспільством, використання усіх можливостей та інструментів взаємодії в системі державного управління з метою пом'якшення жорстких форм координації, розширення участі громадськості у державній політиці, включаючи форми представництва громадськості в процедурах прийняття та реалізації державних рішень. Тож розвиток публічної політики в сучасних умовах є можливим лише за активної участі держави і суспільства як рівноправних партнерів. Ми повністю підтримуємо думку науковців про необхідність закріплення контрольної функції в питаннях управління охороною здоров'я виключно за державою, але за участі й громадськості в реалізації контрольних процедур. Зокрема, контроль за якістю і доступністю надання медичних послуг, особливо коли мова йде про надання спеціалізованих медичних послуг. Адже належну якість надання спеціалізованих, а значить високовартісних послуг, не можна забезпечити на базовому рівні чи навіть на районному рівні. І саме для цього профільне міністерство делегувало відповідні повноваження щодо реалізації контролю Національній службі охорони здоров'я України [29].

З метою централізації контролю держави за рівнем задоволення потреб населення у різних видах спеціалізованої медичної допомоги, і належного їх фінансування та контролю якості їх надання в Україні була запроваджена електронна система охорони здоров'я [30]. Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ, англ. eHealth) – це сучасний інструмент публічного галузевого управління на основі застосування цифрової платформи. Зазначений цифровий інструмент управління дозволяє органу виконавчої влади центрального рівня управління, у даному випадку Національній службі здоров'я України, здійснювати контроль за потребами пацієнтів та доступністю і якістю їх надання у розрізі окремих територій та медичних підприємств, а навіть і у розрізі

персоніфікованого підходу (на рівні окремого медичного працівника, який надає соціальну послугу з питань охорони здоров'я) [30].

Застосування цифрових технологій управління у сфері охорони здоров'я дозволяє на рівні органів галузевого управління та органів місцевого самоврядування оцінити реальну потребу у медичних послугах, визначити на місцевому рівні управління структуру таких послуг, спроможність територіальної системи охорони здоров'я щодо задоволення потреб населення у відповідних медичних послугах [31; 32]. Так, вже новостворені громади, які утворились внаслідок поглиблення адміністративно-територіального устрою, отримали повноваження щодо формування та розвитку територіальної мережі медичних закладів. Це сприяло покращенню якості медичної допомоги для мешканців громади і було виправданим в умовах тривалого протистояння пандемії COVID-19. За визначенням вітчизняних аналітиків, летальні збитки та відносно невисокий рейтинг захворюваності населення України на збудник коронавірусної інфекції пояснюється тим, що на первинному рівні надання медичної допомоги українська модель вистояла перед цим викликом і підтвердила правильність обраної державної стратегії протиепідемічної боротьби, на відміну від моделей організації первинної медичної допомоги у багатьох країнах ЄС. Адже кількісні інфраструктурні галузеві показники та показники забезпеченості медичними кадрами в Україні значно відрізняються від показників зарубіжних країн [33; 34]. Тому експерти надають переваги саме успішно обраній стратегії національного спротиву, яка себе виправдала. А саме, мова йде про вдалу модель управління первинною ланкою, яка забезпечує до 80% керованого впливу на перебіг захворюваності серед населення [34].

Так само сьогодні можна говорити про наступний виклик для територіальної системи охорони здоров'я – виклик повномасштабного розгортання війни 2022 року [35]. В такій ситуації потрібно, як ніколи, інтеграція зусиль органів галузевого управління на центральному рівні та органів місцевого самоврядування задля забезпечення безперебійного функціонування закладів охорони здоров'я як об'єктів критичної інфраструктури [36; 37].

І сьогодні, в контексті публічноуправлінської діяльності мова йде про відповідальність органів місцевого самоврядування щодо розбудови спроможної мережі медичних установ у межах територіальної громади [38]. Тобто, влада громади є відповідальною за створення умов щодо медичного обслуговування населення у межах відповідного госпітального округу під час надзвичайних ситуацій, надзвичайного або воєнного стану на підставі організації надання населенню своєчасних доступних медичних послуг належної якості на підставі ефективного застосування наявних кадрових, матеріальних та інших ресурсів. Тож актуальним в контексті нашого розгляду постає питання більш ґрунтовного аналізу спроможної мережі як на регіональному рівні, так і на рівні окремої громади. У Чернігівській області профільну мережу медичних закладів складають 82 установи (табл. 2.2.).

Таблиця 2.2.

**Характеристика медичного простору Чернігівської області  
за рівнями організації наданням медичних послуг**

Рівні локації комунальних медичних підприємств регіону	Кількісний показник комунальних медичних підприємств в динаміці, од.					Оцінка показника
	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2017 р.	2018 р.	
Первинний рівень	25	23	28	29	34	Динамічне збільшення мережі
Вторинний рівень	42	42	40	36	36	Тенденція до зменшення мережі
Третинний рівень	30	30	30	30	30	Стабільність мережі

*Складено автором за [39]*

Як видно із наведеної вище інформації, регіональну мережу медичних підприємств складають такі:

- 13 обласних медичних установ, 6 медичних закладів функціонують у м. Чернігів; 30 районних та міських лікарень, до їх складу також входять 2 пологових будинки, 3 стоматологічні поліклініки, 1 «Сімейна поліклініка»;

- 32 центри первинної медико-санітарної допомоги (далі- ЦПМСД), 1 лікарська амбулаторія сімейного типу (самостійна). До складу ЦПМСД входять 138 амбулаторій (з них 54 міські та 84 сільські) і 581 фельдшерсько-акушерський пункт (далі – ФАП), з них 6 ФАПів входять до складу самостійної лікарської амбулаторії смт Линовиця.

Також, на території області знаходяться 4 медичні коледжі [39].

В той же час, ретроспективна оцінка показує, що упродовж останніх років органи місцевої влади та органи місцевого самоврядування приділяють значної уваги розвитку медичних підприємств первинного рівня управління. І можемо говорити, що у порівнянні із вторинним і третинним рівнем на первинці відбулось динамічне розширення мережі, що говорить про широкі можливості органів влади як власників комунального майна територіальних громад у задоволенні соціальних потреб та інтересів жителів громади. Як бачимо, застосувавши технологію кластерного підходу, ми можемо сказати, що регіональний кластер системи охорони здоров'я у Чернігівській області є досить солідним за кількісним складом медичних підприємств (82 одиниці). А також він має дуально-функціональний розподіл за рівнями публічного управління – первинна та вторинна допомога. Окремим суб'єктом кластеру є заклади вищої медичної освіти, які готують кадри для медичних установ регіону. При цьому слід зазначити, що питома вага медичних установ, що функціонують у сільській місцевості на первинному рівні, складає близько 40% або 32 ПМСД із загальної вибірки 82 медичні установи.

Система охорони здоров'я Чернігівської області працює в умовах дефіциту лікарських кадрів, особливо в медичних закладах сільської місцевості. Мережа лікувально-профілактичних закладів та ліжковий фонд приводяться у відповідність до обсягів надання медичної допомоги та до реальних потреб населення. Забезпеченість лікарняними ліжками зменшилась до 89,8 (2017 р. – 92,4) на 10 тис. населення, однак це перевищує середній показник по Україні – 67,5 (Житомирська область – 65,9, Сумська область – 80,8). За 2014–2018 роки загальна кількість лікарів в області зменшилась на 162 особи (на 4,4 %), кількість

середніх медичних працівників на 1055 (на 9,7 %). Одночасно збільшилась кількість лікарів загальної практики-сімейної медицини на 50 осіб (на 18,5 %). Мережа лікувально-профілактичних закладів та ліжковий фонд приводяться у відповідність до обсягів надання медичної допомоги та до реальних потреб населення. Забезпеченість лікарняними ліжками зменшилась до 89,8 (2017 р. – 92,4) на 10 тис. населення, однак це перевищує середній показник по Україні – 67,5 (Житомирська область – 65,9, Сумська область – 80,8). За 2014-2018 роки загальна кількість лікарів в області зменшилась на 162 особи (на 4,4 %), кількість середніх медичних працівників на 1055 (на 9,7 %). Одночасно збільшилась кількість лікарів загальної практики-сімейної медицини на 50 осіб (на 18,5 %).

З початком воєнного стану ситуація тільки ускладнилась. Від'їзд лікарів з регіону, пошкодження та руйнування будівель медичних закладів, порушення логістичних маршрутів між населеними пунктами області стали основними проблемами організації надання медичної допомоги. З метою забезпечення доступності медичної допомоги сільському населенню Центрами первинної медико-санітарної допомоги проводяться виїзди медичних працівників до віддалених населених пунктів [40].

За підтримки Міжнародного Червоного Хреста сформовані 4 мобільні бригади із лікарів первинної ланки міських медичних закладів, які виїжджають згідно заздалегідь розробленого графіка з червня 2022 року. Силами вищевказаних бригад проведено консультації понад 14000 особам.

Обласною державною адміністрацією підписано меморандум про співпрацю з благодійною організацією «Лікарі світу» про організацію роботи мобільних бригад лікарів у північних районах області.

В селах Чернігівського району, які було визнано найбільше постраждали від агресії РФ, встановлено 3 модульні конструкції – амбулаторії, де вже працюють сімейні лікарі та фельдшери.

У громадах області затверджені місцеві програми щодо забезпечення житлом лікарів – молодих спеціалістів та матеріальних заохочень стимулюючого характеру.

Протягом 2022 року до лікувальних закладів області направлено на роботу 90 молодих фахівців різних спеціальностей, в тому числі 13 фахівців зі спеціальності «Загальна практика-сімейна медицина». Крім того, для проходження програми підготовки в інтернатурі до медичних закладів зараховано 56 випускників вищих навчальних медичних закладів.

Кадровий склад регіональної системи охорони здоров'я Чернігівщини, відповідно до реєстру закладів комунальної сфери, налічує 3159 лікарів, 7790 середніх медичних працівників, 29 спеціалістів з вищою немедичною освітою та 3615 молодших медичних працівників. Показник укомплектованості посад лікарів становить 72%, середніх медичних працівників – 93%.

Забезпеченість населення Чернігівської області лікарями складає 33,2 на 10 тис. населення, середнім медичним персоналом – 93,2 на 10 тис. населення.

В мережі медичних закладів області 35 закладів мають ліжка для надання стаціонарної медичної допомоги. Ліжковий фонд медичних закладів області становить 7022 ліжка, з яких 810 – це ліжко-місця хірургічного профілю ( або 10%). Забезпеченість населення області ліжками складає 73,7 на 10 тис. населення.

Загальна кількість наявних резервних джерел електропостачання (генераторів) в медичних закладах області становить 290 одиниць.

Застосовуючи метод системного підходу до аналізу предмету дослідження доцільним виглядає перехід від оцінки стану загальнообласного рівня управління мережею медичних закладів до проведення більш ґрунтовного моніторингу та оцінювання ефективності публічноуправлінської діяльності на локальному рівні управління на прикладі роботи комунального некомерційного підприємства «Козелецький центр первинної медико-санітарної допомоги» Козелецької селищної ради.

Проведення такого ретельного аналізу стало можливим за наявності у автора дисертації первинної документації за 2022 рік, який виявився першим роком повномасштабної війни і був найскладнішим з управлінської точки зору для медичних підприємств, що функціонують у сільській місцевості.

Загальна характеристика закладу як медичного підприємства передбачає короткий опис його локації. Медичне підприємство розташовано та функціонує у сільській місцевості, і його юридична адреса Чернігівська область, Чернігівський район, смт Козелець, вул. Соборності, 24. Тож почнемо аналіз із короткої характеристики Чернігівської області та Чернігівського району як кластерному утворенню, у межах якого існує кластер соціально-орієнтованих підприємств як-то заклади освіти, культури, охорони здоров'я тощо.

Одним із традиційних напрямків економіки Чернігівської області, як області з переважанням аграрного сектору економіки, є упровадження та підтримка органічного виробництва, який незмінно упродовж багатьох десятиліть є важливим пріоритетом регіонального розвитку. Цей пріоритет Чернігівської області задекларовано у Стратегії сталого розвитку Чернігівської області на період до 2027 року. Стратегія затверджена рішенням двадцять першої сесії Чернігівської обласної ради сьомого скликання 18 грудня 2019 року № 4-21/VII. Зокрема, в ній наголошується, що «розвиток органічного землеробства та виробництва екологічно чистих продуктів харчування визначено одним із напрямків смарт спеціалізації регіону» [39].

Навіть в умовах воєнного стану, Чернігівська область продовжує активно розвивати свій агропромисловий комплекс за такими пріоритетними напрямками діяльності:

- розвиток галузі тваринництва шляхом збільшення виробництва м'ясо-молочної продукції, чисельності худоби та птиці;
- розвиток рослинництва, головною умовою якого є збільшення урожайності зернових та плодоовочевої групи;
- технічне переоснащення галузі агропромислового комплексу, будівництво та реконструкцію об'єктів виробничої інфраструктури;
- підвищення рівня життя та праці сільського населення поряд із розвитком сільських територій.

Саме за останнім напрямком стратегічних завдань і розвивається сфера охорони здоров'я у сільських районах Чернігівщини. Так, з метою підвищення

доступності медичного обслуговування до населення у сільській місцевості в області розроблено План спроможних мереж надання первинної медичної допомоги Чернігівської області. Розвитком спроможної мережі планується забезпечити функціонування 7 Центрів ПМД, 47 амбулаторій групової практики та 79 амбулаторій монопрактики. В області створені 4 регіональні госпітальні округи: Чернігівський, Північний, Ніжинський, Прилуцький [39].



Рис. 2.1. Госпітальний округ Чернігівського району на медичній мапі Чернігівської області

Запровадження технології щодо визначення на регіональному рівні госпітальних округів, на думку представників МОЗ України, дозволить місцевим органам влади на рівні кожного регіону розробити стратегічний план розвитку кожного медичного закладу та визначити функціональну роль кожного медичного підприємства, відповідно до нової типології. На рівні регіону такий підхід забезпечує для органів влади:

- побудувати кращі маршрути для пацієнтів (оптимальні до потреб пацієнтів, економічно обгрунтовані для лікарні, безпечні, доступні та якісно гарантовані медичні послуги);
- впровадити стратегічні закупівлі медичних послуг;

- формування пакетів цільових інвестицій відповідно до потреб регіону, місцевості чи громади і ролі кожного медичного підприємства у територіальній медичній мережі;
- здійснення цілеспрямованих закупівель дороговартісного обладнання, щоб пацієнти могли отримувати послуги у зручному місці;
- локалізація медичних послуг у межах госпітального округу;
- удосконалювати регіональну кадрову політику.

До складу Чернігівського району Чернігівської області, відповідно до завдань поглиблення адміністративно-територіальної реформи, входить Козелецька селищна громада. Вона була утворена напочатку 2017 року [41]. Перші вибори відбулися 30 квітня того ж року. Вже з січня 2018 року Козелецька ОТГ перейшла на прямі міжбюджетні відносини.

В організаційному плані до складу Козелецької селищної ради увійшло 15 рад (одна селищна та 14 сільських), 42 населених пункти. Сьогодні ці громади об'єднані в чотирнадцять старостинських округів із адміністративним центром у селищі Козелець: Берлозівський Білейківський, Бобруйківський, Бригинцівський, Булахівський, Данівський, Лемешівський, Лихолітський, Озерненський, Омелянівський, Патютинський, Пилятинський, Скрипчинський, Стависький. З 2018 року до складу ОТГ увійшло ще 6 сільських рад. Тобто. Козелецька ОТГ в організаційно-правовому плані сьогодні налічує 54 адміністративні одиниці [41].

Громада розташована безпосередньо на річці Остер у південно-західній частині Чернігівської області. Поруч (по околиці селища Козелець та через кілька сіл) проходить європейський транспортний маршрут міжнародного значення E95. Наявність траси міжнародного значення має певні переваги, адже завдяки цьому ОТГ має прямий автошлях до Києва – столиці України (пряма відстань від ОТГ становить близько 70 км), а також до обласного центру – до міста Чернігів (пряма відстань від ОТГ становить близько 70 км).

Площа, яку займала ОТГ на момент свого створення складає 533,80 кв. км. (після доприєднання – 834,5), з них 11,1% – ліси (59,10 кв. км), 425,11 кв. км – сільськогосподарські угіддя (79,6%), у т. ч. 261,99 кв. км орних земель (49,1%).

В контексті соціально-економічної політики необхідно констатувати, що Козелецькій ОТГ, так би мовити, що у дореформенний період, були притаманні тривалі негативні демографічні процеси. Так, показник загальної смертності перевищує народжуваність у понад 1,5 рази. Причому сільське населення територіальної громади зменшується швидше, ніж в селищі. До цього додається трудова міграція мешканців працездатного віку до міста Києва та до обласного центру – міста Чернігів [43]. Проблема трудової міграції значно підсилюється через фактор зовнішнього впливу, адже країни Європейського Союзу, такі як Польща, Чехії та інших країн ЄС, проводять активну політику рекрутингу трудових мігрантів з числа жителів територіальної громади.

Типовою для громад сільських територій є гендерна складова населення: 57,4% – жінки, 42,6% – чоловіки (тобто, майже 2/3 населення складають представники жіночої статі). Якщо в молодшому та середньому (18 – 39 років) віці серед населення переважають чоловіки, то вже у віці 40 – 59 років – жінки. Зрештою у віці 60+ їх стає в півтора рази більше, ніж чоловіків. Це вкрай негативні тенденції для самої громади.

Зазначені статистичні показники відображають (у тому числі) й ризикований та нездоровий спосіб життя багатьох чоловіків, а відтак вони формують негативні тенденції сучасного стану громадівської системи охорони здоров'я (ризик розвитку соціально обумовлених хвороб як-то алкоголізм та розлади психічного здоров'я – депресія, панічні атаки тощо). Наслідком таких економічних девіацій стає скорочення чисельності мешканців найбільш працездатного віку, зменшення народжуваності, а значить зменшуються можливості територіальної громади для розвитку через дефіцит трудових ресурсів.

Наступний показник, який також формує негативні тренди та бар'єри для системи охорони здоров'я сільських територій, це вікова структура населення. У

віковій структурі переважають люди середнього покоління (36–50 років) – 32,2 %, діти становлять 14,8 %, молодь – 25,3 %, старші за 60 років – 27,7 %. Тобто, чисельність населення у працездатному віці – трохи більше половини (57,5%).

Основні галузі виробництва територіальної громади – це сільське господарство, підприємства харчової промисловості та виробництва, переробки деревини. Корисні копалини місцевого значення – це торф, пісок, глина. Тому на громадівському ринку праці Козелецької ОТГ домінують професії, пов'язані з сільським господарством, переробкою сільськогосподарської продукції, харчовою промисловістю, деревообробкою.

Необхідно зазначити, що за таких умов більшість мешканців громади опікується виключно власним господарством (самозайнятість).

Загальна кількість населення Козелецької ОТГ становить 17018 чоловік, після доприєднання у 2018 році ще шести громад (+3117), кількість населення стала складати 20135 чоловік. В самому ж адміністративному центрі (селище Козелець) – загальна кількість населення становить близько 8 тис. мешканців.

Медичну допомогу на рівні первинної ланки мешканцям Козелецької ОТГ громади (а це становить понад 20 тис. осіб) надає комунальний заклад «Козелецький районний центр первинної медико-санітарної допомоги» скорочення авт. – КЗ «Козелецький районний ЦПМСД»). У структурно-функціональному плані КЗ «Козелецький районний ЦПМСД» складають дві амбулаторії (Козелецька та Булахівська), а також 14 фельдшерських пунктів (ФП) у старостинських округах. Саме така структура організації надання первинної медико-санітарної допомоги відповідає потребам сільської територіальної громади.

Медичні послуги другого рівня організації медичної допомоги мешканцям громади надає Козелецька центральна районна лікарня інтенсивного лікування. Також у поліклінічному відділенні цієї лікарні мешканці громади можуть отримати консультацію сімейного лікаря. Разом з тим, чи не найскладнішою публічноуправлінською проблемою для медичних установ сільської місцевості є брак медичних кадрів. Так само як і на первинному рівні, а саме в КЗ

«Козелецький районний центр первинної медико-санітарної допомоги», так і на рівні Козелецької центральної районної лікарні інтенсивного лікування дуже гостро стоїть питання дефіциту медичних кадрів – лікарів різного профілю та медичних працівників середньої ланки .

Аспектам публічного управління та адміністрування медичною сферою керівництвом Козелецької селищної ради приділяється значна увага. Керівництво селищної ради володіє та вдало використовує проєвропейські підходи та інструменти в реалізації громадівської політики розвитку системи охорони здоров'я, а саме такі як:

- *розширена нарада голови Козелецької селищної ради Олени Дмитренко з працівниками старостинських округів: в.о. старост, директорами шкіл, працівниками закладів культури, соціальними працівниками, завідуючими ФАПами та сільськими амбулаторіями;*

- *розробка стратегії розвитку Козелецької ОТГ, в структурі якої інтегровано блок громадівської системи охорони здоров'я з визначенням їх цілей та завдань розвитку, а також доступності та якості медичної допомоги для жителів сільських територій [43];*

- *програмно-цільове управління розвитком громадівської системи охорони здоров'я;*

- *проектний підхід у забезпечення якісних та доступних медичних послуг мешканцям Козелецької ОТГ;*

- *підхід щодо комуналізації підприємств та установ соціальної сфери Козелецької ОТГ, у тому числі й узяття на баланс Козелецької селищної ради усіх приміщень громадівської сфери охорони здоров'я (6 амбулаторій та 44 ФАПів) [44];*

- *розвиток міжнародного співробітництва та партнерства у сфері охорони здоров'я.*

Структурно-функціональний аналіз мережі медичних закладів та установ Козелецької ОТГ показує, що це є досить громіздкий за кількістю та

віддаленістю від органів прямого галузевого управління суб'єкт публічного управління та адміністрування медичної сфери.

Так, з метою організації надання первинної медико-санітарної допомоги Міністерство охорони здоров'я України та управління охорони здоров'я Чернігівської обласної державної адміністрації рекомендують мешканцям області при укладанні декларацій з лікарями загальної практики-сімейної медицини робити вибір на користь місцевих медичних працівників. Зокрема, у Козелецькому районі є 22 лікарів, з них 5 педіатрів, 5 терапевтів і 12 сімейних лікарів. Для ознайомлення з кожним сімейним лікарем для жителів району інформація публікується як в районній газеті, так і на офіційних сайтах органів місцевого самоврядування. Як показує практика, і цей досвід підтримує очільниця комунального закладу «Козелецький центр первинної медико-санітарної допомоги», укладання угод мешканцями громади на медичне обслуговування з числа «лікарів нашого Козелецького району...тільки в цьому випадку збільшиться фінансування» медичної сфери сільських територій. А значить, як підкреслила керівниця Козелецького центру ПМСД «це дасть можливість зберегти більше функціонуючих фельдшерських пунктів по селах» [41].

В організаційно-правовій сфері на початку активної фази адміністративно-територіальної реформи, яка у часі співпала або відбувалась паралельно з медичною реформою, дуже часто поставало питання щодо адміністративно-правового регулювання - чи можна забрати медицину у підпорядкування Козелецької селищної ради? Категорично ні. По-перше, для цього потрібно мати ліцензію на медичну діяльність. Органам місцевого самоврядування вона не надається, а тільки закладам системи охорони здоров'я. По-друге, територіальна громада може забрати собі тільки приміщення, але медичного працівника (або навіть колектив медичних працівників) – в жодному разі ні. Адже це нецільове використання коштів і тягне за собою кримінальну відповідальність для посадових осіб органів місцевого самоврядування. Медичною практикою можуть займатись лише дипломовані спеціалісти.

Нормативно-правове забезпечення діяльності КНП «Козелецький центр первинної медико-санітарної допомоги» Козелецької селищної ради ґрунтується на тому, що медичне підприємство отримало від органу центрального рівня управління в особі МОЗ України ліцензію на провадження медичної практики. До управлінських функцій МОЗ України належать питання ліцензування медичної практики [45]. КНП «Козелецький центр первинної медико-санітарної допомоги» Козелецької селищної ради отримав ліцензію від 27.12.2018 № 2712/26-М згідно з наказом МОЗ України № 58 від 10 січня 2019 року. Медична практика здійснюється лікарями- спеціалістами за такими спеціальностями:

- організація і управління охороною здоров'я;
- загальна практика - сімейна медицина;
- педіатрія;
- терапія;
- неврологія;
- дерматовенерологія.

Крім того, Міністерство охорони здоров'я України своїм наказом унормувало для цього медичного підприємства надання медичних послуг населенню за спеціальностями молодшого спеціаліста з медичною освітою за такими спеціальностями:

- акушерська справа;
- лікувальна справа;
- сестринська справа;
- медична статистика.

Як медичне підприємство, що здійснює свою діяльність у сфері охорони здоров'я, відповідно до чинного законодавства [13; 14; 16; 17], КНП «Козелецький центр первинної медико-санітарної допомоги» Козелецької селищної ради має акредитаційний сертифікат, який видано центральним органом управління у сфері охорони здоров'я і він засвідчує відповідність та якість медичних послуг, що надаються, на рівні вищої акредитаційної категорії. МОЗ України видає сертифікати про визнання відповідності вищої

акредитаційної категорії терміном на три роки з подальшим проходженням акредитаційної процедури на підтвердження вищого статусу. Термін дії акредитаційного сертифікату про вищу категорію Козелецького центру первинної медико-санітарної допомоги з 12.11.2021 року по 11.11.2024 рік.

Окрім того, КНП «Козелецький центр первинної медико-санітарної допомоги» Козелецької селищної ради має ліцензію від МОЗ України, на право здійснення господарської діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. Термін дії ліцензії з 28.02.2019 року до 28.02.2024 року.

У структурному плані заклад здійснює свою діяльність щодо забезпечення доступної та якісної медичної допомоги на основі взаємодії таких підрозділів підприємства:

I. Адміністративно-управлінський відділ.

II. Допоміжні підрозділи, у тому числі господарчі: бухгалтерська служба; інформаційно-аналітичний кабінет; інший адміністративно-допоміжний персонал.

III. Лікувально-профілактичні підрозділи.

Адміністративно-управлінський відділ комунального медичного підприємства здійснює управлінську діяльність на основі розподілу функціональних обов'язків за такими напрямками: генеральний директор; медичний директор; заступник генерального директора з економічних питань; головний бухгалтер; інспектор з кадрів; головна медична сестра.

Кількість населення, яке обслуговує заклад на 01.01.2023 року становить 29 419, з них дітей – 4627. Локація медичних установ та контингент набувачів первинної медичної допомоги у межах адміністративної території Козелецької селищної ради представлена у таблиці 2.3.

*Козелецька селищна амбулаторія загальної практики-сімейної медицини.*

До складу якої входять Данівський пункт здоров'я; Лихолітський пункт здоров'я; Петрівський пункт здоров'я; Фельдшерський пункт с. Білейки; Фельдшерський пункт с. Берлози; Фельдшерський пункт с. Єрків; Фельдшерський пункт с.

Карасинівка; Фельдшерський пункт с. Нічогівка; Фельдшерський пункт с. Одинці; Фельдшерський пункт с. Риків; Фельдшерський пункт с. Скрипчин.

Таблиця 2.3

**Структурно-функціональна характеристика кластеру первинної медичної допомоги Козелецької селищної ради**

*(складено автором)*

№ п/п	Найменування підрозділу КНП «Козелецький центр первинної медико-санітарної допомоги»	Чисельність населення			
		Кількість населення		Кількість декларацій	
		дорослі	діти (до 18 років)	Дорослі	діти (до 18 років)
<b>1</b>	<b>Козелецька селищна амбулаторія загальної практики-сімейної медицини</b>	<b>12301</b>	<b>2821</b>	<b>14934</b>	<b>2993</b>
2	Данівський пункт здоров'я	989	161		
3	Лихолітський пункт здоров'я	888	216		
4	Петрівський пункт здоров'я	373	66		
5	Фельдшерський пункт с. Білейки	607	137		
6	Фельдшерський пункт с. Берлози	695	201		
7	Фельдшерський пункт с. Єрків	300	68		
8	Фельдшерський пункт с. Карасинівка	149	18		
9	Фельдшерський пункт с. Нічогівка	191	21		
10	Фельдшерський пункт с. Одинці	328	52		
11	Фельдшерський пункт с. Риків	337	54		
12	Фельдшерський пункт с. Скрипчин	196	50		
<b>13</b>	<b>Остерська міська амбулаторія загальної практики сімейної медицини</b>	<b>8321</b>	<b>1553</b>	<b>7190</b>	<b>1573</b>
14	Євминківський пункт здоров'я	373	74		
15	Карпилівський пункт здоров'я	487	63		
16	Фельдшерський пункт с. Білики	207	25		
17	Фельдшерський пункт с. Бірки	363	48		
18	Фельдшерський пункт с. Кошани	182	19		
19	Фельдшерський пункт с. Крехаїв	350	68		
20	Фельдшерський пункт с. Пархимів	314	53		

21	Фельдшерський пункт с. Поліське	103	14		
<b>22</b>	<b>Чемерська сільська амбулаторія загальної практики сімейної медицини</b>	<b>3534</b>	<b>519</b>	<b>1593</b>	<b>0</b>
23	Красилівський пункт здоров'я	561	53		
24	Прогресівський пункт здоров'я	668	112		
25	Хрещатенський пункт здоров'я	610	54		
26	Фельдшерський пункт с. Надинівка	127	6		
27	Фельдшерський пункт с. Новий Шлях	429	87		
<b>28</b>	<b>Кіптівська сільська амбулаторія загальної практики-сімейної медицини</b>	<b>1858</b>	<b>238</b>	<b>1075</b>	<b>61</b>
29	Вовчківський пункт здоров'я	474	59		
30	Фельдшерський пункт с. Димерка	214	14		
31	Фельдшерський пункт с. Олбин	252	35		
32	Фельдшерський пункт с. Підлісне	470	60		
<b>33</b>	<b>Лемешівська сільська амбулаторія загальної практики-сімейної медицини</b>	<b>1917</b>	<b>293</b>		
34	Патютинський пункт здоров'я	380	58		
35	Фельдшерський пункт с. Блудше	41	5		
36	Фельдшерський пункт с. Будище	56	5		
37	Фельдшерський пункт с. Гладке	261	48		
38	Фельдшерський пункт с. Пилятин	246	25		
39	Фельдшерський пункт с. Ставиське	273	51		
<b>40</b>	<b>Сираївська сільська амбулаторія загальної практики-сімейної медицини</b>	<b>1856</b>	<b>266</b>		
41	Булахівський пункт здоров'я	290	20		
42	Омелянівський пункт здоров'я	441	81		
43	Фельдшерський пункт с. Бобруйки	226	29		
44	Фельдшерський пункт с. Савин	314	64		
45	Фельдшерський пункт с. Озерне	177	17		
<b>Разом по закладу</b>		<b>29787</b>	<b>5690</b>	<b>24792</b>	<b>4627</b>

*Остерська міська амбулаторія загальної практики сімейної медицини.* До її складу входять Євминківський пункт здоров'я; Карпилівський пункт здоров'я; Фельдшерський пункт с. Білики; Фельдшерський пункт с. Бірки; Фельдшерський пункт с. Кошани; Фельдшерський пункт с. Крехаїв; Фельдшерський пункт с. Пархимів; Фельдшерський пункт с. Поліське.

*Чемерська сільська амбулаторія загальної практики сімейної медицини* має у своєму складі такі структурні підрозділи: Красилівський пункт здоров'я; Прогресівський пункт здоров'я; Хрещатенський пункт здоров'я; Фельдшерський пункт с. Надинівка; Фельдшерський пункт с. Новий Шлях.

*Кіптівська сільська амбулаторія загальної практики-сімейної медицини* має такі структурні підрозділи: Вовчківський пункт здоров'я; Фельдшерський пункт с. Димерка; Фельдшерський пункт с. Олбин; Фельдшерський пункт с. Підлісне

*Лемешівська сільська амбулаторія загальної практики-сімейної медицини* забезпечує доступ жителів громади до медичних послуг через діяльність таких установ: Патютинський пункт здоров'я; Фельдшерський пункт с. Блудше; Фельдшерський пункт с. Будище; Фельдшерський пункт с. Гладке; Фельдшерський пункт с. Пилятин; Фельдшерський пункт с. Ставицьке.

*Сиріївська сільська амбулаторія загальної практики-сімейної медицини* забезпечує медичні послуги жителям сільської місцевості завдяки таким установам, як Булахівський пункт здоров'я; Омелянівський пункт здоров'я; Фельдшерський пункт с. Бобруйки; Фельдшерський пункт с. Савин; Фельдшерський пункт с. Озерне.

Таким чином, структурний аналіз системи публічного управління організацією надання первинної медико-санітарної допомоги дозволив встановити, що КНП «Козелецький центр первинної медико-санітарної допомоги» Козелецької селищної ради функціонує як заклад системи охорони здоров'я на засадах мережевого вертикально-галузевого управління, структурними одиницями якого є:

- 6 амбулаторій загальної практики сімейної медицини;
- 12 пунктів здоров'я;
- 27 фельдшерських пунктів.

Як і в цілому по медичній сфері Чернігівської області, Чернігівського району, так і в окремому комунальному закладі відчувається значний дефіцит медичних кадрів (табл. 2.4).

Як видно із табл.2.4, кадрове забезпечення КНП «Козелецький центр первинної медико-санітарної допомоги» Козелецької селищної ради формується виключно за рахунок штатних одиниць медичного закладу. Розраховувати керівництву закладу на такий зовнішній ресурс як набір спеціалістів стажистів чи інтернів не має жодної можливості.

Таблиця 2.4

**Характеристика кадрового забезпечення  
КНП «Козелецький центр первинної медико-санітарної допомоги»  
Козелецької селищної ради**

<b>Кількість працюючих в закладі (фіз.особи)</b>	<b>Кількість лікарів (фіз. особи)</b>	<b>Кількість стажистів (фіз. особи)</b>	<b>Кількість інтернів (бюджет) (фіз. особи)</b>	<b>Кількість інтернів (контракт) (фіз. особи)</b>	<b>Кількість молодших спеціалістів з медичною освітою (фіз. особи)</b>
131	20	0	0	0	56

*Складено автором*

В організаційному плані цьому перешкоджає питання відсутності клінічної бази та кафедри, у межах яких формується освітньо-практичний простір, а стажисти та інтерни залучається у разі виробничої необхідності до здійснення практичної діяльності з надання медичної допомоги під керівництвом викладача та лікаря-куратора. КНП «Козелецький центр первинної медико-санітарної допомоги» Козелецької селищної ради має нагальну потребу у лікарях за такими вакансіями: 3 посади лікарів-загальної практики-сімейної медицини у Сираївській сільській амбулаторії ЗПСМ, Лемешівській сільській амбулаторії ЗПСМ та Чемерській сільській амбулаторії ЗПСМ.

Ефективність публічноуправлінської діяльності на локальному рівні управління медичним підприємством, що функціонує у сільській місцевості, можна оцінювати на основі показників фінансово-економічної діяльності. Проведемо короткий аналіз фінансового забезпечення діяльності КНП

«Козелецький центр первинної медико-санітарної допомоги» Козелецької селищної ради за 2021-2022 роки.

Так, обсяг коштів спрямованих на утримання медичного закладу за рахунок коштів Національної служби здоров'я України (тобто коштів консолідованого державного бюджету) при ефективному керівництві має тенденцію до щорічного зростання (табл.2.5).

Таблиця 2.5

**Динаміка фінансового забезпечення діяльності КНП «Козелецький центр первинної медико-санітарної допомоги» за рахунок коштів державного бюджету (за договорами з НСЗУ)**

<b>Роки</b>	<b>Загальний обсяг коштів</b>	<b>Динаміка показника</b>
2021 рік	20 035 270,05 грн;	-
2022 рік	26 365 303,52 грн.	Зростання загального обсягу коштів на 30% за рік

*Складено автором*

Стосовно фінансового забезпечення діяльності медичного підприємства за рахунок коштів місцевого бюджету можемо сказати, і це видно із табл.2.6, що прослідковується тенденція до стабільного показника. Це є негативним показником, який впливає, а навіть і формує ризик зменшення можливостей медичного закладу до інфраструктурного розвитку. Динаміка фінансового забезпечення діяльності КНП «Козелецький центр первинної медико-санітарної допомоги» за рахунок коштів місцевого бюджету показана у табл.2.6.

Основним обов'язком органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я є, насамперед, є забезпечення належних умов для надання належної якісної медичної допомоги населенню. Органи місцевого самоврядування повинні підтримувати та брати участь у життєзабезпеченні об'єктів медичної сфери. Ці обов'язки прописані в Законі України «Про місцеве самоврядування» [46].

Таблиця 2.6

**Динаміка фінансового забезпечення діяльності КНП «Козелецький центр первинної медико-санітарної допомоги» за рахунок коштів місцевого бюджету**

<b>Роки</b>	<b>Загальний обсяг коштів</b>	<b>Динаміка показника</b>
2021 рік	3 350 335,28 грн.	-
2022 рік	3 365 838,24 грн.	Зростання загального обсягу коштів на 1% за рік

*Складено автором*

Забезпечення жителів медичними послугами, які вони потребують найближче до місця проживання, покращує якість і комфорт у їхніх громадах. Представники місцевої влади, які зможуть цього досягти, відповідно підвищать свою популярність у громаді.

У лікарнях, які знаходяться на території громади, є робочі місця, а до бюджету громади надходять податки з доходів фізичних осіб. Це оплачують працівники медичного закладу.

Як власники органи місцевого самоврядування несуть відповідальність за утримання об'єктів, оплату комунальних послуг та підтримку матеріальної інфраструктури. Наразі в Україні власники медичних закладів не платять за комунальні послуги, хоча за законом зобов'язані це робити. В Україні 101 такий заклад. «Ми стикаємося зі скаргами на те, що лікуючі лікарі повинні платити за комунальні послуги. Це не є сфера відповідальності власників закладів. Цього року ми аналізували загальну підтримку лікарень з боку органів місцевого самоврядування. Зараз це досить розпливчато. У середньому підтримка органів місцевого самоврядування від загального доходу медичних закладів становить 20, 4% на рівні первинної медичної допомоги та 13,5% на рівні спеціальної

медичної допомоги відповідно. А це насправді дуже мало. Найвищий відсоток підтримки був у Полтавській області – 28%, а найменший – у Чернівецькій та Херсонській – 6% та 7% відповідно.

Сильна, добре обладнана лікарня згодом сама почне приносити дохід, але спочатку громада має інвестувати у розвиток такого закладу. Адже лікарні, які мають більше знань та оснащення, можуть укласти з НСЗУ більше пакетів послуг і отримати більше фінансування», – зазначила Тетяна Бойко, заступник директора НСЗУ [47].

Тож як бачимо із даних табл. 2.6 та аналізу представниці НСЗУ, що загальний обсяг коштів, що виділяється органом місцевого самоврядування на утримання медичного закладу КНП «Козелецький центр первинної медико-санітарної допомоги» у розрізі загальнонаціональної статистики характеризується як такий, що належить до групи найнижчих показників фінансової підтримки.

У своїй фінансовій діяльності КНП «Козелецький центр первинної медико-санітарної допомоги» дотримується та виконує норми постанови Кабінету Міністрів України від 12.01.2022 № 2 «Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я» [48] у частині нарахування заробітної плати лікарям на рівні не менше 20,0 тис. грн., молодшим спеціалістам з медичною освітою – 13,5 тис. гривень.

Розмір середньої заробітної плати працівників сфери охорони здоров'я у 2021 році:

середня по закладу – 10 069,60 грн;

лікарі – 18 358,21 грн;

середні медичні працівники – 9 472, 55 грн;

інші – 14 450,98 грн.

у 2022 році:

середня по закладу – 15 973,03 грн;

лікарі – 23 097,21 грн;

середні медичні працівники – 15 8938,59 грн;

інші – 16 831,58 грн.

Станом на 01.01.2023 року заборгованість по заробітній платі працівників відсутня.

А також важливо зазначити про відсутність унормованих платних послуг на «первинці», відповідно до змісту діючої постанови українського уряду [49]. Забезпечення асигнуваннями видатків на оплату комунальних послуг та енергоносіїв проводиться за рахунок місцевих бюджетів. Розрахунки з енергопостачаючими компаніями за спожиті комунальні послуги та енергоносії проводяться у повному обсязі, на 01.01.2023 року заборгованість відсутня.

Окремим напрямком діяльності щодо удосконалення економічного механізму управління медичним закладом на локальному рівні є організація роботи з Національною службою здоров'я України. На початку 2022 року було укладено 4 договори із Національною службою здоров'я України за програмою медичних гарантій:

- первинна медична допомога (вартість медичних послуг склала 23 463,62 тис. грн.);

- супровід та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги (вартість медичних послуг склала 77,94 тис. грн.);

- вакцинація від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 (вартість медичних послуг склала 913,64 тис. грн.);

- мобільна паліативна допомога дорослим та дітям (вартість медичних послуг склала 1 910,10 тис. грн.).

Обговорення показників якості надання медичної допомоги жителям територіальної громади можна побудувати на основі аналізу основних показників роботи закладу за 2022 рік.

#### 1. Амбулаторно-поліклінічна допомога:

Число відвідувань у 2021 р. – 103 800, 2022 р. – 79 888.

Робота денного стаціонару:

Загальна кількість ліжок денних стаціонарів - 50. За 2021 рік проліковано 2325 хворих, проведено 16269 ліжко-днів. За 2022 р. проліковано 1646 хворих,

проведено 13129 ліжко-днів. Забезпеченість населення ліжками денного стаціонару становить 14,9 на 10 тис. населення.

Робота діагностичних підрозділів:

У трьох лікарських амбулаторіях функціонують кабінети лабораторної діагностики. За 2021 рік проведено 2536 загальних аналізів крові та 1958 загальних аналізів сечі. За 2022 р. проведено 1631 загальних аналізів крові та 1577 загальних аналізів сечі. Медичними працівниками закладу за 2021 рік проведено 5577 ЕКГ досліджень, за 2022 р. проведено 3428 ЕКГ досліджень.

З метою виявлення туберкульозу у 2021 році було обстежено 9544 осіб, в тому числі методом профілактичних рентгенологічних та ФЛГ-обстежень 9483 осіб. Вперше виявлено 22 випадки захворювання. За 2022 р. було обстежено 8195 осіб, в тому числі: методом профілактичних рентгенологічних та ФЛГ-обстежень 8153 осіб. Вперше виявлено 17 випадки захворювання на ТБ, з них 2 позалегенева форма.

2. Стан надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу COVID-19 характеризують такі показники діяльності. За 2022 рік виявлено 1563 хворих на коронавірусну інфекцію, 19 хворих померли.

По ОТГ:

Козелецька ОТГ – 838 хворих, 531,0 на 10 тис. населення, 11 хворих померло;

Остерська ОТГ – 648 хворих, 732,8 на 10 тис. населення, 5 хворих померло.

Кіптівська ОТГ - 77 хворих, 141,6 на 10 тис. населення, 3 хворих померло;

За весь час пандемії на COVID-19 захворіло 5597 осіб (в т.ч. 280 дітей), 143 випадків хвороби закінчились летально.

3. Вакцинація населення від COVID-19 з початку епідемії.

Кількість обслуговуючого населення – 29 419, кількість громад – 3 (Козелецька ОТГ, Остерська ОТГ, Кіптівська ОТГ).

Кількість мобільних бригад з вакцинації проти COVID-19: - 1 (Козелецька селищна амбулаторія загальної практики-сімейної медицини).

Кількість центрів масової вакцинації населення на рівні Чернігівського району - 1, який розташований за адресою смт. Козелець, вул. Соборності, 29.

Кількість пунктів щеплення з вакцинації проти COVID-19: 4 (Козелецька селищна амбулаторія загальної практики-сімейної медицини, Остерська міська амбулаторія загальної практики-сімейної медицини, Чемерська сільська амбулаторія загальної практики-сімейної медицини, Кіптівська сільська амбулаторія загальної практики-сімейної медицини). Тобто у районі створено – 4 пункти, з функціонують – 4 пункти.

Станом на 01.01.2023 року проведено 38 999 щеплень проти COVID-19, з них: I доза – 18 237; II доза – 18 173; бустерна та додаткова – 2 589.

У розрізі ОТГ інформація представлена у табл.2.7.

Таблиця 2.7

**Порівняльна характеристика показників активної профілактики проти COVID-19 у розрізі ОТГ Чернігівського району (складено автором)**

Назва територіальної громади	Чисельність дорослого населення громади	Загальні дані по щепленням проти COVID-19 дорослого населення					
		I доза		II доза		III доза	
Козелецька ОТГ	15780	13806	87,5%	13765	87,2%	1696	10,7%
Остерська ОТГ	8843	2615	29,6%	2599	29,4%	588	6,6%
Кіптівська ОТГ	5436	1816	33,4%	1809	33,3%	305	5,6%

Характеризуючи правовий базис трансформації закладів «первинки» у комунальні некомерційні підприємства у сільських регіонах України зазначимо, що процес передачі закладів охорони здоров'я до територіальних громад (рішення сесії про передачу та прийняття на баланс) мав пролонгований характер.

Але стосовно об'єкту дослідження, ґрунтовний аналіз якого ми провели у цьому підрозділі, слід зазначити, що правовий механізм публічного управління цим об'єктом, окрім законодавчої бази, складають і рішення органів місцевого самоврядування, зокрема рішення 17 сесії Козелецької селищної ради VIII скликання від 17.12.2022 року № 202-17/ VIII «Про безоплатне прийняття юридичної особи – комунальне некомерційне підприємство Козелецької

районної ради «Козелецький районний центр первинної медико-санітарної допомоги» та його майна зі спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міста Козелецького району Чернігівської області, правонаступником якої є Чернігівська районна рада Чернігівської області, у комунальну власність Козелецької селищної ради», заклад прийнято на баланс Козелецької селищної ради.

З метою удосконалення ефективності публічного управління медичними підприємствами, що функціонують у сільській місцевості на первинному рівні, органи місцевого самоврядування використовують інструменти програмно-цільового управління. Зокрема, на рівні ОТГ Козелецької селищної ради затверджено такі програми:

- Програма безоплатного забезпечення лікарськими засобами за рецептами лікарів, у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань на 2023-2025 роки;

- Програма підтримки сталого функціонування та модернізації матеріально-технічної бази закладів первинної медико-санітарної допомоги на території Козелецької територіальної громади на 2023-2027 роки.

Матеріально-технічна підтримка та розвиток матеріальної бази медичного підприємства як управлінська функція реалізується на основі сприяння у забезпеченні закладу високотехнологічним обладнанням для діагностики та лікування. Так, у 2021 році від Управління охорони здоров'я Чернігівського району КНП «Козелецький центр первинної медико-санітарної допомоги» Козелецької селищної ради отримано 17 кисневих концентраторів. Обладнання передано на баланс закладу та введено в експлуатацію. Парк санітарного автотранспорту налічує 14 транспортних засобів.

В умовах ведення довготривалої збройної агресії надзвичайною функцією управління для органів місцевого самоврядування є функція забезпечення підприємств критичної інфраструктури, і в першу чергу медичних підприємств, автономними джерелами живлення. Станом на 01.01.2023 року забезпечені 4 генераторами, які функціонують у сільських лікарських амбулаторіях.

### **2.3. Аналіз міжнародних стратегій, планів та програм у сфері публічного управління медичною мережею сільських територій**

Пріоритетність питання щодо покращення ефективності та якості надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) вперше було визначено в Алма-Атинській декларації ВООЗ у 1979 року [50]. Так гостро це питання постало в першу чергу через фізичну недоступність первинної допомоги, що часто була причиною недостатньої диспансеризації, важких ускладнень та неконтрольованого і прогресивного перебігу хронічних захворювань, що значно корелювало з погіршенням якості життя пацієнтів. Враховуючи погіршення стану демографічних показників, було встановлено, що необхідні реформи для покращення саме ПМСД на засадах сімейної медицини. Алма-Атинська декларація стала каталізатором для впровадження нових стратегій, планів та програм розвитку і вдосконалення ПМСД в усьому світі [50].

У більшості держав світу 90 відсотків від усіх медичних послуг надають лікарі первинної медичної ланки, а їх кількість серед фахівців профільних спеціальностей становить від 30 до 50 відсотків [34; 51; 52]. Така тенденція має на меті знизити показники захворюваності, інвалідності та смертності шляхом доступного та ефективного надання ПМСД. Проте як в Україні, так і в усьому світі управління розвитком ПМСД не є досконалим і потребує нових стратегій та програм [68].

Одним із таких напрямків, який знаходиться практично постійно у фокусі публічноуправлінської уваги ВООЗ, є розвиток доступних та якісних медичних послуг для всіх на первинному рівні. Так, у 2023 році Європейське Бюро ВООЗ опублікувало спеціальний документ «Управління охороною здоров'я населення, первинна медико-санітарна допомога: проактивний підхід вдосконалення здоров'я та благополуччя» [53]. Візія цього документу ґрунтується на тому, що управління здоров'ям населення може відігравати вирішальну роль у зміцненні первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД),

забезпечуючи орієнтований на принципах доказовості, орієнтований на людей та проактивний за своєю сутністю підхід до управління здоров'ям і благополуччям певної групи населення. Виявляючи підгрупи зі схожими характеристиками та потребами, управління здоров'ям населення може дозволити постачальникам ПМСД перейти від універсального підходу, який був визнаним трендом «первинки» у допандемічний період (до 2020 року), до цільових та адаптованих втручань, які враховують потреби різних груп та окремих осіб.

Так, на рівні територіальної громади, формуючи, перш за все публічноуправлінський вплив на соціальні детермінанти здоров'я та враховуючи психосоціальні потреби пацієнтів, управління здоров'ям населення може допомогти постачальникам ПМСД у прийнятті цілісного та пропорційного універсального підходу для подолання нерівності у здоров'ї. Ефективність такого публічноуправлінського підходу на рівні громади за рахунок координації дій на системному, організаційному та клінічному рівнях в системі первинної медико-санітарної допомоги [52; 53; 54-56].

Питання управління вдосконаленням ПМСД є основою для покращення послуг сфери охорони здоров'я. На користь цього наведемо три наступні аргументи:

- управління якістю надання ПМСД є найбільш ефективним в рамках комплексного підходу зміцнення системи охорони здоров'я;
- інвестиції в першу чергу в розвиток ПМСД є необхідними, оскільки це є найкращий підхід для зміцнення здоров'я населення;
- досягнення максимальної ефективності роботи сфери охорони здоров'я потребують синергичності й заходів, що будуть охоплювати усі важелі ПМСД.

У регламентному документі Європейського Бюро ВООЗ опублікувало спеціальний документ «Управління охороною здоров'я населення, первинна медико-санітарна допомога: проактивний підхід вдосконалення здоров'я та благополуччя» регламентовано основні підходи до покращення ПМСД [53], впровадження яких в Україні мало б позитивний вплив:

- орієнтованість на індивідуальні потреби людей;
- увага до проблем із різними складовими здоров'я: фізичною, психічною, соціальною, культурною;
- перехід від вузького спектра клінічних потреб до комплексного підходу, приділяючи увагу психосоціальним потребам та соціальним детермінантам здоров'я;
- перехід від малоскоординованості надання ПМСД з іншими медичними секторами (первинним, вторинним і третинним) до коворкінгу, колаборації та укріплення міжсекторальних зв'язків.

Після пандемічної загрози 2020-2023 рр. головним принципом публічного управління сферою охорони здоров'я в усьому світі став принцип тотального менеджменту, що ґрунтується на поняттях [3; 14; 52-55]:

- солідарності;
- загальнодоступності надання медичної допомоги;
- державному фінансуванню загально-лікарської (сімейної) практики;
- пріоритетності розвитку системи ПМСД на рівні територіальної громади.

ВООЗ вважає, що ПМСД є головним засобом для досягнення стратегії «Здоров'я для всіх», адже вона є невід'ємною ланкою у системі сучасної медицини. Проте кожна держава покладається на власні можливості та орієнтується на індивідуальні питання, а також рівень суспільного розвитку та потреби населення, що гостро стоять на шляху до покращення ПМСД. Тому плани та стратегії покращення первинної ланки допомоги у розвитку сфери охорони здоров'я варіюють від країни до країни [52; 57; 58].

З 1985 р. глобальна організація The International Society for Quality in Health Care проводить зовнішню оцінку якості та ефективності надання ПМСД у більшості країн ЄС для обміну знаннями та успішними стратегіями, що дають результати покращення роботи закладів сфери охорони здоров'я [59]. Для покращення якості надання ПМСД в Україні варто частково перейняти міжнародний досвід і створити й валідизувати Урядову програму «Доступна первинна медико-соціальна допомога», що буде містити стандартизовані

протоколи для надання ПМСД для лікування кожного захворювання з гарантією державного фінансування.

Вирішуючи проблему надання ПМСД, варто вдаватись до засобів глобального управління, адже не дивлячись на можливість запозичення досвіду, а також стратегій і планів інших держав, Україна має свої економічні, політичні та соціальні відмінності, а також низку інших факторів, що визначають її індивідуальний шлях впливу на систему управління й безпосередній розвиток ПМСД. Так, за роки незалежності, окрім Конституції України [3], в якій закладено пріоритетність державних фінансових гарантій підтримки всіх установ медичної сфери державної та комунальної власності, а значить і підтримка закладів ПМСД, були прийняті кілька законів України, які належать до актів прямої дії і визначають основні засади публічного управління розвитком ПМСД [13; 14; 60; 61]:

- основи законодавства України про охорону здоров'я в частині регулювання суспільних відносин на рівні управління первинною ланкою охорони здоров'я;

- про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року;

- про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення;

- про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості.

В рамках вищезазначених законодавчих актів існує низка важливих упроваджень для покращення якості та доступності медичних послуг первинної ланки на рівні територіальної громади на основі механізмів, методів та інструментів публічного управління та адміністрування (табл.2.10).

Так, однією з головних рятівних стратегій щодо вирішення даної проблеми є Концепція довгострокового розвитку охорони здоров'я до 2030 року [62], що базується на Конституції України [3] та засадах Угоди про Асоціацію Країни з Європейським Союзом [1].

Таблиця 2.10

**Законодавче забезпечення публічного управління розвитком первинної медико-санітарної допомоги в незалежній Україні**

<b>Назва закону України</b>	<b>Сфера публічноуправлінської уваги відповідно до змісту закону</b>	<b>Принципи публічного управління у сфері ПМСД</b>
Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року» (2010 рік)	Формування і налагодження ефективного функціонування системи надання населенню доступної і високоякісної первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини	системність функціональність доступність якість
Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992 рік)	первинну медичну допомогу надають лікарі загальної практики - сімейні лікарі, лікарі інших спеціальностей, визначених центральним органом виконавчої влади	забезпечення формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я
Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (2017 рік)	В межах програми медичних гарантій держава гарантує повну оплату за рахунок коштів Державного бюджету України медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням первинної медичної допомоги;	підзвітність, гласність, прозорість діяльності органів державної влади та органів місцевого самоврядування у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення
Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» (2018 рік)	Удосконалення мережі закладів ПМСД, їх належне матеріально-технічне забезпечення; створення умов для діяльності сімейних лікарів; організації надання первинної медичної допомоги та медичної реабілітації із застосуванням інструментів телемедицини	Держава забезпечує виконання заходів з підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості

Складено автором за [13; 14; 60; 61]

Реалізація та впровадження Концепції довгострокового розвитку охорони здоров'я до 2030 року має підняти рівень якості ПМСД в Україні [62]. Зокрема дана стратегія ставить на меті вирішити такі завдання:

–забезпечити державні лікарні необхідним медико-технологічним оснащенням, аби належний рівень діагностики, громадяни могли отримати не тільки у приватних клініках, адже менш забезпечені пацієнти не завжди можуть собі це дозволити. Також це б вирішило проблему належного надання ПМСД в екстрених випадках, таких як інсульт, інфаркт або важкі травми;

–ініціювати пропаганду профілактики та скринінгового контролю населення від найбільш поширених захворювань та причин смертності, а також усунути проблему міжгалузевої координованості дій у секторі охорони здоров'я, що і є причиною попереднього;

– збільшити кількість кваліфікований фахівців – сімейних лікарів, шляхом належного відбору абітурієнтів та підвищення якості освіти здобувачів;

– модернізувати інфраструктуру сфери охорони здоров'я;

– розробити стандарти надання ПМСД та створити орган регулювання та у сфері охорони здоров'я;

– створити єдину інформаційну систему;

– запровадити контроль якості та доступності ПМСД;

– збільшити кількість амбулаторно-поліклінічних закладів та перенести частину об'єму надання ПМСД із стаціонарів в амбулаторії;

– посилити контроль та запровадити превентивні заходи на національному та регіональному рівнях по зменшенню негативних ефектів інфекційних та неінфекційних захворювань;

– ініціювати розвиток сектору приватної медицини;

– мінімізувати безрецептурний відпуск ліків;

– підвищити рівень комп'ютерної освіти літніх громадян, аби вони могли користуватися електронною системою направлень та іншими можливостями діджиталізації і це не ставало їм на заваді швидкого отримання ПМСД [62].

Вирішуючи проблему надання ПМСД, варто вдаватись до засобів глобального управління [63], адже не дивлячись на можливість запозичення досвіду, а також стратегій і планів інших держав, Україна має свої економічні, політичні та соціальні відмінності, а також низку інших факторів, що визначають її індивідуальний шлях впливу на систему управління й безпосередній розвиток ПМСД.

Вдаючись до засобів розвитку і покращення ПМСД, можна виокремити публічну політику як стратегію, що варто реалізовувати, як на місцевому і регіональному, так і на національному рівнях. Вона ж буде включати наступне [65-71]:

- співпрацю з міжнародними виробниками медико-технічного забезпечення;
- запровадження програм публічного управління, націленого на розвиток і наближення до міжнародних стандартів (там, де це можна успішно адаптувати для покращення сфери охорони здоров'я в Україні);
- зміцнення міжнародної співпраці для обміну досвідом з приводу покращення ПМСД і розробки стандартизованих протоколів, адаптованих до соціальних та економічних можливостей і потреб України;
- збільшення міжнародної співпраці для проведення наукових досліджень з метою покращення науково-доказової бази для практичних заходів, що мають на меті модернізувати та вивести надання ПМСД на новий рівень ефективності;
- розвиток громадської орієнтованості публічного управління на базі опрацювання даних реєстру здоров'я населення для створення відповідних інструкцій фахівців сімейної медицини, конкретної установи сфери охорони здоров'я;
- контроль призначення фармакологічних препаратів, що мають високий рівень науково-доказової бази, підтвердженою достатньою кількістю міжнародних клінічних досліджень;

- впровадження та розвиток скринінгових програм, як превентивного методу розвитку найпоширеніших хвороб цивілізації, завдяки можливостям реструктуризаційної реформи, що здатна забезпечити достатню кількість необхідної інфраструктури, такої як: центри діагностики, професійного здоров'я та відновлювальної медицини;
- індивідуальну направленість дій ПМСД для конкретного пацієнта з боку сімейного лікаря, а також застосування профілактичних заходів та програм, направлених на збереження здоров'я пацієнта або на підвищення якості життя, при цьому чітка регламентованість дій медичного фахівця затвердженим стандартам та є відповідною високому рівню науково-доказової бази;
- активну політичну участь органів державної влади в управлінні та підтримці розвитку якості ПМСД;
- створення інноваційних програм безперервного професійного розвитку сімейних лікарів та медсестр на етапі дипломної та післядипломної освіти з урахуванням різних галузей медичної науки та певних практичних навичок, дотичних до діяльності спеціаліста певного кваліфікаційного профілю;
- створення системи публічного управління громадським здоров'ям, орієнтованого на дані регіонального реєстру здоров'я населення, з урахуванням всіх вікових груп;
- структурно-організаційне і фінансово-економічне розмежування функцій та ресурсів закладів ПМСД з метою збільшення фінансування;
- формування скоординованої системи управління закладів ПМСД;
- моніторинг та аналітика якості послуг, шляхом ведення належного обліку та складання звітів;
- будівництво високоспеціалізованих центрів з надання екстреної медичної допомоги;
- підвищення заробітної плати медичних працівників до конкурентного рівня, для створення професійної трудової мотивації. Даний захід попереджає виїзд цінних кадрів закордон та мотивує медичних працівників до більш якісного надання фахових послуг та постійного розвитку з опанування

кращого рівня професійних знань та інновацій і навичок з власного профілю медичної галузі. Також це мотивує лікарів займатися науковою діяльністю, особливо за умови більш високої фінансової винагороди, що робить усі дії та призначення більш науково обґрунтованими та інноваційними. Заробітна плата має бути орієнтованою на сучасну конкурентну вартість медичних послуг, аби лікарі більш цінували свою репутацію та робоче місце і мали мотивацію до підвищення власного кваліфікаційного рівня і професійного саморозвитку;

- покращення координації діяльності управлінських органів державної влади, органів місцевого самоврядування, підприємницького коворкінгу та інституцій громадського суспільства з метою підвищення показників ефективності та результативності у сфері охорони здоров'я;

- організація керуваності ПМСД інститутами сімейної медицини;

- розширення фінансування та жорсткий контроль розподілу коштів та витрат з боку органів державного управління, шляхом створення системи покарання та нагляду за фінансовими трастами;

- врегулювання та покращення роботи системи екстреної медичної допомоги, шляхом створення потужної нормативної бази;

- удосконалення механізмів державних гарантій щодо отримання безкоштовної ПМСД пацієнтами;

- вибір та затвердження відповідальних та обізнаних у політиці та управлінні сферою охорони здоров'я осіб, що стануть основними координаторами та надійним джерелом інформації й пропозицій. До того ж, варто, аби дані особи тримали свій авторитет у медично-адміністративній сфері та мали вплив і міцний зв'язок з адміністрацією закладів охорони здоров'я;

- виведення чітких причинно-наслідкових зв'язків в розроблені нових стандартів ПМСД та їхнього впливу на здоров'я та виживаність пацієнтів;

- чітке обґрунтування доцільності внесень змін у стандарти надання ПМСД на основі наукових знань та проведеного аудиту результатів;

- впровадження переходу від пасивного бюджетування ПМСД до закупівлі органами місцевого самоврядування медичних послуг для забезпечення гарантій отримання ПМСД.
- забезпечення доступності безкоштовного отримання медикаментів малозабезпеченим верствам населення;
- пропаганда пріоритетності профілактичних заходів, як основи ПМСД з метою зменшення загальних показників захворюваності;
- впровадження «капітаційного» фінансування, як методу більш справедливої оплати сімейних лікарів, що на думку пацієнтів краще надають ПМСД;
- забезпечення можливості лікарів, працюючих у центрах первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), отримувати ліцензію на надання послуг приватної практики, у тому числі в якості фізичної особи-підприємця із виходом із ЦПМСД;
- вирішення проблеми нерівномірного географічного розподілу кадрів, в першу чергу у сільських місцевостях, а також в Донецькій та Луганській області, шляхом запровадження заохочувальних програм, що будуть містити суттєві переваги та більшу заробітну плату для лікарів.

Окрім урядових документів стратегічного бачення щодо розвитку ПМСД, існує низка нормативно-правових актів, прийнятих галузевим міністерством і їх можна знайти за назвою на офіційному веб-сайті МОЗ України. Запровадження керованості надання ПМСД на основі науково-доказових стандартизованих протоколів, що валідизують професійні втручання лікаря сімейної медицини при конкретних захворюваннях прописані у наказі МОЗ «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» [72].

Основним рішенням, щодо належного контролю якості надання ПМСД став наказ МОЗ «Про порядок контролю якості медичної допомоги». Основним його змістом є запровадження дворівневої системи перевірки: внутрішнього і зовнішнього аудиту [73].

*Внутрішній аудит* націлений на проведення внутрішньої експертизи з приводу якості надання медичної допомоги сімейними лікарями, а також задоволеність та результативність дій ПМСД, що були надані пацієнтам. Аудит має на меті реалізацію тотальної перевірки показників ефективності та правильності, що керується державними стандартами надання ПМСД, а також аналітику лікарських помилок, якщо такі трапляються, і розробку превентивних заходів, щодо їх усунення. Внутрішній аудит – це система ревізії й управління, що має на меті розробити рекомендації для покращення роботи окремих медичних фахівців або навіть цілих підрозділів ПМСД, що спрямовані на підвищення її ефективності та контролю реалізації управлінських рішень. Внутрішній аудит реалізується найкращими фахівцями, що надають подібну медичну допомогу в умовах даного лікувального закладу (колеги по роботі, медичні асоціації, адміністрація, учасники профспілок).

*Зовнішній аудит* – здійснюється органами державної виконавчої влади, клініко-експертними комісіями МОЗ України, громадськими організаціями і також потребує інновацій в управлінні та посилення контролю корупційних схем, шляхом перевірки дотримання ліцензійних умов, проведення акредитації медичних установ, атестації лікарів та молодших спеціалістів, а також осіб з немедичною вищою освітою, що працюють у сфері охорони здоров'я.

Слід зазначити, що в умовах євроінтеграційного курсу української держави важливого значення набуває зовнішній аудит, який здійснюється за участю суб'єктів управління в особі міжнародних організацій як елемент громадського контролю за виділеними коштами в рамках міжнародної грантової чи іншої підтримки розвитку сектору охорони здоров'я в Україні.

Ще низка важливих проваджень для покращення послуг ПМСД, що вирішують проблеми фінансування затверджено в законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [14]:

- контроль індикаторів проведення вакцинації населення з боку НСЗУ, як одного з обов'язків медичних працівників;

- моніторинг індикаторів проведення профілактичних оглядів пацієнтів з боку НСЗУ, що мають такі захворювання: гіпертонічна хвороба, інші серцево-судинні захворювання; цукровий діабет;

- контроль надання та визначення медичними працівниками показників, що відносяться до факторів ризику розвитку найпоширеніших хвороб, (індекс маси тіла, окружність талії та артеріального тиску і визначення рівня глюкози та холестерину) в якості профілактики або виявлення маркерів захворювання на ранніх стадіях та спрямування пацієнтів до вузькопрофільних спеціалістів;

- нагляд за здійсненням надання безкоштовної медичної допомоги при захворюваннях, що входять до пакету НСЗУ, зокрема при гострому інфаркті міокарда із проведення стентування; гострому мозковому інсульті із застосуванням ендovasкулярних втручань та проведенням тромболізісу; при пологах та новонародженим у складних неонатальних випадках.

Також сюди включено безкоштовне надання стоматологічних послуг дорослим та дітям та амбулаторне ведення вагітності.

Ще однією із стратегій розвитку ПМСД став наказ МОЗ України «Про затвердження порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» [74]. Згідно з даним наказом:

- пацієнт повинен укласти декларацію з лікарем сімейної практики за власним вибором;

- даний порядок вибору лікаря розповсюджується і на підприємців, що мають ліцензію на надання медичних послуг, але для цього вони мають зареєструватися в електронній системі охорони здоров'я або електронній системі обміну медичною інформацією.

Порядок надання ПМСД має ґрунтуватися на наступних принципах, регламентованих наказом МОЗ України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [75]:

- *принцип доступності* – визначає мінімальний час очікування надання ПМСД;

–*принцип* безпеки – включає мінімізацію лікарських помилок та будь-якої шкоди, завданої пацієнту;

–*принцип* результативності, що базується на знаннях лікаря, щодо стандартів надання ПМСД, затверджених державою та керованості у своїх професійних діях нормами доказової медицини;

–*принцип* своєчасності надання медичної послуги;

–*принцип* економічності – передбачає уникнення нераціональних витрат;

–*принцип* недискримінації;

–*принцип* орієнтованості на людину.

Важливо зазначити, що на підставі галузевого наказу МОЗ України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» держава створює новий управлінський механізм регулювання суспільних відносин у сфері публічного управління охорони здоров'я за такими напрямками [75], що включають:

– динамічний моніторинг стану здоров'я пацієнтів з використанням лабораторних, фізикальних та інструментальних досліджень;

– паліативної допомоги: зменшення больового синдрому наркотичними динамічне спостереження за пацієнтами, яким було встановлено хронічних перебіг захворювань з проведенням діагностичних та лікувальних втручань, які передбачені державними стандартами;

– пропагування здорового способу життя та профілактичні бесіди направлені на відмову від шкідливих звичок пацієнта;

– регулярне спостереження за здоровою дитиною;

– надання анальгетиків за показаннями, призначення психотропних препаратів і надання рецептів на їх придбання. Ще однією важливою ланкою надання паліативної допомоги є навчання та психологічна підготовка осіб, що здійснюють нагляд за паліативними хворими;

– забезпечення програми реабілітації за показаннями та надання направлення за вимогами законодавства;

- належне ведення документації, оформлення довідок, листів призначень, листків непрацездатності та направлень для проходження медико-санітарної експертизи, лікарських свідоцтв про смерть;
- взаємодія з соціальними службами.

Ретельний аналіз змісту публічноуправлінської діяльності за цими напрямками дозволили нам розмежувати кілька груп організації публічноуправлінського впливу на покращення якості медичних послуг на первинному рівні управління на основі виокремлення суб'єктно-суб'єктного, суб'єктно-об'єктного та інтрасуб'єктного змісту діяльності.

До першої групи публічноуправлінського впливу (суб'єктно-суб'єктна група) належать міжгалузеві суспільні відносини, а саме заходи щодо взаємодії медичних працівників первинної ланки управління із з соціальними службами.

До другої групи публічноуправлінського впливу (суб'єктно-об'єктна група) належать суспільні відносини, що формуються у площині взаємодії медичних працівників із набувачами медичних послуг і їх зміст формується навколо таких проблем зі здоров'ям, як регулярне спостереження за здоровою дитиною; паліативної допомоги: зменшення больового синдрому наркотичними динамічне спостереження за пацієнтами, яким було встановлено хронічних перебіг захворювань з проведенням діагностичних та лікувальних втручань, які передбачені державними стандартами; надання анальгетиків за показаннями, призначення психотропних препаратів і надання рецептів на їх придбання; навчання та психологічна підготовка осіб, що здійснюють нагляд за паліативними хворими; пропагування здорового способу життя та профілактичні бесіди направлені на відмову від шкідливих звичок пацієнта; пропагування здорового способу життя та профілактичні бесіди направлені на відмову від шкідливих звичок пацієнта.

До третьої групи публічноуправлінського впливу (інтрасуб'єктна група) належать суспільні відносини, проблемне поле яких формується навколо основного функціоналу самого суб'єкта управління, а саме: належне ведення документації, оформлення довідок, листів призначень, листків непрацездатності

та направлень для проходження медико-санітарної експертизи, лікарських свідоцтв про смерть тощо; забезпечення програми реабілітації за показаннями та надання направлення за вимогами законодавства.

Наведені вище стратегії та програми, є для України вектором для управління розвитком ПМСД і чітке їх дотримання здатне вирішити більшість проблем в сфері охорони здоров'я та істотно покращити рівень якості здоров'я та життя саме мешканців територіальних громад, що розташовані у сільській місцевості. Саме через провідну роль первинної ланки медичної допомоги, варто сприяти збільшенню фінансування реформ, направлених на розвиток ПМСД [76; 77]. Також варто вдаватися до заходів глобального управління, аби забезпечити належний рівень контролю виконання цих реформ та якісне наданням медичних послуг, а також проведення внутрішнього аудиту і подання звітності адміністрації медичних установ [78].

Основним принципом покращення якості надання ПМСД є орієнтованість на індивідуальні потреби людей. Сімейні лікарі мають брати до уваги не тільки фізичну складову здоров'я, відображену в клінічній картині, а також психічну, соціальну та культурну сфери. Зокрема, акцент робиться на ролі стану ментального здоров'я, як провідного фактору, що впливає на здоров'я пацієнта [79].

Важливим етапом розвитку ПМСД є також зосередження на впровадженні профілактичної складової, з метою зменшення рівня захворюваності, інвалідизації та смертності. Враховуючи високий рівень міжнародної солідарності з Україною в умовах воєнного стану, ВООЗ запропонувала свою допомогу як спеціальний спільний Проєкт з МОЗ України щодо побудови у найбільш постраждалих громадах низки медичних закладів різної спеціалізації на основі модульних конструкцій. Модульні медичні заклади мають високий ступінь безпеки для пацієнтів та медичного персоналу, а також здатні працювати в умовах блекауту. Такий управлінський підхід в організації надання доступу до якісних медичних послуг у кризових ситуаціях є загальновідомою практикою в зарубіжних країнах, але Україна отримала такий досвід вперше і активно

розпочала його впровадження. Вже сьогодні працюють 14 модульних клінік «первинки», забезпечуючи для жителів громад доступ до якісних медичних послуг та ліків. Також в рамках міжнародної співпраці між ВООЗ, МОЗ України та Громадської організації «Академія сімейної медицини» у Київській області реалізується проєкт мобільної спеціалізованої медичної допомоги для відділених та постраждалих громад. Громадська ініціатива «Heart to Heart International» зі Словаччини забезпечила постачання для сільських територій Чернігівської області пересувних мобільних амбулаторій з облаштованим кабінетом сімейного лікаря, які вже розпочали свою повноцінну роботу. Тож відбудова у прифронтових та найбільш постраждалих від війни регіонах центрів первинної медичної допомоги й амбулаторій сімейної медицини здійснюється у різних формах та видах (стаціонарні, пересувні) і виступає індикатором державних гарантій щодо надання медичної допомоги постраждалому від війни населенню на засадах власних організаційних ініціатив та за рахунок реалізації проєктів міжнародної допомоги та участі [68; 80-84]. Також провідним механізмом покращення ПМСД, є підвищення рівня кваліфікації медичних працівників та стандартизація протоколів надання ПМСД, що може мінімізувати частоту виникнення лікарських помилок та забезпечити найвищий науково-доказовий рівень надання ПМСД.

Отже, ми показали, що чітке дотримання Україною рекомендацій ВООЗ стосовно управління розвитком ПМСД здатне вирішити більшість проблем в сфері охорони здоров'я та істотно покращити рівень якості життя пацієнтів. Тому варто вдаватися до заходів глобального управління в контексті вибору стратегічних орієнтирів управління сферою охорони здоров'я. Це сприятиме забезпеченню належного рівня контролю за доступністю та якістю надання медичних послуг завдяки інструментам внутрішнього і зовнішнього аудиту. В Україні основою організаційно-правового механізму публічного управління розвитком ПМСД є Конституція України, закони та загальнодержавна програма розвитку ПМСД на засадах сімейної медицини. Основними принципами покращення якості надання ПМСД на рівні територіальної громади є

орієнтованість на індивідуальні потреби людей (управлінський підхід пацієнтоорієнтованості (*patient focus*) та пацієнтоцентричності (*patient-centeredness*) та гласність, прозорість і підзвітність органів державної влади та місцевого самоврядування. Новітнім інструментарієм публічного управління розвитком ПМСД є коворкінг, колаборація та розвиток міжсекторальної, міжгалузевої та міжнародної співпраці у сфері охорони здоров'я.

## ВИСНОВКИ ЗА РОЗДІЛОМ 2

У другому розділі дисертації досліджено практичні питання публічного управління первинною ланкою охорони здоров'я сільських територій крізь призму національного та міжнародного досвіду, а саме: визначення характеристики та особливостей публічного управління розвитком сільської медицини в Україні в сучасних умовах; роль органів місцевого самоврядування в управлінні спроможністю медичної мережі сільських територій в умовах війни (на прикладі КНП «Козелецький районний центр первинної медико-санітарної допомоги»); аналіз міжнародних стратегій, планів та програм у сфері публічного управління медичною мережею сільських територій.

Запровадження галузевим наказом МОЗ України нового управлінського механізму регулювання суспільних відносин у сфері первинної медичної допомоги сприяє формуванню багаторівневої системи публічноуправлінського впливу. Зокрема, на прикладі функціонування КНП «Козелецький районний центр первинної медико-санітарної допомоги» визначено певну специфіку сучасної моделі багаторівневого управління первинною ланкою системи ОЗ у сільських громадах. Ця специфіка полягає у виокремленні трьох взаємопов'язаних груп управлінських відносин – суб'єктно-суб'єктних, суб'єктно-об'єктних та інтрасуб'єктних. Перша група забезпечує міжгалузеву взаємодію медичних закладів із соціальними службами та іншими інституціями, що створює основу для інтегрованого підходу до задоволення комплексних потреб населення. Друга група охоплює безпосередні відносини між медичними

працівниками та пацієнтами, які реалізуються через профілактичні та лікувально-діагностичні заходи, паліативну допомогу та просвітницьку діяльність, спрямовану на формування здорового способу життя. Третя група стосується внутрішнього організаційного функціоналу суб'єктів управління, що включає ведення медичної документації, забезпечення реабілітаційних програм і виконання нормативно визначених процедур. Така систематизація дозволяє структурувати управлінські впливи за рівнями та напрямками, підвищуючи їхню цілеспрямованість і результативність, а також сприяє створенню цілісної моделі публічного управління розвитком первинної медичної допомоги.

Сучасні управлінські практики розвитку первинної медичної допомоги в Україні, включаючи дотримання рекомендацій ВООЗ, впровадження інноваційних форматів (модульні та мобільні амбулаторії), розширення міжнародної співпраці та підвищення кваліфікації медичних кадрів, є ключовими чинниками підвищення доступності та якості медичних послуг. Вони формують основу пацієнтоцентричної моделі управління охороною здоров'я, яка здатна забезпечити сталий розвиток системи ПМСД навіть в умовах кризових викликів, пов'язаних із воєнним станом.

Покращення якості послуг первинної медичної допомоги в межах територіальних громад базується на таких ключових принципах: орієнтованість на індивідуальні потреби громадян, що включає пацієнтоорієнтований (patient focus) та пацієнтоцентричний (patient-centeredness) підходи, а також забезпечення прозорості, гласності та підзвітності державних структур і місцевого самоврядування. Сучасні інструменти публічного управління розвитком ПМСД охоплюють коворкінг, співпрацю (колаборацію), а також активне стимулювання міжсекторальної, міжгалузевої та міжнародної взаємодії у сфері охорони здоров'я.

Матеріали дисертаційного дослідження, що викладені у цьому розділу, опубліковані автором та представлені у списку використаних джерел до розділу [17; 68; 76; 80; 81].

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ДО РОЗДІЛУ 2

1. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами від 21.03.2014. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984\\_011#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011#Text)
2. Карамишев Д.В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державно-управлінські аспекти) : монографія. Харків : Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2004. 304 с.
3. Khozhylo I. et al. Local selfgovernment in the focus of the medical reform in Ukraine: analysis of powers. *Theoretical and Empirical Researches in Urban Management (TERUM)*. Vol. 15. Issue 2 2020. <http://um.ase.ro/no152/2.pdf>
4. Гаруст, Ю. В., Павленко, Б. О., & Кравченко, Л. Л. (2019). Фельдшерсько-акушерські пункти в рамках медичної реформи. [https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream-download/123456789/78474/1/Pavlenko\\_feldshersko\\_akusherski\\_punkti.pdf](https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream-download/123456789/78474/1/Pavlenko_feldshersko_akusherski_punkti.pdf)
5. Заздравнов А.А. Сільська медицина в соціально-економічному аспекті. URL: <https://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/26865>
6. Микула, Г. (2022). Сталий розвиток та сімейна медицина Прикарпаття. *Сімейна Медицина. Європейські практики*, (3), 54–55. <https://doi.org/10.30841/2786-720X.3.2022.273915>
7. Тітенко З. М. Бюджетна децентралізація як фактор розвитку сільських територій України. *Агросвіт*. 2020. № 7. С. 87–91. DOI: [10.32702/2306-6792.2020.7.87](https://doi.org/10.32702/2306-6792.2020.7.87)
8. Чирков, А. Сучасні проблеми публічного управління забезпечення територіальних громад медичними послугами стоматології. Публічне управління та адміністрування: актуальні проблеми теорії та практики: тези доповідей I Всеукраїнської науково-практичної інтернетконференції студентів, аспірантів та молодих вчених (м. Київ, 22.12.2022 р.), К.: ДУТ, 2022. С.54-57. URL: [https://dut.edu.ua/uploads/p\\_2628\\_62773067.pdf#page=54](https://dut.edu.ua/uploads/p_2628_62773067.pdf#page=54)

9. Шауренко А. В. (2015). Проблеми та перспективи розвитку сільської медицини 1991-2005 рр. (на прикладі Вінницької, Кіровоградської, Черкаської областей). *Наукові праці історичного факультету Запорізького національного університету*. Вип. 42. 215-218. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Npifznu\\_2015\\_42\\_43](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Npifznu_2015_42_43).
10. Про пріоритетність соціального розвитку села та агропромислового комплексу в народному господарстві: закон УРСР від 17 жовтня 1990 року № 400. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/400-12#Text>
11. Про затвердження Державної цільової програми розвитку українського села на період до 2015 року: постанова КМУ від 19 вересня 2007 р. № 1158. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1158-2007-%D0%BF?find=1&text=%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE#Text>
12. Про схвалення Концепції Державної цільової програми розвитку аграрного сектору економіки на період до 2022 року: розпорядження КМУ від 30 грудня 2015 р. № 1437-р. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1437-2015-%D1%80#Text>
13. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: закон України № 2206-VIII від 14 листопада 2017 року. законодавство України: веб сайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19>
14. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
15. Положення про фельдшерсько-акушерський/фельдшерський пункт: наказ МОЗ України від 27.07.2016. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1169-16#Text>
16. Про засади державної регіональної політики: закон України від 5 лютого 2015 року № 156. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/156-19?find=1&text=%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86#Text>

17. Кондратьєва І.М. (2022). Розвиток сільської медицини в Україні в сучасних умовах. *Державне будівництво*. 2022 №2 (32). С. 118-127. URL: DOI: <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2022-2-11>
18. Квасний Л., Щербань О., Романів О. В., Попадинець Н. Сучасні форми фінансування закладів охорони здоров'я в Україні в контексті медичної реформи. *Bulletin of Sumy National Agrarian University*. 2019. № 4 (82). С. 144–148. URL: <http://dx.doi.org/10.32845/bsnau.2019.4.27>.
19. Білинська М. М., Юрочко Т. П. Управління змінами сфери охорони здоров'я: навчальний посібник. Київ: НАДУ, 2017. 108 с.
20. Про Стратегію сталого розвитку «Україна–2020»: указ Президента України від 12 січня 2015 року № 5. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015#Text>
21. Серьогін С. М., Гончарук Н. Т. Теоретичні засади та основні напрями реформування місцевого самоврядування й децентралізації влади в Україні. *Аспекти публічного управління*. 2015. № 4. С. 111–120.
22. Бернацький А. А. Адміністративно-територіальні одиниці з особливим статусом: специфіка функціонування. *Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України*. 2018. № 2. С. 76-80. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nzizvru\\_2018\\_2\\_13](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nzizvru_2018_2_13)
23. Лікарчук Н.В. Децентралізація органів державного управління: фактори, ознаки, підходи та форми. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Державне управління*. Київ : ВПЦ «Київський університет», 2017. № 2 (9). С. 43–46.
24. Баштанник В., К. Гавриленко. (2023). Інтегровані системи публічного управління 3.0: трансформація концептуальної моделі розвитку національної стратегії розвитку. *Публічне управління та місцеве самоврядування*. № 3. С. 57-64. <https://doi.org/10.32782/2414-4436/2023-3-9>
25. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. URL:

[https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report\\_UKR\\_Full-report\\_Web.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf)

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

27. Тичина В. Правові цінності Європейського Союзу: навч. посіб. Держ. ун-т «Житомир. політехніка». Харків : Право, 2023. 116 с.

28. Липовська Н. та ін. Координація взаємодії держави та суспільства для формування та реалізації сучасної публічної політики в Україні. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. Випуск 4, 2023. С. 23-28. <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2023.4>

29. Про утворення Національної служби здоров'я України: постанова кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>

30. Сімейна медицина в Україні та у Європі: досягнення, проблеми і перспективи. URL: <https://health-ua.com/article/31256-smejna-medycina-v-ukran-ta-u-vrop-dosyagnennya-problemi--perspektivi>

31. Квітка, С., & Миргородська, М. (2024). Цифрова трансформація системи охорони здоров'я: фактори впливу на якість життя населення. *Аспекти публічного управління*, 12(1), 14-21. <https://doi.org/10.15421/152402>

32. Устимчук, О. (2023). Впровадження електронного кабінету пацієнта як важливої складової функціонування електронної системи охорони здоров'я в Україні. *Аспекти публічного управління*, 11(3), 102-108. <https://doi.org/10.15421/152341>

33. Богдан Д., Бойко А., Василькова А. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні: ситуаційний аналіз. Київ: Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я», 2019. 133 с.

34. Лехан В. М., Кризина Н. П., Яценко Ю. Б., Євтушенко В. В. та ін. Модернізація мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу: методичні рекомендації. Київ: МОЗУ, 2012. 17 с.

35. Про введення воєнного стану в Україні: указ Президента України від 24 лютого 2022 року № 64/2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/64/2022#Text>

36. Про критичну інфраструктуру: закон України від 16 листопада 2021 року № 1882. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1882-20#Text>

37. Про затвердження Тимчасових заходів у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України: наказ МОЗ України від 24 лютого 2022 року № 374. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0374282-22#Text>

38. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: постанова КМУ від 28 лютого 2023 р. № 174. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/deiaki-pytannia-orhanizatsii-spromozhnoi-merezhi-zak-a174>

39. Стратегія сталого розвитку Чернігівської області на період до 2027 року, затверджена рішенням двадцять першої сесії обласної ради сьомого скликання 18 грудня 2019 року № 4-21/VII в редакції рішення двадцять п'ятої сесії обласної ради сьомого скликання 28 жовтня 2020 року № 43-25/VII. <http://surl.li/kefjen>

40. Публічний звіт в.о. Голови Чернігівської районної державної адміністрації за 2019 рік. <https://chadm.cg.gov.ua/index.php?id=377132&tp=page#gsc.tab=0>

41. Козелецька селищна рада. Офіційний сайт. <https://kozsr.gov.ua/komunalna-vlasnist>

42. Загальні відомості про Чернігівський район. <https://chadm.cg.gov.ua/index.php?id=2839&tp=1#gsc.tab=0>

43. Козелецька ОТГ. Стратегія розвитку Козелецької об'єднаної територіальної громади на 2018-2027 роки. URL: <https://kozsr.gov.ua/hromada-istorychna/stratehiia-rozvytku-hromady>

44. Гуськова І.Б. Комунальна власність як ресурс місцевого самоврядування. *Інвестиції: практика та досвід* № 21/2013. [http://www.investplan.com.ua/pdf/21\\_2013/33.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/21_2013/33.pdf)
45. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267 (зі змінами). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text>
46. Про місцеве самоврядування: закон України від 21 травня 1997 року № 280. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text>
47. Програма медичних гарантій (ПМГ) 2022: тарифи та вимоги. <http://surl.li/xolazy>
48. Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 12.01.2022 № 2. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2-2022-%D0%BF#Text>
49. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах: постанова Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 № 1138. [https://zakononline.com.ua/documents/show/187369\\_766424](https://zakononline.com.ua/documents/show/187369_766424)
50. Declaration of Alma-Ata. URL: [https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1)
51. Резниченко Л.О. Публічне управління якістю первинної медико-санітарної допомоги населенню: дис....м-ра.23.06.23 Харків, 2023. 40-57 с.
52. UN. Goals of Sustainable Development-2030. <https://sdgs.un.org/goals>
53. Population health management in primary health care: a proactive approach to improve health and well-being: primary health care policy paper series. URL: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-7497-47264-69316>
54. Скрипник О. А. Еволюція принципів формування та прийняття державно-управлінських рішень у системі державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні. *Держава та регіони. Сер. : Державне управління*. 2013. № 2. С. 24-27. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/drdu\\_2013\\_2\\_7](http://nbuv.gov.ua/UJRN/drdu_2013_2_7).

55. Скрипник О.А. Публічне управління розвитком системи охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах: інтеграція та новий інструментарій. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2024. <http://doi.org/10.32702/2307-2156.2024.1.16>
56. EU Global Health Strategy. 2022. URL: [https://health.ec.europa.eu/internationalcooperation/global-health\\_en](https://health.ec.europa.eu/internationalcooperation/global-health_en)
57. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. URL: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report\\_UKR\\_Full-report\\_Web.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf)
58. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року: проект МОЗ України від 23 лютого 2022 року. URL: <https://moz.gov.ua/en/strategija>
59. ISQua. 2017. URL: <https://isqua.org/images/PDFs/ISQua-programme-2017-web.pdf>
60. Основи законодавства України про охорону здоров'я: закон України від 19 листопада 1992 року № 2801. <https://surl.lt/sabupj>
61. Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року: закон України від 22 січня 2010 року № 1841. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1841-17#Text>
62. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року та затвердження операційного плану її реалізації у 2024-2026 роках. <https://www.kmu.gov.ua/news/proekt-stratehii-rozvytku-systemy-okhorony-zdorovia-do-2030-roku-bude-finalizovanyi-do-kintsia-pershoho-kvartalu>
63. Резолюція Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй від 25 вересня 2015 р. № 70/1 Глобальні цілі сталого розвитку до 2030 року. URL: [https://www.ua.undp.org/content/dam/ukraine/docs/SDGreports/Agenda2030\\_UA.pdf](https://www.ua.undp.org/content/dam/ukraine/docs/SDGreports/Agenda2030_UA.pdf)

64. McQueen D.V., Wismar M., Lin V., Jones C.M., Davies M. eds. Intersectoral governance for health in all policies: structures, actions and experiences. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016. № 26
65. Худошина О.В., Васюк Н.О. (2023). Особливості державного регулювання ліцензування господарської діяльності з медичної практики у період воєнного стану в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. № 10. С.115-120. <https://nayka.com.ua/index.php/investplan/article/view/1519/1529>
66. Шевцов В.Г. Державне управління розвитком медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2011. 20 с.
67. Кланца А.І. Охорона здоров'я як структурна складова національної безпеки держави: дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2019. 571 с.
68. Кондратьєва І.М. Публічне управління розвитком первинної медико-санітарної допомоги: аналіз сучасних стратегій та програм. *Moderní aspekty vědy: XLVI. Díl mezinárodní kolektivní monografie / Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o.. Česká republika: Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o., 2024. str. 598 (авт. С.33-43).* <https://doi.org/10.52058/46-2024>
69. Мазур, І., Заболотько, В., & Стешенко, І. (2023). Кадровий потенціал системи охорони здоров'я: галузева структура медичних працівників у 2019 р. *Українські медичні вісті*, (1), 16–22. URL: <https://doi.org/10.32471/umv.2709-6432.86.1012>
70. Вашеv О.Є., Рогова О.Г., Пустовойт Т.Б. Сучасні правові механізми реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я та проблеми формування галузі медичного права. Теорія та практика державного управління: зб. наук. 2014. Вип. 4. С. 197 – 204.
71. Шомникова А.В. Ринок медичних послуг: проблеми ефективного використання маркетингових досліджень. Наукові праці НДФІ. 2009. № 2. С. 131–136.
72. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я

України: наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751.  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12#Text>

73. Про порядок контролю якості медичної допомоги: наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751. <https://moz.gov.ua/en/kontrol-jakosti-nadannja-medichnoi-dopomogi>

74. Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу: від 19.03.2018 № 503. URL: <http://surl.li/szygap>

75. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги: від 19.03.2018 № 504 URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-19032018--504-pro-zatverdzhennja-porjadku-nadannja-pervinnoi-medichnoi-dopomogi>

76. Кондратьєва І. Територіальна система охорони здоров'я України: аспекти спроможності в умовах війни. Забезпечення стійкості, ревіталізації та розвитку територій і громад в Україні : матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю, м. Дніпро, 4 травня 2023 р. / за заг. ред. І. А. Чикаренко; Т.В. Маматової. Дніпро : НТУ «Дніпровська політехніка», 2023. 257 с. (авт. С.95-96).  
<https://palsg.nmu.org.ua/ua/Sci/konf/ConfDUMS-040523.pdf>

77. Грицко Р. Сімейний лікар – центральний суб'єкт реалізації механізмів державного регулювання первинної медичної допомоги. *Актуальні проблеми державного управління*. 2012. Вип. 2. С. 132–135.

78. Ghaffar A. et al. The 3D Combined Approach Matrix: an improved tool for setting priorities in research for health. Geneva, Global Forum for Health. URL: <http://graduateinstitute.ch/files/live/sites>

79. Сахарова К.О. Інтеграція послуг із захисту ментального здоров'я у діяльність закладів первинної медичної допомоги: стратегії та досвід (2025). *Успіхи і досягнення в науці*. №7 (17). 2025. С.678-689.  
[https://doi.org/10.52058/3041-1254-2025-7\(17\)-678-689](https://doi.org/10.52058/3041-1254-2025-7(17)-678-689)

80. Кондратьєва І.М. Міжнародна допомога на відбудову «первинки» в територіальних громадах України. «Наукова весна» 2024: матеріали XIV

Міжнародної науково-технічної конференції аспірантів та молодих вчених, Дніпро, 27–29 березня 2024 року / Національний технічний університет «Дніпровська політехніка» – Дніпро : НТУ «ДП», 2024. 445 с. (авт. С. 291).

[https://rmv.nmu.org.ua/ua/arkhiv-zbirok-konferentsiy/naukova-vesna-2024/Scientific\\_Spring\\_2024.pdf](https://rmv.nmu.org.ua/ua/arkhiv-zbirok-konferentsiy/naukova-vesna-2024/Scientific_Spring_2024.pdf)

81. Кондратьєва І.М. Публічне управління у сфері охорони здоров'я на засадах євроінтеграційної комплементарності. Публічне управління в Україні: історичний досвід та перспективи розвитку : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (Київ, 20 лют. 2024 р.) / за заг. ред. Л. Г. Комахи, Н. М. Корчак, Л. В. Гонюкової. Київ: Навчально-науковий інститут публічного управління та державної служби Київського національного університету імені Тараса Шевченка, 2024. 294 с. (авт. С. 123-124).

<https://ipacs.knu.ua/pages/osn/2/news/2091/files/498c572d-c229-48d4-b090-f02ea2824af1.pdf>

82. МОЗ: В областях, де медична інфраструктура найбільш пошкоджена, будуватимуть модульні лікарні.URL:

<https://www.kmu.gov.ua/news/moz-v-oblastiakh-de-medychna-infrastruktura-naibilsh-poshkodzhena-buduvatymut-modulni-likarni>

## РОЗДІЛ 3

### ІНТЕГРОВАНІЙ ПІДХІД ДО РОЗВИТКУ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ СІЛЬСЬКИХ ТЕРИТОРІЙ: ПУБЛІЧНО-УПРАВЛІНСЬКІ ІМПЛІКАЦІЇ

#### **3.1. Концептуальні підходи до впровадження інтегрованої моделі медичних послуг у сільських громадах**

Стійкість, ефективність та цілісність національних систем охорони здоров'я виступає запорукою подовження тривалості життя та працездатності населення, що виступає чинником формування сталого соціально-економічного розвитку країн [40]. В сучасних реаліях України захист національного здоров'я громадян відіграє центральну роль у відбудові та відновленні не тільки галузі вітчизняної економіки, але й розбудові нової моделі публічного управління та адміністрування медичної системи, а особливо медичної системи, яка функціонує в населених пунктах сільських територій. Разом з тим, відновлення не може концентруватись виключно на національному досвіді застосування інфраструктурних і технологічних компонентах медичної сфери, а насамперед, публічноуправлінська діяльність у цій сфері повинна враховувати кращі зразки зарубіжного, а пріоритетно для української держави – європейського досвіду управління мережею медичних установ в сільській місцевості [1; 2]. Тож розглянемо спочатку ці аспекти.

Від ескалації збройного конфлікту росії проти України на початку 2022 року багато країн Європейського регіону прийняли мільйони українських біженців, що стали жертвами війни. В зарубіжних країнах знайшли тимчасовий прихисток близько 7 млн українців, переважно це жінки, діти та молодь. Такі дані наводить Міжнародна організація з міграції (МОМ). Тож важко підрахувати наслідкові економічні втрати цих країн, які не були прямими учасниками збройного конфлікту, але змушені були надати житло та їжу одночасно значній кількості переселенців. Практично всі зарубіжні країни надавали українцям грошові соціальні виплати, сприяли їх працевлаштуванню, забезпечували

місцями в закладах освіти, організовували надання медичної допомоги та психологічної підтримки.

Саме тому, говорячи про національний тягар війни в її соціальному вимірі, можемо впевнено сказати, що сфера охорони здоров'я зазнала чи не найбільших втрат. Тиск на медичну інфраструктуру за роки війни був неймовірно значним, адже війна почалась та продовжувалась майже рік в умовах пандемічної кризи. А це означає, що, з одного боку, медичний персонал лікарень продовжував лікувати найтяжчих пацієнтів з COVID-19 у спеціально перепрофільованих відділеннях, а з іншого боку – менеджмент медичних установ повинен був у надзвичайно короткий термін трансформувати всі цивільні лікарні під потреби фронту для лікування поранених військовослужбовців та цивільних громадян, які зазнали військових поранень.

Наступний чинник, який значно ускладнював організацію управління системою охорони здоров'я, це дефіцит медичних кадрів. Адже у лютому 2022 року багато лікарів та середнього медичного персоналу у 2022 році пішли до лав ЗСУ, а також певна кількість медпрацівників була змушена виїхати за межі України чи переїхати до більш безпечних регіонів під час евакуації медичних закладів, в яких вони працювали.

Окрім вже названих, перед національною системою охорони здоров'я постало ще велика кількість проблем, розв'язання яких знаходилося у площині публічноуправлінської сфери. Але стійкість вітчизняної системи охорони здоров'я, окрім чинників внутрішньої взаємодії, значною мірою забезпечувала й міжнародна співпраця та міжнародна підтримка. Тож розглянемо найбільш дійові з цих інструментів, зокрема ті, що засновані на інтеграційному підході [3-5].

Так, у квітні 2022 року, за ініціативи Європейської Комісії був створений спеціальний майданчик солідарності під назвою «Платформа Європейської політики в галузі охорони здоров'я». Мета діяльності цієї платформи створити простір для підтримку або забезпечення координації діяльності зацікавлених сторін в межах ЄС для надання медичної допомоги переміщеним з України

пацієнтам та медичним працівникам. У липні того ж року Україна долучилась до програми EU4Health. Цей крок забезпечив українській державі доступ до фінансування проєктів у межах цієї програми на таких же умовах, як і для країн-членів ЄС та інших асоційованих учасників програми (Ісландія, Норвегія, Молдова). Завдяки функціонуванню системи медичної евакуації «ЄС–MEDEVAC» за період війни з України було евакуйовано 2250 тяжкохворих пацієнтів, які продовжили процес лікування та реабілітації. В рамках цієї програми українських пацієнтів прийняли понад 20 країн Європейського Союзу/Європейської Економічної Зони. Європейська солідарність та підтримка вітчизняної системи охорони здоров'я триває й до нині. Так Європейська Комісія та МОЗ України уклади додаткову Угоду про співпрацю за такими актуальними напрямками:

- повернення пацієнтів до України та зміцнення системи реабілітації;
- активізація роботи України з рідкісними захворюваннями;
- пролонгація Угоди про фінансування через Програму EU4Health;
- програми зміцнення психічного здоров'я;
- доступ до медичної допомоги та задоволення медичних потреб біженців.

Зміст останнього напрямку є дуже актуальним напрямком співпраці для української держави. Адже сьогодні, за межами нашої країни все ще перебуває близько 4 млн осіб, які користуються правом тимчасового захисту у державах-членах ЄС. В рамках реалізації прийнятої Угоди держави-члени ЄС будуть сприяти розширенню здатності українських біженців орієнтуватися у своїх медичних послугах. Стосовно ж медичних працівників з України, які тимчасово перебувають в країнах ЄС, держави-члени повинні вживати заходи щодо інтеграції переміщених осіб-професіоналів з України в національний сектор системи охорони здоров'я. Такий підхід значно розширить доступ біженцям з України до послуг імунізації, інформації про громадське здоров'я та ін.

Серед довгострокової перспективи співпраці України та країн ЄС/ЄЄЗ у сфері охорони здоров'я пріоритетами визначено такі напрямки:

- фармацевтична стратегія для Європи;
- цифрове здоров'я;
- стійкість до транскордонних загроз для здоров'я;
- Європейський план подолання раку.

Тож як бачимо, активна співпраця між Україною та країнами ЄС у сфері охорони здоров'я триває та має гарні перспективи на майбутнє.

Поглиблюючи євроінтеграційний рух української держави важливо враховувати людський капітал, який виступає невід'ємною частиною соціально-економічного розвитку та стійкості держави. Складність умов сьогодення доводить, що збереження та відновлення здоров'я нації дозволяє зменшити навантаження на медичну систему, що стає ключовим чинником в умовах обмежених трудових і фінансових резервів.

В даному аспекті інтегровану модель медичного обслуговування варто розглядати як інноваційний формат організації первинної медичної допомоги, орієнтований на тісну координацію між медичними, соціальними, психосоціальними та адміністративними структурами (службами).

Поняття «інтегрована медична допомога» (ІМД) етимологічно походить від латинського слова «integer» - «ціле». Основною метою інтегрованої медичної допомоги є забезпечення безперервності, узгодженості та комплексності надання медичних послуг, орієнтованих на потреби пацієнта, з урахуванням міжгалузевої взаємодії, багаторівневої координації ресурсів та ефективного управління у межах системи охорони здоров'я, що особливо актуально в умовах обмежених ресурсів і необхідності підвищення результативності медичної сфери.

Відповідно до визначення ВООЗ, інтегрована система медичної допомоги – це системно-концептуальний підхід до надання медичної допомоги, котрий покликаний забезпечувати координованість роботи окремих постачальників медичного сервісу задля досягнення соціально-економічної ефективності, оптимізації якості обслуговування та поступального підвищення рівня споживачів та надавачів такої допомоги [20, с. 34-35; 63].

З позиції Макаріхіна А., Гарасюк В. [36], одним із найбільш пріоритетних для нашої країни завдань є збереження ресурсів, раціональне їх використання та відновлення. Відповідно, для збереження та відновлення людських ресурсів підтримка пацієнта на його шляху до отримання якісної та безоплатної медичної послуги має стати однією з постійних практик у громадах, особливо сільських.

У науковому доробку О.М. Торбаса [50] обґрунтовано необхідність пошуку шляхів підвищення ефективності організації діяльності територіальних громад та пошуку рішень щодо розвитку соціальної функції діяльності органів місцевого самоврядування в галузі охорони здоров'я. автором окреслено необхідність еволюції від інтегрованої моделі управління та фінансування медичної галузі до функціоналу споживачів медичних послуг відповідно до базових потреб територіальних громад.

З позиції М.В. Юкало, інтегрована мережа медичного обслуговування являє собою складну систему, що об'єднує первинну, спеціалізовану та реабілітаційну допомогу і координує роботу медичних закладів й фахівців у єдину об'єднану структуру для забезпечення безперервності та доступності медичного обслуговування. В основі інтегрованої моделі лежить ефективна співпраця між усіма ланками медичного обслуговування, раціональне використання ресурсів та запровадження сучасних інформаційно-цифрових технологій для обміну даними. Інтегрована мережева модель спрямована на зменшення фрагментації послуг, уникнення дублювання та забезпечення комплексного медичного сервісу пацієнтів на всіх етапах лікування [53, с. 104-115]. Схожу позицію висловлюють і зарубіжні науковці [59; 60; 62; 64; 67].

У науковому дискурсі також фігурує «модель континуального догляду», котра базується на інтегрованому підході до медичного обслуговування. Модель заснована на наданні послуг протягом усього життя пацієнта, включаючи запобігання захворюванням, лікування та підтримку здоров'я. Фокусом континуальної моделі є попередження захворювань та постійна підтримка загального здоров'я, координація медичної допомоги між різними рівнями

системи охорони здоров'я, а також забезпечення послуг психічного та соціального догляду.

Інтегрована модель континуального догляду дозволяє забезпечити координування діагностики та лікування між різними рівнями системи охорони здоров'я, вона фокусується на попередженні захворювань та підтримці загального здоров'я населення (пацієнтів), якісне забезпечення послуг соціально-психологічної підтримки у поєднанні із медичною допомогою [25; 38]. Однак, недоліком вказаної моделі є складність координації, оскільки інтеграція послуг може бути складною та потребувати значних зусиль та ресурсного забезпечення, а також потребує значного фінансування через високий рівень витрат на реалізацію інтегрованої моделі. Також існують обмеження щодо можливості доступу до комплексних послуг окремим категорій пацієнтів [17].

Колектив авторів В. М. Лехан, Л. О. Гриценко в контексті дослідження «Інтегрована модель надання медичної допомоги хворим з захворюваннями, що піддаються амбулаторному лікуванню» запропонували інтегровану модель надання медичної допомоги, центральне місце в якій відводиться заходам із забезпечення безперервності (континууму) медичної допомоги. Модель передбачає горизонтальну та вертикальну інтеграцію медичного забезпечення. В межах горизонтальної інтеграції здійснюється підтримка пов'язаності (linking) етапів медичної допомоги на рівні первинної допомоги. В свою чергу вертикальна інтеграція передбачає наявність двостороннього зв'язку між первинним і вторинним рівнями допомоги. Інструментами інтеграції є клінічні протоколи та механізми моніторингу проходження пацієнтами етапів медичної допомоги [34].

Більшість наукових, прикладних та практичних підходів зводиться до того, що інтегрований підхід до медичного обслуговування у сільських громадах спроможний допомогти покращити інфраструктуру охорони здоров'я, зокрема: відновити зруйновану інфраструктуру медичних закладів, забезпечити доступність медичних послуг, розширити мережевість мобільних медичних

бригад і онлайн-медицини для надання вчасної і якісної допомоги у територіально віддалених та постраждалих регіонах.

Інтегрована модель надання медичної допомоги потребує затвердженої офіційної стратегії на загальнодержавному рівні, яка забезпечила би узгодженість основних видів медичної допомоги, забезпечила б доступність інтегрованих медичних і соціальних послуг для населення віддалених територій та вразливих категорій населення із врахуванням комплексного ресурсного потенціалу окремих територій.

Інтегрований підхід до медичного забезпечення місцевих громад покликаний створити більш цілісну систему, яка задовольняє потреби населення, сприяє оптимізації використання ресурсів та довгостроковій стійкості системи охорони здоров'я на рівня місцевих громад. Розробка та впровадження інтегрованих систем медичного обслуговування дозволяє забезпечити синергію ресурсів різних секторів, спрямовану на досягнення спільних цілей у галузі охорони здоров'я. даний аспект актуалізується в контексті розвитку сільських територій, де міжсекторальна інтеграція дозволяє підвищити доступність, якість та ефективність медичного обслуговування.

Практичне запровадження інтегрованої моделі медичних послуг у сільських громадах знаходиться під впливом чинників керованого та некерованого характеру, котрі в кінцевому результаті визначають ефективність функціонування такої системи.

Далі вважаємо за доцільне презентувати авторську класифікацію чинників впровадження інтегрованої моделі медичних послуг у сільських громадах, розподілених за ступенем керованості. Зокрема, деталізація сутності чинників впровадження інтегрованої моделі медичних послуг у сільських громадах в залежності від їх розподілу на дві групи (керовані чинники та некеровані чинники) надано на рис. 3.1.



**Рис. 3.1. Типологізація чинників впровадження інтегрованої моделі медичних послуг у сільських громадах.** Джерело: розроблено автором

В контексті дослідження чинників впровадження інтегрованої моделі медичних послуг у сільських громадах варто акцентувати увагу на ключових їх проявах:

– динамічність військової агресії Російської Федерації, яка відзначається руйнуванням медичних закладів, зростанням внутрішньо переміщених осіб, потребою у релокації закладів охорони здоров'я та їх структурних одиниць, недофінансування бюджетів органів місцевого самоврядування;

- реформування медичної галузі, децентралізація, трансформація територіально-адміністративної організації з подальшою передачею права власності на ЗОЗ органам місцевого адміністрування;

- курс на концентрацію спеціалізованої медичної допомоги в контексті прийняття Закону України 2347-ІХ «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 01.07.2022 року [21], котрий передбачає створення спеціалізованих госпітальних округів за кластерним принципом, уніфікацію та уніфікацію медичних закладів;

- зосередження державних програм та заходів на розвитку, відновленні та забезпеченні конкурентоспроможності державних медичних закладів;

- розбудова державної системи первинної медико-санітарної допомоги, як фундаментального елементу медичної інтеграції, що передбачає посилення ролі сімейної медицини як координаційного центру медичної допомоги;

- посилення ролі міжсекторальної взаємодії, що включає координацію зусиль між медичними, соціальними, освітніми та іншими державними та приватними інституціями.

Таким чином, координація взаємодії між медичним, соціальним та інфраструктурним секторами виступає визначальним чинником у забезпеченні безперервності, узгодженості та належної якості надання послуг, спрямованих на збереження життя та зміцнення здоров'я населення. Впровадження інтегрованих мереж медичного обслуговування дозволяє покращити якість медичних послуг, забезпечити комплексність підходу до охорони здоров'я, врахувати вплив соціальних, економічних та екологічних факторів, що в кінцевому результаті формують стан здоров'я населення місцевих громад, сприяють створенню стійких та ефективних систем охорони здоров'я [3-5].

Вважаємо, що інтегрована модель медичного обслуговування (ІМД) - це система, яка об'єднує різні рівні та види медичної допомоги в єдину мережу з метою забезпечення безперервності та координації медичного обслуговування на основі створення узгоджених та цілісних підходів у наданні медичних послуг, рис. 3.2.



**Рис. 3.2. Концептуальна модель інтеграції медичних послуг у сільських громадах.** Джерело: розроблено автором

Доречно акцентувати, що ключовими принципами функціонування інтегрованої моделі медичного обслуговування є безперервність та наступність надання медичних послуг, переорієнтація на потреби та запити пацієнтів, ефективна міжгалузева взаємодія, запровадження єдиної інформаційної системи обміну даними, ефективне управління ресурсним забезпеченням (фінансове, кадрове, матеріально-технічне), підвищення доступності та якості медичного обслуговування, інвестування в розбудову системи первинної медико-санітарної допомоги як базового елемента інтеграції. Авторський погляд щодо сутності базових елементів (складників) побудови інтегрованої моделі медичного обслуговування населення надано на рис. 3.3.

Створення та імплементація вітчизняної інтегрованої моделі медичних послуг у сільських громадах має базуватись на ключових принципах такої інтеграції, що включають, перш за все, пацієнтоорієнтованість, доступність,

міжгалузеву координацію, міждисциплінарність, децентралізований підхід в управлінні та партисипативність.



**Рис. 3.3. Базові елементи (складники) побудови інтегрованої моделі медичного обслуговування.** Джерело: розроблено автором

У процесі формування та запровадження інтегрованої системи медичних послуг принципи відіграють методологічну, концептуальну та практичну роль, визначають напрями, логіку та механізми її побудови, забезпечуючи цілісність, ефективність та адаптивність такої системи до потреб конкретної територіальної громади. Для всіх без виключення територіальних громад України, а їх близько 1,5 тисячі, особливого значення використання інтегрованого підходу набуває в умовах воєнного часу. Саме у такий час спроможні громади [6] розбудовують систему надання публічних послуг на засадах інтегрованого підходу. Сьогодні на рівні громад активно формується мережа спроможних медичних закладів на засадах інтегрованого підходу.

Інтегрований підхід в управлінні охороною здоров'я є системним методом, орієнтованим на об'єднання різних аспектів охорони здоров'я для досягнення найкращих результатів та покращення загального стану здоров'я населення [7]. Цей підхід передбачає інтеграцію різних служб, груп професіоналів, різних суміжних галузей та секторів, щоб створити більш якісну та доступну охорону здоров'я. Ключовими аспектами інтегрованого підходу в управлінні сферою охорони здоров'я є такі:

- *системність*. Інтегративний підхід розглядає охорону здоров'я як частину широкої соціальної системи, включаючи медичні послуги, громадське здоров'я, соціальні послуги, економічні та навколишні умови;
- *комплексність*. Забезпечення різнобічного та комплексного догляду з огляду на фізичне, психологічне, соціальне та економічне благополуччя пацієнтів;
- *координація та співробітництво*. Сприяння співпраці різних установ та професійних груп для спільного вирішення завдань щодо покращення здоров'я;
- *пацієнтоорієнтовність*. Облік потреб та переваг пацієнтів при розробці та наданні медичних послуг;
- *профілактична спрямованість та раннє виявлення відхилень у стані здоров'я*. Приділення особливої уваги профілактиці захворювань та їх ранньому виявленню для запобігання хронічним захворюванням, поліпшенню прогнозу лікування;
- *використання інформаційних технологій*. Застосування сучасних технологій для покращення доступності та ефективності медичних послуг, у тому числі електронної медичної документації, телемедицини та інших;
- *соціальна інтеграція*. Зв'язування медичних послуг із соціальними службами, освітою, працевлаштуванням та іншими аспектами соціального розвитку для покращення загального здоров'я населення;

- *фінансова стабільність.* Забезпечення стійкості фінансування системи охорони здоров'я та ефективного витрачання ресурсів для досягнення найкращих результатів;
- *навчання та розвиток кадрів.* Підвищення кваліфікації медичного персоналу, розвиток їх навичок з урахуванням нових методів та технологій у охороні здоров'я;
- *адаптація до культурних особливостей.* Облік культурних, етнічних та соціальних особливостей населення при розробці та впровадженні медичних програм та послуг.

Таким чином, використання інтегрованого підходу в управлінні охороною здоров'я допомагає покращити якість медичної допомоги, підвищити доступність послуг та забезпечити більш ефективне управління охороною здоров'я на рівні територіальної громади. Адже питома вага медичних послуг «первинки» в загальній структурі медичної допомоги складає майже 80%. А це означає, що на загальнонаціональному рівні змінились абсолютно всі механізми державного управління сферою охорони здоров'я – від політичного механізму, яким проголошуються політичні наміри керівництва держави до упровадження системних змін у медичній сфері, і до фінансово-економічного, правового, організаційно-адміністративного та соціального механізмів [7].

Широкомасштабна інституалізація нових суспільних відносин у сфері управління охороною здоров'я відбувалась та продовжує й надалі поглиблюватись на основі євроінтеграційного підходу. Його базис формують стандарти, закони, настанови та рекомендації відповідності вітчизняних підходів кращим усталеним зразкам європейських практик врядування у сфері охорони здоров'я. Тож перелічимо основні напрямки євроінтеграційної кореляції в системі публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я.

*Гармонізація законодавчої бази (1).* Процес європейської інтеграції у сфері охорони здоров'я вимагає належної відповідності (гармонізації) національного законодавства та законодавства ЄС. Це може передбачати розробку нового законодавства або зміну існуючого законодавства відповідно до стандартів

охорони здоров'я ЄС шляхом прийняття низки необхідних законів чи інших підзаконних актів.

*Розробка та прийняття на національному рівні стандартів якості та безпеки у сфері охорони здоров'я (2).* Українська мережа медичних установ повинна відповідати стандартам якості та безпеки, встановленим країнами-членами ЄС, а саме : стандарти надання медичних послуг, якість та безпека фармацевтичних препаратів і медичних приладів.

*Створення та розвиток інституцій публічного управління та адміністрування у галузі охорони здоров'я (3).* Це передбачає розвиток закладів охорони здоров'я та органів влади, здатних ефективно впроваджувати галузеву політику та стратегії відповідно до європейських стандартів і норм, а також розвиток інститутів лікарського та медсестринського самоврядування, наглядових рад як громадської форми управління медичними підприємствами, розвиток конкурентного ринку медичних послуг та зміцнення питомої ваги сектору приватних медичних послуг на рівні країн ЄС – не менше 30-49%.

*Участь у програмах та проектах ЄС.* Цей напрям передбачає активну участь у фінансованих ЄС програмах і проектах, спрямованих на розвиток і модернізацію систем охорони здоров'я, а також обмін досвідом і передачу знань між фахівцями з країн ЄС та України. Так, Німецьке товариство міжнародного співробітництва (GIZ) від імені Федерального міністерства економічного співробітництва та розвитку разом з Європейським Союзом реалізувало у 2022-2024 рр. Проєкт будівництва модульних клініко-діагностичних центрів у Дніпропетровській, Запорізькій, Львівській, Миколаївській, Сумській та Чернігівській областях [8].

*Розробка стратегій і планів розвитку галузі.* Розробка стратегій, планів дій та програм подальшого реформування національної системи охорони здоров'я, які спрямовані на вдосконалення систем охорони здоров'я відповідно до вимог та цілей, встановлених у рамках європейської інтеграції.

*Моніторинг та оцінка результатів ефективності медичної реформи.* Періодичне проведення профільним міністерством та урядом України оцінки

ефективності медичної реформи та оцінка їх відповідності євроінтеграційним цілям, прописаним в Угоді про Асоціацію [9].

Тож для країн, які прагнуть європейської інтеграції в галузі охорони здоров'я, такий шлях допомагає суттєво наблизити національні системи охорони здоров'я до стандартів і норм, прийнятих у державах-членах ЄС.

Конфігурація інтегрованої моделі медичного обслуговування сільських громад потребує зваженого підходу, що враховує особливості окремих верств населення, територіальні відмінності та фінансову спроможність адміністративно-територіальних утворень. Деталізований огляд принципів представлено в табл. 3.1:

Таблиця 3.1

### Принципи побудови інтегрованої моделі медичного обслуговування

Принципи	Характеристика принципів
Пацієнто-орієнтованість (концентрація на пацієнтах та їх потребах)	Пацієнто-орієнтований підхід виступає фундаментальним принципом інтегрованої моделі, котрий базується на врахуванні персональних потреб, очікувань та преференцій пацієнтів у процесі надання медичних послуг. Організація медичної допомоги концентрується на забезпеченні добробуту людини, як центрального об'єкту медичного обслуговування. Пацієнто-орієнтована система сприяє формуванню довіри до закладів охорони здоров'я, підвищенню рівня задоволеності послугами та залученості громадян до прийняття рішень щодо власного здоров'я.
Доступність медичного обслуговування	Доступ населення до якісного медичного обслуговування в межах ІМД передбачає можливість своєчасного, рівноправного й безперешкодного отримання якісної допомоги незалежно від соціального статусу, місця проживання або фінансової спроможності. У контексті сільських громад, це передбачає не лише фізичну наявність профільних медичних закладів, але й забезпечення транспортної логістики, розширення цифрових технологій (телемедицина).
Міжгалузєва координація	Принцип передбачає узгодженість діяльності структур, що функціонують в системі галузі охорони здоров'я, соціального захисту, освіти, екології, транспорту тощо. Такий підхід сприяє комплексному вирішенню проблем здоров'я, оскільки останні часто мають мультифакторний характер і виходять за межі виключно медичного впливу. Залучення різних галузей дозволяє сформулювати цілісну політику підтримки здоров'я на місцевому рівні, сприяє більш ефективному використанню ресурсів і формуванню стійкої системи.

Міждисциплінарність інтегрованих медичних систем	Мультидисциплінарний принцип передбачає синергетичний підхід та ефективну взаємодію профільних фахівців медичного та немедичного спрямування – лікарів, середнього медичного персоналу, працівників соціального профілю, психологів, фармацевтичних фахівців тощо. Метою цієї взаємодії є забезпечення скоординованої, комплексної та безперервної допомоги пацієнтам, своєчасне виявлення супутніх проблем і узгоджене прийняття клінічних рішень. У сільських громадах міждисциплінарність також є запорукою ефективного використання обмежених ресурсів через розподіл функціонального навантаження.
Децентралізований підхід в системі ІМД	Децентралізація управління охороною здоров'я на рівні місцевих громад сприяє гнучкості, оперативності та адаптивності реагуванню на локальні потреби населення. Передача повноважень у сфері фінансування, кадрової політики, планування й реалізації програм на рівень територіальних громад дозволяє враховувати регіональні особливості та забезпечити більш ефективного використання наявних ресурсів. Даний принцип розширює зони відповідальності місцевих адміністрацій за стан системи охорони здоров'я та формує умови для зростання її спроможності.
Партисипативність в системі ІМД	Партисипативність у процесі впровадження інтегрованої системи медичного обслуговування проявляється через залучення стейкхолдерів (зацікавлених сторін) – представників місцевої громади, пацієнтів, медичного персоналу, громадських організацій, місцевої влади до процесу планування, реалізації та моніторингу медичних ініціатив. Такий підхід сприяє формуванню партнерських взаємовідносин, підвищенню прозорості та легітимності прийнятих рішень. Залучення населення до управління сферою охорони здоров'я дозволяє краще враховувати реальні потреби, підвищити рівень довіри до системи та сприяти сталості впровадження змін.

*Джерело: сформовано автором на основі [30; 33; 36; 49; 51]*

В контексті дослідження передумов створення інтегрованої системи медичної допомоги на рівні місцевих громад актуально виокремити основні публічно-управлінські завдання, які стоять перед сімейною медициною, зокрема:

1. забезпечення прозорості та відкритості процесів планування медичного обслуговування для населення територіальних громад, пошук джерел фінансування, потенційних інвесторів та інших зацікавлених сторін;
2. підвищення якості медичних послуг та забезпечення рівності доступу до медичного обслуговування шляхом запровадження сучасних інструментів просторового планування, транспортної мобільності, інклюзивності громадського простору для різних категорій населення, збалансування

міграційних процесів та забезпечення гармонійного розселення мешканців у адміністративно-територіальних одиницях України;

3. координація надання медичних послуг первинного рівня із вторинною та іншими ланками медичної допомоги в межах єдиного медичного простору територіальних громади;

4. забезпечення ефективного кадрового планування та професійного розвитку сімейної медицини, зокрема через впровадження системи безперервної медичної освіти, менторства та підвищення кваліфікації лікарів місцевих громад;

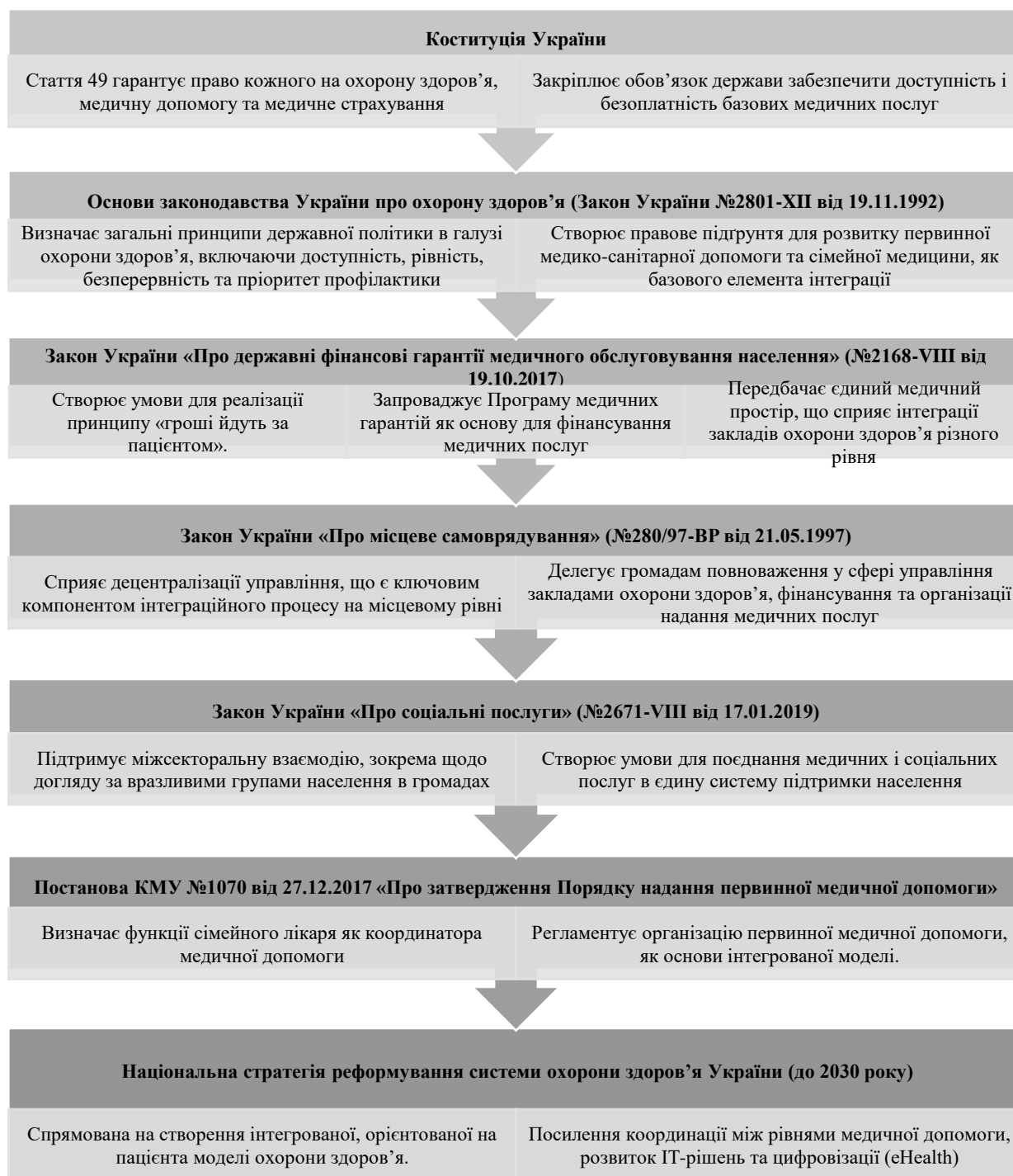
5. оптимізація та удосконалення управлінських механізмів діяльності центрів первинної медико-санітарної допомоги через використання інструментів стратегічного планування, бюджетування, моніторингу ефективності та впровадження інноваційних управлінських моделей;

6. розширення функціоналу сімейної медицини сільських громад шляхом інтеграції профілактичних, соціально-медичних та реабілітаційних компонентів у практику надання послуг.

Побудова та запровадження інтегрованої моделі медичного обслуговування в сільських громадах потребує відповідного нормативно-законодавчого підґрунтя, що охоплює як загальні принципи охорони здоров'я, так і конкретні інструменти реформування медичної системи, включаючи процеси децентралізації, фінансового забезпечення, розвиток первинної медичної допомоги та міжгалузеву інтеграцію (див. рис. 3.4).

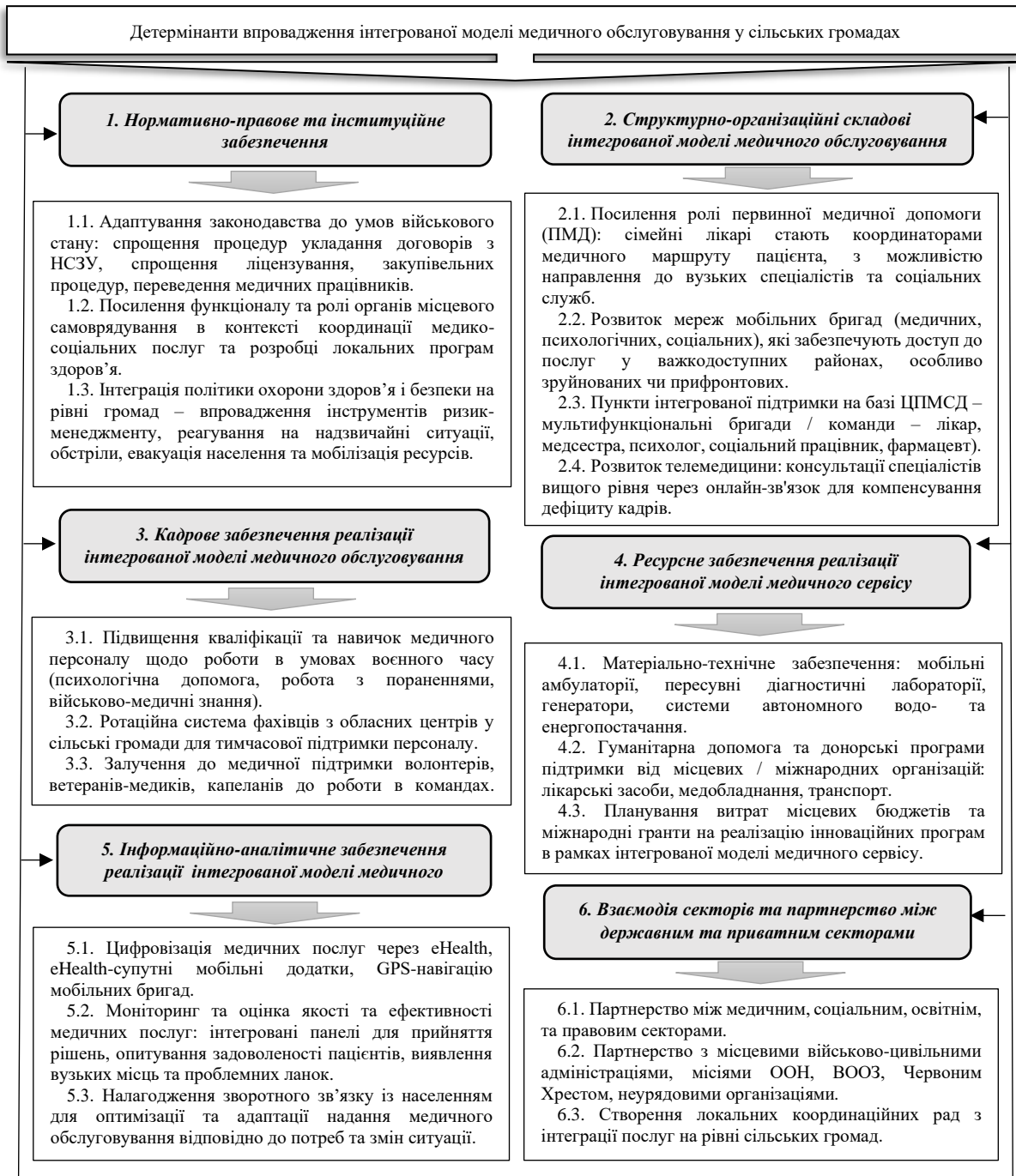
Разом з тим, національна система охорони здоров'я та поточний стан громадського здоров'я населення країни залишаються неузгодженими з іншими державними політиками, що призводить до фокусування на подоланні наслідків замість використання превентивних заходів. Відповідно впровадження інтегрованої моделі медичних послуг у сільських громадах потребує зваженого підходу та розробки адаптивних заходів з урахуванням умов функціонування національної медичної системи. В умовах повномасштабної військової агресії російської федерації проти України впровадження інтегрованої моделі

медичного обслуговування у сільських громадах є складним, проте вкрай актуальним завданням.



**Рис. 3.4. Нормативно-правове підґрунтя впровадження інтегрованої моделі медичних послуг у сільських громадах.** Джерело: сформовано автором на основі [22; 23; 42; 48 ]

Важливо акцентувати, що інтегрована модель медичних послуг передбачає координацію і ефективну взаємодію різних векторів медичної допомоги, соціально-психологічних структур, органів місцевих адміністрацій та неурядових організацій задля забезпечення безперервної, доступної, якісної медичної допомоги населенню у сільській місцевості (рис.3.5).



**Рис. 3.5. Критично-важливі складові впровадження інтегрованої моделі медичного обслуговування населення у сільських громадах. Джерело: розроблено автором**

Як видно із рис.3.5 дієва модель медичного сервісу передбачає нормативно-правове та інституційне забезпечення, структурно-організаційні аспекти, кадрове, ресурсне, інформаційне забезпечення, орієнтацію на персоналізоване медичне обслуговування та ефективну взаємодію з центральними органами виконавчої влади, громадами та іншими стейкхолдерами [41].

Важливим аспектом виступає координування логістичних маршрутів пацієнтів та взаємодія між закладами охорони здоров'я для забезпечення доступу до якісної медичної, психологічної допомог

Процес запровадження інтегрованої моделі медичних послуг, орієнтованої на потреби місцевих громад, який схематично представлений на рис. 3.5, потребує об'єднання зусиль для розвитку первинної медичної допомоги, системи реабілітаційної підтримки, психічного здоров'я та медико-соціального забезпечення. Тож ми переконані, що функціонал інтегрованої моделі медичного сервісу передбачає комплексну взаємодію між рівнями медичної допомоги, місцевими громадами, обласними радами та міськими агломераціями, де розміщені спеціалізовані медичні заклади.

Кінцева мета ефективного впровадження інтегрованої моделі медичних послуг у сільських громадах лежить у площині забезпечення неперервності та доступності медичних послуг сільських територій, підвищення рівня довіри населення до медичної системи та місцевих органів управління, зниженні медико-соціальних ризиків, пов'язаних із переміщенням населення, травматизацією, хронічними захворюваннями, зміцненням стійкості громад до зовнішніх викликів через мультисекторальну інтеграцію тощо.

Вітчизняні територіальні громади, незалежно від їх розміру, розташування, розміру фінансового забезпечення та підтримки з боку держави стикаються із викликами різного характеру щодо організації медичного обслуговування населення в умовах повномасштабної війни. Впровадження інтегрованої моделі медичних послуг у сільських громадах стикається із значною кількістю проблем системного, організаційно-управлінського та фінансового

характеру (рис. 3.6). Про це зазначають і вітчизняні, і зарубіжні дослідники [56; 61; 65; 66].

В контексті вивчення проблемних ланок впровадження інтегрованої моделі медичного обслуговування населення у сільських громадах варто згадати про ризик скорочень / звільнень медичного персоналу у зв'язку із запровадженням практики нульового коефіцієнта в умовах вже існуючих бар'єрів доступу до послуг з охорони здоров'я сільських громад. Через географічну ізольованість окремих регіонів у пацієнтів відсутня можливість звертатися до лікаря.



**Рис. 3.6. Перелік проблем та викликів впровадження інтегрованої моделі медичних послуг у сільських громадах**

*Джерело: розроблено автором на основі [56; 61; 65; 66]*

У випадку відсутності звернень – застосовується нульовий коефіцієнт і НСЗУ не фінансує такий заклад. Відсутність фінансування та застосування нульового коефіцієнта призводить до руйнування системи охорони здоров'я у

сільській місцевості. В свою чергу низький рівень кадрового забезпечення не дає можливості забезпечити сільське населення доступною та якісною як первинною так і спеціалізованою медичною допомогою.

У науковій площині проблема ефективності впровадження інтегрованої моделі медичного обслуговування населення у сільських громадах потребує інтеграції функціоналу й взаємозамінності окремих елементів медичного обслуговування, котра дозволяла пацієнтам отримувати усі або визначені компоненти комплексної медичної послуги в рамках стандартної діяльності медичних закладів. Вказаний підхід відповідає сучасним концепціям системної організації надання медичної допомоги, орієнтованої на потреби людини та безперервність лікувального процесу.

Продовження реформування охорони здоров'я в Україні підкреслює важливість інтеграції на різних рівнях управління для досягнення ключових цілей – забезпечення доступності, якості та рівності медичних послуг. Упродовж усього періоду становлення національної моделі охорони здоров'я держава адаптувала свої підходи до нових соціальних та економічних умов, наголошуючи на публічному управлінні як інструменті збалансування інтересів громадян, органів місцевого самоврядування та центральної влади.

Таким чином, інтегрований підхід до трансформації системи сімейної медицини сільських територій передбачає системне поєднання медичних, соціальних, управлінських та інфраструктурних складових і має бути орієнтований на підвищення доступності, ефективності та сталості первинної медичної допомоги в умовах зовнішніх викликів та обмеженості ресурсів. Особливо гострим дане питання є для сільської місцевості, де продовжують зберігатися суттєві диспропорції в забезпеченні медичним персоналом, відсутня належна матеріально-технічна база та транспортно-логістична доступність. Забезпечення комплексного та пацієнтоцентричного формату надання медичних послуг потребує міжгалузевої координації, застосування гнучких організаційно-управлінських моделей, а також активного залучення громад до процесів ухвалення рішень.

В практичному аспекті актуалізується ефективна організація роботи центрів первинної медико-санітарної допомоги на рівні громад [39]. Зокрема, використання адаптивних моделей організації ПМСД з урахуванням локальних можливостей, потреб та ресурсів, підтримка з боку місцевої влади, партнерство між медичними закладами та місцевими органами самоврядування, гнучкість фінансування місцевих закладів охорони здоров'я, робота над підвищенням якості послуг тощо. В даному аспекті слід виділити досвід окремих вітчизняних громад, котрі вибудовують ефективні моделі надання медичного сервісу населенню сільських територій, зокрема:

1. Центр первинної медико-санітарної допомоги у м. Мукачево Закарпатської області, де за рахунок модернізації та оновлення матеріально-технічної бази, впровадження сучасних інформаційних та інтерактивних технологій створено опорний ЦПМСД, що забезпечує базові потреби населення ОТГ в якісному медичному обслуговуванні.

2. Проект розвитку первинної медичної допомоги Городницької ОТГ Житомирської області, спрямований на підвищення ефективності роботи персоналу КНП, впровадження енергозберігаючих технологій, запровадження елементів громадського здоров'я місцевого населення, покращення якості медичного сервісу, впровадження програмних медичних продуктів, телемедицини, пошук додаткових джерел фінансування закладів охорони здоров'я тощо.

3. КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Байковецької сільської територіальної громади Тернопільської області. До складу центру входять стоматологічний кабінет Амбулаторія ЗПСМ с. Шляхтинці та стоматологічний кабінет Амбулаторія ЗПСМ с. Ступки, кабінет УЗД Амбулаторія ЗПСМ с. Шляхтинці. Населенню доступні послуги лікаря-отоларинголога, сімейних лікарів (на базі КНП «ЦПМСД» Байковецької сільської ради), лікаря кардіолога, психолога, лікаря педіатра, а також лікаря ортопеда-травматолога. Населення громади забезпечене необхідним комплексом

медичної допомоги, пацієнтам доступні медичні послуги первинної та вторинної ланки.

4. Створення та функціонування Центру первинної медико-санітарної допомоги (ЦПСМД) Полицької сільської територіальної громади Рівненської області. У селі Полиці в 2021-2022 роках було відкрито нову амбулаторію сімейної медицини та створено Полицький центр первинної медико-санітарної допомоги із відповідною ліценцією. Наразі в Центрі працює програма доступних ліків і пацієнтам доступні два пакети послуг від НСЗУ: первинна медична допомога, супровід та лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні. До складу центру входять: амбулаторія, 4 фельдшерсько-акушерські пункти, на постійній основі працює 5 лікарів. Окрім того, сімейний лікар амбулаторії здійснює регулярні прийоми у віддалених селах, куди добирається на спеціальному автомобілі, подарованому міжнародними партнерами [54].

Отже, впровадження інтегрованої моделі медичних послуг у сільських громадах передбачає комплексний підхід до надання медичної допомоги, що включає в себе первинну, вторинну та паліативну допомогу, а також реабілітацію, і часто поєднується з соціальними послугами, освітою та іншими видами підтримки. Це дозволяє забезпечити доступність та ефективність медичних послуг для мешканців сільської місцевості, враховуючи їхні потреби та особливості.

### **3.2. Пріоритети публічного управління у сфері підтримки сімейної медицини в період воєнного стану та відбудови**

За умов національної безпекової кризи, спричиненої збройною агресією актуалізуються питання якісного та ефективного публічного управління у сфері підтримки сімейної медицини на рівні територіальних громад. Найбільш гостро постають питання спроможності органів місцевого самоврядування щодо вирішення нагальних соціально-медичних завдань, реалізації виваженої

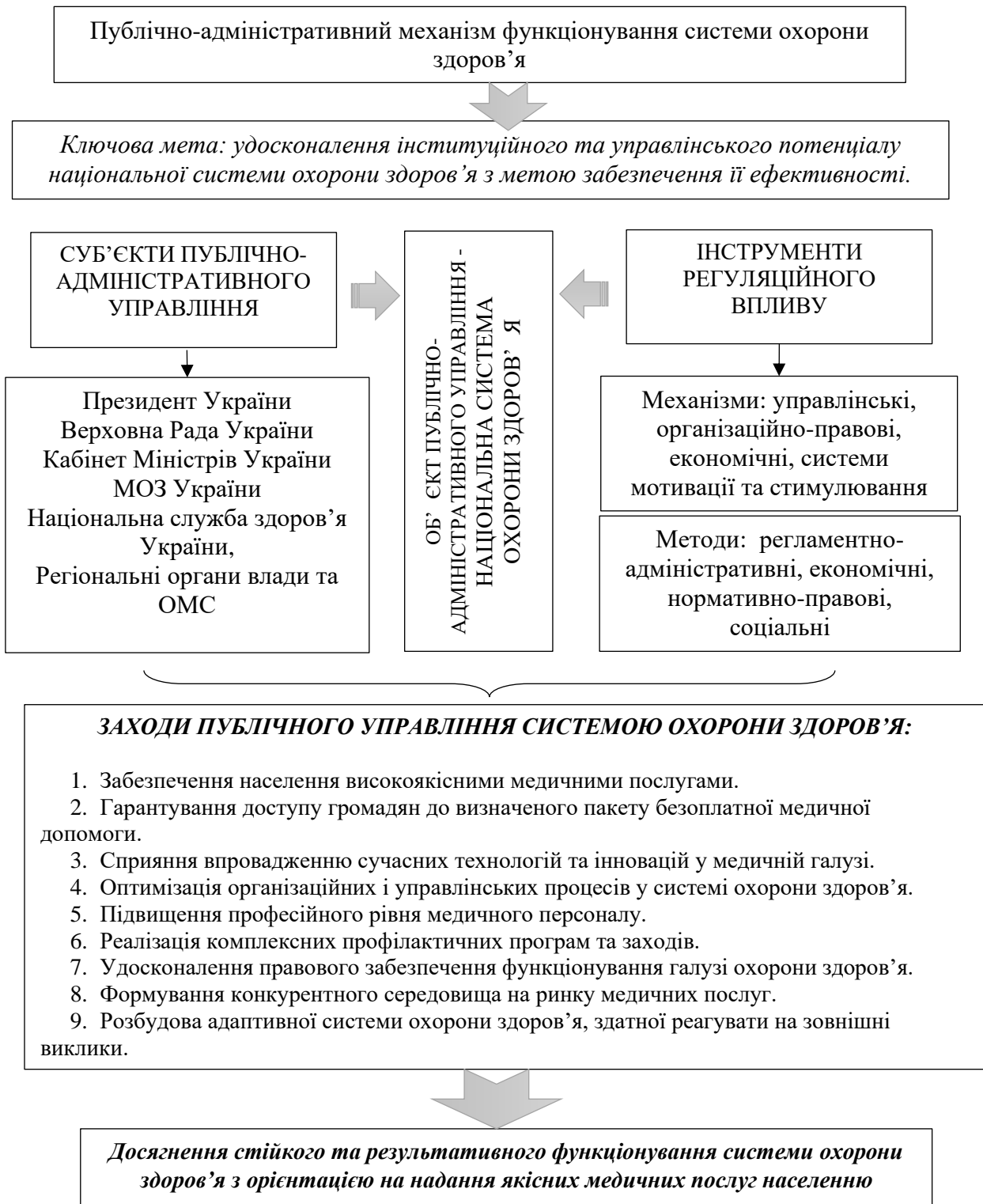
політики розвитку сімейної медицини та первинної медико-санітарної допомоги, застосування інноваційних управлінських підходів до розробки стратегії розвитку територіальної мережі закладів охорони здоров'я [46]. Важливо також розробляти та втілювати в життя цільові програми розвитку охорони здоров'я, застосовувати грантрайтинг в рамках пошуку джерел фінансування медичної галузі та ринкових засад розвитку ОЗ на місцевому рівні [47].

В умовах масштабного військового конфлікту та воєнного стану сімейна медицина виступає ключовим інструментом забезпечення базових потреб громадян у первинній медичній допомозі. Державна публічна політика має бути спрямована на збереження кадрового потенціалу, медичної інфраструктури, а також психоемоційної стійкості працівників медичного профілю.

Механізм публічного управління у сфері підтримки розвитку сімейної медицини в складний період воєнного стану та в поствоєнний період відбудови потребує розробки адаптивної, зваженої політики з боку держави та органів місцевого самоврядування. Вважаємо, що пул механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я забезпечує ефективне функціонування системи через взаємодію економічних, правових, адміністративних та мотиваційних інструментів, що сприяють реалізації державної політики в галузі медицини на національному та регіональному рівнях.

Інтерпретація діючої системи публічного управління у сфері охорони здоров'я представлена на рис. 3.7.

Публічне управління та адміністрування в галузі охорони здоров'я охоплює економічні механізми, що формуються через систему фінансових важелів, спрямованих на раціональне використання ресурсів та забезпечення стійкого функціонування галузі охорони здоров'я. Механізми економічного спрямування включають: систему бюджетного фінансування медичних закладів, державні закупівлі ліків та обладнання, реалізація інструментів державно-приватного партнерства, система страхової медицини, інструменти економічної мотивації і стимулювання медичного персоналу, тарифікація у сфері медичного обслуговування.



**Рис. 3.7. Публічно-адміністративний механізм управління національною системою охорони здоров'я.** Джерело: розроблено автором на основі [13]

Організаційно-правові механізми охоплюють законодавче та нормативно-правове регулювання діяльності закладів охорони здоров'я, ліцензування медичної практики, акредитацію закладів та стандартизацію господарської

діяльності в медичній сфері. Окрім того, в організаційно-правовому полі знаходяться регламентація взаємодії між різними рівнями медичної допомоги, юридично-правові засади автономізації та контрахтування послуг. В загальному вигляді організаційно-правові механізми дозволяють забезпечити інституційну впорядкованість функціонування галузі охорони здоров'я, визначають юридичні та процедурні межі дій суб'єктів управління.

Комплекс управлінських механізмів дозволяє здійснювати стратегічно-оперативне планування у сфері медичного обслуговування, проводити моніторинг і контроль якості надання медичного сервісу, надавати інформаційно-аналітичну підтримку управлінських рішень, забезпечує цифровізацію процесів (e-Health, медичні інформаційні системи). На базі управлінських механізмів формується організація та координування діяльності системи охорони здоров'я на всіх рівнях – від первинної медичної допомоги до високоспеціалізованої.

Окреме місце відводиться мотиваційним механізмам, які включають: матеріальне і нематеріальне стимулювання медичних працівників, системи оцінювання результатів діяльності, соціальний захист медичних кадрів, процедури підвищення кваліфікації та кар'єрного зростання працівників медичної сфери. У загальній концепції мотиваційна складова спрямована на формування зацікавленості персоналу в досягненні високих результатів, підвищенні якості медичних послуг та збереження людського капіталу галузі.

В умовах динамічності оточуючого середовища, трансформаційних змін в системі функціонування медичної системи та у період повномасштабної збройної ескалації публічно-адміністративний механізм управління національною системою охорони здоров'я відіграє ключову роль у формуванні стратегічних підходів до розвитку медичної галузі, забезпечуючи нормативне, організаційне та ресурсне підґрунтя для її ефективного функціонування. Одним із пріоритетних напрямів реалізації цього механізму виступає підтримка та розвиток сімейної медицини, як основи первинної медико-санітарної допомоги, що найбільш наближена до потреб населення.

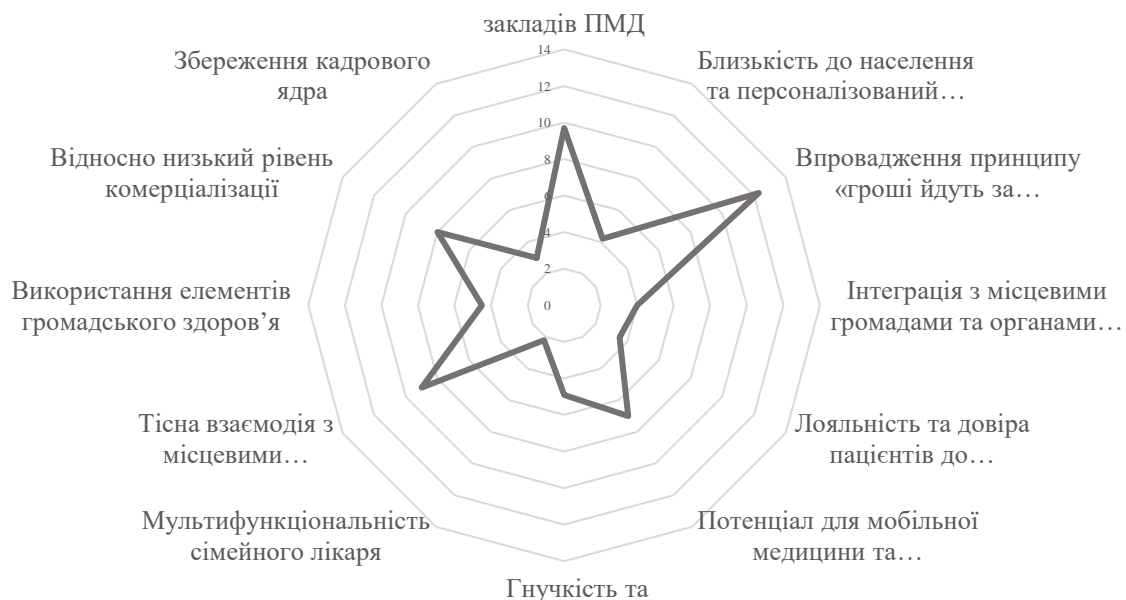
У цих умовах функціонал вітчизняної моделі сімейної медицини зазнає значних трансформацій та потребує більш активного використання адаптаційних механізмів до вимог сьогодення. Основні зміни стосуються посилення ролі й розширення функцій сімейного лікаря, забезпечення доступності медичної допомоги в умовах обмежених ресурсів, збільшення уваги до емоційно-психологічної підтримки населення громад.

Сімейно-орієнтована медицина функціонує в кризових умовах, що пов'язано із відсутністю достатнього фінансування й економічних важелів ефективного стратегічно-орієнтованого управління. Як слушно зазначає у своїх дослідженнях О.Г. Яковлева, одним із найважливіших завдань системи охорони здоров'я, особливо сільського населення, на сучасному етапі розвитку є пошук оптимального співвідношення процесів спеціалізації та інтеграції з урахуванням того, що процес переходу первинної ланки охорони здоров'я на принципи загальної лікарської сімейної практики пов'язаний зі складністю і багатоаспектністю [55., с. 16-17]. А відповідно потребує розроблення та практичного обґрунтування структурно-організаційна модель та алгоритми надання первинної медично-санітарної допомоги населенню в складних умовах сьогодення.

Розвиток сімейної медицини на територіях сільських громад України виступає ключовим елементом реформування вітчизняної системи охорони здоров'я, оскільки саме первинна ланка забезпечує найбільш наближений до пацієнта рівень медичних послуг, інтегруючи профілактику, діагностування, лікування та реабілітацію. В умовах децентралізації та трансформації вітчизняної медичної сфери, а також з урахуванням масштабного військового протистояння, сільська первинна медична допомога демонструє як певні конкурентні переваги, так і структурні обмеження, що впливають на її ефективність, стійкість та напрямки перспективного розвитку. Комплексний аналіз сильних і слабких сторін медичної галузі загалом та сімейної медицини зокрема, дає змогу визначити пріоритетні напрями модернізації, сформувати

адекватні механізми публічно-адміністративного управління та забезпечити збалансований розвиток галузі в коротко- і довгостроковій перспективі.

Визначення факторів впливу на розвиток медичних послуг у сільських громадах сформовано на основі методології експертного оцінювання сильних та слабких сторін первинної медичної допомоги населенню сільських громад України. В рамках використання вказаного методу було проведене опитування групи представників медичної сфери первинної ланки у кількості 10 осіб. На базі експертного 10-бального оцінювання визначено сильні та слабкі сторони розвитку первинної медичної допомоги (ПМД) у сільських громадах України, рис. 3.8-3.9.



**Рис. 3.8. Результати експертного оцінювання сильних сторін розвитку первинної медико-санітарної допомоги / сімейної медицини в Україні**

*Джерело: розроблено автором*

Серед сильних сторін вітчизняної медичної системи первинної ланки варто виокремити наступні:

– розгалужена мережа закладів первинної медичної допомоги – наявність фельдшерсько-акушерських пунктів, амбулаторій та центрів ПМД, що історично

сформувалися у сільській місцевості та мають потенціал для забезпечення географічної доступності до необхідної медичної допомоги;

– впровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом» - поетапна реалізація механізму фінансування через Національну службу здоров'я України дозволяє громадам отримувати стабільне фінансування для забезпечення базових потреб в медичних послугах;

– інтеграція з місцевими громадами та органами влади сприяє швидкому вирішенню організаційних і матеріально-технічних питань;

– лояльність та довіра пацієнтів до вітчизняної медичної сфери – у загальному континуумі на практиці сформовано досить високий рівень лояльності та прихильності до лікування українськими лікарями, які мають високу кваліфікацію та необхідний рівень знань;

– потенціал для мобільної медицини та телемедицини – на практиці розпочато проєкти цифровізації та віддаленого консультування, котрі створюють передумови для зменшення впливу транспортних та кадрових проблем доступу сільського населення до необхідних медичних послуг;

– гнучкість та адаптивність до кризових ситуацій – внаслідок постійних викликів заклади ПМД володіють адаптивними здатностями та мають стійкість до умов обмежених ресурсів, недостатнього фінансування, дефіциту кадрового забезпечення;

– мультифункціональність сімейних лікарів – лікарі первинної ланки на практиці виконують широкий спектр функцій – від профілактики до невідкладної медичної допомоги, що забезпечує безперервність медичного обслуговування.

Окрім того, до сильних сторін первинної медико-санітарної допомоги в Україні можна віднести – організаційно оформлену автономію первинної ланки, усунення роздробленості її організаційних структур, доступність, профілактичну спрямованість та орієнтацію на потреби населення місцевих громад, використання елементів громадського здоров'я, координація між різними рівнями медичної допомоги. ПМСД є першим контактом пацієнта з системою

охорони здоров'я, забезпечуючи консультації, діагностику та лікування найбільш поширених захворювань, а також профілактичні заходи.

Найбільш «вузькі» чи краще слабкі сторони розвитку первинної медико-санітарної допомоги за результатами експертного оцінювання представлені на рис. 3.9.



**Рис. 3.9. Результати експертного оцінювання слабких сторін розвитку первинної медико-санітарної допомоги / сімейної медицини в Україні.**

*Джерело: розроблено автором*

– недостатність забезпечення обладнанням та застарілу матеріально-технічну базу – амбулаторії і ФАПів в сільських громадах мають обладнання, що не відповідає сучасним стандартам діагностики та лікування [15];

– недостатню укомплектованість необхідним медичним персоналом, відтік лікарів та середнього медперсоналу до міст і за кордон, обмежені можливості залучення молодих спеціалістів;

- недостатнє залучення громад та місцевого населення до поширення здорового способу життя;

- транспортно-логістична недоступність - стан доріг, віддаленість від опорних лікарень та відсутність регулярного сполучення знижують оперативність надання допомоги;

- слабке впровадження інформатизації та цифровізації галузі, недостатній розвиток телемедицини, недостатнє покриття якісним інтернетом, відсутність навичок роботи з цифровими технологіями і сервісами;

- високий рівень професійного вигорання персоналу ПМСД сільських громад, надмірне навантаження через брак кадрів та розширений спектр обов'язків, особливо в складних умовах воєнного стану;

- фрагментарність публічно-адміністративного управління у ланці ПМСД проявляється у відсутності цілісної, узгодженої системи стратегічної та оперативної взаємодії між центральними органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування та окремими суб'єктами медичної практики.

- слабка мотивація медичного персоналу до професійного розвитку, низький рівень оплати праці медичного персоналу і, як наслідок, втрата її мотивуючих функцій, обмежені можливості для безперервного навчання, підвищення кваліфікації та впровадження інновацій.

Нагальність проблем національної системи первинної медико-санітарної допомоги проявляється в неефективній організації медичного обслуговування через комплекс причинно-наслідкових чинників, які включають:

- деградацію інфраструктури та масову міграцію кадрів із сільських громад, особливо прифронтових та віддалених регіонів;

- відсутність усталених механізмів фінансування сімейної медицини в умовах дефіциту та нестабільного бюджету;

- нерівномірність доступу до інноваційних цифрових рішень та відсутність системної політики в частині медичного ІТ-сервісу;

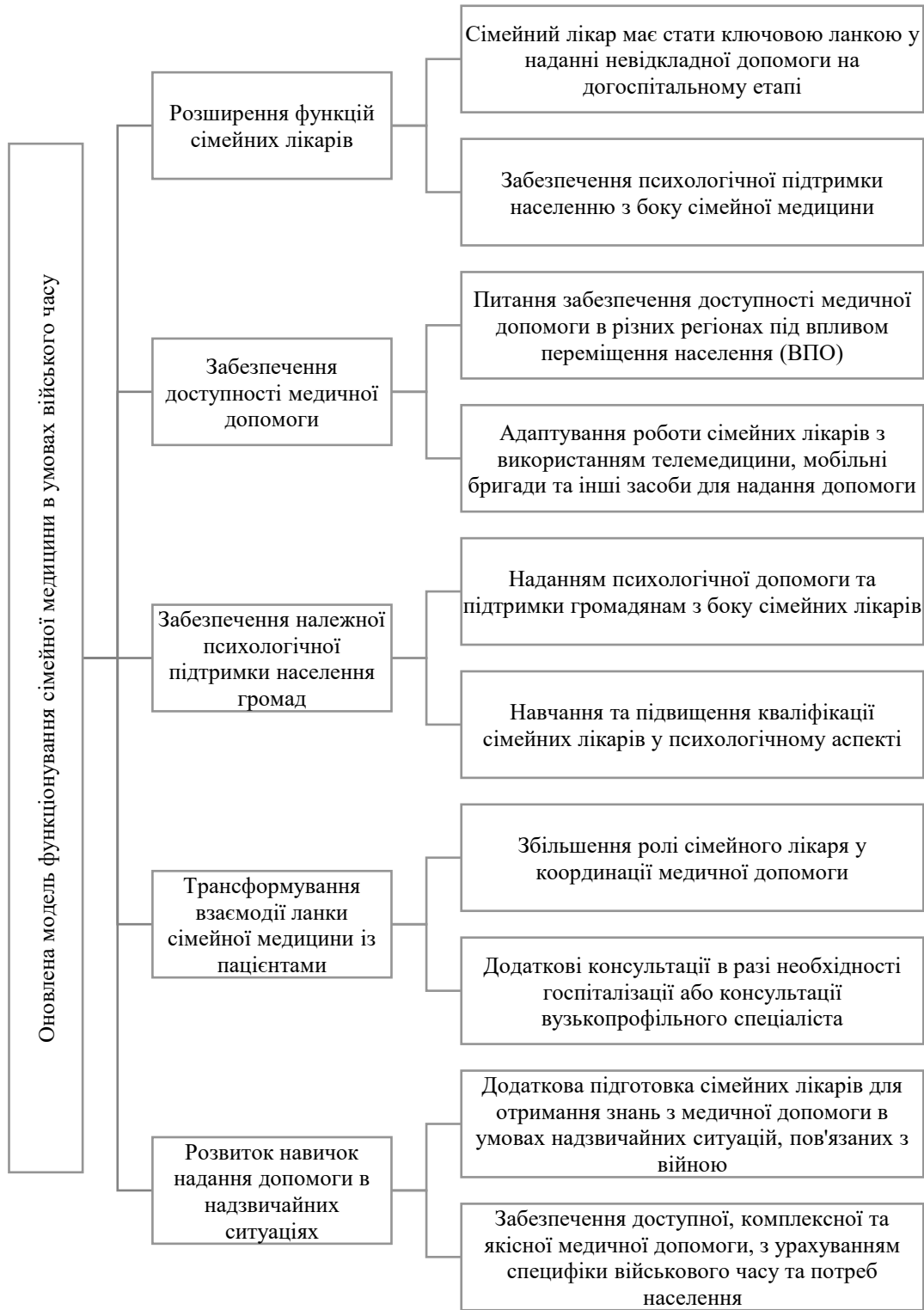
- втрату, або неефективність комунікацій між державою та громадами у сфері медичного забезпечення та підтримки;
- низький рівень, або відсутність стратегічного управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні;
- фрагментарність або роздробленість організаційних структур первинної медичної допомоги (ПМСД), недостатня інтегрованість управлінських підходів щодо розвитку сімейної медицини сільських територій;
- корпоративна конкуренція за сфери впливу, у ситуаціях, коли перевага надається стаціонарній медичній допомозі і високотехнологічним засобам діагностики, маючи негативний вплив на первинну допомогу;
- низький рівень залучення медичної спільноти та місцевих громад до формування управлінських рішень у сфері охорони здоров'я та неефективна інтеграція позицій громадянського суспільства, органів місцевого самоврядування та фахівців у галузі охорони здоров'я в управлінський процес.

Виходячи із наведеного вище, система сімейної медицини потребує адаптування та синергізму до викликів сьогодення, що враховує наслідки військових дій, порушення логістичних комунікацій та інфраструктурні руйнування.

На рис. 3.10 окреслено ключові аспекти функціонування моделі сімейної медицини країни в умовах воєнного стану та нестабільності.

Разом із тим, післявоєнний час та період відбудови має стати свого роду «вікном можливостей» для системної модернізації та цифрової трансформації системи первинної медичної допомоги країни, що дозволить подолати найбільш гострі проблеми та системні.

Резильєнтність і адаптивність має стати основою системи охорони здоров'я, що призведе до тотальної цифровізації та розвитку системи медичного забезпечення населення країни загалом та громадян сільських територій, зокрема [37].



**Рис. 3.10. Функціональні особливості моделі сімейної медицини країни в умовах війни та зовнішніх викликів**

*Джерело: розроблено автором на основі [14]*

Вважаємо, що напрямки вирішення проблеми першочергового значення лежать у площині:

- оновлення державних цільових програм з акцентом на потреби ПМСД у селах, зокрема в межах національних стратегій охорони здоров'я;
- впровадження спеціалізованих програм фінансового стимулювання сімейних лікарів (системи грантів, доплат, житлові програми);
- цифровізації ПМСД, включаючи впровадження телемедицини до створення локальних електронних медичних реєстрів;
- підвищення ролі органів місцевого самоврядування як замовників та координаторів системи медичного забезпечення громад [31].

За умов повномасштабної збройної агресії російської федерації проти України та її наслідків населення сільських територій має значний перелік обмежень до вчасної та якісної медичної допомоги. Особливо це стосується громад, що розташовані у безпосередній близькості до зон бойових дій та прифронтових територій. Подібна ситуація зумовлена систематичними атаками на об'єкти системи охорони здоров'я та критично-важливу інфраструктуру, включаючи транспортно-логістичні комунікації, об'єкти енергетичних потужностей, цивільну інфраструктуру тощо. Попри вжиті урядом України заходи для збереження функціонування медичних послуг в умовах війни, масштаби кризи спричинили глибокі людські, економічні та інституційні виклики, які істотно перевищують поточні можливості реагування системи.

Окрім прямих наслідків воєнних дій, існує низка системних чинників, що склалися ще до початку війни і які додатково обмежують доступ до медичної допомоги в сільській місцевості. Як зазначалось вище у дослідженні, насамперед, це кадровий дефіцит у кваліфікованому медичному персоналі, недофінансування медичного сектору. Також необхідно враховувати специфічні інструменти реалізації фінансових механізмів у рамках реформи децентралізації. За цих умов працівники системи охорони здоров'я вимушені здійснювати власну професійну діяльність у ситуаціях підвищеного ризику та часто за відсутності належних ресурсів для надання своєчасної і якісної медичної допомоги.

У контексті вищезазначеного, актуалізується формування та реалізація управлінських дій та стратегічних рішень, спрямованих на оптимізацію систем

публічного управління у сфері підтримки сімейної медицини територіальних громад, підвищення стійкості національної системи охорони здоров'я до кризових впливів та забезпечення безперервного доступу населення до медичних послуг. У табл. 3.2 обґрунтовано рекомендації, що охоплюють як невідкладні кроки короткострокового характеру, так і системні заходи структурного характеру та спрямовані на підвищення адаптивності та сталості функціонування медичної галузі.

Таблиця 3.2

**Шляхи посилення стійкості публічного управління у сфері підтримки сімейної медицини в період воєнного стану та відбудови**

Органи публічного управління	Система напрямків оптимізації публічного управління в медичній сфері місцевих громад
<b>Органи державної влади</b>	– сприяння проведенню відкритих діалогів на рівні громад з метою виявлення потреб та спільного розроблення стратегії розвитку системи охорони здоров'я сільської місцевості;
	– запровадження регулярного моніторингу та збору інформації про актуальні потреби в медичних послугах на рівні територіальних громади;
	– відслідковування та моніторинг кількості декларацій в громадах (у зв'язку із запровадженням понижувальних коефіцієнтів). Запровадженню звітності на рівні ЦПМСД з метою аналізу реалізації п. 23 Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення, затвердженого Постановою КМУ від 22.12.2023 р. № 1394;
	– моніторинг поточного стану фінансування, кадрового забезпечення територій медичним персоналом, наявності декларацій у населення сільських територій та якості надання медичних послуг населенню;
	– лобювання справедливих умов доступу до сфери (закладів) охорони здоров'я для населення сільської місцевості
	– сприяння підвищенню обізнаності населення місцевих громади про фінансову спроможність бюджету, виділеного на потреби місцевих закладів охорони здоров'я (ФАПів).
	– активізація зусиль для пошуку додаткової підтримки та підвищення стійкості системи ОЗ сільської місцевості через заохочення донорів, благодійних національних та міжнародних організацій, внесків громад тощо;
	– пошук фінансових можливостей (ресурсів) для мотивації медичного сільської місцевості, збільшення кількості медичних співробітників, особливо на рівні первинної медичної допомоги.
	– моніторинг, звітність та оприлюднення офіційних даних щодо доступу до послуг з охорони здоров'я з розподілом за територіями, включаючи специфічні наслідки, спричинені війною.
	– Сприяти забезпеченню рівного доступу до послуг з охорони здоров'я, враховуючи специфіку сільської місцевості, таку як дефіцит

Органи місцевого самоврядування	бюджетів місцевих громад, географічна віддаленість та специфічні обмеження в доступі, спричинені війною.
	– Розглянути можливість зміни підходу до фінансування ФАПів шляхом виділення державних субвенцій для громад чи фінансування цих закладів за рахунок державного бюджету.
	– Розглянути можливість зміни підходу до фінансування медичної допомоги у сільській місцевості. Зокрема, розробити механізм збільшення капітаційної ставки у сільській місцевості шляхом застосування спеціального коефіцієнта оплати послуг за пакетами НСЗУ, що враховує додаткове навантаження на систему ОЗ у сільській місцевості (зокрема, відстань між населеними пунктами, витрати на бензин та ремонт автотранспорту).
	– Розглянути можливість збільшення кількості укладених декларацій із пацієнтами у сільській місцевості (більше ніж 1800 чи 2000) без застосування понижувального коефіцієнта. • Розглянути можливість відміни застосування нульового коефіцієнта системи охорони здоров'я у сільській місцевості. •
	– Сприяти адвокації, підвищенню обізнаності та просуванню пріоритетності психічного здоров'я та емоційного благополуччя, а також сексуального та репродуктивного здоров'я на національному рівні через засоби масової інформації та з місцевими партнерами та зацікавленими сторонами.
	– Інтеграція сексуального і репродуктивного здоров'я та психічного здоров'я і психосоціальної підтримки як ключових аспектів у пакети первинної медичної допомоги.
Громадські та гуманітарні організації	– Акцент на дотриманні нормативів міжнародного гуманітарного права в контексті захисту системи ОЗ та медичного персоналу як критично важливих аспектів доступу до охорони здоров'я в умовах військового часу. Захист прав на охорону здоров'я та забезпечення всебічної підтримки і доступу до послуг охорони здоров'я сільських територій та постраждалих від війни громад.
	– Розробка та впровадження програм із підтримки системи охорони здоров'я у сільській місцевості із врахуванням потреб та особливостей надання послуг первинного рівня в сільській місцевості. Розвиток та впровадження програм із підтримки Спеціалізованих пунктів здоров'я шляхом модернізації і реконструкції приміщень закладів охорони здоров'я, закупівлі сучасного інноваційного обладнання та лікарських засобів, а також заохочення медичних працівників до роботи в медичних закладах сільської місцевості.
	– Забезпечення моніторингу та адвокатування потреб медичного обслуговування в сільських громадах як на загальнонаціональному рівні через ЗМІ, Інтернет, соціальні мережі, так і з партнерами та зацікавленими сторонами на місцевому рівні – військово-цивільні адміністрації, громадські організації, медичні та соціальні заклади, працівники соціально-медичної сфери.
	– Підвищення обізнаності та пропагування здорового способу життя серед населення громади шляхом інформування населення, проведення спеціалізованих зустрічей тощо.

Джерело: розроблено автором на основі [45]

Парадигма ефективного публічного адміністрування сфери сімейної медицини в період воєнного стану та в умовах поствоєнного відновлення України концептуально охоплює (таблиця 3.3.) не лише фізичне відновлення зруйнованої інфраструктури, але й пролонгацію заходів з реформування медичної системи. Насамперед, це стосується громад сільських територій. Трансформації публічного управління, визначенні Стратегією реформування державного управління започатковані з 2015 року, в значній мірі позначаються на системах та механізмах публічного управління, в тому числі і медичної галузі. Формування дієвого механізму публічного управління розвитком сімейної медицини, заснованого на інноваційному підході передбачає наступні аспекти:

- орієнтація на пацієнта і запровадження елементів конкурентних відносин в системі надання послуг медичного спрямування;
- системність підходу і постійна робота над оптимізацією процесів, якості медичних послуг;
- удосконалення управлінських інструментів та контролю результативності прийняття та ухвалення рішень;
- створення захищеного інформаційного простору медичної сфери і впровадження сучасних технологій для реалізації управлінських рішень у сфері медичного обслуговування населення громад;
- відповідність принципам програмно-цільового управління, вимогам проектного підходу до управління окремими бізнес-процесами;
- активізація використання інструментів стратегічно-операційного планування, логістичної ефективності [10];
- підвищення якості фінансового управління у сфері охорони здоров'я на рівні окремих територіальних громад.

Отже, ефективне адміністрування у сфері ПМСД передбачає партнерство між державою, окремими територіальними громадами, комерційним сектором та громадськими організаціями.

Таблиця 3.3

**Концептуальна управлінсько-організаційна модель медичного забезпечення населення сільських громад в період воєнного стану та періоду відбудови**

<b>ДЕРЖАВНІ ОРГАНИ УПРАВЛІННЯ</b>	<b>НАЦІОНАЛЬНА СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b>				<b>ОБ'ЄДНАНІ ТЕРИТОРІАЛЬНІ ГРОМАДИ</b>
	<i>Структурне оновлення та реформування системи ОЗ</i>	<i>Підвищення професійності та психологічно-соціальної стійкості медичного персоналу</i>	<i>Інформатизація, цифровізація та розвиток системи охорони здоров'я</i>	<i>Робота над формуванням відповідального ставлення до особистого здоров'я у населення держави</i>	
<b>ОБЛАСНІ РАДИ</b>	Поступальний перехід ПМСД на принципи загальної лікарської практики-сімейної медицини	Оптимізація кадрового забезпечення, укомплектування медичних закладів персоналом належної кваліфікації	Створення та запровадження електронної системи охорони здоров'я (захист даних пацієнтів, робота над ефективним та безперебійним функціонуванням системи, забезпечення доступу)	Запровадження локальних програм медико-освітньої підтримки населення Формування сільських платформ з просвіти у сфері здоров'я	Соціальні та матеріальні преференції для медичного персоналу (забезпечення житлом, зростання рівня оплати праці, доплати, КРІ для медичного персоналу)
Запровадження регіональних цільових комплексних програм «Здоров'я сільського населення області».	Створення спеціалізованих госпітальних округів	Створення спеціалізованих навчальних (тренінгових) центрів для медичного персоналу первинної, спеціалізованої та ЕМД.	Створення обласних центрів онлайн-допомоги (телемедицина, онлайн-консультації)	Створення або налагодження роботи сайтів ЗОЗ з інформуванням про здоров'я ошадливі технології та надання можливості отримати профілактичні медичні послуги	Фінансове та нефінансове стимулювання збереження особистого здоров'я, покращення умов праці лікарів
Затвердження обсягів цільового фінансування із обласного бюджету	Розширення локацій тимчасового базування бригад ЕМД				
<b>ОБЛАСНІ ДЕРЖАВНІ АДМІНІСТРАЦІЇ</b>					
Забезпечення якісної логістики сільського населення до ЗОЗ, спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги.	Надання більшої автономності державним та/ або комунальним ЗОЗ	Впровадження на постійній основі обласних «Днів медичного спеціаліста» за усіма основними спеціальностями	Забезпечення медичного персоналу персональними планшетами, комп'ютерною технікою	Цільові програми «Збережемо здоров'я» на місцевому радіо та телебаченні. Інформування та підтримка населення сільських громад	Ремонт дорожніх покриттів, облаштування проїздів та забезпечення сіл наявності вказівників вулиць, номерів будинків тощо
	Розвиток системи паліативної			Розробка та впровадження інформаційних кампаній з питань невідкладних станів	

	медичної допомоги на рівні громад			та локацій надання екстреної медичної допомоги. Підвищення рівня обізнаності населення щодо симптомів критичних/невідкладних станів (інфаркт, інсульт, анафілаксія, важкі травми тощо). Ознайомлення громадян із маршрутами пацієнта при таких станах.	Ремонт і модернізація сільських доріг, що ведуть до опорних лікарень.  Встановлення дорожніх вказівників до найближчих закладів охорони здоров'я.
Покращення стану дорожньої інфраструктури з метою забезпечення безпечного та безперервного транспортування пацієнтів до закладів медичної допомоги.	Оптимізація ресурсного забезпечення регіональних ЗОЗ у відповідності до нормативних вимог та реальних потреб залежно від рівня та виду медичної допомоги	Запровадження щорічного циклу обласних конференцій для фахівців усіх базових напрямів медичної діяльності.	Створення, оновлення та пошук можливостей впровадження електронних систем збору та обробки статистичної інформації про стан здоров'я населення сільських громад	Створення адресних програм медико-профілактичної підтримки для мешканців сільських громад.  Імплементация індивідуальних планів збереження та підтримки здоров'я у сільських населених пунктах.	Підвищення фінансування закладів охорони здоров'я, пошук каналів залучення додаткових коштів для забезпечення конкурентоздатності ЗОЗ на рівні місцевих громад: - перегляд механізмів розподілу бюджетних коштів з урахуванням демографічних, географічних і медико-статистичних показників (потребо-орієнтований підхід); - розширення повноважень місцевих рад щодо цільового фінансування ЗОЗ; - забезпечення співфінансування ЗОЗ із місцевих програм соціального захисту та розвитку громад.
Створення умов для регулярного транспортного сполучення з метою забезпечення сільського населення доступом до консультативної та високоспеціалізованої медичної допомоги.	Розробка раціональних маршрутів пацієнтів за всіма рівнями медичної допомоги	Створення локальних освітніх платформ для медичного персоналу громад на базі закладів інтенсивного лікування з метою забезпечення безперервної професійної підготовки.	Робота над впровадженням електронних карт пацієнта	Розгортання механізмів персоніфікованого супроводу здоров'я для населення сільської місцевості.	
<b>ОРГАНИ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ</b>	Оптимізація системи надання медичних послуг шляхом чіткого закріплення їх за відповідними рівнями спеціалізованої медичної допомоги.	Створення вузькоспеціалізованих тренінгів, семінарів щодо професійного розвитку медичних працівників з урахуванням потреб та вимог військового стану та місцевих громад	Перехід на повний електронний документообіг в ЗОЗ	Проведення інформаційно-просвітницьких кампаній, спрямованих на висвітлення фінансових вигід від своєчасної профілактики та лікування	співфінансування ЗОЗ із місцевих програм соціального захисту та розвитку громад.
Запровадження та прийняття місцевих цільових програм «Здоров'я населення сільських громад»					
Цільове фінансування програми із підтримки здоров'я із місцевих бюджетів					

Джерело: розроблено автором на основі [16; 18 ; 44]

### **3.3. Розвиток механізми імплементації інноваційних управлінських рішень для розвитку первинної медичної допомоги у сільських громадах**

В дослідженні «Щодо концептуальних підходів до стратегії розвитку села», проведеного Національним інститутом стратегічних досліджень зазначено, що доступність медичного обслуговування для громадян у сільській місцевості залишається на вкрай низькому рівні. Це пов'язано із недостатнім ресурсним забезпеченням медицини. В межах матеріалів зазначено, що на сільську місцевість припадає лише близько 5,3% лікарів та 11,5% працівників молодшого та середнього медичного персоналу, а понад 55% обладнання медичних закладів є застарілим та не відповідає сучасним потребам громад [52]. Погіршення якості людського потенціалу сільських громад запускає «ланцюгову реакцію» втрати їх спроможності до розвитку, впливу людських, фінансових, сировинних ресурсів, погіршення демографічної структури. В умовах формування «центрів економічного тяжіння», як правило, довкола великих міст поселень, зростають ризики посилення депресивності та знелюднення віддалених від таких центрів сільських територій, у той час як посилення урбанізації загострює інфраструктурні та екологічні проблеми міських поселень [52, с. 12].

Збереження і розвиток людського потенціалу передбачає створення умов, найбільш сприятливих для фізичного, культурно-освітнього та громадського розвитку сільських мешканців, сприяння їхній суспільній та економічній самореалізації, підвищення їхньої ролі в загальному економічному розвитку держави, подолання розривів у якості життя та можливостях з мешканцями міст [52, с. 12].

Такий стан справ потребує комплексного підходу до розвитку вітчизняної первинної медичної допомоги населенню сільської місцевості з боку публічних органів влади, залучення місцевих адміністрацій та впровадження інноваційних рішень [26; 28; 29]. В умовах невизначеності та постійних викликів

запровадження інновацій у системі надання медичних послуг на рівні сільських громад має бути спрямоване на оптимізацію медичного обслуговування, пошук ефективних джерел фінансування, розвиток і зміцнення кадрового потенціалу, придбання нового обладнання, модернізацію та оновлення інфраструктури медичних закладів сільських територій.

Основні стратегічні рішення ОМС для підвищення доступності та якості медичного обслуговування, повноцінного забезпечення лікарськими засобами та пропагування ЗОЖ серед жителів сільських територій надано в табл. 3.4.

Таблиця 3.4

### Цілі та стратегічні пріоритети розвитку ПСМД сільських громад

Стратегічні пріоритети	Шляхи досягнення
<i>Забезпечення доступності медичних послуг через ефективний розподіл ресурсів системи охорони здоров'я у різних регіонах та громадах</i>	Розбудова відповідної мережі закладів та супровідної інфраструктури, у т. ч. мережі інтернет, кадрове та фінансове забезпечення, запровадження «сільського коефіцієнту» до базового тарифу, створення умов для розвитку державно-приватного партнерства з метою розширення доступності медичних послуг, в тому числі тих, які не покриваються державною програмою медичних гарантій
<i>Заохочення медичних працівників, особливо молодих лікарів, до роботи у сільській місцевості</i>	Запровадження місцевих та регіональних програм підтримки (пільги при оплаті комунальних платежів, забезпечення житлом, отримання кредитних коштів, в тому числі на організацію приватної медичної практики на території сільських громад)
<i>Оновлення парку транспортних засобів медичного призначення</i>	Розроблення і реалізація програми оновлення матеріально-технічних та спеціальних транспортних засобів для забезпечення роботи закладів охорони здоров'я в умовах сільської місцевості
<i>Розвиток та впровадження цифрових технологій</i>	Розвиток інформаційної інфраструктури та повноцінне включення сільської місцевості до загальнонаціонального телемедичного простору
<i>Збереження здоров'я та популяризація здорового способу життя</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– розробка та впровадження регіональних та місцевих програм збереження здоров'я жителів громад: заходи превентивної медицини на базі роботи сімейних лікарів, закладів освітньо-культурно-спортивного простору;</li> <li>– популяризація ведення здорового способу життя, формування здоров'язберігаючої поведінки в умовах сільської праці;</li> <li>– підвищення медичної грамотності жителів сільських громад всіх вікових категорій, запровадження системи проведення Днів здоров'я у віддалених сільських населених пунктах з використанням пересувних пунктів флюорографії, томографії, інших спеціалізованих медичних послуг спільно з профільними медичними закладами обласного рівня</li> </ul>
<i>Міжмуніципальна співпраця громад, обмін досвідом</i>	Стимулювання міжмуніципальної співпраці громад у сфері паліативної допомоги, створення комунальних хоспісів як об'єктів розширення мережі надання послуг громадам великих міст, створення додаткових робочих місць та відповідних надходжень до місцевих бюджетів; забезпечення розширення програми «Доступні ліки» за рахунок коштів місцевих бюджетів

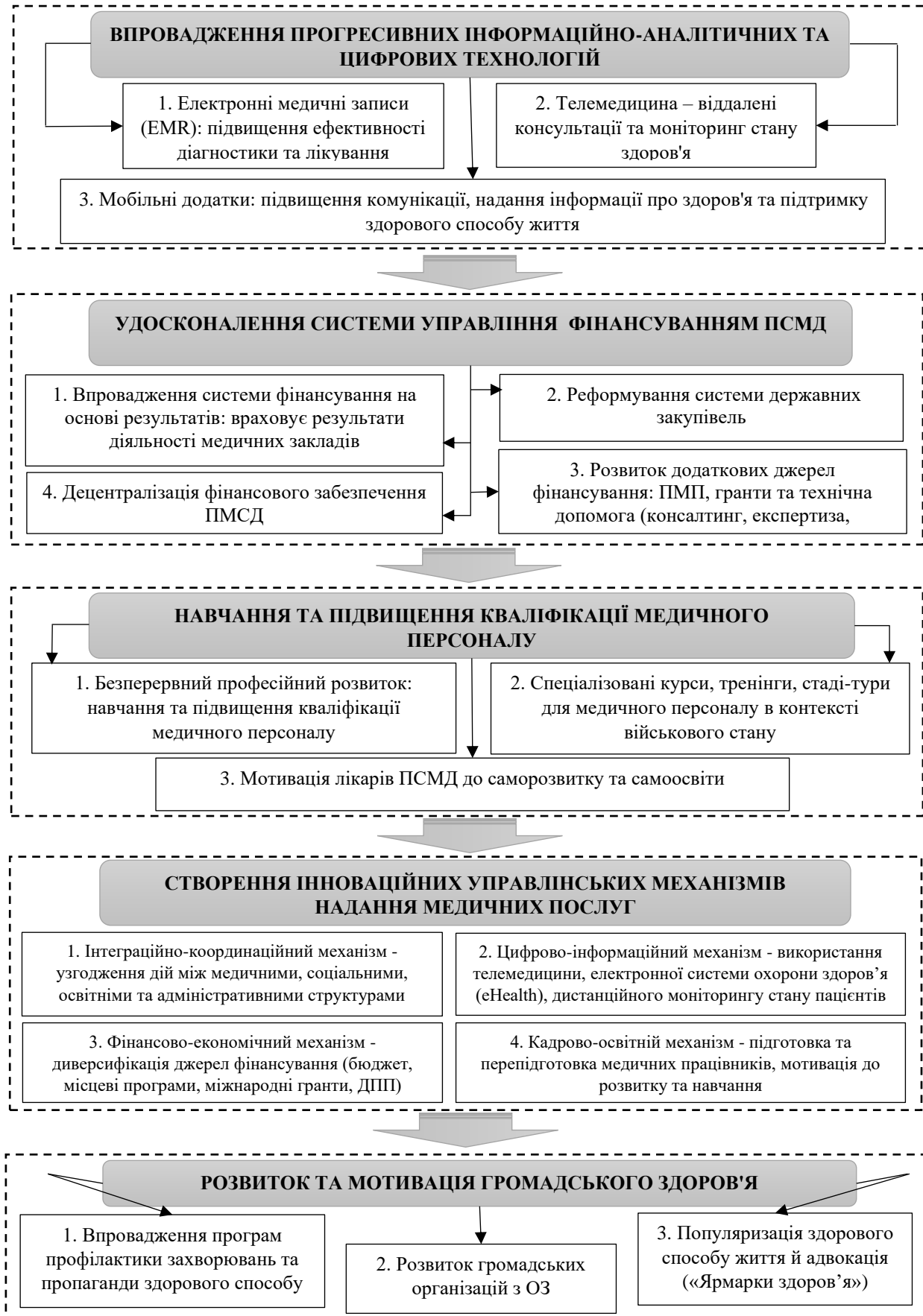
*Джерело: сформовано автором на основі [10; 12; 52; 66]*

У додаток до зазначеного важливими кроками мають стати робота над розширенням мережі аптечних пунктів у сільській місцевості за рахунок

державно-приватного партнерства, залучення місцевого бізнесу, запровадження адресної доставки ліків у віддалені населені пункти через співпрацю громад з Укрпоштою. Актуальним залишається питання забезпечення будівництва амбулаторій у сільській місцевості, створення програм та умов для залучення медичних працівників.

Відтак, на сучасному етапі розвитку суспільства та реформування галузі охорони здоров'я імплементація інноваційних управлінських рішень [58; 68] в рамках інтегрованої моделі медичних послуг у сільських громадах потребує розробки оптимізованих функціонально-організаційних моделей медичної допомоги сільському населенню, пошуку ефективних рішень у напрямку трансформації медичного забезпечення місцевих громад, впровадження управлінських процесів із використанням сучасних інформаційних ресурсів та технологій тощо. Вважаємо, що інноваційні управлінські рішення в ПМСД на рівні місцевих територіальних громад мають охоплювати організаційно-управлінські, технологічні та фінансові моделі, що дозволяють адаптувати медичну допомогу до потреб сільського населення.

Визначальна роль у впровадженні інновацій відводиться інституційній спроможності громад, гнучкості управлінських структур та рівень цифрової трансформації медичної інфраструктури. Інноваційні рішення у сфері управління складовими первинної медико-санітарної допомоги в умовах децентралізації та реформування системи охорони здоров'я мають бути орієнтовані на покращення якості та доступності медичних послуг для населення сільських регіонів. Основні напрямки інноваційного розвитку включають запровадження сучасних інформаційних та платформених технологій, розвиток телемедицини, удосконалення системи управління та фінансового забезпечення, навчання та підвищення кваліфікації медичного та управлінського персоналу в галузі охорони здоров'я, створення ефективних управлінських механізмів медичного обслуговування (рис. 3.11).



**Рис. 3.11. Інноваційні напрямки та управлінські рішення розвитку первинної медичної допомоги у сільських громадах**

*Джерело: власна розробка автора*

За авторським підходом, інноваційні напрямки та управлінські рішення розвитку первинної медичної допомоги у сільських громадах передбачають:

1. Впровадження сучасних інформаційних та цифрових технологій на рівні медичного забезпечення населення сільських територій [55; 57]:

– електронні медичні записи (EMR) – впровадження EMR дозволяє перевести медичну документацію в цифровий формат задля підвищення ефективності та доступності медичної допомоги. Це дозволить сімейним лікарям сільських громад, терапевтам та педіатрам вести електронні медичні записи, а також формувати електронні лікарняні та інші медичні висновки;

– розвиток та популяризація телемедицини серед населення сільських громад. Використання даного цифрового інструменту дозволить пацієнтам отримувати консультації та моніторинг стану здоров'я віддалено, особливо у сільській місцевості або у випадках обмеженого доступу до медичних закладів;

– профільні мобільні додатки. Впровадження практики використання мобільних додатків для пацієнтів та лікарів сприятиме покращенню комунікації лікар - пацієнт, сприятиме спрощенню надання інформації про здоров'я та підтримці здорового способу життя.

2. Підвищення ефективності системи управління та фінансового забезпечення медичної галузі сільських територій:

– реформування системи державних закупівель медичного обладнання, лікарських засобів має бути орієнтоване на забезпечення прозорості та ефективності використання бюджетних коштів та з урахуванням реальних потреб населення територіальних громад.

– Впровадження моделей фінансування медичних закладів та центрів сімейної медицини на основі результатів. Така модель передбачає, що обсяг та обґрунтованість бюджетних або контрактних виплат буде мати залежність від досягнутих медичним закладом показників ефективності та якості. Відповідно до моделі ресурси розподіляються не лише за кількістю наданих послуг, а й за їхнім впливом на стан здоров'я населення. До прикладу – надання додаткового фінансування ЦПСМД, якщо рівень вакцинації дітей у громаді перевищив 95%;

преміювання закладу, який зменшив кількість повторних госпіталізацій протягом 30 днів після виписки; підвищення тарифу для лікарів, якщо понад 80% пацієнтів із хронічними захворюваннями мають контрольовані показники (тиск, рівень цукру тощо); бонуси за виявлення та успішне лікування більшої кількості випадків туберкульозу чи онкопатології на ранніх стадіях;

– децентралізація у сфері сімейної медицини сприятиме більш ефективному управлінню ПМСД за рахунок передачі повноважень та відповідальності на місцевий рівень управління.

3. Формування та удосконалення професійних компетенцій кадрів системи охорони здоров'я:

– акцент на безперервному професійному розвитку та навчанні медичних фахівців сільських громад. Забезпечення з боку місцевого публічного управління можливостей для навчання та підвищення кваліфікації медичних працівників, особливо у напрямку застосування сучасних інформаційних технологій та методів діагностики і лікування;

– проведення спеціалізованих тренінгів з надання первинної медичної допомоги, морально-психологічної підтримки населення, з питань профілактики захворювань та надання паліативної допомоги;

– використання сучасних технологій у підходах до навчання та розвитку медичних працівників – стаді-тури, спеціалізоване програмне навчання тощо.

Останнім часом набуває поширення практика індивідуального ліцензування медичних працівників, як важливого напрямку гарантування професіоналізму та компетенції медичного персоналу. Індивідуальне ліцензування, як інструмент професійного розвитку стимулює безперервний професійний розвиток, підвищує відповідальність фахівців та сприяє стандартизації медичної практики. Впровадження такої системи в рамках первинної медико-санітарної допомоги особливо актуальне для сільських територій, де забезпечення високого рівня компетентності медичних працівників є одним із пріоритетних напрямів покращення якості надання послуг.

4. Розвиток громадського здоров'я на рівні сільських громад:

– впровадження програм профілактики захворювань та пропаганди здорового способу життя, популяризація ведення здорового способу життя, формування здоров'язберігаючої культури для сільського населення;

– робота над підвищенням медичної грамотності населення сільських громад, запровадження «Днів здоров'я» у віддалених сільських населених пунктах на базі пересувних пунктів флюорографії, томографії, інших спеціалізованих медичних послуг спільно з профільними медичними закладами обласного рівня;

– розвиток та підтримка з боку державних органів управління спеціалізованих громадських організацій, котрі займаються питаннями підтримки та охорони здоров'я, наданням допомоги населенню тощо.

5. Створення інноваційно-управлінських механізмів надання медичних послуг для населення сільських громад має включати:

– інтеграційно-координаційний механізм – передбачає забезпечення узгодження дій між медичними закладами, соціально-освітніми та адміністративними структурами місцевих громад. Даний механізм повинен включати впровадження єдиних маршрутів пацієнта, міжсекторальну взаємодію, об'єднання ресурсів (кадрових, матеріальних, інформаційних) для безперервності надання якісної медичної допомоги населенню;

– інформаційно-цифровий механізм медичного забезпечення передбачає використання інструментів телемедицини, електронної системи охорони здоров'я (eHealth), дистанційного моніторингу стану здоров'я пацієнтів [19]. Наразі перед вітчизняною системою охорони здоров'я постає важливе завдання щодо забезпечення ефективної та всебічної інформатизації і цифровізації на локальному рівні шляхом запровадження та використання медичних інформаційних систем (МІС). Це передбачає впровадження не лише сучасних технологій, але й системне підвищення рівня цифрової грамотності серед медичного персоналу задля максимально ефективного використовувати можливості, які надають сучасні цифрові технології. Такий підхід дозволяє забезпечити створення гармонізованої та взаємозв'язаної системи, в якій кожен

рівень – від центрального до локального – буде працювати ефективно, що в свою чергу сприятиме покращенню здоров'я населення [53]. В рамках даного механізму актуалізується створення та розвиток програмних та аналітичних платформ для прогнозування потреб громади та оптимізації розподілу ресурсів, кадрового медичного забезпечення тощо;

– фінансово-економічний механізм включає диверсифікацію джерел фінансування медичної сфери сільських громад, включаючи бюджетні кошти, фінанси місцевих бюджетів, локальні фінансові програми, міжнародні гранти, інструменти державно-приватного партнерства. В даному розрізі варто звернути увагу на запровадження вартісно-орієнтованих моделей оплати медичних послуг (value-based healthcare) та стимулювання зростання ефективності роботи закладів охорони здоров'я з боку місцевих органів управління;

– кадрово-освітній механізм, який охоплює підготовку та перепідготовку медичного персоналу із використанням сучасних освітніх технологій, у т. ч. дистанційних курсів, симуляційного навчання, практичних семінарів та сесій. В даному контексті важливими залишаються мотиваційні програми для залучення й утримання лікарів у сільській місцевості, що мають включати житлово-побутові переваги, соціальні та професійні пільги.

Таким чином, запровадження інноваційних підходів до розвитку сфери ПМСД сільських громад України необхідно спрямовувати на покращення якості та доступності медичних послуг, що, в свою чергу, сприятиме покращенню здоров'я населення та підвищення ефективності системи охорони здоров'я в цілому. Разом з тим, ключові інноваційні управлінські механізми надання медичних послуг у сільських громадах доцільно розглядати як взаємопов'язаний комплекс інструментів, спрямованих на підвищення доступності, якості та стійкості функціонування системи охорони здоров'я в умовах обмежених ресурсів та високої соціальної вразливості населення.

В умовах реформування вітчизняної системи охорони здоров'я, розширення сфери сімейної медицини необхідно проводити аналіз щодо формування адаптивної ефективної моделі публічного адміністрування у сфері

охорони здоров'я, заснованої на інтегруванні мережі медичного обслуговування та забезпечення комплексного підходу до надання медичних послуг, фінансування й адміністрування основних процесів.

У цьому контексті визначального значення набуває ініціювання та розробка інноваційних механізмів ресурсного, кадрового, організаційно-управлінського забезпечення розвитку ПСМД, орієнтованих на підвищення стійкості та результативності сімейної медицини сільських громад. Одним із актуальних інструментів, що сприяє консолідації можливостей державного та комерційного секторів, виступає державно-приватне партнерство (ДПП), котре дозволяє залучити додаткові фінансові, матеріально-технічні і кадрові ресурси, оптимізувати управлінські рішення та підвищити доступ населення сільських громад до якісних медичних послуг. Інструменти ДПП набувають особливо важливого значення у зв'язку із дефіцитом фінансування та недостатніми матеріально-технічними можливостями медичних закладів сільських громад. Перевагами впровадження механізмів ДПП для медичної сфери сільських територій є можливість залучення додаткових фінансових ресурсів з боку приватного сектору із паралельним збереженням майна медичних закладів у комунальній та/або державній власності, можливість передачі новостворених та придбаних в рамках ДПП об'єктів у державну або комунальну власність, підвищення якості медичного обслуговування та ресурси для підвищення заробітної плати для медичного персоналу. Побудова ефективної співпраці між державним та приватним секторами володіє потенціалом у напрямку загального покращення ситуації у сфері охорони здоров'я через оптимізацію бюджетних видатків, підвищення результативності використання ресурсів, покращення управлінських процесів, створення умов для підвищення якості надання медичного сервісу, забезпечення стабільності функціонування медичної системи сільських територій [27].

Державно-приватне партнерство у розвитку первинної медичної допомоги сільських громад вбачається як «стратегічний інструмент» консолідації зусиль державних владних органів, органів місцевого адміністрування та приватного

сектору з метою забезпечення підвищення ефективності, якості та доступності медичних послуг для населення сільських територій. У даному напрямку ДПП дозволяє реалізувати комплекс заходів, спрямованих на модернізацію медичної інфраструктури, впровадження сучасних інноваційних медичних технологій, розширення спектру діагностичних і лікувально-профілактичних можливостей окремих громад.

Застосування інструментів державно-приватного партнерства у поєднанні із державними гарантіями, виваженим нормативно-правовим регулюванням та ресурсною спроможністю бізнесу дозволить створити передумови для ефективного використання наявних ресурсів, мінімізувати фінансові ризики, а також забезпечити довгострокову стійкість інтегрованих моделей медичного обслуговування населення [11].

Роль ДПП у сільських громадах посилюється у зв'язку із обмеженістю бюджетного фінансування, нестачею кадрового забезпечення, вкрай низьким рівнем інноваційної активності та впровадження інновацій. Залучення приватних інвесторів дозволить створювати нові амбулаторії, модернізувати інфраструктуру діючих закладів, оснащувати їх сучасним обладнанням, впроваджувати цифрові сервіси (телемедицина, онлайн-консультації), організовувати спеціалізовані мобільні медичні бригади для обслуговування віддалених населених пунктів.

За підходом М. В. Юкало та на основі міжнародно досвіду публічного управління системою медичного обслуговування населення місцевих громад використання інструментів публічно-приватних партнерств (ППП) у сфері охорони здоров'я є вкрай актуальним. Так, М. В. Юкало доводить, що на рівні місцевих громад потужний позитивний ефект мають наступні типи моделей запровадження механізму ППП, рис. 3.12:



**Рис. 3.12. Моделі медичного обслуговування населення на базі публічно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я на рівні місцевих громад.** Джерело: розроблено автором на основі [11; 27]

У доповнення до цих моделей, ми пропонуємо додати модель спеціалізованих клініко-діагностичних послуг для матерів і дітей, яка буде відрізнятись від вищевказаних специфічним характером перинатальної допомоги та стратегіями ОЗ у дитячому віці (грудне вигодовування, щеплення, профілактика тощо). Отже, механізм ППП в системі забезпечення охорони здоров'я на рівні місцевих громад може слугувати не лише організаційно-правовою формою взаємодії, але й виступати як дієвий інструмент інтеграції та координації ресурсів і управлінських інструментів, спрямованих на забезпечення сталого розвитку системи первинної медико-санітарної допомоги, підвищення рівня доступності та якості медичних послуг сільських територій. Даний

інноваційний інструмент має потенціал для забезпечення відчутного соціально-економічного ефекту в контексті розвитку медичної системи місцевих громад.

Водночас, розвиток державно-приватного партнерства щодо розвитку ПМСД сільських територій супроводжується певними бар'єрами, які ускладнюють імплементацію інноваційних управлінських рішень, сповільнюють інтеграційні процеси та знижують ефективність механізму ДПП (рис. 3.13).



**Рис. 3.13. Перешкоди щодо імплементації інноваційних управлінських рішень для розвитку первинної медичної допомоги у сільських громадах**

*Джерело: розроблено автором*

Окреслені вище перешкоди вказують на комплексний характер проблем, що мають негативний, сповільнюючий вплив впровадження інноваційних управлінських рішень у сфері розвитку сімейної ланки медицини вітчизняних сільських громад. Різновекторність та взаємопов'язаність вказаних проблем потребують пошуку комплексних рішень щодо їх подолання. Практика та досвід розвитку ПМСД доводить, що ефективні рішення лежать у площині розробки

інструментів нормативно-правового вдосконалення, посилення фінансово-економічної підтримки сільської медицини, організаційно-управлінської оптимізації, покращення кадрового забезпечення та соціально-комунікативних стратегій. Інтеграція окреслених напрямів дозволить розробити ефективні шляхи мінімізації ризиків та викликів, створити передумови для сталого розвитку первинної ланки медицини саме сільських територій.

Цілеспрямованість та системність впровадження комплексних заходів, спрямованих на подолання викликів в медичній системі сільських громад виступає базисом для формування та розвитку стійкої, адаптивної й результативної системи первинної медико-санітарної допомоги (ПМД) локальних громад. Водночас досягнення запланованих соціально-економічних і медичних результатів є неможливим без реалізації економічно-обґрунтованих та стратегічно продуманих управлінських рішень, що супроводжуються впровадженням інструментів об'єктивного моніторингу та оцінювання їх результативності. У зв'язку із цим особливого теоретичного та практичного значення набуває систематичне, комплексне оцінювання ефективності інтегрованої моделі медичного обслуговування населення, що дозволяє визначити не лише ступінь досягнення запланованих стратегічних дій, а й дозволяє виявити сильні сторони і вузькі місця функціонування системи медичного забезпечення.

З огляду на складність та багатогранність проблематики, оцінювання ефективності функціонування ланки первинної медичної допомоги у сільських громадах повинне базуватися на багаторівневому підході. Це включає комплексний стан медичних, соціальних, економічних і управлінсько-адміністративних детермінант. Нижче наведено авторський методологічний підхід до оцінювання системи ПМД, що може бути застосований як автономно, так і в комплексі з іншими методиками, залежно від специфіки локальної медичної системи ( табл. 3.5).

На основі оцінювання ефективності інтегрованої моделі медичного обслуговування населення у сільських громадах здійснюється розробка

ефективних стратегічних напрямків подальшого розвитку медичних систем громад. При цьому стратегічний план розвитку окремої громади та її медичної системи має включати комплексний аналіз поточної соціально-економічної та суспільної ситуації громади, визначення найбільш гострих та актуальних проблемних аспектів розвитку певної громади, а також оцінки потенційних можливостей та ризиків (загроз) внутрішнього та зовнішнього спрямування.

Стратегічні пріоритети розвитку системи первинної медичної допомоги вітчизняних систем первинної санітарно-медичної допомоги сільських громад в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення слід концентрувати у напрямку підвищення якості медичної та соціально-психологічної (немедичної) допомоги, розвитку партнерських відносин з пацієнтами, пошуку джерел фінансової стабільності локальних медичних систем та оптимізації кадрового забезпечення медичних систем.

Розбалансованість та диспропорційність розвитку системи медичного забезпечення населення сільських громад потребує вироблення та реалізації адаптивних моделей первинної санітарно-медичної допомоги, заснованих на прогресивних стратегічних підходах. Стратегічними індикаторами ефективного функціонування та розвитку сімейної медицини сільських територій виступають узагальнюючі комплексні показники, що відображають рівень якості, доступності та цільового призначення медичних послуг, ступінь інтеграції міжгалузевої взаємодії (медична система, система освіти та соціальна сфера), а також здатність медичних системи адаптуватися до соціально-демографічних викликів і забезпечувати сталий розвиток первинної ланки охорони здоров'я в умовах обмежених ресурсів та специфіки сільського середовища.

Таблиця 3.5

## Підходи до оцінки ефективності інтегрованої моделі медичного обслуговування населення у сільських громадах

<i>Підходи</i>	Сутність підходу	Складові (ключові елементи)	Інструменти оцінювання / Джерела інформації
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>Системно-аналітичний підхід</i>	Комплексна оцінка ефективності функціонування медичної системи громади основі цілей, завдань та результатів інтегрованої моделі	Вхід: кадрове забезпечення, забезпеченість обладнанням, рівень фінансування. Процес: організація роботи, взаємодія між секторами – медичний, соціальний, освітній. Вихід: якість, доступність і результативність медичним послуг.	Аналіз потоків пацієнтів. Оцінювання якості послуг. Бенчмаркинг між окремими громадами.
<i>Статистичний підхід</i>	Кількісне оцінювання через визначений набір КРІ (ключових показників ефективності)	Рівень охоплення медичними послугами (% населення, що отримували послуги). Середній час реагування на виклики мобільних бригад. Кількість звернень до первинної/вторинної ланки. Обсяг наданих медикаментів / проведених вакцинацій. Рівень повторних звернень (як індикатор якості).	Статистичні дані місцевих органів влади, дані eHealth, НСЗУ, ЦПМСД, мобільних бригад, соціальних служб.
<i>Соціально-поведінковий підхід</i>	Вимірювання задоволеності, доступності, рівня довіри до медичної системи громади	Анкетування населення (постійного, ВПО, пенсіонерів, багатодітних сімей тощо). Фокус-групи. Інтерв'ю з медиками, соціальними працівниками, керівниками медичних закладів та громад.	Рівень задоволеності медичною допомогою. Доступність (територіальна, фінансова). Позитивні/негативні коментарі (відгуки)
<i>Економічний підхід</i>	Визначення співвідношення витрат і результатів (ефективність використання ресурсів)	Cost-effectiveness analysis (CEA): витрати на одиницю результату (наприклад, одна консультація). Cost-utility analysis (CUA): витрати з урахуванням якості життя (QALY). ROI (return on investment): окупність вкладень у мобільні бригади, телемедицину тощо.	Статистичні дані місцевих органів. Результати роботи окремих медичних закладів. Результати роботи окремих сімейних лікарів (терапевтів) – кількість пацієнтів, підписаних декларацій.
<i>Експертно-якісний підхід</i>	Об'єктивне фахове оцінювання за визначеними критеріями, що враховують специфіку громади	Експертне опитування. SWOT-аналіз системи (моделі) ПСМД громади. Метод Delphi для визначення пріоритетних напрямків удосконалення	Рівень інтеграції секторів. Залученість громадських ініціатив. Гнучкість реагування на кризові ситуації.
<i>Порівняльний (компаративний) підхід</i>	Порівняння показників громади до і після впровадження моделі, або з іншими громадами	Оцінка результативності – кількість наданих послуг, охоплення населення. Оцінка ефективності – співвідношення витрати/результат. Оцінка якості – задоволеність, зниження захворюваності, покращення якості життя.	Статистичні дані місцевих органів. Результати роботи окремих медичних закладів. Анкетування (опитування) пацієнтів.

Отже, систематичне оцінювання ефективності функціонування системи медичного обслуговування населення локальних сільських громад передбачає використання комплексного підходу, заснованого на поєднанні медичних, соціально-психологічних, економічних та управлінських результуючих показників. Запропонований підхід дозволить не лише оцінити кінцеві результати функціонування локальних медичних систем, але орієнтований на визначення рівня якості організації бізнес-процесів медичних закладів, ступеню задоволеності населення та рівня стійкості локальної медичної системи.

### **Висновки за розділом 3**

Підсумовуючи дослідження ролі та значення інтегрованого підходу до управління розвитком сімейної медицини сільських територій України важливо відзначити, що створення сучасної інтегрованої мережі медичного обслуговування сільських громад набуває особливої гостроти та актуальності в складних воєнних умовах. Для вітчизняної медичної системи важливо створити медичну архітектуру, котра здатна оптимізувати наявні фінансово-матеріальні ресурси та забезпечити надання медичних послуг на високому якісному рівні з урахуванням потреб кожної окремої громади.

Інтегрований підхід має бути спрямований на оптимізацію використання фінансових, матеріальних, інфраструктурних та людських ресурсів та сприяти підвищенню загальної економічної ефективності вітчизняної системи охорони здоров'я. Побудова системи медичного обслуговування населення громад на основі консолідованого підходу дозволить мінімізувати дублювання послуг, знизити витрати на медичне обслуговування та покращити загальну координацію між різними рівнями надання медичної допомоги.

Паралельно запровадження новітніх фінансових механізмів та сучасних моделей публічного адміністрування у сфері сімейної медицини покликане підвищити доступність і якість медичного сервісу, сприятиме більш ефективному використанню наявних в громадах ресурсів і посиленню співпраці

між різними ланками медичної допомоги, що є вирішальним в умовах воєнних і післявоєнних викликів. Окрім того, координаційно-адаптивний підхід до медичного обслуговування на рівні окремих громад має значний потенціал для підвищення якості та доступності медичних послуг, подолання бар'єрів для злагодженої взаємодії між різними рівнями медичних послуг, особливо в умовах кризових викликів.

Таким чином, основні напрями імплементації інноваційних управлінських рішень для розвитку первинної медичної допомоги у сільських громадах лежать у площині:

- запровадження інструментів електронного врядування в управлінні охороною здоров'я – електронні черги, системи управління якістю медичного обслуговування, ефективністю надання медичних послуг;
- розвиток платформених сервісів – HealthTech-рішення, телемедицина, інтегровані мобільні додатки для взаємодії з пацієнтами);
- створення спеціалізованих мобільних медичних команд, як гнучких форм забезпечення доступу до ПМСД в умовах віддаленості сільського населення;
- розвиток моделей публічно-приватного партнерства для спільного фінансування та організації медичних послуг – концесії, субпідрядні контракти, благодійні клініки на базі ОТГ тощо.

Матеріали дисертаційного дослідження, що викладені у цьому розділу, опубліковані автором та представлені у списку використаних джерел до розділу [3 ; 4; 5; 6; 7; 27].

### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ДО РОЗДІЛУ 3

1. EU Health Policy Platform. <https://webgate.ec.europa.eu/hpf/>
2. Arrangement for cooperation on health between the European Commission and the Ministry of Health of Ukraine. <http://surl.li/iteeu>
3. Кондратьєва І.М. Розвиток сфери охорони здоров'я територіальної громади на засадах інтегрованого підходу. Міжнародний форум «Безпечна, комфортна, спроможна, територіальна громада» - 2023: матеріали міжнар. конф., 11-13 жовтня 2023 р., м. Дніпро. – Д.: НТУ «Дніпровська політехніка», 2023. – 347 с. (авт. С. 266-267). <https://science.nmu.org.ua/ua/conferences/Forum/Zbirnyk.pdf>
4. Кондратьєва І.М. Розвиток інтегрованих медичних послуг в сільських громадах країн ЄС досвід для України. «Молодь: наука та інновації» 2024: матеріали XII Міжнародної науково-технічної конференції студентів, аспірантів та молодих вчених, Дніпро, 13–15 листопада 2024 року (у 3-х томах) / Національний технічний університет «Дніпровська політехніка» – Дніпро : НТУ «ДП», 2024. Том 3. 368 с. (авт. С.25-26). <https://rmv.nmu.org.ua/ua/arkhiv-zbirok-konferentsiy/molod-nauka-ta-innovatsii-2024/molod-2024-vol2.pdf>
5. Кондратьєва І.М. Інтегрований підхід до розвитку сімейної медицини в умовах війни та повоєнного відновлення України. Пріоритетні напрями досліджень в науковій та освітній діяльності: матеріали XV Міжнародної науково-практичної конференції м. Львів, 29-30 травня 2025 року. Частина I. – Львів : Львівський науковий форум, 2025. 262 с. (авт. С. 46-48). <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox?projector=1>
6. Про методику формування спроможних територіальних громад: постанова КМУ від 8 квітня 2015 р. № 214. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/214-2015-%D0%BF#Text>
7. Кондратьєва І.М. (2025). Інтеграція послуг на первинній ланці охорони здоров'я в сільських громадах: європейський досвід і виклики для України.

*Національні інтереси України.* № 6 (11). С.856-868.

<http://perspectives.pp.ua/index.php/niu/article/view/25301/25279>

8. Офіційний веб-сайт проекту «Поліпшення послуг у сфері охорони здоров'я та соціального захисту». <https://www.giz.de/en/worldwide/83322.html>

9. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984\\_011#n2591](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011#n2591)

10. Барзилович А.Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. Інвестиції: практика та досвід. № 2/2020. URL: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=7011&i=20>

11. Грицко О. М. Пеканець С. Р. Моделі та тенденції розвитку державно-приватного партнерства в охороні здоров'я. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування. Том 33 (72) № 3 2022, 46-53 с.

12. Височанський В., Мешко Є. Особливості стратегічного планування в сфері охорони здоров'я в громадах. URL: <https://decentralization.gov.ua/news/13828>.

13. Гавриченко Д.Г. Публічні механізми трансформації та розвитку сфери охорони здоров'я України: проблеми теорії та методології: монографія. Київ:ВД «Освіта України», 2022. 434 с.

14. Гавриченко Д.Г. Трансформація пріоритетів розвитку системи охорони здоров'я України в умовах воєнного стану. Наукові перспективи. 2022. №5(23). С.48-60.

15. Гаруст Ю. В., Павленко Б. О., Кравченко Л. Л. Фельдшерсько-акушерські пункти в рамках медичної реформи. URL: [https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream-download/123456789/78474/1/Pavlenko\\_feldshersko\\_akusherski\\_punkti.pdf](https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream-download/123456789/78474/1/Pavlenko_feldshersko_akusherski_punkti.pdf)

16. Голованова І. А. Дудник С. В. Удосконалення організації медичної допомоги сільському населенню. Методичні рекомендації для організаторів здоров'я. К. 2018. 25 с.

17. Горбань Д.А. Організація охорони здоров'я України: основні принципи та моделі. Проблеми сучасних трансформацій. Серія: економіка та управління. № 8. 2023. С. DOI: <https://doi.org/10.54929/2786-5738-2023-8-03-04>

18. Доступ до системи охорони здоров'я в сільській місцевості під час війни в Україні. Аналітичний звіт «Médicos del Mundo». 2024. 26 с. URL: <https://surl.li/rdlxvc>

19. Дьомін Р. В. Впровадження електронної системи охорони здоров'я в Україні: шляхи удосконалення організаційного та адміністративно-правового забезпечення на основі зарубіжного досвіду. Юридичний науковий електронний журнал. 2023. № 1. С. 274-277.

20. Заздравнов А. А. Сільська медицина в соціально-економічному аспекті. URL: <https://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/26865>

21. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» 2347-IX від 01.07.2022 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text>

22. Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості // Відомості Верховної Ради (ВВР). № 5. 2018. С. 32. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>

23. Закон України: Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення // Відомості Верховної Ради (ВВР). № 5. 2018. С. 31. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/en/2168-19?lang=uk#Text>.

24. Інтегрований підхід, безперервність та якість – ключові аспекти відновлення послуг з охорони здоров'я на рівні громади. URL: <https://decentralization.gov.ua/news/18213?page=90>

25. Карамішев Д. В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державно-управлінські аспекти): монографія. Харків: Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2004. 304 с.

26. Коли ДПП стане реальністю в українській медицині? Ваше здоров'я. Медицина сьогодні. URL: <https://www.vz.kiev.ua/chomu-derzhavno-pryvatne-partnerstvo-omynaye-vitchyznyanu-sferu-ohorony-zdorov-ya/>

27.Кондратьєва І. М. Розвиток сільської медицини в Україні в сучасних умовах. Державне будівництво, 2022. № 2(32). С.118-127. URL: <https://periodicals.karazin.ua/db/article/view/22473/20703>

28.Корнійчук О.П. Інноваційні підходи до організації сімейної медицини у контексті поліпшення здоров'я населення. Демографія та соціальна економіка, 2018, № 1 (32). С. 114-125

29.Коробчинська Н. В. Моніторинг системи охорони здоров'я в системі управління на місцевому рівні. Публічне управління та митне адміністрування. 2022, № 1 (32). С. 58–69. DOI: <https://doi.org/10.32836/2310-9653-2022-1.11>

30.Криничко Л.Р. Проблеми системи охорони здоров'я та напрями їх вирішення: погляд науки та практики. Аспекти публічного управління. 2020. №6. С. 74-91

31.Левченко А. Потреби в системі охорони здоров'я зростають через війну. керівник Офісу ВООЗ в Україні» 2023. // Interfax-Україна. URL: <https://interfax.com.ua/news/interview/946050.html>

32.Лехан В. М., Гінзбург В.Г. Теоретичне обґрунтування моделі інтегрованої системи медичної допомоги в Україні. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я в Україні. 2014. № 4 (62). С. 49-54

33.Лехан В. М., Гриценко Л. О. Інтегрована модель надання медичної допомоги хворим з захворюваннями, що піддаються амбулаторному лікуванню. Українські медичні вісті. 2022. Т. 14. № 3. С. 92-93

34.Лопаткіна О.О. Політика публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах воєнного стану. Публічне управління і політика № 2. 2024. С. 21-28

35.Макаріхіна А., Гарасюк В. Здоров'я громади як цілісна система: впровадження інтегрованої медичної допомоги. URL: <https://u-lead.org.ua/news/319>

36.Медицина в умовах війни: ІТ-революція і розвиток після конфлікту. Вересень 2023. URL: [https://lb.ua/news/2023/09/15/574951\\_medicsina\\_umovah\\_viyni.html](https://lb.ua/news/2023/09/15/574951_medicsina_umovah_viyni.html)

37.Мельниченко О. А., Семененко С. В. Сучасний стан наукових розробок щодо публічного управління якістю первинної медико-санітарної допомоги населенню. Таврійський науковий вісник № 3. 2024. С. 80-96

38.Мешко Є. Створення Центру ПМСД в громаді. URL: <https://uastrat.com/reforms/healthcare/stvorennya-czentru-pmsd-v-gromadi/>

39.Микула Г. Сталий розвиток та сімейна медицина Прикарпаття. Сімейна медицина. Європейські практики. 2022. 3. 54-55. DOI: <https://doi.org/10.30841/2786-720X.3.2022.273915>

40.Організаційні аспекти системи первинної медико-санітарної допомоги в Україні [Текст]: навч. посіб. / Ю.М. Казаков, Т.А. Трибрат, С.В. Шуть, Н.І. Чекаліна; ВДНЗУ «УМСА». – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2018. 117 с.

41.Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 23.08.2024)

42.Парій В.Д., Короткий О.В. Становлення та розвиток первинної медичної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини в Україні: огляд літературних джерел. Україна. Здоров'я нації. 2018. № 2 (49). С. 48-53

43.Постанова «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» від 25 квітня 2018 р. № 411 // Кабінет Міністрів. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#n19>

44.Реформування охорони здоров'я з точки зору первинної меддопомоги: що важливо знати органам місцевого самоврядування.URL: <https://decentralization.ua/news/17394>

45.Свінціцький А. С., Висоцька О. І. Актуальні питання щодо впровадження медичних інноваційних технологій у закладах охорони здоров'я.URL: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/188-320-1-10-20190305-2.pdf>.

46.Семчук І. В., Кукель Г. С., Роледерс В. В. Впровадження нових підходів до управління закладами охорони здоров'я в умовах ринку. Ефективна економіка. 2020. № 5.

47. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Указ Президента України від 18.08.2021 р. № 369/2021. URL: <https://bit.ly/3mTbzxF/>.

48. Тітенко З. М. Бюджетна децентралізація як фактор розвитку сільських територій України. Агросвіт. 2020. № 7. С. 87-91. DOI: <https://doi.org/10.32702/2306-6792.2020.7.87>

49. Торбас О.М. Організація діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони громадського здоров'я: дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук держ. упр. спец. 25.00.04. Київ, 2012.

50. Шкільняк М. М., Желюк Т. Л., Васіна А. Ю., Дудкіна О. П., Попович Т. М., Овсянюк-Бердадіна О. Ф. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Вісник ТНЕУ. 2018. № 4. С. 168-180.

51. Щодо концептуальних підходів до стратегії розвитку села. Національний інститут стратегічних досліджень. 2021. 29 с. URL: <https://doi.org/10.53679/NISS-analytrep.2021.18>

52. Юкало М.В. Надання медичних послуг населенню на регіональному рівні. Розвиток публічного управління в Україні : матер. наук.- практ. конф. за міжнар. уч. (23-24 квітня 2020 р., м. Львів) / за наук. ред. чл.-кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпенцева. Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2020. 304 с.

53. Якісні медичні послуги у селі: досвід Полицької громади. URL: <https://u-lead.org.ua/news/406>

54. Яковлева О. Г. Основні шляхи становлення і розвитку сімейної медицини в Україні як основа реорганізації первинної медико-санітарної допомоги населенню. Медсестринство. 2019. №2. С. 16-22

55. Blandford A, Wesson J, Amalberti R, AlHazme R, Allwihan R. Opportunities and challenges for telehealth within, and beyond, a pandemic. Lancet Glob Health. 2020. Vol. 8 (11). P.1364-1365.

56. Blantes F. Building a bridge from fragmentation to accountability the prometheus payment model / F. Blantes, M. Rosenthal, M. Painter // New England Journal of Medicine. 2009. Vol. 10. P. 1033-1036.

57.Castner J, Bell SA, Hetland B, Der-Martirosian C, Castner M, Joshi AU. National estimates of workplace telehealth use among emergency nurses and all registered nurses in the United States. *J Emerg Nurs.* 2022 Jan. 48 (1). P. 45-56.

58.Chung, M. Health care reform: learning from other major health care systems. Princeton Public Health Review. Retrieved from. 2017 <https://pphr.princeton.edu/2017/12/02/unhealthyhealth-care-a-cursory-overview-of-major-health-care-systems/>

59.Clague C. The Integrated Care Network: Bringing the NHS and Local Government Together / C. Clague // *British Journal of Healthcare Computing & Information Management.* 2004. Vol. 21. P. 19-20.

60.Enthoven A. Integrated Delivery Systems: The Cure for Fragmentation / A. Enthoven // *Am. J. Manag. Care.* 2009. P. 284-290.

61.Fichera E. Pay for performance and contractual choice: the case of general practitioners in England / E. Fichera, M. Pezzino // *Health Econ. Rev.* – 2017. – No. 7 (1). P. 6. doi:10.1186/s13561-017-0142-x.

62.Gröne O. Trends in Integrated Care Reflections on Conceptual Issues Copenhagen: World Health Organization, 2002. EUR/02/5037864 Available at: [www.euro.who.int/document/ihb/Trendicreflconissue.pdf](http://www.euro.who.int/document/ihb/Trendicreflconissue.pdf)

63.Health Systems Financing. The path to universal coverage : The World Health Report. WHO, 2010. 128 p.

64.Improved health system performance through better care coordination [Electronic resource] / A. P. Contandriopoulos, J. L. Denis, T. Nasser, C. Rodriguez. Health Working Paper no. 30. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), 2007. Available at: [www.oecd.org/dataoecd/22/9/3979160.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/22/9/3979160.pdf).

65.Khozhylo I. et al. Local selfgovernment in the focus of the medical reform in Ukraine: analysis of powers. Theoretical and Empirical Researches in Urban Management (TERUM). 2020. Vol. 15. Issue 2. URL: <http://um.ase.ro/no152/2.pdf>

66.Kulesher, R., & Forrestal, E. International models of health systems financing. *Journal of Hospital Administration,* 3(4). 2014. P. 127-139.

67.WHO. Implementation guidance: protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018. 64 p  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807>

68.Towards people centred health systems: An innovative approach for better health outcomes. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen BO3, 2013. 34 p.

## ВИСНОВКИ

Виконане дисертаційне дослідження спрямоване на розроблення концептуальних теоретичних положень, методичних підходів та практичних рекомендацій щодо вирішення актуальної наукової проблеми, а саме удосконалення розвитку сімейної медицини сільських територій України на засадах інтегрованого підходу крізь призму публічноуправлінських аспектів.

1. Доведено, що сімейна медицина є ключовим інститутом первинної медичної допомоги, здатним забезпечити до 80 % потреб населення у медичних послугах, зменшуючи навантаження на вторинну та третинну ланки національної системи охорони здоров'я. Обґрунтовано, що у мирний час, за рекомендаціями ВООЗ, сімейна медицина здатна забезпечити до 80 % потреб населення у медичних послугах, однак в умовах війни в Україні цей показник, за експертними оцінками та наявними статистичними даними, знижується до 60–65 % через чинники структурно-функціонального змісту: *збільшення кількості випадків невідкладної допомоги* (травми, поранення, ускладнені хронічні захворювання), що потребують більшого залучення лікарів-спеціалістів вторинної та третинної ланок; *перерозподіл функцій* (сімейні лікарі більше залучені до тріажу, стабілізації стану, координації евакуації пацієнтів); *кадрові* втрати та релокації медперсоналу з прифронтових регіонів. Тож в українських сільських громадах під час війни частка медичних потреб, яку може забезпечити сімейна медицина, може знижуватися до 60-65 %, особливо в зонах, де інфраструктура та кадровий склад суттєво постраждали. З метою удосконалення публічного управління та адміністрування розвитком сімейної медицини сільських територій, а також з урахуванням світового досвіду (зокрема, практики Великої Британії, Канади, Польщі) про ефективність інтеграція первинної ланки з соціальними та реабілітаційними службами, яка дозволяє підвищити ефективність системи первинної ланки медичної допомоги на 20–25 % у дисертації уперше обґрунтовано інтегровану концепцію публічного управління розвитком сімейної

медицини сільських територій України, яка поєднує міжгалузеву взаємодію, цифровізацію, кадрову політику та логістичну доступність.

2. Удосконалено теоретико-методологічні засади застосування інтегрованого підходу в публічному управлінні охороною здоров'я, який поєднує принципи належного врядування, системний підхід та соціальну орієнтацію медичних послуг. Обґрунтовано, що в Україні основою організаційно-правового механізму публічного управління розвитком ПМСД є Конституція України, відповідна загальнодержавна програма та закони України загальномедичного змісту «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992 рік) та спеціально визначеного змісту «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» (2017). Визначено, що публічноуправлінська латентність (*decision latency*) у прийнятті рішень на підтримку активного розвитку інституту сімейної медицини у сільській місцевості та пролонгацію у розстановці пріоритетів державної політики у сфері ОЗ обумовлена тривалим традиційно-радянським переважанням в управлінській практиці спеціалізованого напрямку медичної допомоги над ланкою первинної медичної допомоги. Тому новітнім інструментарієм публічного управління розвитком ПМСД додатково визначено коворкінг, колаборацію та розвиток міжсекторальної, міжгалузевої та міжнародної співпраці у сфері охорони здоров'я. А основними принципами покращення якості надання ПМСД на рівні територіальної громади є орієнтованість на індивідуальні потреби людей (управлінський підхід пацієнтоорієнтованості (*patient focus*) та пацієнтоцентричності (*patientcenteredness*) та гласність, прозорість і підзвітність органів державної влади та місцевого самоврядування. На цій основі розроблено методичний інструментарій оцінювання стану та перспектив розвитку сімейної медицини, що передбачає три сценарії розвитку (*базовий, помірний та інтенсивний*), складові яких ґрунтуються на поєднанні кількісних (багатовимірний аналіз, SWOT-аналіз) та якісних (експертні інтерв'ю, фокус-групи) методів. Це забезпечує комплексну діагностику проблем і ресурсів у сфері

публічного управління розвитком сімейної медицини сільських територій України на засадах інтегрованого підходу.

3. Дістали подальшого розвитку наукові уявлення про адаптацію європейських моделей інтегрованих медичних послуг до українських умов. Встановлено, що у 2023 р. рівень забезпеченості сільського населення лікарями загальної практики – сімейними лікарями становив у середньому 2,8 на 10 тис. осіб, що на 35 % нижче за рекомендований ВООЗ показник (4,3 на 10 тис.). Основними бар'єрами виявлено: кадровий дефіцит (особливо молодих фахівців), низьку транспортну доступність (у понад 40 % громад доїзд до амбулаторії перевищує 30 хв), обмеженість діагностичних ресурсів і недостатню інтеграцію з соціальними службами. Це дозволило запропонувати до упровадження в сільських регіонах кілька моделей інтегрованої медичної допомоги: модель спеціалізованих клініко-діагностичних послуг для матерів і дітей (авторська розробка), модель спеціалізованих клініко-діагностичних послуг для осіб похилого віку; модель спеціалізованих клініко-діагностичних послуг для широких верств населення; модель інтегрованого публічно-приватного партнерства.

4. Теоретично обґрунтовано та апробовано цілісну концепцію публічного управління розвитком сімейної медицини сільських територій України на засадах інтегрованого підходу, що поєднує міжгалузеву взаємодію, цифрову трансформацію, кадрове забезпечення та логістичну доступність, включає авторську модель інтегрованої організації первинної медичної допомоги, адаптовану до умов децентралізації, воєнного стану та повоєнного відновлення з урахуванням європейських практик і стандартів ВООЗ, а також класифікацію управлінських дефіцитів у сфері сільської медицини, побудовану на системному аналізі бар'єрів і потенціалів функціонування медичних закладів у кризових умовах.

5. Доведено, що потенціал зростання ефективності полягає у впровадженні цифрових інструментів (телемедицина, електронний запис), мультидисциплінарних команд (лікар – медсестра – соціальний працівник –

реабілітолог) та міжмуніципальної співпраці для забезпечення рівного доступу до послуг. Обґрунтовано низку підходів до оцінювання ефективності інтегрованої моделі медичного обслуговування населення у сільських громадах: системно-аналітичний підхід, статистичний підхід, соціально-поведінковий підхід, економічний підхід, експертно-якісний підхід, порівняльний (компаративний) підхід.

6. Науково обґрунтовано, що сталий розвиток сільських громад безпосередньо пов'язаний із розумінням нової ролі сімейної медицини через визначення її як суспільного, та публічноуправлінського пріоритету і в умовах сьогодення, і в умовах повоєнного відновлення. Такий підхід потребує посилення кадрового потенціалу шляхом цільової підготовки та стимулювання молодих лікарів до роботи у сільських громадах; розширення мережі амбулаторій і мобільних медичних бригад; інтеграція послуг із психосоціальною підтримкою та реабілітацією; забезпечення належного фінансування через державно-приватне партнерство та міжнародну допомогу. Тому основні напрями публічноуправлінських імплікацій для розвитку первинної медичної допомоги у сільських громадах повинні охоплювати такі блоки першочергової реалізації управлінських рішень, як:

- запровадження інструментів електронного врядування в управлінні охороною здоров'я – електронні черги, системи управління якістю медичного обслуговування, ефективністю надання медичних послуг;

- розвиток платформених сервісів – HealthTech-рішення, телемедицина, інтегровані мобільні додатки для взаємодії з пацієнтами);

- створення спеціалізованих мобільних медичних команд, як гнучких форм забезпечення доступу до ПМСД в умовах віддаленості сільського населення;

- розвиток моделей публічно-приватного партнерства для спільного фінансування та організації медичних послуг – концесії, субпідрядні контракти, благодійні клініки на базі ОТГ тощо.

## **ДОДАТКИ**

**СПИСОК НАУКОВИХ ПРАЦЬ****Кондратьєвої Інни Миколаївни**

*Статті як окремі розділи вітчизняних та зарубіжних колективних монографій*

1. **Кондратьєва І.М.** Публічне управління розвитком первинної медико-санітарної допомоги: аналіз сучасних стратегій та програм. Moderní aspekty vědy: XLVI. Díl mezinárodní kolektivní monografie / Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o.. Česká republika: Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o., 2024. str. 598 (авт. С.33-43). <https://doi.org/10.52058/46-2024>

2. **Кондратьєва І.М.,** Михайлюта В.В. Розвиток системи охорони здоров'я: політики та інструменти країн Європейського Союзу. Сучасний соціогуманітарний простір країн Європейського Союзу: публічноуправлінські аспекти: колективна монографія /за заг. ред. Н.А. Липовської. Дніпро : НТУ «Дніпровська політехніка», 2024. 236 с. (авт. 154-162). [https://palsg.nmu.org.ua/ua/Sci/Publ\\_postgrad/%D0%9C%D0%BE%D0%BD%D0%BE-%D0%9D%D0%A2%D0%A3.pdf](https://palsg.nmu.org.ua/ua/Sci/Publ_postgrad/%D0%9C%D0%BE%D0%BD%D0%BE-%D0%9D%D0%A2%D0%A3.pdf)

*Особистий внесок: розроблено план дослідження, визначено характеристики концепту «Єдине здоров'я» в країнах ЄС та можливості його імплементації в Україні, проведено ранжування країн ЄС щодо упровадження ПМСД-підходу в реалізації політики у сфері охорони здоров'я, сформульовано висновки*

*Статті у періодичних фахових наукових виданнях України за спеціальністю 281 Публічне управління та адміністрування (категорія Б)*

3. **Кондратьєва І.М.** (2022). Розвиток сільської медицини в Україні в сучасних умовах. *Державне будівництво*. 2022 №2 (32). С. 118-127. URL: DOI: <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2022-2-11>

4. **Кондратьєва І.М.** (2023). Державне регулювання розвитку сімейної медицини в Україні: історико-теоретичний зріз. *Публічне управління та місцеве самоврядування*, Вип. 2, 2023. 27-34. URL: <https://journals.politehnica.dp.ua/index.php/public/article/view/312/278>

5. **Кондратьєва І.М.** (2025). Інтеграція послуг на первинній ланці охорони здоров'я в сільських громадах: європейський досвід і виклики для України. *Національні інтереси України*. № 6 (11). С.856-868. <http://perspectives.pp.ua/index.php/niu/article/view/25301/25279>

6. Скрипник О.А., **Кондратьєва І.М.** (2025). Основні поняття та категорії в системі державного управління охорони здоров'я: дискусійні аспекти. *Наукові перспективи*, Вип. 2 (10), 2025. С. 856-866. <http://perspectives.pp.ua/index.php/sni/article/view/19798/19783>

*Особистий внесок: запропоновано ідею дослідження, виокремлено дискусійні моменти понятійно-категоріального забезпечення державного управління у сфері охорони здоров'я, сформульовано висновки.*

#### *Наукові публікації апробаційного змісту*

7. **Кондратьєва І.М.** Охорона здоров'я України на сучасному етапі: євроінтеграційні аспекти. *Нотатки сучасної науки: електронний мультидисциплінарний науковий часопис*. № 8. Харків: СГ НТМ «Новий курс», 2023. 27с. (авт. С 3). [https://www.newroute.org.ua/wp-content/uploads/2023/08/nsn\\_8.pdf](https://www.newroute.org.ua/wp-content/uploads/2023/08/nsn_8.pdf)

8. **Кондратьєва І.М.** Територіальна система охорони здоров'я України: аспекти спроможності в умовах війни. Забезпечення стійкості, ревіталізації та розвитку територій і громад в Україні : матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю, м. Дніпро, 4 травня 2023 р. / за заг. ред. І. А. Чикаренко; Т.В. Маматової. Дніпро : НТУ «Дніпровська політехніка», 2023. 257 с. (авт. С.95-96). <https://palsg.nmu.org.ua/ua/Sci/konf/ConfDUMS-040523.pdf>

9. **Кондратьєва І.М.** Розвиток сфери охорони здоров'я територіальної громади на засадах інтегрованого підходу. Міжнародний форум «Безпечна, комфортна, спроможна, територіальна громада» - 2023: матеріали міжнар. конф., 11-13 жовтня 2023 р., м. Дніпро. – Д.: НТУ «Дніпровська політехніка», 2023. – 347 с. (авт. С. 266-267).  
<https://science.nmu.org.ua/ua/conferences/Forum/Zbirnyk.pdf>

10. **Кондратьєва І.М.** Публічне управління у сфері охорони здоров'я на засадах євроінтеграційної комплементарності. Публічне управління в Україні: історичний досвід та перспективи розвитку : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (Київ, 20 лют. 2024 р.) / за заг. ред. Л. Г. Комахи, Н. М. Корчак, Л. В. Гонюкової. Київ: Навчально-науковий інститут публічного управління та державної служби Київського національного університету імені Тараса Шевченка, 2024. 294 с. (авт. С. 123-124).  
<https://ipacs.knu.ua/pages/osn/2/news/2091/files/498c572d-c229-48d4-b090-f02ea2824af1.pdf>

11. **Кондратьєва І.М.** Міжнародна допомога на відбудову «первинки» в територіальних громадах України. «Наукова весна» 2024: матеріали XIV Міжнародної науково-технічної конференції аспірантів та молодих вчених, Дніпро, 27–29 березня 2024 року / Національний технічний університет «Дніпровська політехніка» – Дніпро : НТУ «ДП», 2024. 445 с. (авт. С. 291).  
[https://rmv.nmu.org.ua/ua/arkhiv-zbirok-konferentsiy/naukova-vesna-2024/Scientific\\_Spring\\_2024.pdf](https://rmv.nmu.org.ua/ua/arkhiv-zbirok-konferentsiy/naukova-vesna-2024/Scientific_Spring_2024.pdf)

12. **Кондратьєва І.М.** Розвиток інтегрованих медичних послуг в сільських громадах країн ЄС досвід для України. «Молодь: наука та інновації» 2024: матеріали XII Міжнародної науково-технічної конференції студентів, аспірантів та молодих вчених, Дніпро, 13–15 листопада 2024 року (у 3-х томах) / Національний технічний університет «Дніпровська політехніка» – Дніпро : НТУ «ДП», 2024. Том 3. 368 с. (авт. С.25-26). <https://rmv.nmu.org.ua/ua/arkhiv-zbirok-konferentsiy/molod-nauka-ta-innovatsii-2024/molod-2024-vol2.pdf>

13. **Кондратьєва І.М.** Інтегрований підхід до розвитку сімейної медицини в умовах війни та повоєнного відновлення України. Пріоритетні напрями досліджень в науковій та освітній діяльності: матеріали XV Міжнародної науково-практичної конференції м. Львів, 29-30 травня 2025 року. Частина I. – Львів : Львівський науковий форум, 2025. 262 с. (авт. С. 46-48).  
<https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox?projector=1>



УКРАЇНА

**КОЗЕЛЕЦЬКА СЕЛИЩНА РАДА  
ЧЕРНІГІВСЬКОГО РАЙОНУ ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

*вул.Соборності,27, сел. Козелець, Чернігівський район, Чернігівська область, 17000, тел./факс:  
(04646) 2-13-67, e-mail: info@kozsr.gov.ua, сайт: kozsr.gov.ua, код ЄДРПОУ 04412419*

18.08.2025 № *145/03-12*

На № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_ 2025

## ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
аспірантки НТУ «Дніпровська політехніка»  
КОНДРАТЬЄВОЇ Інни Миколаївни

Цим підтверджується, що результати дисертаційного дослідження на тему «Розвиток сімейної медицини сільських територій України на засадах інтегрованого підходу: публічноуправлінський аспект», що виконане та подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 281 Публічне управління та адміністрування, знайшли практичне застосування в діяльності Козелецької селищної ради Чернігівського району Чернігівської області.

Зокрема, положення та висновки дисертації Кондратьєвої І.М були використані:

- при розробці Стратегії розвитку Козелецької об'єднаної територіальної громади на 2018 – 2027 роки у змісті якої враховано роль розвитку спроможної мережі закладів первинної медичної допомоги на засадах інтеграційного підходу, що є особливо актуальним в період воєнного стану та післявоєнної розбудови України. Також, застосування результатів дослідження сприяло активізації партнерської взаємодії між органами місцевого самоврядування, закладами охорони здоров'я, громадським сектором та представниками приватної медичної спільноти громади у процесах прийняття управлінських рішень з питань удосконалення публічноуправлінських підходів у наданні безпечних, якісних та доступних послуг мешканцям громади.

Голова



Валентин БРИГИНЕЦЬ

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ  
Національний технічний  
університет  
«Дніпровська політехніка»  
Навчально-науковий інститут  
державного управління



MINISTRY OF EDUCATION  
AND SCIENCE OF UKRAINE  
Dnipro University of Technology  
Educational and Research  
Institute of Public Administration

25.07.2025 № 12-22/26

### ДОВІДКА про участь у науково-дослідних роботах

Видана **Кондратьєвій Інні Миколаївні** про те, що вона дійсно брала участь у виконанні науково-дослідних робіт (далі – НДР) кафедри державного управління і місцевого самоврядування Навчально-наукового інституту державного управління Національного технічного університету «Дніпровська політехніка», а саме:

– 01.09.2023 до 01.09.2024 – виконавець теми НДР «Забезпечення стійкості, ревіталізації та розвитку територій і громад в Україні», номер державної реєстрації 0122U002375 (рішення кафедри державного управління і місцевого самоврядування ННІ державного управління НТУ «Дніпровська політехніка», протокол № 8 від 21.01.2022; затверджена Вченою радою університету 12.05.2022 р., протокол № 5).

*Особистий внесок:* наукове обґрунтування сутності та структурно-функціональних характеристик інституту сімейної медицини як об'єкта публічного управління на рівні сільських територій у контексті забезпечення базових потреб населення у сфері охорони здоров'я в період дії правового режиму воєнного стану та післявоєнної відбудови. Здобувачкою здійснено ранжування публічноуправлінських пріоритетів у процесі відновлення та розвитку медичної інфраструктури сільських територій в післявоєнний період, з акцентом на інтегрований характер організації надання медичних та реабілітаційних послуг, підтримку медичних кадрів, інноваційне ресурсне забезпечення та мобільність послуг.

Результати дослідження були використані під час викладання таких навчальних дисциплін: «Громадське здоров'я» та «Основи медико-соціальної реабілітації» для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності 231 Соціальна робота та «Державна політика у сфері охорони здоров'я» для здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування, а також увійшли до наукових публікацій І.М.Кондратьєвої, що готувалися під час виконання наукової теми.

Директор  
навчально-наукового інституту  
державного управління  
Національного технічного університету  
«Дніпровська політехніка»



*Свгеній БОРОДІН*  
Свгеній БОРОДІН