

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет Права, публічного управління та національної безпеки  
Кафедра економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного  
управління

Кваліфікаційна робота  
на правах рукопису

**КОСМІНА Олександр Ігоревич**  
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК 351.773:354.53  
(індекс)

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

**АДМІНІСТРУВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ УСТАНОВИ З НАДАННЯ БАЗОВИХ  
МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ГРОМАДІ**

(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»

(шифр і назва спеціальності)

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр  
кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання  
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне  
джерело

О.І.КОСМІНА  
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи  
Симоненко Леся Іванівна  
(прізвище, ім'я, по батькові)  
к.е.н., доцент  
(науковий ступінь, вчене звання)

**Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління**

за результатами попереднього захисту: \_\_\_\_\_

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № \_\_ від «\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 р.

Завідувач кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

\_\_\_\_\_ к.е.н., професор  
(науковий ступінь, вчене звання)

\_\_\_\_\_  
(підпис)

\_\_\_\_\_ Якобчук В.П.  
(прізвище ,ім'я, по батькові)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

### **Результати захисту кваліфікаційної роботи**

Здобувач вищої освіти \_\_\_\_\_ захистив (ла)  
(прізвище ,ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:

сума балів за 100-бальною шкалою \_\_\_\_\_

за шкалою ECTS \_\_\_\_\_

за національною шкалою \_\_\_\_\_

Секретар ЕК

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(науковий ступінь, вчене звання)

\_\_\_\_\_  
(підпис)

\_\_\_\_\_ Пугачова Н.С.  
(прізвище ,ім'я, по батькові)

## АНОТАЦІЯ

КОСМІНА О.І. Адміністрування діяльності установи з надання базових медичних послуг в громаді. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису. Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування». – Поліський національний університет. Житомир, 2022 р.

Кваліфікаційна робота містить результати авторських наукових досліджень діяльності установ системи охорони здоров'я первинного рівня з надання базових медичних послуг. В роботі наведені теоретичні основи організації системи надання первинної медичної допомоги населенню з позицій необхідності забезпечення загального охоплення населення медичними послугами, адже це не лише впливає на кількісні і якісні показники якості життя, а й суттєво економить фінансові ресурси держави. В роботі проілюстровано стан організації діяльності в закладах медичної допомоги первинного рівня на національному, регіональному та локальному рівнях. Увагу акцентовано на необхідності вдосконалення системи надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного часу.

**Ключові слова:** первинна медична допомога, заклад охорони здоров'я, програма медичних гарантій, фінансова спроможність надання медичних послуг, державні фінансові гарантії.

## ANNOTATION

KOSMINA O.I. Administration of activities of the institution for the provision of basic medical services in the community. - Qualification work on manuscript rights. Qualification work for obtaining the Master's degree, specialty 281 "Public management and administration". – Polis National University. Zhytomyr, 2022

The qualification work contains the results of the author's scientific research on the activities of the institutions of the primary level health care system in the provision of basic medical services. The paper presents the theoretical foundations of the organization of the system of providing primary medical care to the population from the point of view of the need to ensure general coverage of the population with medical services, because this not only affects the quantitative and qualitative indicators of the quality of life, but also significantly saves the financial resources of the state. The work illustrates the state of organization of activities in primary care institutions at the national, regional, and local levels. Attention is focused on the need to improve the system of providing primary medical care in wartime conditions.

Key words: primary medical care, health care facility, medical guarantee program, financial ability to provide medical services, state financial guarantees.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. Характеристика організації системи надання первинної медичної допомоги населенню .....	7
РОЗДІЛ 2. Стан організації діяльності в закладах медичної допомоги первинного рівня .....	12
РОЗДІЛ 3. Вдосконалення системи надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного часу.....	20
ВИСНОВКИ.....	25
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	27
ДОДАТКИ.....	30

## ВСТУП

Базові основи ефективної системи охорони здоров'я складає первинна ланка. Медичні фахівці загальної практики та сімейної медицини відіграють провідну роль у забезпеченні економічно ефективною та якісною медичною допомогою на засадах доступності, своєчасності, пацієнт-орієнтованості. Професійно підготовлені і добре вмотивовані фахівці з сімейної медицини рушійна сила у забезпеченні поліпшення здоров'я населення у довгостроковому періоді. Ідеї своєчасного виявлення хвороб закладені в реформі системи охорони здоров'я в Україні, яка розпочалась у 2018 році. Зміни в медичній галузі розпочаті були зі змін принципів фінансування первинної ланки.

Висвітленню необхідності реформ в національній системі охорони здоров'я і наближення її до кращих практик загального охоплення населення медичними послугами присвячені діяльність міжнародних організацій ВООЗ, Світового банку, USAID. В управлінні реформами слід відзначити команду МОЗ. Стратегічне бачення містять роботи НІСД. В останні роки було проведено ряд досліджень з питань проблем і шляхів їх вирішення в системі охорони здоров'я дослідницькими центрами.

Серед наукової спільноти значне число публікацій з тематики управління в системі охорони здоров'я, але наукові школи із становлення і розвитку нової моделі функціонування системи охорони здоров'я, в тому числі її первинної ланки в процесі становлення.

*Предметом вивчення в кваліфікаційній роботі є теоретичні узагальнення адміністративної діяльності установ за напрямками фінансування, забезпечення медичними кадрами та якість надання первинної медичної допомоги в громаді.*

*Об'єктом вивчення в кваліфікаційній роботі є процес становлення і розвитку практик сімейної медицини як основи первинної ланки надання послуг з охорони здоров'я на локальному, регіональному та національному рівнях.*

*Метою кваліфікаційної роботи є вивчення особливості адміністрування діяльності установи з надання базових медичних послуг в громаді.*

Для досягнення поставленої мети були поставлені і виконані такі *завдання*: проаналізовано ціннісні орієнтири реформи системи охорони здоров'я; вивчено накопичений досвід реорганізації закладів первинної ланки в некомерційні організації; розглянуто адміністрування організації праці медичних працівників в закладах первинної ланки з метою надання якісних базових послуг; систематизовано напрями спроможності медичної системи у загальному охопленні населення медичними послугами; визначено перспективні напрями політики в системі охорони здоров'я в умовах воєнного часу.

*Методи що застосовувалися в кваліфікаційній роботі*: Системний підхід, як сукупність загальнонаукових вимог, в основі яких лежить розгляд об'єкта як системи: а) виявлення залежності кожного елемента надання базових медичних послуг первинною ланкою в громаді; б) аналіз того, як змінилася діяльність установ первинної медичної допомоги після впровадження реформи; в) вивчення механізмів взаємодії медичної системи із закладами громади завдяки впровадженню нових механізмів фінансування НСЗУ; г) вивчення характеру ієрархічності, притаманній системі медичної допомоги що сформувалися в результаті реформи.

*Кваліфікаційну роботу виконано з використанням інформаційної бази Google Академії зокрема для ознайомлення з фаховими науковими статтями останніх трьох років, нормативно-правова база що регламентує функціонування медичної галузі; аналітичні дослідження аналітичних організацій, інформаційні матеріали МОЗ, електронні ресурси закладів охорони здоров'я Житомирської області та власні спостереження автора.*

*Апробація результатів дослідження* відбувалася на науково-практичних конференціях, що проходили в Поліському національному університеті.

*Структура та обсяг дослідження*. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаної літератури. Загальний обсяг роботи складає 30 сторінок. Робота містить анотацію, список літератури з 32 джерел та додатки.

## РОЗДІЛ 1

### ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

В Україні 2010 року було розпочато масштабну програму реформ з метою переходу на модель первинної допомоги на базі загальної практики сімейної медицини [1]. Загальнодержавною програмою розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини (ПМСД) визначено, що кращий світовий досвід засвідчує, що в більшості держав світу (за даним ВООЗ) до 90% загального обсягу медичних послуг припадає на первинну допомогу, а частка лікарів загальної практики - сімейних лікарів в їх загальній чисельності складає 30-50%, і це сприяє раціональному використанню ресурсів бюджету.

В моделі функціонування системи охорони здоров'я зразка 2010 року первинна медико-санітарна допомога була частиною спеціалізованої амбулаторної допомоги, тому управління первинною допомогою за допомогою економічних механізмів була неможливо. Адже упродовж тривалого періоду часу при застосуванні постатейної моделі фінансування на утримання закладів охорони здоров'я з надання первинної допомоги витрачалося лише 10 % коштів медичного бюджету, що за низького рівня матеріально-технічного забезпечення закладів первинної допомоги була недостатньою [1]. Системні проблеми призвели до погіршення показників тривалості життя, високих рівнів захворюваності. Принципи комплексності та наступності у наданні медичної допомоги були порушені. Достатня увага профілактиці захворювань та вихованню здорового способу життя не приділялася. Це призвело до збільшення потреби населення у спеціалізованих та високоспеціалізованих медичній допомозі, надання якої потребує значно більших фінансових ресурсів [1].

Впровадження програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини передбачало зміну парадигми на користь комплексного, позитивного та пацієнтоцентричного підходу з метою

задоволення потреб різних демографічних груп населення, людей з хронічними хворобами, людей похилого віку, тощо.

Впровадження ПМСД на засадах сімейної медицини передбачала наступну етапність. Упродовж 2010-2022 року проходить етап удосконалення нормативно-правової бази [2-9,] та науково-методичної бази [10-15], зокрема з питань діяльності закладів охорони здоров'я, що надають первинну медико-санітарну допомогу, ДОДАТОК А.

Окремим етапом слід вважати роботу зі створення мережі амбулаторій сімейної медицини у міських та сільських громадах шляхом реорганізації існуючих на той момент закладів охорони здоров'я та забезпечення їх матеріально-технічного оснащення. Ще одним етапом впровадження ПМСД на засадах сімейної медицини є нова система підвищення рівня підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації лікарів та медичного персоналу для надання медичних послуг. Ці зміни торкнулися і системи підготовки у закладах медичної освіти. З 2015 року розпочався і впроваджується етап оснащення лікувальних закладів медичним та технічним обладнанням, автотранспортними засобами, комп'ютерною технікою. Завершено етап удосконалення порядку ліцензування господарської діяльності з медичної практики за напрямом «загальна практика - сімейна медицина» та державну акредитацію закладів охорони здоров'я. Розроблено критерії оцінки якості стандартів ПМСД. За сприяння міжнародних організацій вивчені та поширені кращі практики організації ПМСД на засадах сімейної медицини.

Наразі перегляд ПМСД в Україні переважно спрямовано на:

- реформу фінансування системи охорони здоров'я й запровадження більшої управлінської і фінансової автономії та гнучкості;
- запровадження інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ) для збору даних і звітування в охороні здоров'я;
- проекти, пов'язані з удосконаленням послуг в охороні здоров'я щодо певних інфекційних (ВІЛ/СНІД, ТБ тощо) чи неінфекційних хвороб (наприклад, серцево-судинних).



Необхідно відзначити, що доступність, якість та ефективність первинної медичної допомоги визначають наявні комплексні ресурси. Це, в першу чергу, організаційна структура та кадровий потенціал. Сучасна організаційна структура системи первинної медичної допомоги з її розмежуванням із вторинною медичною допомогою забезпечується організацією центрів первинної медико-санітарної допомоги табл.1.

Таблиця 1

Показники реорганізація мережі ЛПЗ Житомирської області за 2017-2021 роки

Окремі показники	2017 р.	2018 р.	2019 р.	2020 р.	2021 р.
Центр первинної медико-санітарної допомоги	31	35	35	35	37
Самостійні АЗПСМ	7	10	10	11	13
Усього лікарських амбулаторій	252	267	264	260	240
в т.ч у складі ЦПМСД	226	250	247	242	215
у складі самостійних АЗПСМ	7	17	17	18	25
Сільські лікарські амбулаторії	190	176	174	171	154
в т.ч у складі ЦПМСД	167	163	161	157	134
у складі самостійних АЗПСМ	6	13	13	14	20
Міські лікарські амбулаторії	62	91	90	89	86
в т.ч у складі ЦПМСД	59	87	86	85	81
у складі самостійних АЗПСМ	1	4	4	4	5
Фельдшерсько-акушерські пункти та фельдшерські пункти	778	755	720	661	550
в т.ч у складі ЦПМСД	688	705	672	611	490
самостійних АЗПСМ	12	50	48	50	60

Джерело [18, с. 2]

Як свідчать дані таблиці, на рівні регіону у 2017 р. функціонувало 252 амбулаторій, з них 190 в сільських, до 2021 р. відбулася оптимізація мережі і структури ЦПМСД. На рівні регіону зберігається траєкторія розвитку первинної медицини рівня держави.

Як зазначають Слабкий В.Г., Матюха Л.Ф в «Щорічній доповіді про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України» в 2017 р. в системі охорони здоров'я України функціонувало 671 самостійних ЦПМСД із яких 488 функціонувало в сільській місцевості. В структурі самостійних ЦПМСД функціонувало 5335

лікарських амбулаторій та 11 078 ФАПів. Для забезпечення їх функціонування було введено 29 541,25 посад сімейних лікарів з рівнем укомплектованості штатних посад – 71,0% та 48 765,25 посад сімейних медичних сестер з рівнем укомплектованості штатних посад – 91,0% [12, с.142 ].

Крім ЦПМСД первинна медична допомога надається самостійними закладами ПМСД та в структурних підрозділах лікарень різного типу. Самостійних закладів ПМСД в системі охорони здоров'я функціонує в кількості 400 з найбільшою кількістю в Львівській (188), Івано-Франківській (101) та Закарпатській (61) областях. Крім того 858 структурних підрозділів ПМСД функціонує в лікарнях різного типу в тому числі в ЦРЛ (38), ДЛ та РЛ (по 22), інших закладах (668) тощо.

Важливим ресурсом системи ПМСД є її забезпечення лікарськими кадрами. В цілому в системі ПМСД введено 19 396,25 штатних посад ЛЗП-СЛ із яких зайнято 16 328,00 посад при фізичних осіб ЛЗП-СЛ. Загальна укомплектованість штатних посад склала 84,18%, а укомплектованість фізичними особами склала 72,08% [12, с.144]. Потенціал лікарських кадрів в Житомирській області відображає табл. 2.

Таблиця 2

### Кадри закладів охорони здоров'я Житомирської області за 2017-2021 роки

Окремі показники	2017 р.	2018 р.	2019 р.	2020 р.	2021 р.
Всього штатних посад:	29470,50	28261,50	27290,5	25679,75	22569,0
<b>У т.ч. лікарів:</b>					
штатних посад	5558,50	5353,50	5231,75	5127,75	4844,0
фізичних осіб (без зубних)	4272	4240	4169	4017	3912
у т.ч. інтерни	353	363	381	387	372
у т.ч. пенсійного віку	1127	1112	1078	989	962
забезпеченість лікарями (на 10 тис. нас)	34,4	34,4	34,2	33,2	32,7
атестовано (у %)	74,7	73,9	73,7	73,3	72,6
<b>Молодших спеціалістів з медичною освітою:</b>					
штатних посад	11927,25	11441,25	11011,0	10450,25	9090,0
фізичних осіб	12127	11343	10626	9855	9439
пенсійного віку	1290	1135	1032	827	791
забезпеченість (на 10 тис. нас)	97,7	92,1	87,0	81,5	78,9
атестовано (у %)	71,1	71,9	72,5	72,3	72,3

Джерело [18, с. 2]

Первинну медичну допомогу на сьогодні в Україні надають не тільки сімейні лікарі, а і лікарі терапевти та лікарі педіатри, мал. 1.

Наприклад, згідно штатного розпису КП ЦПМСД ЖМР персонал чисельно складає 697 осіб, в тому числі, лікарів 233, середній персонал 287, молодший 46, інший 132 (ДОДАТОК Б).

Реформа довела, що вагомі роль і значення набувають в системі адміністрування діяльності закладів первинної ланки середній медичний персонал (медсестри). Важливим документом для медсестринства первинної ланки є Наказ МОЗ України № 504 від 19 березня 2018 року «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги». У наказі вводиться поняття «команда з надання ПМД», що означає групу медичних працівників, яка функціонує в межах надавача ПМД і складається не менше ніж з одного лікаря з надання ПМД та не менше ніж з одного фахівця (сестра медична загальної практики — сімейної медицини, акушерка, фельдшер тощо), який працює спільно з лікарем з надання ПМД або під його керівництвом [1]. З одного боку, в Порядку вказано, що медсестри загальної практики мають входити до команди з надання ПМД, а з іншого — наведено невичерпний перелік спеціалістів (що містить й інші сестринські посади), які можуть працювати в команді з надання ПМД. Окрім цього, в наказі про Процедуру вказано, що такі спеціалісти працюють спільно з лікарем або під його керівництвом. Так, саме лікар з надання ПМД визначає обов'язки медсестри в команді.

Отже, розвиток первинної медико-санітарної допомоги є пріоритетним напрямом в реформуванні організаційної структури системи охорони здоров'я України. Даний напрямок реформи визначено на законодавчому та нормативно-правовому рівнях, що висвітлено у відповідних законах.

## РОЗДІЛ 2

СТАН ОРГАНІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ЗАКЛАДАХ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ  
ПЕРВИННОГО РІВНЯ

Під управлінням в медичному закладі первинного рівня розуміють організацію праці в закладі для досягнення цілі загального характеру охоплення якісними медичними послугами.

Культура організації праці в медичному закладі – це сукупність усталених стереотипів та поведінки персоналу що традиційно склалася. Всі без винятку заклади в системі охорони здоров'я України сформувались в адміністративно-командній культурі, тому типовими проблемами трансформації управлінської культури стали [16, с.146]:

1. Централізація абсолютно всіх управлінських рішень, концентрація повноважень «нагорі» управлінської піраміди, персонал не включений до вирішення організаційно-адміністративних питань.

2. До реформи не була виокремлена управлінська функція в закладі охорони здоров'я. Директором організації був головний лікар, який швидше виконував адміністративну, ніж менеджерську (лідерську) функцію.

3. Основним принципом визначення мотивації медичного персоналу і оплати праці була розрядна тарифна сітка як наслідок ми отримали повну байдужість лікарів до пацієнтів і відсутність сервісів для пацієнтів (клієнтів закладу).

4. Категорія лікаря була повністю відірвана від його реальної кваліфікації, тому що система підвищення кваліфікації набула формальних ознак і зруйнувала мотивацію до набуття нових компетенцій медичних працівників всіх ланок і рівнів.

Реформи первинної ланки запустили «цикл управління» на рівні менеджменту організації. Цей цикл має чотири складові: 1) планування; 2) організація (організаційна структура); 3) мотивація; 4) контроль.

Під плануванням в організації розуміють визначення мети функціонування, довгострокові та короткострокові цілі, а також необхідні

заходи з реалізації цілей і ресурси. В організації виокремлюють рівень стратегічного планування (і відповідно управління) та рівень оперативного планування (і відповідного управління). Стратегічне управління забезпечує визначення напрямку розвитку організації, а оперативне управління забезпечує сталий рух закладу за цим напрямом [16, с.147].

Організаційна структура є втіленням стратегії організації. В системі загального охоплення медичними послугами за принципом «гроші ходять за пацієнтом», сімейний лікар з яким пацієнти уклали декларацію стає «центром отримання доходів» (тобто є джерелом надходження коштів) тому в організаційній структурі ЦПМСД стає головним підрозділом, решта підрозділів виконує допоміжні функції і отримуючи гроші від практики сімейних лікарів.

Як зазначають Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. «мотивація – це система стимулів та процес стимулювання бажаної (з точки зору стратегії організації) поведінки працівників» [16, с.153]. При виборі системи мотивації слід пам'ятати, що в установі важливо не переоцінити значення фактору оплати праці для залучення фахівців, оскільки, як свідчить досвід ВООЗ, результати застосування фінансових стимулів неоднозначні: в частині областей збільшилась кількість лікарів та медсестер загальної практики, а в частині регіонів залишився дефіцит кадрів; це свідчить про те, що індивідуальний дохід не є єдиним фактором, який впливає на залучення медичних працівників [16, с.153]. До факторів-мотиваторів відносять умови праці, розпорядок і режим роботи, відносини (з керівництвом та в колективі) визнання заслуг, кар'єрне зростання, професійний розвиток, творчий характер праці [16, с.154].

Контроль в організації відбувається у формах періодичних нарад, звітів про реалізацію планів та аналізу показників реалізації планів.

Система управління якістю в охороні здоров'я була фрагментованою у довоєнний період, а в період війни зроблено акцент на доступності медичної допомоги.

Якість має забезпечуватися системою управління на національному, регіональному та локальному рівнях і має бути вимірюваною категорією. За цими вимірами охорона здоров'я в Україні має стати більш безпечною, результативною, своєчасною, економічно ефективною, справедливою та людиноцентричною.

Для цього має бути створене відповідне середовище через удосконалення процесів реєстрації та ліцензування, зовнішнього оцінювання якості, контракування на основі ефективності ЗОЗ, клінічного управління, публічної звітності та порівняльного аналізу, навчання медичних працівників і систему наставництва. Попередження шкоди при отриманні медичної та реабілітаційної допомоги забезпечуватиметься через інспектування закладів охорони здоров'я, впровадження контрольних списків і протоколів безпеки, удосконалення системи реєстрації небажаних подій при отриманні медичної допомоги. Для поліпшення клінічної допомоги необхідне широке впровадження клінічних рекомендацій, стандартів, протоколів і клінічних маршрутів; створення в закладах груп якості, запровадження таких інструментів як клінічний аудит і цикли поліпшення якості. Також важливими елементами системи управління якістю має стати залучення та розширення можливостей пацієнтів і їх родин брати участь у процесах створення, надання та покращення послуг охорони здоров'я, а також прагнути контролювати усі аспекти власного здоров'я [19].

ЦПМСД Житомирської територіальної громади, відповідно до визначених Статутом завдань, надає наступні послуги [23]:

- надання первинної медичної допомоги населенню;
- забезпечення права громадян на вільний вибір лікаря з надання ПМД;
- проведення профілактичних щеплень;
- проведення профілактичних заходів;
- консультації щодо ведення здорового способу життя;
- проведення експертизи тимчасової непрацездатності та контролю за видачею листків непрацездатності;

- взаємодія з суб'єктами надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги з метою своєчасного діагностування та забезпечення дієвого лікування пацієнтів;
- направлення на МСЕК осіб зі стійкою втратою працездатності;
- участь у проведенні просвітницької роботи серед населення щодо формування здорового способу життя [23].

Заклади з надання первинної медичної допомоги мають різні джерела фінансування, але основні це оплата за договорами з НСЗУ та кошти місцевих бюджетів [16, с.36-37].

Реформа фінансування закладів первинної ланки розпочалася зі зміни методів фінансування у 2018 році. Саме тоді було впроваджено бюджетну програму «Надання первинної медичної допомоги населенню» (код 2308020), відповідно до постанови КМУ [21].

Тобто 2018 рік був перехідним роком, у якому в межах країни зберігалися дві форми фінансування ПМД: 1) за рахунок медичної субвенції; 2) за капітаційною ставкою, яка запроваджена з 1 липня 2018 року.

З січня 2019 року, всі заклади, що надають первинну медичну допомогу, для отримання фінансування за пакети медичних послуг повинні мати укладені договори з НСЗУ. Договір з НСЗУ зможуть укласти ті суб'єкти господарювання, які відповідають вимогам, умовам закупівлі та специфікаціям. Серед вимог наявність чинної ліцензії на медичну практику, вільний доступ до будівель для людей з інвалідністю та інших маломобільних груп, перехід на електронний документообіг, тощо. Всі надавачі медичних послуг мають бути занесені до електронної системи охорони здоров'я.

За рахунок коштів загальнодержавного бюджету, відповідно до ст.87 (пункт 8) Бюджетного кодексу України [22] фінансуються наступні заклади в системі охорони здоров'я, фінансування установ здійснюється відповідно до переліків затверджених КМУ: «1) багатопрофільні лікарні та поліклініки, що виконують специфічні загальнодержавні функції; 2) клініки науково-дослідних інститутів, спеціалізовані лікарні, центри, лепрозорії, госпіталі для осіб з інвалідністю внаслідок війни, спеціалізовані поліклініки, спеціалізовані

стоматологічні поліклініки; 3) загальнодержавні санаторії для хворих на туберкульоз, загальнодержавні спеціалізовані санаторії для дітей та підлітків, спеціалізовані санаторії для ветеранів війни, осіб, на яких поширюється чинність окремих законів України; 4) лабораторні центри, заходи боротьби з епідеміями; 5) програму державних гарантій медичного обслуговування населення; 6) «державні програми та заходи у сфері охорони здоров'я, що здійснюються державними установами, державними науковими установами охорони здоров'я, які належать відповідно до сфери управління НАНУ, Національної академії медичних наук України, ДУС, ....у разі, якщо такі заклади не уклали з центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, договір про медичне обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення» [22].

Стаття 89, пункт 3, визначає напрями фінансування з місцевого бюджету (бюджету ОТГ) закладам, що надають первинну медичну допомогу, медичним амбулаторіям, фельдшерським пунктам, ЦПМСД, оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я, які належать відповідним територіальним громадам, для забезпечення надання медичних послуг за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення; місцеві програми громадського здоров'я [22].

Ст. 90 (пункт 3) БКУ визначає витрати з обласного бюджету на охорону здоров'я, зокрема це витрати: «1) центри та станції екстреної медичної допомоги та медицини катастроф; 2) спеціалізовані лікарні, поліклініки, включаючи стоматологічні, центри, диспансери, госпіталі для ветеранів війни, будинки дитини, станції переливання крові; 3) санаторії для хворих на туберкульоз, санаторії для дітей та підлітків, санаторії медичної реабілітації; 4) медико-соціальні експертні комісії, бюро судмедекспертизи, центри медичної статистики, територіальні медичні об'єднання, автопідприємства санітарного транспорту, бази спецмедпостачання, центри здоров'я і заходи санітарної освіти,..; 5) оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я...; 6) регіональні програми розвитку та підтримки



комунальних закладів охорони здоров'я...; 7) регіональні програми громадського здоров'я» [22].

Ключовим інструментом управління фінансами в ЦПМД є бюджет. Бюджет має доходну і витратну частини. Доходну частину закладів первинної медичної допомоги, окрім коштів НСЗУ та місцевого бюджету, складають ресурси цільових програм (Віл/Снід, туберкульоз, гепатит, тощо), надходження від надання платних послуг, благодійних фондів, добровільних внесків, регіональних програм, тощо. Витрати бюджету пов'язані з оплатою праці всіх категорій працівників, закупок необхідних товарів і послуг, оплата комунальних послуг, тощо.

Рішення з управління фінансами базуються на виокремленні операційних та інвестиційних потреб/витрат: надходження від НСЗУ призначені, головним чином, для покриття операційних витрат; інвестиційні потреби потребують пошуку додаткових фінансових ресурсів.

Загальний обсяг бюджетних фінансових ресурсів показаний в таблиці.

Таблиця

Показники управління фінансовими ресурсами охорони здоров'я в  
Житомирській області

	Область 2021р.
<b>Загальний обсяг фінансування закладів охорони здоров'я з місцевого бюджету, тис. грн.(касові видатки)</b>	<b>549528,88</b>
<b>Середньомісячна заробітна плата працівників охорони здоров'я</b>	
лікарів	16710,75
молодшого персоналу з медичною освітою	11190,90
молодшого медичного персоналу	8644,95

Джерело [20]

Система підготовки кадрів у сфері охорони здоров'я, має низку проблем. Наразі відсутня мережа сильних медичних університетів. Несучасним та нерелевантним є зміст освіти, а відсутність сучасних та потужних університетських лікарень та симуляційних центрів призводить до браку практичних навичок у майбутніх медичних працівників. Пандемія COVID-19 виявила дефіцит кадрів у сфері громадського здоров'я, зокрема епідеміологів. Нерівномірність розподілу, загострена війною, посилюється відсутністю

механізмів планування кадрів на рівні закладу та регіону, що не дає можливості визначити необхідну кількість фахівців для надання певного об'єму послуг. Ще до війни фрагментарний соціальний захист працівників охорони здоров'я не сприяв їх загальному добробуту, що безпосередньо впливало на рівень роботи з надання медичної та реабілітаційної допомоги населенню та забезпечення функцій громадського здоров'я. Не запроваджений порядок проходження БПР фахівцями з реабілітації.

Під час війни та в післявоєнний період, коли велика частина інфраструктури в Україні є зруйнованою, а доступ до лікарів та фахівців з реабілітації є значно ускладненим, особливої ваги набуває роль медичних сестер/медичних братів. Сучасна система охорони здоров'я вказує на доцільність зміщення межі між професіями лікаря та медичної сестри у напрямку надання більших повноважень медичним сестрам, розширення їх клінічного та управлінського функціоналу. Особливої актуальності під час війни та післявоєнний період набуває і залучення соціальних працівників у систему охорони здоров'я. Відсутність у штаті лікувальних закладів соціальних працівників свідчить про те, що функції, які вони могли б здійснювати, наразі виконують медичні сестри, а частина функцій, пов'язаних із доглядом, лягають на плечі родичів або не виконуються взагалі. У навчальний процес закладів освіти повинні бути запроваджені сучасні програми підготовки спеціалістів первинного рівня медичної допомоги із менеджменту ПТСР та інших порушень психічного здоров'я, асоційованих із наслідками військових дій.

Крім того, зростаюча роль лікаря загальної практики – сімейної медицини диктує вимогу до розширення його знань і навичок з різних питань. Окрема увага має бути приділена набуттю нових клінічних навичок лікарями із особливим акцентом на терапії фізичних ушкоджень у жертв війни (наприклад, технології із реконструктивної хірургії), і тому для задоволення попиту мають бути започатковані та функціонувати відповідні програми навчання.

На всіх етапах реалізація заходів зі зміцнення та посилення кадрових ресурсів повинна бути спрямована на досягнення ключових характеристик

кадрових ресурсів системи охорони здоров'я: наявність, доступність, прийнятність та якість. [19, с.56]

### Кадри системи охорони здоров'я житомирської області

	Україна 2020 р.	Область 2021 р.
<b>Чисельність лікарів (без зубних), тис. осіб</b>	<b>147,4</b>	<b>3,912</b>
усіх спеціальностей (з зубними лікарями)	147,6	4,007
загальної практики / сімейних лікарів	14,8	0,494
<b>Забезпеченість населення лікарями (без зубних), на 10 000 населення</b>	<b>35,6</b>	<b>32,7</b>
усіх спеціальностей (з зубними лікарями)	35,6	33,5
терапевтичних спеціальностей (уся група)	6,66	5,32
хірургічних спеціальностей (уся група)	5,81	5,34
акушерами-гінекологами	2,22	2,03
педіатрами	1,91	2,32
загальної практики/сімейними лікарями	3,57	4,13
стоматологами	2,15	1,44
<b>Забезпеченість населення лікарями, на 10 000 населення, які:</b>		
обслуговують хворих в стаціонарах, поліклініках	-	28,1
працюють на станціях (відділеннях) швидкої медичної допомоги		0,44
<b>Забезпеченість населення молодшими працівниками з медичною освітою, на 10 000 населення</b>	<b>66,0</b>	<b>78,1</b>
медичними сестрами	48,7	55,9
фельдшерами	6,6	8,8
акушерками	3,0	3,8
<b>Укомплектованість штатних посад медичного персоналу (в %)</b>		
лікарів	82,1	73,2
молодших працівників з медичною освітою	89,1	89,1
<b>Питома вага медичних працівників пенсійного віку (в %)</b>		
лікарів	23,6	24,6
молодших працівників з медичною освітою	11,0	8,4
<b>Співвідношення чисельності лікарів і молодших працівників з медичною освітою</b>	<b>1:1,86</b>	<b>1:2,4</b>

Джерело [20]

## РОЗДІЛ 3.

ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ  
ДОПОМОГИ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

Вдосконалення механізмів управління та адміністрування діяльності установ з надання медичних послуг має декілька складових. Перш за все це безпекові умови, фізичні руйнування які зазнала медична система внаслідок війни вплинуть на якісні та кількісні показники реалізації реформ. Ще однією складовою є макроекономічні умови, під якими розуміють темпи економічного зростання, рівень доходів і витрат бюджету, динаміку цін тощо, в умовах зменшення темпів економічної динаміки, зменшуються і фінансові ресурси, хоча частка до ВВП може залишатися в нормативних межах. Вагому роль відіграє здатність уряду впроваджувати реформи та інституційна розбудованість Міністерства охорони здоров'я. Заміна непрофесійних фахівців на досвідчених, авторитетних може сприяти просуванню реформ і навпаки, спричиняти спротив реформам. Окрім того органи урядування повинні мати розрахунок ресурсних потреб втілення реформ. Окрім фінансово-економічних важливими складовими державного управління системою охорони здоров'я є нормативно-правові, інформаційні, матеріально-технічні, кадрові, організаційні, психологічні. Нормативно-правова складова передбачає заходи контролю за дотриманням законності суб'єктами медичного ринку.

Як зазначають фахівці НІСД, розв'язана Російською Федерацією повномасштабна війна завдала значної шкоди медичній системі України йдеться про руйнування медичної інфраструктури, неможливість дотримання норм профілактики та лікування, брак медичних кадрів в деяких регіонах та порушення логістичних зв'язків, що перешкоджає вчасному та повному забезпеченню населення засобами медичного призначення [32].

З огляду на те, що попит на медичні послуги суттєво змінився в різних регіонах унаслідок переміщення значної частини громадян усередині країни та за її межі, загострилися диспропорції ресурсного забезпечення галузі охорони здоров'я.

Так, за даними ООН, станом на 24 серпня 2022 р. Пошкоджено понад 927 медичних закладів, понад 400 – опинилися на тимчасово окупованих росіянами територіях, зруйновано 123 заклади СОЗ. При цьому, наприкінці 2021р. в Україні налічувалося близько 3тис. медичних закладів. Станом на початок жовтня 2022р., відновлено 85 закладів СОЗ та ще 209 перебували на стадії відбудови. Пріоритетом МОЗ є відновлення послуг для населення, зокрема для внутрішньо переміщених осіб (ВПО), та робочих місць для працівників медичної сфери. З метою зміцнення спроможності СОЗ триває розгортання мережі мобільних амбулаторій, хоча залишається значною потреба в них у Вінницькій та Хмельницькій областях, які є одними з лідерів за кількістю ВПО [32]. Наразі майже третина (30 %) ВПО мають проблеми із доступом до медичної допомоги

За інформацією МОЗ, «проблема критичної нестачі лікарів для України не актуальна, оскільки є потенційна можливість залучати іноземних медпрацівників, які готові працювати в Україні на волонтерських засадах. Таку можливість надано згідно із Законом України від 29.07.2022 р. № 2494-IX «Про внесення змін до деяких законів України щодо підвищення доступності медичної та реабілітаційної допомоги у період дії воєнного стану» [32]. Водночас такий крок має розглядатись як виключно допоміжний, оскільки політика держави має спрямовуватися не тільки на ресурсне забезпечення галузі, а передусім на стабілізацію галузевого ринку праці у спосіб надання всебічної підтримки працевлаштуванню ВПО, зокрема медичних працівників. Крім того, передбачається, що іноземні фахівці надаватимуть медичні послуги лише на тимчасовій основі, що в найближчому майбутньому змусить знову повернутись до вирішення кадрового питання галузі охорони здоров'я.

Станом на кінець вересня 2022 р. можливістю працевлаштуватися в іншому медзакладі скористалося 4050 внутрішньо переміщених медичних працівників. Також МОЗ запустило портал пошуку роботи для медичних працівників. Проте наявні на ньому вакантні посади стосуються здебільшого лікарів. Найбільше вакансій – у Києві та Київській області, центральних – Кіровоградській, Черкаській, Вінницькій – та Донецькій областях.

Водночас повідомляється про труднощі із працевлаштуванням для медичних працівників зі статусом ВПО. Це змушує їх або погоджуватися на інші, менш

кваліфіковані професії, або виїжджати за межі України, що погіршує кадровий потенціал галузі. Ситуація ускладнюється на тлі відсутності актуальної інформації про точну кількість наявних медичних працівників, оскільки такий облік в умовах війни централізовано та систематично не здійснюється. Про важливість кадрового ресурсу зазначає й ВООЗ, яка рекомендує вже нині будувати кадрову політику з огляду на повернення медперсоналу, а також розробити цифровий реєстр медичних працівників. Потребує вдосконалення мотивація медичних працівників на тлі підвищення попиту на медичні послуги.

Зокрема це стосується встановлення конкурентоспроможної оплати праці, середній рівень якої для лікарів зріс на 30 %, а для молодшого та середнього медперсоналу – лише на 16 %. Разом із тим, рівень споживчих цін за дев'ять місяців 2022 р. зріс на 21,8 %, що значно нівелює ефект такого підвищення для лікарів та свідчить про зниження купівельної спроможності молодшого та середнього медперсоналу. Питання особливо актуальне через системність проблеми нестачі молодшого медперсоналу практично протягом усіх років незалежності України та з урахуванням підвищеного навантаження на СОЗ під час війни. Вирішення кадрового питання має спрямовуватися не тільки на збереження наявного потенціалу, а й на навчання медпрацівників за програмами для потреб воєнного та поствоєнного часу, зокрема – у сферах фізичної реабілітації та забезпечення ментального здоров'я.

Бойові дії безпосередньо вплинули на доступність лікарських засобів. Від початку 2022 р. ДП «Медичні закупівлі України» придбало лікарських засобів та обладнання в обсязі 53 % від потреби. З безпекових міркувань централізовані медзакупівлі у 2022 р. проводяться поза системою ProZorro, відповідно до Постанови Кабміну від 28.02.2022 р. № 169 (зі змінами) «Деякі питання здійснення оборонних та публічних закупівель товарів, робіт і послуг в умовах воєнного стану».

Через періодичні ускладнення вантажопотоку в пунктах пропуску вантажі низки фармацевтичних компаній затримуються під час перетину кордону. Крім того, перевезення певних лікарських засобів, сировини для їх виготовлення та виробів медичного призначення вимагають дотримання температурних режимів. Вирішення цієї проблеми потребує спрощення перетину кордону для вантажів

фармацевтичної галузі, зокрема надання їм права на першочерговий перетин кордону.

У проєкті Державного бюджету на 2023 р. закладено приблизно такі самі обсяги фінансування придбання лікарських засобів, що й на поточний рік. Якщо врахувати прогнозований рівень інфляції, зростання курсу іноземних валют (значна частина лікарських засобів в Україні є імпортними) та загострення хронічних станів, так само як і появу нових захворювань у населення, що потребують медикаментозного лікування, СОЗ матиме дефіцит якісної фармацевтичної продукції. Проблему частково доведеться вирішувати самим громадянам, що негативно позначиться на їхньому рівні життя. Варто наголосити, що в низці громад досі не працює належним чином програма «Доступні ліки». Насамперед йдеться про деокуповані території Київщини, Чернігівщини, Сумщини та Житомирщини.

Продовжується міжнародна підтримка охорони здоров'я України. Згідно з інформацією Єврокомісії, до країн ЄС уже здійснено понад 1000 медичних евакуацій українських пацієнтів, а низка європейських країн оголосила про партнерство у сфері зміцнення системи громадського здоров'я України, на що вже виділено 45 млн дол. США. З початку повномасштабної війни на потреби СОЗ України перераховано понад 4 млрд грн. Водночас, за оцінками МОЗ, Україні для відбудови СОЗ знадобиться від 14,6 до 20 млрд євро.

Набуває актуальності лікування травм, завданих ментальному здоров'ю українців. За заявами міністра охорони здоров'я, після завершення війни щонайменше 15 млн осіб потребуватимуть психологічної допомоги. Попри те, що держава наголошує на важливості реабілітації, зокрема психологічної, її доступність наразі є низькою. МОЗ надає інформацію про успішність певних програм реабілітації Міноборони та Мінветеранів, тоді як загальнодержавної політики реабілітації досі не вироблено.

Успішній протидії викликам війни сприяє відносна автономізація закладів охорони здоров'я та децентралізований підхід до ухвалення управлінських рішень з боку місцевих громад, з огляду на конкретну ситуацію на місцях.

Наразі спостерігається поступове налагодження функціональності СОЗ в умовах ризиків війни, зумовлене наданням медичних послуг у повному обсязі в

окремих регіонах України та відновленням медичної інфраструктури. Подальші кроки належної роботи СОЗ полягатимуть у визначенні поточних та прогнозованих потреб у медичних послугах із відповідним перерозподілом ресурсів. Так, залишаються актуальними проблеми низького рівня вакцинації від низки інфекційних хвороб, зокрема кору, поліомієліту, а також зростання сезонної захворюваності на інфекційні хвороби, у тому числі – на COVID-19. Разом із тим, наростають потреби в організації надання медичних послуг з лікування травм, спричинених бойовими діями.

Важливим аспектом відновлення є належний облік ресурсів з метою формування об'єктивного уявлення про стан СОЗ. Зокрема це стосується налагодження цифровізації даних та медичної статистики. Державна політика потребує перегляду функціонування медичних реєстрів та формування моделі їх взаємної інтеграції. Однак, не зрозуміло, скільки часу займуть розроблення такої моделі та її практична реалізація, тоді як нині реєстри залишаються обмежено функціональними (або не функціонують зовсім). До того ж, є ризик втрати частини даних, якщо вони не будуть сумісні із зазначеною моделлю, а це вплине на якість та швидкість управлінських рішень.

Потужним інструментом ресурсного забезпечення СОЗ може стати згуртованість громадянського суспільства та волонтерська діяльність. Водночас відсутня координація цього ресурсу через брак вірогідної інформації про потреби СОЗ, що утруднює спрямування допомоги в регіони, де вона найбільше потрібна. Зокрема це зумовлено тим, що Кабінет Міністрів України дозволив закладам охорони здоров'я не вести облік гуманітарної допомоги.

Потрібно переглянути тарифи на надання послуг СОЗ. Для прикладу, згідно із бюджетним запитом, тариф на пакет «реабілітація» з 01 січня 2023 р. закладено у 2,5 раза менший за актуальний, при цьому підстав очікувати зниження компонентів його собівартості немає.

Актуальним також залишається пошук альтернативних джерел залучення фінансових ресурсів та моделей заохочення приватного бізнесу в медицині після завершення війни, зокрема – на деокупованих територіях [32].

## ВИСНОВКИ



Масштабну програму реформ з метою переходу на модель первинної допомоги на основі загальної практики сімейної медицини в Україні було розпочато 2010 року. В моделі функціонування системи охорони здоров'я зразка 2010 року управління первинною допомогою за допомогою економічних механізмів була неможливо. Системні проблеми пов'язані із застосуванням постатейної моделі фінансування на утримання закладів охорони здоров'я з надання первинної допомоги призвели до порушення базових принципів у наданні медичної допомоги.

Впровадження парадигми загального охоплення населення медичними послугами сприяло розвитку ПМСД на засадах сімейної медицини. Загальне охоплення населення медичними послугами це комплексний, позитивний та пацієнтоцентричний підхід до задоволення потреб з охорони здоров'я.

Етапи впровадження ПМСД на засадах сімейної медицини наступні: упродовж 2010-2022 років відбувається удосконалення нормативно-правової та науково-методичної бази; окремим етапом слід вважати роботу зі створення мережі амбулаторій сімейної медицини у міських та сільських громадах шляхом реорганізації існуючих на той момент закладів охорони здоров'я та забезпечення їх матеріально-технічного оснащення; ще один етап це нова система підвищення рівня підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації лікарів та медичного персоналу для надання медичних послуг; з 2015 року розпочався і впроваджується етап оснащення лікувальних закладів медичним та технічним обладнанням, автотранспортними засобами, комп'ютерною технікою; завершено етап удосконалення порядку ліцензування господарської діяльності з медичної практики за напрямом «загальна практика - сімейна медицина».

За сприяння міжнародних організацій вивчені та поширені кращі практики організації ПМСД на засадах сімейної медицини. Проект USAID «Підтримка медичної реформи» допомагає побудові прозорої, підзвітної та ефективної системи охорони здоров'я, яка відповідатиме потребам українців. Проект надає значну фінансову допомогу на адміністрування медичної реформи. Проект Світового банку «Поліпшення охорони здоров'я на службі у

людей». Проект фінансує відновлення міських лікарень та фельдшерсько-акушерських пунктів у сільській місцевості, підвищення якості медичних послуг та закупівлю сучасного обладнання. Вагому роль у вивченні і поширенню досвіду функціонування медичних систем різних країн відіграє ВООЗ.

Управління та адміністрування діяльності установ з надання первинних медичних послуг у воєнний час та післявоєнний період мають декілька рівнів, загальнонаціональний, регіональний та локальний. Загальнонаціональний рівень визначає фінансові можливості реформування. Внаслідок війни мережа закладів зазнала фізичних руйнувань, що вплине на якісні та кількісні показники реалізації реформ. В умовах втрати третини ВВП, суттєвого росту цін бюджет системи охорони здоров'я суттєво зменшиться. Вагому роль відіграє здатність уряду впроваджувати реформи та інституційна розбудованість МОЗ яку забезпечують нормативно-правові, інформаційні, матеріально-технічні, кадрові, організаційні, психологічні (сприйняття реформ) ресурси.

Державна політика потребує перегляду функціонування медичних реєстрів та формування моделі їх взаємної інтеграції. Однак, не зрозуміло, скільки часу займуть розроблення такої моделі та її практична реалізація, тоді як нині реєстри залишаються обмежено функціональними (або не функціонують зовсім). До того ж, є ризик втрати частини даних, якщо вони не будуть сумісні із зазначеною моделлю, а це вплине на якість та швидкість управлінських рішень.

Актуальним також залишається пошук альтернативних джерел залучення фінансових ресурсів та моделей заохочення приватного бізнесу в медицині після завершення війни.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Закон України N 1841-VI від 22 січня 2010 року. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1841-17#Text>
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України. 1993 рік. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
3. Про первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини. Пояснювальна записка до проекту Закону України № 6634 від 22.06.2017р. <https://ips.ligazakon.net/document/GH54A00A>
4. Про утворення Національної служби здоров'я України. Постанова КМУ № 1101 від 27.12.2017р. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>
5. Порядок надання первинної медичної допомоги. Наказ МОЗ України. № 504 від 19.03.2018 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>
6. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України. 2018рік. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
7. Про схвалення Концепції розвитку електронної системи охорони здоров'я. Розпорядження КМУ № 1671-р. від 28 грудня 2020 р. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-%D1%80>
8. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році. Постанова КМУ № 1440 від 29.12.2021 р. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1440-2021-%D0%BF#Text>
9. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги. Закон України №2347 від 01.07.2022 р. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text>
10. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я. МКФ. ВООЗ. Женева. 2001. 259 с. Режим доступу до ресурсу : [https://physrehab.org.ua/wp-content/uploads/docs/5210-preklad\\_mkf\\_dorosla\\_v\\_docx.pdf](https://physrehab.org.ua/wp-content/uploads/docs/5210-preklad_mkf_dorosla_v_docx.pdf)

11. Попченко Т. П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення : аналіт. доп. К. : НІСД, 2012. 96 с.
12. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ : МВЦ «Медінформ», 2018. – 458 с.
13. Предоставление качественных услуг здравоохранения: обязательное условие всеобщего охвата услугами здравоохранения на мировом уровне. ВООЗ, ОЭСР, МБРР. Всемирный банк, 2019, 106 с.
14. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. ВООЗ, 2019, 98 с. [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)
15. Роль медсестер у наданні первинної медичної допомоги: сучасні моделі. Степурко Т. та ін. Україно-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти», К., 2022. 22 с.
16. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Операційне керівництво / Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. та ін. Міністерство охорони здоров'я України, Проєкт USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», ТОВ «Агентство «Україна» К., 2018. 368 с. [https://moz.gov.ua/uploads/0/4992-phc\\_operational\\_manual\\_apr\\_2018\\_fin\\_web1.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/0/4992-phc_operational_manual_apr_2018_fin_web1.pdf)
17. Програма медичних гарантій: впровадження в Україні. Київ, МОЗ, березень 2018. [https://moz.gov.ua/uploads/0/3798-programa\\_medicnih\\_garantij\\_vprovadzenna\\_v\\_ukraini.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/0/3798-programa_medicnih_garantij_vprovadzenna_v_ukraini.pdf)
18. Показники діяльності закладів охорони здоров'я Житомирської області за 2017 – 2021 рр. [http://ozdep.zht.gov.ua/images/stories/diyalnist/2022/pokazniki\\_zoz\\_2017\\_2\\_021.doc](http://ozdep.zht.gov.ua/images/stories/diyalnist/2022/pokazniki_zoz_2017_2_021.doc)
19. План відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022 - 2032 роки. МОЗ. К. 2022. Дата звернення 27.11.2022

[https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%9D%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%BD%D0%B8/21-07-2022-Draft-Ukraine%20HC%20System%20Recovery%20Plan-2022-2032\\_UKR.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%9D%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%BD%D0%B8/21-07-2022-Draft-Ukraine%20HC%20System%20Recovery%20Plan-2022-2032_UKR.pdf)

20. Громадське здоров'я Житомирщини 2021. КНП «Обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики». Департамент охорони здоров'я ЖОДА. Житомир. 2022. 7 с.

21. Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання первинної медичної допомоги населенню. Постанова КМУ від 28 березня 2018 р. № 283. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/283-2018-%D0%BF#Text>

22. Бюджетний кодекс України. 2010.

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#Text>

23. Статут комунального підприємства «Центр первинної медико-соціальної допомоги» Житомирської міської ради. Нова редакція. Житомир, 2020. 13с.

24. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. Всесвітня організація охорони здоров'я, 2019. 98с. Режим доступу : [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)

25. Забезпечення здорового способу життя та сприяння добробуту для всіх у будь-якому віці. Аналітична доповідь до «Щорічного Послання Президента України до Верховної Ради України». К. НІСД. 2021. С.42-46. Режим доступу до сайту: <https://niss.gov.ua/>

26. Доронцева Є., Алєканкіна К. Здорові мешканці але обмежений бюджет: як малим громадам побудувати ефективну медичну систему. Вокс Україна. 2021. <http://surl.li/ecioj>

27. Качула С. В. Бюджетний потенціал та фінансове забезпечення охорони здоров'я в Україні в умовах реалізації стратегії сталого розвитку / С. В. Качула, О. В. Стефанишин, А. В. Абдін // Науковий погляд: економіка та управління. -

<http://dspace.dsau.dp.ua/jspui/handle/123456789/4488>

28. Рудакова Л. О., Михальчук В. М. Децентралізація управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні (на прикладі київської області). *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 8. С. 105–112. DOI: [10.32702/2306-6814.2021.8.105](https://doi.org/10.32702/2306-6814.2021.8.105)
29. Кримчак, Л., Гарбузюк, В., Романюк, І. (2022). Удосконалення механізму безпекоорієнтованого управління діяльністю закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації державного управління. *Innovation and Sustainability*, (2). <https://doi.org/10.31649/ins.2022.2.55.60>
30. Наврученко, Д. (2022). Теоретичні підходи реформування механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я. *Публічне управління та регіональний розвиток*, (15), 68-86. <https://doi.org/10.34132/pard2022.15.03>
31. <https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/gho/ukraine?countryprofileid=afb22d87-dfd4-46cd-afc4-99cfd504ebd5>
32. Ресурси системи охорони здоров'я в умовах війни. НІСД. Київ. 2022, жовтень. <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/resursy-systemy-okhorony-zdorovya-v-umovakh-viyny-zhovten-2022r>