

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

**БУГАЙЧУК АРТЬОМ МИКОЛАЙОВИЧ**  
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК: 336.131:614.2  
(індекс)

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**  
**ІННОВАЦІЙНІ МЕХАНІЗМИ УПРАВЛІННЯ**  
**СПЕЦІАЛІЗОВАНОЮ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ**  
**В УКРАЇНІ**  
(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

А. М. БУГАЙЧУК  
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи:  
доцент  
**СИМОНЕНКО Леся Іванівна**  
(прізвище, ім'я, по батькові)

кандидат економічних наук, доцент  
(науковий ступінь, вчене звання)

**Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління за результатами попереднього захисту: БУГАЙЧУКА Артьома Миколайовича** допущено до захисту.

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № \_\_\_\_\_ від «\_\_\_\_\_» грудня 2024 р.

Завідувач кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

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

Валентина ЯКОБЧУК  
(власне ім'я та прізвище)

«\_\_\_\_\_» грудня 2024 р.

### Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти **БУГАЙЧУК Артьом Миколайович** захистив  
(прізвище ,ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:  
сума балів за 100-бальною шкалою \_\_\_\_\_  
за національною шкалою \_\_\_\_\_

Секретар ЕК

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

\_\_\_\_\_  
(підпис)

Анастасія ПРУТ  
(власне ім'я та прізвище)

## АНОТАЦІЯ

БУГАЙЧУК А. М. Інноваційні механізми управління спеціалізованою медичною допомогою в Україні. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису. Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 281 – Публічне управління та адміністрування. – Поліський національний університет, Житомир, 2024.

Досліджено теоретичні та методологічні аспекти публічного управління спеціалізованою медичною допомогою. Надано характеристику тематичної нормативно-правової бази, якою сформульовано дефініцію основних елементів сектору вторинного медичного забезпечення сфери громадського здоров'я, обґрунтовано принципи та функції та їх роль у публічному управлінні галузі охорони здоров'я. Вивчено основи, ключові загрози та сучасний стан спеціалізованої медичної допомоги інформаційного забезпечення медичної галузі в Україні та окремих провідних країнах світу. Розроблено шляхи і пропозиції щодо удосконалення спеціалізованої медичної допомоги в Україні.

*Ключові слова: публічне управління, і спеціалізована медична допомога, медична галузь, нормативно-правова база, стан вторинної медичної допомоги в Україні і світі.*

## SUMMARY

BUHAICHUK A. Innovative mechanisms for managing specialized medical care in Ukraine. – Qualification work on the rights of the manuscript. Qualification work for obtaining a master's degree in specialty 281 «Public management and administration» – Polissia National University, Zhytomyr, 2024.

The theoretical and methodological aspects of public management of specialized medical care are studied. The thematic regulatory and legal framework is characterized, which formulates the definition of the main elements of the secondary medical care sector of the public health sphere, substantiates the principles and functions and their role in public management of the health sector. The foundations and current state of specialized medical care in the health sector in Ukraine and some leading countries of the world are studied. Ways and proposals for improving specialized medical care in Ukraine are developed.

*Keywords: public management, and specialized medical care, medical industry, regulatory and legal framework, the state of secondary medical care in Ukraine and the world.*

## ЗМІСТ

|                                                                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ВСТУП                                                                                                                                  | 5  |
| РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНА БАЗА УПРАВЛІННЯ<br>СПЕЦІАЛІЗОВАНОЮ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ В СФЕРІ<br>ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я                     | 8  |
| ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ                                                                                                                    | 16 |
| РОЗДІЛ 2 СУЧАСНИЙ СТАН І ПРОБЛЕМИ УПРАВЛІННЯ<br>СПЕЦІАЛІЗОВАНИМ МЕДИЧНИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ<br>МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ У КРАЇНАХ СВІТУ ТА В УКРАЇНІ | 17 |
| ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ                                                                                                                    | 24 |
| РОЗДІЛ 3 ШЛЯХИ І ПРОПОЗИЦІЇ ДО ПОСТУПОВОГО РОЗВИТКУ<br>СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У СФЕРІ<br>ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ           | 25 |
| ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ                                                                                                                    | 32 |
| ВИСНОВКИ                                                                                                                               | 33 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ                                                                                                             | 36 |
| ДОДАТКИ                                                                                                                                | 41 |

## ВСТУП

*Актуальність теми.* Незважаючи на військовий стан у нашій країні та попри усі негаразди українська індустрія охорони громадського здоров'я поступово розвивається. Ми маємо вказати не на усі реальні, але на вже досягнуті успіхи, яких досягнуто у межах реформаційних змін в індустрії охорони громадського здоров'я.

- Запроваджено правило «гроші ходять за пацієнтом». Це значить, що кошти закладу охорони здоров'я знаходяться у залежності від чисельності людей, які знаходяться у колі його обслуговування.
- Це положення спонукує заклади охорони здоров'я підсилювати ефективність надаваної допомоги і підтримки.
- Упроваджено запоруки одержання мешканцями медичної допомоги, зокрема безкоштовне подання провідних медичної допомоги та лікувальних засобів. Це надасть громадянам кращі умови доступності до меддопомоги.
- Налагоджено процес самостійності муніципальних медичних закладів, що підвищує свободу автономності, вибору кращих методів господарювання та їх ефективність.
- Розпочато перехід до цифровізації галузі охорони здоров'я для створення прозорих механізмів охорони здоров'я та підвищення ефективності надання медичної допомоги та послуг.
- Опрацьовано державну програму медичних гарантій, реімбурсацію лікарських засобів тощо.

Але більш поширеному піднесенні охорони здоров'я надто заважає військова інтервенція північного сусіди – росії. Але залишаються не розв'язаними проблеми високої якості, доступності, адекватності медичної допомоги і послуг та догляду.

Незважаючи на досягнення країна має цілу низку нагальних проблем, які потребують термінового розв'язання. Однією із таких проблем є потреба у реформуванні сектору спеціалізованої медичної допомоги системи охорони

здоров'я в Україні і вона є нагальною з оглядкою навіть на військові дії. Сучасний її стан недостатньо відгукується з потребами населення, а відтак не забезпечує належного ступеня медичної допомоги. Вторинна медична допомога – це особлива терапія та допомога, яка подається лікарями та іншим медичним персоналом хворим, яких направлено для одержання більш кваліфікованої помочі, що найчастіше надається в стаціонарах. Обслуговування на цій ланці, зазвичай, здійснюється у клінічному стаціонарі або, хоча окремі сервіси можуть бути наданими безпосередньо у громаді. Це включно планові операції, допомога у профільних кардіологічних чи ниркових клініках, либонь відновлювальні дії, такі як преформовані фізичні фактори. Цей вид допомоги містить чималу кількість спеціалістів медичного профілю (кардіологи, нефрологи, акушери-гінекологи, педіатри, дерматологи, психіатри та ін.) [1].

*Мета дослідження.* Обстежити теоретико-методологічні та прикладні аспекти публічного управління спеціалізованої медичної допомоги для опрацювання ofert розвою цього сектора у медичній сфері.

*Завдання дослідження.*

1. Здійснити аналіз теоретико-методологічної площини сектору спеціалізованої медичної допомоги сфери охорони громадського здоров'я України.
2. Охарактеризувати нормативно-правове забезпечення надання вторинної допомоги населенню держави.
3. Означити сучасні дефініції закладів охорони здоров'я у рамках інституційних змін у законодавстві України.
4. Дослідити сучасний стан створення та застосування кращого досвіду спеціальної медичної допомоги інформаційного забезпечення медичної галузі в розвинутих країнах світу.
5. Визначити основні проблеми та ключові загрози розвитку вторинної допомоги в Україні.
6. Розробити дієві пропозиції щодо удосконалення публічного управління спеціалізованою медичною допомогою медичної галузі в Україні.

*Об'єкт дослідження.* Процес державного управління сектором спеціалізованої медичної допомоги і послуг медичної сфери.

*Предмет дослідження.* Теоретичні та утилітарні фактори функціонування та просунутого поліпшення державного управління забезпеченням населення спеціальною медичною допомогою медичної галузі під час її реформування.

*Методи дослідження.* У дослідженні використано систему загально-наукових та спеціальних методів, які включають аналітичний, бібліографічний, компаративний метод, методологію системного аналізу та синтезу, узагальнення та моделювання, наукового абстрагування, експерименту, моделювання. Застосовано моніторинг та оцінку якості послуг, з використанням індикаторів якості, інформаційних технологій, методології стратегічного планування, SWOT і PESTEL аналіз.

*Апробація кваліфікаційної роботи.* Розглянута в роботі проблематика досліджень оприлюднювалась на Міжнародних науково-практичних конференціях в Поліському національному університеті. По підсумках написання роботи опубліковані з тези.

*Практичне значення роботи* полягає в розробці рекомендацій щодо удосконалення механізмів управління спеціалізованою медичною допомогою в Україні, що сприятиме підвищенню її доступності, якості та ефективності. Запропоновані підходи можуть бути використані органами державного управління та медичними установами для оптимізації процесів надання вторинної медичної допомоги.

*Елементи наукової новизни* представляють намагання автора визначити першочергові шляхи створення якісної дієвої будови надання спеціалізованої медичної допомоги галузі.

*Структура роботи.* Кваліфікаційна робота складається із вступу, 3-х основних розділів, загальних висновків, списку використаних 45 джерел та додатків. Гуртовий обсяг роботи становить 39 сторінок.

## **РОЗДІЛ 1.**

### **ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНА БАЗА УПРАВЛІННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЮ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Теоретичні аспекти управління спеціалізованою медичною допомогою в сфері охорони здоров'я охоплює концептуальні, аналітичні та організаційні підходи до ефективного адміністрування процесом надання медичних послуг. Концепції управління охороною здоров'я, в першу чергу, включають системний підхід, який передбачає аналіз системи охорони здоров'я як цілісної системи та парадигму безперервного вдосконалення якості надання медичних послуг, іншими словами пацієнтоцентризм, тобто орієнтація на потреби пацієнта, оцінка рівня довіри пацієнтів до системи охорони здоров'я. Істотну роль в наукових підходах до управління медичною допомогою відіграють теорія обмеженості ресурсів і їх раціонального використання та впровадження механізмів державно-приватного партнерства.

Методологічною основою аналізу управління спеціалізованою медичною допомогою є дотримання принципів орієнтації на ефективність, доступність, економічну доцільність, орієнтацію на результат, впровадження стандартизації процесів, міжнародних стандартів (ВООЗ, ISO у сфері охорони здоров'я). Такий підхід дозволив проаналізувати напрями трансформації управлінських процесів, реформування моделі фінансування, впровадження електронної системи охорони здоров'я. Також, це дозволило проаналізувати шляхи інтеграції спеціалізованої допомоги через створення об'єднань первинного та вторинного рівнів надання медичних послуг, створити міждисциплінарні групи спеціалістів для складних випадків, зробити оцінку та аудит. Теоретико-методологічна база управління спеціалізованою медичною допомогою забезпечує гармонійне поєднання теоретичних знань та інструментів реалізації, сприяючи підвищенню якості медичних послуг та задоволенню потреб населення.



Визначення терміну досліджуваного об'єкта знаходимо у законодавстві України. «Спеціалізована медична допомога – медична допомога, що надається в амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації (крім лікарів загальної практики – сімейних лікарів) у плановому порядку або в екстрених випадках і передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування та профілактики хвороб, травм, отруєнь, патологічних і фізіологічних (під час вагітності та пологів) станів, у тому числі із застосуванням високотехнологічного обладнання та/або високоспеціалізованих медичних процедур високої складності; направлення пацієнта відповідно до медичних показань для надання спеціалізованої медичної допомоги з іншої спеціалізації. Надання спеціалізованої медичної допомоги забезпечують заклади охорони здоров'я в стаціонарних та амбулаторних умовах» [2].

Щоб краще з'ясувати функції та зміст спеціалізованої (вторинної) медичної допомоги розглянемо окремі положення сучасного чинного законодавства України. Законом «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» в Основах законодавства України про охорону здоров'я здійснено зміни.

Дефініція «заклад охорони здоров'я» тепер розглядається таким чином, що це утворення є правничою особою незалежно від власності та організаційної форми або її осібне утворення, що має мету забезпечення населення медичною допомогою на підставі належного дозволу та фахової практики медичних/фармацевтичних співробітників й спеціалістів з відновлення. Набули трансформації й інші терміни.

«Госпітальний округ» – простір, де забезпечується подання медичної та реабілітаційної помочі шляхом утворення мережі медичних закладів. «Загальний заклад охорони здоров'я» є багатопрофільним лікарня з функціями надання мешканцям територіальної громади або кількох громад основної медичної й реабілітаційної допомоги згідно із затвердженим КМУ переліком чи передачі пацієнта до кластерних та надкластерних закладів.

Саме для створення умов повсемісного доступу населення територій до якісної медичної допомоги й реабілітації відзначається госпітальний округ, який у свою чергу ділиться на госпітальні кластери, в кордонах яких утворюється комплексна доступність мешканців до лікарняної допомоги. Межі цих утворень, їх упорядкованість та визначення їх основної діяльності, з розрахунком на потреби жителів означаються Кабінетом Міністрів України

«Кластерний заклад охорони здоров'я» – багатoproфільна лікарняна установа у межах госпітального округу для безоплатного лікування більш розповсюджених хвороб.

«Надкластерний заклад охорони здоров'я» – поліпрофільний лікарняний заклад, у якому безкоштовно здійснюються медичні заходи при більш складних чи рідкісних захворюваннях громадянам госпітального округу.

Державні та комунальні медичні заклади охорони здоров'я з функціями спеціалізованої медичної допомоги згідно угод бюджетуються розпорядниками коштів (власниками) якими з метою контролю та моніторингу утворюються наглядові ради. Вказане законодавство передбачає відповідальність медперсоналу та пацієнта [2].

Органи місцевої влади планують розвиток мережі цих закладів комунального устрою власності мають за обов'язок приймати рішення про утворення, ліквідацію, реорганізацію чи перепрофілювання медичних закладів охорони здоров'я на підставі узгодженого згідно з порядком програми розвою госпітального округу [2].

*Вторинна (спеціалізована) медична* допомога надає спеціальну меддопомогу, що у неургентному плані та у екстрених (невідкладних) подіях надають амбулаторно або стаціонарно. Лікарняні заклади для вторинної меддопомоги класифікують за такими типами:

1) лікарня інтенсивної допомоги – цілодобова допомога при гострих становищах для інтенсивного лікування та піклування (інфаркт міокарда, інсульт, інтенсивна геморагія та ін.). Цей тип лікарні цього типу вимагає посиленої технічної спроможності, спеціального діагностичного- лікувального

устаткування, розгорнутого реанімаційного підрозділу, відділення інтенсивного лікування, можливості термінової діагностики.

2) лікарня планового лікування хронічних хворих – здійснення поновлених курсів лікування чи доліковування, використовуючи уніфікованих програм терапії.

3) лікарня відновного лікування – реабілітація внаслідок захворювань чи травм для запобігання інвалідності чи відновлення функцій пацієнтів з інвалідністю, яким потрібно використовувати спеціальне устаткування (фізіотерапевте, спеціальне обладнання для ЛФК тощо).

4) хоспіс – паліативна допомога, догляд, ментальна підтримка хворих у термінальних стадіях хвороб, спеціалізоване устаткування для відповідної помочі і піклування і спеціально навченого, переважно сестринського складу, широке залучення до цієї роботи волонтерів та інших охочих громадян.

5) лікарня медико-соціальної допомоги – опікування та соціальна і паліативна підтримка безнадійно хворих, найменше обладнання діагностичною та лікувальною апаратурою, спеціально приготований медсестринський склад та соціальний персонал [3, 4].

Спеціалізована (або вторинна) медична допомога хворим надається в поліклініках і стаціонарах, лікування здійснюється амбулаторно (вдень) або стаціонарно (погодинний прийом). До таких установ належать міські та районні загальнопрофільні лікарні, спеціалізовані медичні центри тощо. НСЗУ має договори з 1658 професійними медичними закладами. Це лікарні загального профілю, пологові будинки, перинатальні центри та онкологічні клініки. Пацієнти можуть користуватися безкоштовною допомогою з 25 медичних послуг. Крім того, НСЗУ має договори зі спеціалізованими установами щодо надання стаціонарної допомоги хворим на COVID-19. Хворі мають право вибору лікарів первинної ланки, спеціалістів та медичних закладів незалежно від місця реєстрації та фактичного проживання [5].

Окремі питання, які пов'язані з діяльністю такого виду меддопомоги, яким є спеціалізована медична допомога розкриваються в таких наступних

чинних нормативно-правових актах: законів України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [6], «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо окремих питань організації освітнього процесу у сфері охорони здоров'я» [7], «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [8], «Про державну службу» [9], «Про захист персональних даних» [10], Цивільного Кодексу України [11], «Про оплату праці» [12], Основ законодавства України про охорону здоров'я [13], а також інших керівних документах центральних відомчих інституцій (центральных органах виконавчої влади), рішеннях органів місцевого самоврядування, нормах міжнародного права, за умови їх ратифікування вищим законодавчим органом, яким в Україні є Верховна Рада.

Вторинна меддопомога в Україні подається згідно з медичними показниками за направленням сімейного лікаря чи лікаря спеціалізованого медичного закладу, або ж без такого направлення за наявності відповідних показань і здійснюється безкоштовно закладами, які уклали угоди про медичне забезпечення хворим та пацієнтам, у невідкладному стані або які адресувалися до акушера-гінеколога, педіатра, стоматолога, та із захворюваннями хронічного характеру, що стоять на диспансерному обліку в цьому закладі.

Правила направлення хворих з медичними показаннями до закладів спеціалізованої допомоги, а також упорядкованість її надання опрацьовуються центральним органом виконавчої влади, що формує державну політику у галузі охорони здоров'я [2].

Як ми вже визначили, вторинна медична допомога за своїм визначенням сфокусована на пацієнтах із більш тяжкими либонь складними хворобами, що потребують курації більш досвідченого і фахового спеціаліста. Вказаний рівень значить, що про хворого піклуватиметься лікар з більш точними знаннями про хворобу. Свідченнями станів, які вимагають цього виду допомоги, є терапія онкологічних захворювань, пульмоніти та інших скрутних і несподіваних інфекцій, а також терапія переламів кісток [14].

Третинна медична допомога може бути доступна на обласному або загальнонаціональному рівнях, у залежності від розміру та ресурсів, доступних у країні, а консультанти в центрах цього рівня використовують складне устаткування та більший досвід. Як наслідок, більшості людей доводиться подорожувати, щоб дістатися до третинного щабля, що може призвести до затримки з діагностичними заходами та наступним лікуванням і підняти затрати на отримання необхідної допомоги [15, 16].

Коли йдеться про вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, слід згадати й про інші види медичної допомоги, які у своїй сутності також є спеціалізованою медичною допомогою, і які за необхідністю є продовженням вторинної допомоги, де пацієнти отримали перші спеціалізовані процедури. Направлення на третинну медичну допомогу може надходити від медичних працівників як первинної, так і вторинної допомоги, і допомога, у своїй основі, здійснюється у стаціонарі, хоча є елементи допомоги, які також можуть надаватися амбулаторно.

Прикладами послуг третинної медичної допомоги є спеціалізоване лікування онкологічної, нейрохірургічної, кардіохірургічної патології, трансплантаціологічних втручань, пластична хірургія, лікування складних опіків, сучасні неонатологічні дії, паліативне лікування та інші важкі терапевтичні маніпуляції та хірургічні втручання. Це та допомога, якою забезпечуються пацієнти за направленнями лікарів первинної та вторинної ланки. У даних випадках хворі зазвичай за станом здоров'я потребують трудних медпроцедур (обширні операції, трансплантаційні втручання, тривалого опікування).

Спеціалізовані консультації – найвища конфігурація лікарської практики. Найсучасніші діагностичні центри, спеціалізовані відділення інтенсивної терапії та модерне обладнання є провідними характеристиками третинної медичної допомоги. Заклади, що надають третинну медичну допомогу, можуть мати державний статус либонь єднатися з приватним сектором [17].

При вивченні рівнів медичної допомоги ми звернули увагу на той факт, що іноземні автори виділяють ще і четвертинну медичну допомогу, яка визначається як продовження третинної медичної допомоги, що стосується просунутих рівнів медицини, які є вузькоспеціалізованими і малодоступними, і, як правило, пропонуються в надто нечисленній кількості національних або міжнародних осередків. Медицина експериментального кшталту і окремі форми унікальних діагностичних чи хірургічних втручань вважаються четвертинною медичною допомогою [18, 19]. Такий вид допомоги теоретично і законодавчо в Україні не розглядається, хоча така допомога «de facto» надається у високоспеціалізованих центрах та науково-дослідних інститутах, чи їх підрозділах.

Як і третинна, четвертинна медична допомога, як правило, охоплює значну територію, часто надає відповідну медичну допомогу людям не тільки для всієї держави, але й у світовому глобальному плані. Найдужче при наданні допомоги у досить рідкісних патологічних випадках з незначною чисельністю хворих у всьому світі [20]. Це матиме значні наслідки для пацієнта, за причини значної віддаленості, і це факт впливає на своєчасну діагностику та наступне лікування і також ускладнює взаємодію допомоги між всіма постачальниками медичних послуг, які доглядають за пацієнтом, особливо після виписки, коли відповідальність за подальше лікування пацієнта знову вертається до лікаря загальної практики [15, 20, 21]. Зважаючи на складність чи рідкісність умов, в яких перебувають пацієнти, які візитують до центрів третинної медичної допомоги, більші терміни стаціонарного лікування та підвищена смертність може мати місце на цьому щаблі меддопомоги [15, 20].

Залежно від національної політики щодо системи охорони громадського здоров'я зарубіжних країн, пацієнти можуть бути зобов'язані звернутися до лікаря первинної медичної допомоги за направленням, перш ніж потрапити до вторинної ланки медичної допомоги, в той час як в деяких інших системах охорони здоров'я медичні фахівці можуть приймати пацієнтів без направлення, і пацієнти мають можливість самотужки звертатися за допомогою. Це найбільш

розповсюджено в державах з приватною галуззю охорони здоров'я або системами самооплати. Суміжні спеціальності фахівців (фізіотерапевти, пульмонологи, ерготерапевти, логопеди та дієтологи), фактично працюють у системі вторинної медичної допомоги і отримують доступ до неї або за самозверненням пацієнта, або за направленням лікаря [18].

Програма медичних гарантій України зобов'язується перед громадянами, іноземцями, особами без громадянства, які є постійними мешканцями України, та персонам, яких стверджено біженцями або індивідами, яким потрібен додатковий захист, абсолютне фінансове покриття коштом Державного бюджету України потрібної медичної допомоги та медикаментів, що пов'язані із здійсненням окрім первинної медичної допомоги та спеціалізованої медичної допомоги: 1) екстреної медичної допомоги; 2) паліативної допомоги; 3) відновлювальних заходів; 4) меддопомоги дітям до 16 років; та 5) медичної допомоги вагітним та породіллям. Спеціалізований рівень забезпечує реабілітаційну допомогу в гострому, постгострому та довготривалому відновлювальних стадіях стаціонарно чи амбулаторно. Подання медичної допомоги та забезпечення лікарськими засобами згідно з програмою медичних гарантій, із спеціалізованою або паліативною меддопомогою і реабілітацією, відбувається на підставі направлення сімейного лікаря, чи лікуючого лікаря за передбаченим законом порядком, окрім епізодів, коли такого направлення юридично не потрібно [2].

Вартість лікарської допомоги на всіх рівнях може радикально різнитися, і, фактично, вартість лікування пацієнтів на рівні первинної ланки складає лише скромну долю від ціни лікування на третинному щаблі. Мало б бути ідеальним якби забезпечення медичною допомогою на усіх ланках і незалежно від умов було б загальнодоступним для всіх людей хто цього потребує. Така медична допомога має ознаки все доступності і має назву універсальної медичної допомоги.

## ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 1

Теоретико-методологічна база управління спеціалізованою медичною допомогою є ключовим елементом побудови ефективної системи охорони здоров'я, орієнтованої на потреби суспільства. Вона поєднує сучасні концепції, методи та інструменти, які сприяють досягненню високого рівня якості, доступності та економічної доцільності медичних послуг.

На основі застосування системного підходу та пацієнтоцентризму до управління спеціалізованою допомогою, можна застосувати комплексність до аналізу сучасної медичної практики, показати вплив соціальних, економічних і демографічних факторів. Впровадження принципів безперервного вдосконалення якості, інноваційних технологій і міжсекторальної співпраці забезпечує адаптивність системи до змінних умов і викликів.

Методологічні інструменти, такі як стратегічне планування, аналіз великих даних, стандартизація процесів та моніторинг якості, створюють підґрунтя для прийняття обґрунтованих управлінських рішень. Нормативно-правове регулювання визначає рамки і правила функціонування системи, забезпечуючи прозорість і відповідальність. Таким чином, теоретико-методологічна база управління спеціалізованою медичною допомогою є багатогранною системою, яка дозволяє забезпечити стійке функціонування та розвиток охорони здоров'я, спрямоване на задоволення потреб населення та підвищення рівня здоров'я суспільства.



## **РОЗДІЛ 2.**

### **СУЧАСНИЙ СТАН І ПРОБЛЕМИ УПРАВЛІННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНИМ МЕДИЧНИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ У КРАЇНАХ СВІТУ ТА В УКРАЇНІ**

Спеціалізовані послуги підтримують людей із широким спектром рідкісних або складних захворювань, наприклад рідкісні види раку, генетичні розлади або складні медичні чи хірургічні захворювання. Сотні тисяч пацієнтів користуються спеціалізованими послугами, і щороку в Англії на спеціалізовані послуги витрачається понад 20 мільярдів фунтів (приблизно 15% від загального бюджету NHS). Багато людей, які мають доступ до спеціалізованих послуг, також потребують соціальної підтримки.

Існує близько 150 спеціалізованих служб. Деякі з них відносно поширені, наприклад, хіміотерапія, променева терапія та нирковий діаліз; в той час як інші, наприклад, послуги з лікування рідкісних нейродегенеративних розладів або складні хірургічні втручання, такі як трансплантація рук, надаються лише однією чи кількома лікарнями по всій країні, які мають належний досвід та обладнання. Багато спеціалізованих послуг є надзвичайно інноваційними та передовими в медичній допомозі NHS. Наприклад, у 2019 році пацієнти NHS були одними з перших у світі, хто скористався CAR-T, новим типом лікування раку [22].

Спеціалізовані служби підтримують людей із рядом рідкісних і складних захворювань. Вони часто передбачають лікування пацієнтів із рідкісними онкологічними захворюваннями, генетичними розладами або складними медичними чи хірургічними захворюваннями. Вони надають передову допомогу та є каталізатором інновацій, підтримуючи новаторську клінічну практику в NHS. Для швидкого огляду спеціалізованих послуг перегляньте нашу анімацію. Ці послуги включають низку методів лікування, від втручань, про які більшість із нас чули, таких як хіміотерапія, променева терапія та нирковий діаліз, до новаторських процедур, які наразі проводяться лише в

невеликій кількості, наприклад використання власного зуба пацієнта для відновлення їхній зір і пересадку рук. Ми також підтримуємо випробування методів лікування, таких як PrEP (преконтактна профілактика, препарат для запобігання ВІЛ), і оцінку мітохондріального донорства, форми ЕКЗ, за якої мітохондріальна ДНК майбутньої дитини надходить із донорської яйцеклітини, щоб уникнути передачі спадкових хвороби. Спеціалізовані послуги доступні не в кожній місцевій лікарні, оскільки їх мають надавати спеціалісти з лікарів, медсестер та інших медичних працівників, які мають необхідні навички та досвід.

На відміну від більшості медичних послуг, які плануються та організовуються на місцевому рівні, спеціалізовані послуги плануються національно та регіонально NHS England. Загалом Національна служба охорони здоров'я Англії надає 149 спеціалізованих послуг. Три фактори визначають, чи NHS England замовляє послугу як визначену спеціалізовану послугу. Це:

Кількість осіб, які потребують послуги;

Вартість надання послуги або об'єкта;

Кількість людей, здатних надати послугу або об'єкт.

У 2022/23 році заплановані витрати на спеціалізовані послуги становлять 22,9 мільярда фунтів стерлінгів. Рівень фінансування цих послуг зріс швидше порівняно з іншими частинами NHS, але він все ще відчуває тиск. Кількість пацієнтів, які потребують спеціалізованих послуг, зростає через старіння населення та розвиток медичних технологій. Хоча Національна служба охорони здоров'я Англії наразі безпосередньо замовляє всі спеціалізовані послуги, у нашій Дорожній карті щодо інтеграції спеціалізованих послуг ми визначили, як комісії з інтегрованої допомоги отримуватимуть більшу роль у замовленні деяких спеціалізованих послуг із квітня 2023 року.

Прийняття рішень щодо нових методів лікування є частиною юридичного обов'язку з фінансування певних нових ліків та пристроїв, що рекомендовані Національним інститутом здоров'я та досконалості (NICE), але також щороку надається додаткове фінансування для інших нових методів лікування. Що

стосується цих нових методів лікування приймаються складні рішення про те, які є найбільш цінними для пацієнтів і платників податків. Національна служба охорони здоров'я Англії мають за обов'язок забезпечення, щоб нові методи лікування підтверджувалися переконливими доказами безпеки та ефективності, були доступними та пропонували співвідношення ціни та якості, а також щоб рішення щодо них були справедливими та прозорими. Лікарі, інші медичні працівники, пацієнти та представники громадськості беруть участь на кожному етапі процесу прийняття рішень.

Для запропонованих нових методів лікування, які вимагають додаткових інвестицій, Національна служба охорони здоров'я Англії проводить відносний процес визначення пріоритетів, щоб визначити, які послуги будуть регулярно замовлятися. У відео нижче пояснюється, як усі запропоновані нові методи лікування незалежно оцінює Консультативна група з клінічних пріоритетів (CPAG) щодо їхньої ймовірної відносної клінічної користі та відносної вартості. Потім CPAG надає свої рекомендації Національній службі охорони здоров'я Англії, яка розглядає ці рекомендації з наявним бюджетом і розглядає, які нові методи лікування рекомендувати для фінансування [22].

Наразі спеціалізовані послуги замовляє (планує та оплачує) NHS England. Так склалося з моменту введення в дію Закону про охорону здоров'я та соціальної допомоги у 2012 році. У рамках переходу до ширшої роботи системи Національна служба охорони здоров'я Англії зараз розробляє плани надання деяких спеціалізованих послуг на місцевому рівні інтегрованими системами медичного обслуговування (ICS) з квітня 2023 року. Національна служба охорони здоров'я Англії вважає, що це покращить якість медичного обслуговування, яке пацієнти отримують, допомагають подолати нерівність у здоров'ї та ефективніше використовувати ресурси NHS. Національна служба охорони здоров'я Англії все одно замовлятиме найбільш вузькоспеціалізовані послуги. Крім того, усі спеціалізовані послуги – незалежно від того, надаються вони на національному чи місцевому рівні – продовжуватимуть відповідати

національним стандартам, розробленим групами клініцистів, пацієнтів та інших експертів, відомих як клінічні референс-групи (CRG).

У Фінляндії спеціалізовані медичні послуги, включаючи різні спеціалізовані обстеження та лікування, надаються переважно в лікарнях, амбулаторіях та відділеннях невідкладної допомоги. Доступ до спеціалізованої медичної допомоги здійснюється шляхом поетапного лікування відповідно до певних критеріїв і, як правило, вимагає направлення. Невідкладна, екстрена допомога також доступна без направлення. Більшість фінських лікарень є державними. Центральні лікарні округів соціального забезпечення та університетські лікарні відповідають за надання базової та складної спеціалізованої медичної допомоги населенню, яке проживає в їхньому регіоні. Університетські лікарні відповідають за найбільш складну спеціалізовану медичну допомогу для всього населення.

На додаток до них, в округах, що надають послуги з охорони здоров'я, є й інші лікарні. Стаціонарні відділення медичних центрів також можуть називатися лікарнями. Приватні лікарні доповнюють державні служби. У них допомога надається або як послуги, що оплачуються самими пацієнтами через їхні страхові поліси, або як послуги, що закупаються округами соціального забезпечення. За організацію лікарняних послуг відповідають округи соціального забезпечення та група HUS. Округи соціальних служб піклуються про те, щоб жителі округу отримували необхідну спеціалізовану медичну допомогу. У кожному окрузі є університет або центральна лікарня. За організацію спеціалізованої медичної допомоги та утримання лікарень в Уусімаа відповідає група HUS, яка є спільним органом влади для Гельсінкі та Уусімаа. У повітах, що надають соціальні послуги, можуть бути й інші лікарні.

Кожен регіон соціального забезпечення належить до однієї з п'яти областей співробітництва. У кожній області є одна університетська лікарня, яка надає вузькоспеціалізовану медичну допомогу. Сфери співробітництва в галузі охорони здоров'я та соціального забезпечення полягають у наданні певних видів лікування та операцій централізовано на національному рівні в

університетських лікарнях. Подальші положення щодо організації та централізації високоспеціалізованої медичної допомоги визначаються декретом. Положення про діяльність лікарень та надання медичної допомоги регулюється Законом про охорону здоров'я. Міністерство соціальних справ та охорони здоров'я відповідає за загальне планування та розробку законопроектів, що стосуються спеціалізованої медичної допомоги, а також за підтримку, керівництво та стратегічний розвиток імплементації відповідного законодавства. Положення про порядок функціонування лікарень викладені в Законі про організацію охорони здоров'я та соціального забезпечення [23].

Однією з цілей урядової програми Фінляндії є поліпшення безперебійної роботи ланцюгів надання медичної допомоги шляхом поліпшення співпраці між первинною медичною допомогою, спеціалізованою медичною допомогою, охороною здоров'я на виробництві та соціальними службами. Доступ до лікування в лікарнях полягає у тім, що перша та невідкладна медична допомога надається в лікарнях усім, хто її потребує, незалежно від місця проживання. Для отримання нетермінової спеціалізованої медичної допомоги пацієнт повинен мати направлення, видане, наприклад, лікарем загальної практики в поліклініці або лікарем з гігієни праці. Доступ до спеціалізованої медичної допомоги повинен бути організований протягом певного періоду часу. Пацієнти, які потребують спеціалізованої медичної допомоги, можуть обрати лікувальний заклад разом з лікарем, який їх направив, або стоматологом. Обов'язки органів влади у сфері функціонування лікарень лежать у площині контролю за діяльністю лікарень, які здійснюють обласні державні адміністрації та Державний наглядовий орган з питань добробуту та здоров'я [23].

Як ми вже визначили, вторинна медична допомога є спеціально зосередженою на допомозі людям, які борються з більш тяжкими або складними хворобами, що вимагають нагляду лікаря-спеціаліста. Вторинна медична допомога означає, що пацієнтом опікуватиметься той, хто має більш конкретні знання про його патологію. Прикладами таких захворювань, що вимагають втручання на рівні вторинної медичної допомоги, є онкопатологія,

хвороби легень, травматологія, раптові інфекції [18]. Третинна медична допомога може бути доступна на регіональному або національному рівні, залежно від розміру та ресурсів, доступних у країні, а консультанти в центрах третинної медичної допомоги мають доступ до більш спеціалізованого обладнання та досвіду. Як наслідок, більшості людей доводиться подорожувати, щоб дістатися до центру третинної медичної допомоги, що може призвести до затримки з діагностикою та лікуванням і збільшити витрати на охорону здоров'я [24, 25].

Коли йдеться про вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, слід згадати й про інші види медичної допомоги, які у своїй сутності також є спеціалізованою медичною допомогою, і які за необхідністю є продовженням вторинної допомоги, де пацієнти отримали перші спеціалізовані процедури. Направлення на третинну медичну допомогу може надходити від медичних працівників як первинної, так і вторинної медичної допомоги, і допомога, фактично, надається стаціонарно, не виключаючи того, що окремі складові такої допомоги також можуть мати амбулаторний характер. Прикладами надання послуг третинної медичної допомоги є спеціалізоване комбіноване лікування раку, нейрохірургія, кардіохірургія, трансплантація, пластична хірургія, лікування важких опіків, передові неонатологічні послуги, паліативна допомога та інші складні медичні та хірургічні втручання. Це ті послуги, які надаються хворим за направленням лікарів загальної практики та вторинної ланки. Пацієнти можуть потребувати складних медичних процедур, таких як обширні операції, трансплантації, заміни та довготривалого медичного догляду при таких захворюваннях, як рак, неврологічні розлади [32].

Спеціалізована консультативна медична допомога є найвищою формою медичної практики і виконує всі основні медичні процедури. Передові діагностичні центри, спеціалізовані відділення інтенсивної терапії та сучасне медичне обладнання є ключовими характеристиками третинної медичної допомоги. Заклади, що надають третинну медичну допомогу, можуть бути державними або поєднувати в собі як державний, так і приватний сектори [26].

*Переваги спеціалізованого підходу в охороні здоров'я.*

Згідно з висновками групи експертів на конференції U.S. News Healthcare of Tomorrow у 2016 р. у Вашингтоні, ефективність товарів для охорони здоров'я необхідна для впровадження медичних інновацій. «Кожна лікарня більше не повинна бути всім», — сказав д-р Шрічаран Чаліконда, голова відділу хірургічних операцій клініки Клівленда. Але як цілеспрямований фабричний підхід — за зразком класичної конвеєрної лінії Ford Motor Company — застосовується до охорони здоров'я? Учасники дискусії кажуть, що ключ до розуміння цього підходу простий: реорганізуйте робочий процес і дизайн лікарні, щоб максимізувати ефективність постачальників і доступ пацієнтів до відповідного лікування.

За словами Чаліконди, гарним прикладом є Клівлендська клініка. Будучи лікарнею та системою охорони здоров'я, яка охоплює багато допоміжних кампусів по всьому світу, її досвід варіюється від загальних мереж первинної медичної допомоги до високотехнічних, спеціалізованих процедур. Щоб ефективно справлятися з обома крайнощами, його внутрішня структура розроблена навколо моделі інституту. Замість того, щоб дотримуватись традиційної конвенції щодо групування персоналу за медичною підготовкою, клініка Клівленда формує свої відділи навколо команд, з якими пацієнт, ймовірно, взаємодіє з певним захворюванням. Замість того, щоб усі хірурги розглядалися як частина більшого хірургічного відділення, хірурги співпрацюють із відділеннями, які найкраще відповідають їхній спеціальності.

«Багато [спеціалізованих фабрик] розвивалися органічно. ... Якби мені довелося створити найкращий шлях лікування або знайти найефективніший спосіб проведення кардіохірургії, я міг би витратити багато часу на аналітику. Я міг би переглянути кожен змінна, на яку я хотів би подивитися — подивіться на час АБО, подивіться на товарообіг, подивіться на якість, подивіться на результати, подивіться на вартість — або я міг би поглянути на людину, яка робить це найбільше, найдовше, найкраще", — сказав Чаліконда. «Ми будемо заводи навколо тих людей, які вже не працюють».

Доктор Харлан Левін, виконавчий директор City of Hope, наголосив на одній із найбільш важливих проблем, пов'язаних із цілеспрямованим фабричним підходом: налаштованість багатьох медичних працівників запобігати «витоку» або втраті пацієнтів, направляючи їх до спеціалістів за межами їх інтегрованої медичної системи [46].

## **ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 2**

Український уряд відіграватиме все значнішу та ініціативну роль у дальшому прогресу створення модерної системи забезпечення вторинною медичною допомогою населення. Треба віднайти рівновагу між центральним та децентралізованим управлінням в індустрії захисту громадського здоров'я, для забезпечення найбільш ефективного втілення передбачених перемін у маршрутизації пацієнтів та власне готовність системи охорони здоров'я до передбаченої трансформації. Для цього існує міжнародна база вже набутого досвіду та науковий і практичний арсенал для втілення найкращих моделей надання спеціалізованої допомоги у наших соціально-політичних, демографічних та економічних умовах.

Закон України про місцеву самоврядність надає локальним органам влади майже необмежені можливості для утворення «власної територіального ладу функціонування охорони здоров'я», що на практиці не завжди відповідає реальним вимогам населення територіальних громад зокрема та національним інтересам у цілому. На наш кшталт, цей послідовний процес, його структурні форми, інструменти, функціональні механізми та поетапні завдання мають бути чітко розділені та легітимно упорядковані між центральними та місцевими органами влади. Підготовка до такої постійної перманентної діяльності має чинитися не лише у медичній спільності, а й у широкому колі політиків, чиновників та депутатів різних рівнів.



### РОЗДІЛ 3.

## ШЛЯХИ І ПРОПОЗИЦІЇ ДО ПОСТУПОВОГО РОЗВИТКУ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

*Червоні лінії, за які не можна заступати в системі охорони здоров'я.*

Абсолютно неприпустимо:

- Запроваджувати ручне управління в системі надання медичних послуг, в тому числі ручне усунення конкуренції між медичними закладами, а також запроваджувати виключне право окремих медичних закладів на надання конкретних медичних послуг.

- Провести фінансову та структурну реорганізацію галузі охорони здоров'я, ігноруючи базові принципи лікарської професії як вільної професії.

- Обмеження автономії лікарень, посилення контролю за їхніми фінансами (повернення на казначейські/кошторисні рахунки) та діяльністю.

- Обмежити автономність Національної служби здоров'я України а також других технічних агентств), збільшивши її підпорядкованість від економічно необґрунтованих політично заангажованих настанов Міністерства охорони здоров'я України та інших органів виконавчої влади.

- Відновити застарілу мережу лікарень під закликами післявоєнної відбудови.

Нижче приведемо ключові загрози, які можуть поставити під загрозу подальший розвиток України як демократичної ліберальної держави та суперечать задекларованим нею нормам, принципам і цінностям, а відтак і прогресу спеціалізованої медичної допомоги:

- Адміністративний вплив та корупція у розвитку системи охорони здоров'я;

- Відсутність інституційної пам'яті. Відмова від незавершених політичних проектів однієї партії та заміна їх новою політичною силою з новими

завданнями призводить до величезних марнотратних витрат і знімає з партії відповідальність перед обличчям постійних змін;

- Корупція та зловживання при закупівлі дороговартісних препаратів та медичного оснащення коштом державного бюджету;

- Бюрократичні перешкоди, спеціалізована законодавча база, анахронічні обмеження та неринкова кадрова політика класично протегують корупції та дестимулюють професіоналізм;

- Переміна європейського спрямування піднесення індустрії охорони здоров'я;

- Екстенсивний розріст мережі медичних закладів;

- Брак політичної волі для прийняття рішень, що спрямовані на опрацювання надійного середовища та для безпечних умов життя людини, а також забезпечення професійного благополуччя медичних працівників;

- Недостатність вкладень у планування та керівництва діяльністю у сфері охорони здоров'я;

- Неприсутність безпечних дій оберігання від можливих збитків або компрометаційних особистих даних та медичної інформації щодо пацієнтів в електронній базі охорони здоров'я;

- Комерціалізація цілей сфери охорони громадського здоров'я. Визнання пріоритету здоров'я людини у забезпеченні функціонування системи охорони здоров'я над корпоративними інтересами суб'єктів господарювання [29].

Уряд України має намір перевести всі заклади медичної допомоги на небюджетні казначейські рахунки, що лімітує їх самоврядність і обтяжує їх розвиток. Опоненти рішення уряду думають, що така дія умотивована зростанням маси грошей у системі казначейського призначення, а не оголошеними негараздами з недостатньо ефективним використанням фінансів у лікарнях. Внаслідок упровадження рішення уряду окремі медичні заклади постають перед можливістю позбутися резервів щодо придбання фармацевтичних засобів, що не може негативно не вплинути на якість медичної допомоги і послуг.

Медична спільнота та профільний Комітет ВР України виказали спротив, незважаючи на що Уряд все-таки завбачив у затвердженому проєкті Державного бюджету на наступний 2025 рік спірний порядок щодо неодмінного переходу всього загалу закладів охорони здоров'я на небюджетні казначейські рахунки. Колишній заступник міністра охорони здоров'я України, який нині є співзасновником Українського центру охорони здоров'я повідомив, що ухвалене урядове правило, домагається від усіх державних і комунальних установ охорони здоров'я у термін до 1 березня наступного року створити рахунки в Державному казначействі з переводом на них фінансування, що отримано від НСЗУ (Національної служби здоров'я України). Урядова спірна норма є важливим обмеженням автономії лікарень, що має шкідливий вплив на звуження можливостей сучасного та руйнівний аспект для подальшого поступового розвитку української медицини, ускладнить розвій лікарняних установ, позначиться на мотивації медичних працівників, послабить суперництво та якість створення послуг з охорони здоров'я, а також відверне приватний сектор від державного сервісу [30].

Обґрунтування свого рішення про повернення контролю над «медичними коштами» уряд називає тимчасовим, аргументуючи його такими викладками:

нібито неефективне використання коштів лікарнями, у яких на банківських рахунках мають значні надлишки які начебто свідчать про «неефективне та нецільове» витрачання грошових засобів Національної служби здоров'я, хоча і медзаклади звітуються щодо руху своїх витрат та реальні залишки, а переважна кількість лікарень зберігають в банках помірні суми, які не перебільшують розходів на 1 – 2 місяці. Також ці рахунки слугують реципієнтами донорських коштів, платних послуг, територіальних програм, грантові гроші та від участі у дослідженнях та інших джерел;

- буцімто ніякого втручання в автономію лікарень не буде й вони зможуть і надалі вільно користуватися своїми грошима, тому що казначейська система є не поганішою за банки;

- Мінфіну у казначейській системі будуть принагідні вільні фінанси, якими можна було б користуватися.

Саме уявна наявність фінансових надлишків та обіцянка можливого вільного володіння своїми грошима уряд у публічному полі є якнайбільшою апеляцією до свого рішення. Але у ньому ясно проглядається перспектива Кабміну створення більшої грошової маси у Державній казначейській службі за рахунок коштів медичної сфери країни.

Медична спільнота підкреслює, що за умов війни, враховуючи брак фінансування поряд з іншими причинами, такі дії уряду не можуть бути виправданими, позаяк автономні заклади мають змогу для прогресу та покращання якості медичної допомоги без суттєвих додаткових затрат з бюджету держави. Окрім того, трансформація медичної системи в актуальний лад фінансування стала важливим кроком вперед для охорони здоров'я.

Примушена передача фінансів лікарень на рахунки Державної казначейської служби вони наражаються на небезпеку втратити резерв для придбання ліків, і що як наслідок утруднить їх господарську діяльність і негативно вимітється на якості медичних послуг [30].

Вдосконалити існуючі системи якості та звітності. Ці розрізнені програми повинні бути ретельно оцінені, переглянуті, узгоджені та оптимізовані в цілісну і гнучку систему, яка дійсно відповідає потребам надання високоякісної медичної допомоги. Необхідно переглянути нормативно-правову базу програми змістовного використання електронних медичних записів, щоб усунути перешкоди для технологічних інновацій, уможливити інтегрованість і покращити зручність використання для задоволення потреб пацієнтів і зменшення тягаря надмірних вимог до збору даних.

Визнати різноманітність пацієнтів. Поправка на ризик – на фактори, пов'язані зі станом здоров'я, стадією захворювання, генетичними факторами, місцевими демографічними показниками і соціально-економічним статусом – повинна бути відображена в оцінці ефективності, щоб врахувати відмінності в

потребах пацієнтів і вартості медичної допомоги, а також забезпечити широкий доступ до високоякісної медичної допомоги.

Забезпечувати стабільність та ресурси. Платіжні системи повинні надавати адекватні та передбачувані ресурси, а також забезпечувати доступ лікарів до нових інструментів, які їм знадобляться для реорганізації своєї практики з метою підтримки надання високоякісної медичної допомоги всім пацієнтам.

Бути прозорими. Методології та системи оцінки ефективності повинні бути обґрунтованими, науково перевіреними і прозорими, щоб лікарі мали доступ до своєчасних, точних і дієвих даних для управління медичною допомогою пацієнтам [31].

У липні 2022 року, відповідно до Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги», було офіційно розпочато новий етап медичної реформи – створення спроможної мережі лікарень державної та комунальної власності [34]. Однак термін «спроможна мережа» не має визначення в національному законодавстві; натомість існує поняття «госпітальний округ», що означає територію, де забезпечується надання якісної, комплексної, безперервної та орієнтованої на пацієнтів медичної та реабілітаційної допомоги через організацію спроможної мережі закладів охорони здоров'я. Регулюється поділ закладів охорони здоров'я з урахуванням клінічних аспектів та їх потужностей: загальні, кластерні та надкластерні [2]. Відтак кожна область стала самостійним госпітальним округом, який у свою чергу розподіляється на кластери. Їх функціональними рубежами є райони. Всі три визначені медичні інституції є багатопрофільними закладами, але з різними можливостями стаціонарного впливу на захворювання, що є визначеними Кабінетом Міністрів України. Таким прийнято постанову «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» № 174 від 28 лютого 2023 року в якому означено Перелік мінімальних (базових) напрямів медичного обслуговування [33].

Професіоналізм є серйозним, але проблематичним поняттям у сфері охорони здоров'я. Безліч досліджень, присвячених визначенню професіоналізму в охороні здоров'я, підкреслюють цю складність. Однак очевидно, що без професіоналізму якість медичної допомоги, результати лікування пацієнтів і хвороб, безпека пацієнтів і довіра між медичними працівниками негативно впливають на якість охорони здоров'я [36].

Атрибути та поведінка професіоналізму. Атрибути, основні компетенції та поведінка професіоналізму включають: звітність, надійність, оцінка обов'язку, безкорисливість, стремління до досконалості, емпатія, правдивість, чесність, порядність, чулість до потреб різноманітних контингентів населення, наслідування принципів етики, повага, альтруїзм, колегіальність, постійне навчання та удосконалення, смирення [37, 38].

Медичний персонал визнає, що скромність є ключовим аспектом до міждисциплінарної командної допомоги високої якості, спрямованої на хвору людину [39], а скромність у професії має стати дужою силою в галузі охорони здоров'я, якщо розглядати її як рису сили та колективності серед колег [40].

Професіоналізм наголошує на гуманістичних аспектах (ставленні, поведінці, чеснотах і характеристиках), бажаних у середовищі медичного персоналу за всіляких ситуацій, у додаток до біомедичних аспектів (знання, клінічні розмірковування та технічні звичаї) [40].

Необхідні якості професіоналізму включають: компетентність, хороші комунікативні навички, бути надійним, м'які звички, етичні кодекси. Міркуємо, що між етикою та професіоналізмом існує збіг [40].

Непрофесійна поведінка. На жаль, на робочому місці в клініці багато медичних працівників відчувають і сприймають непрофесійну поведінку. Дослідження, яке вивчало тип і частоту сприйманої цього типу поведінки у середовищі медичного персоналу, засвідчило той факт, що 63 % його складу стикається із цим приблизно щомісяця. Вона демонструє це поводження не відповідаючи на дзвінки чи звернення або запити та інші дії [41].

Приклади непрофесійної поведінки включають такі як залякування, що виділяється адекватно до його прямого виникнення. Бічне насилля – фахівець проти фахівця, насильство вертикальне – залякування згори либонь пряме насильство – глум знизу наверх, роботодавці проти працівників, нечесна практика праці, зловживання владою, персонал супроти роботодавців, страйки, зменшення темпу праці, відмовлення від здійснення процедури.

Мобінг (цькування). Колективна «згуртованість» супроти осібної людини з ціллю усунення її із гурту або її залякування, використовувані способи включають протидію, обмову, петиції, вотум недовір'я.

«Токсичне» поводження на місці роботи. Підкочування очей, сарказм, загрози, агресія та напад, укривання цінних даних щодо пацієнта, зневага, презирство, грубість, поблажливі коментарі, «цапи відбувайло» [42].

Причини непрофесійної поведінки. Велике або додаткове робоче навантаження через обмежений персонал або ресурси, хронічна втома, депривація сну, вигорання, низька самооцінка, особисті стресори (складні стосунки), непідтримуюче керівництво, неадекватний нагляд, жахлива організаційна культура, робоче оточення, терпимість до непрофесійних поведінков реакцій.

Фанатизм. Підсвідома упередженість, терплячість до нападницьких дій, абияке визначення продуктивності, брак перспективи фахового зросту та прогресу, неприсутність порядку суспільного сприяння, мізерні ресурси, утрата здібності опрацьовувати незалежності рішення, наркоманія і токсикоманія [43].

Медичні професійні рамки. Професійна структура діяльності охороні здоров'я залучає вісім конкретних інгредієнтів професіоналізму медичного персоналу: людяність, спілкування, звітність, мораль, клінічні знання, альтруїзм, майстерна довершеність, цілісність [45].

Рамкова програма CanMEDS. (Система компетенцій лікарів, яка визначає та описує здібності, необхідні лікарям для ефективного задоволення потреб людей, яких вони обслуговують, у медичній допомозі. Структура CanMEDS

описує здібності, необхідні медичним працівникам). Ці сім ролей: медичний експерт, професійний, комунікатор, вчений, співавтор, захисник здоров'я [44].

Ще одним аспектом покращення спеціальної медичної допомоги вважаємо фінансову доступність населення до лікарських засобів. МОЗ України опрацьовано і Кабінетом Міністрів України опубліковано проєкт постанови цілеспрямований на поліпшення урядового регулювання цін на лікарські засоби з метою запобігання подальшому підвищенню розцінок на фармацевтичні препарати на терені України [35].

### **ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 3**

Вимогливі знання спеціалізації та видима простота і прихована складність загального підходу можуть бути покращені, якщо знати і підтримувати реалізацію їхніх простих правил разом. Ефективність практики та освіти на вторинній ланці може бути підвищена шляхом розвитку систем, які підтримують, а не перешкоджають інтегративній силі вторинної медичної допомоги, її широкій спрямованості та інвестиціям у взаємовідносини. Цілісні системні підходи, які визнають і сприяють належному балансу спеціалізованих і загальних підходів, знань і трудових ресурсів, засновані на цих, здавалося б, простих правилах, мають великий потенціал для досягнення складних результатів у сфері здоров'я населення, справедливості та якості медичної допомоги за прийнятної вартості.



## ВИСНОВКИ

Дослідження науковців та результати експертних оцінок підтвердили доцільність впровадження медичних стандартів. Виявлено недоліки, які постійно виникають: недостатнє фінансування, відсутність у лікарнях сучасного обладнання та методик аналізів тощо. Авторами наведено докази ефективності процесу стандартизації спеціалізованої медичної допомоги, що надається в умовах стаціонару. Підставою для такого припущення стало достовірне підвищення рівня задоволеності якістю її організації та досягнення запланованих показників «дорожньої карти» в частині підвищення заробітної плати медичних працівників та зниження смертності населення від керованих причин.

У країні утворено сучасний інфраструктурний період в галузі охорони громадського здоров'я. На думку авторів реформи цей хід протегуватиме покращення доступності народонаселення до медичного обслуговування. Практика упродовж певної пори за нашими спостереженнями продемонструють реальність. Безумовно, що подібна спрямованість реформи є принагідною системі охорони здоров'я. Але реальність свідчить проте, що пацієнтам складно визначатись у диференціації медзакладів – загальний, кластерний, надкластерний та яка у них відмінність один від іншого. Спостерігається безмаль неприсутній комунікаційний зв'язок між МОЗ України та її людністю стосовно упровадження зазначеного інфраструктурного періоду реформування медичних закладів. Як наслідок, люди не мають уяви обізнане про цю фазу реформації галузевих установ.

Останніми роками у країні сталися тверді переміни з розробки, втілення та розвитку нових принципів у послідовності надання медичної допомоги і послуг. Опрацьовано законодавчу базу для врегулювання процесів трансформацій у сфері охорони громадського здоров'я. Започатковано зміни в організаційно-правову структуру закладів охорони здоров'я напрямом

створення комунальних некомерційних підприємств. Окрім цього, їм встановлено поступове упровадження.

Окрім розглянутих запропонованих для упровадження пропозицій в обмежених обніжках нашого дослідження слід оглянути такі, як покращення стану шляхів сполучення у регіонах України і у першу чергу йдеться про автомобільні дороги, які є головними у процесі маршрутизації пацієнтів, що особливо важливо при доставці хворих з критичними медичними станами. Це особливо є важливим для територій громад і загалом актуальним для всієї країни. Автомобільний парк медичних установ та його устаткування є також актуальним для своєчасної доставки тих, хто потребує невідкладної адекватної медичної допомоги у відповідних часових рамках.

Особливо хочеться відзначити і такий важливий момент у період складання планів розвитку госпітального округу як планування будівництва нових установ, центрів, підрозділів тощо. Це потребує радикальних змін всієї концепції мережі охорони здоров'я. Потрібно у Державних будівельних нормах і правилах (ДБНіП) передбачати не тільки набір передбачуваних лікувальних приміщень згідно до профілю планованого закладу, але і безпекові аспекти і у цьому слід, першочергово, мати на меті і протирадійний захист, необхідність якого вже все більш реально постає у сучасній війні з урахуванням великого накопичення в арсеналах ядерних країн. Часто недооцінюються міркування щодо дизайну, а також потреби в ефективних конфігураціях для основного персоналу, який не приносить доходу. Слід передбачати продуктивні конфігурації робочих місць, приміщення для відпочинку персоналу, зберігання особистих речей, необхідність залишатися на місці під час перерв і плинність робочих змін.

Не зникає з уваги і зовсім забутий концепт громадянської оборони та домедична підготовка загального населення, і у першу чергу організованих контингентів населення (працівників установ усіх форм власності, всіх рівнів закладів освіти, шкіл).

Медичні заклади представляють унікальні проблеми з управлінням майном, особливо тими, які надають хірургічне лікування послуги та складну діагностику, контроль вібрації, контроль температури та вологості, конфіденційність пацієнтів, управління небезпечними відходами та управління надзвичайними ситуаціями. Економічне управління майном потребує продуманості та експертного попереднього проектування та міркування будівництва. Управління комплексними медичними закладами є професійною спеціальністю.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Levels of Healthcare. [https://www.physio-pedia.com/Levels\\_of\\_Healthcare](https://www.physio-pedia.com/Levels_of_Healthcare).
2. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 1 липня 2022 року № 2347-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text> (дата звернення: 25.11.2024).
3. Рівні надання медичної допомоги. URL: <https://arb-rc.pmsd.org.ua/abetka-reformuvannya/> (дата звернення: 29.11.2024).
4. Specialised medical care. URL: <https://www.lawinsider.com/dictionary/specialised-medical-care> (дата звернення: 29.11.2024).
5. Первинна та спеціалізована медична допомога: яка різниця? URL: <https://uoz.mkrada.gov.ua/people/reforms/163-pervinna-ta-spetsializovana-medichna-dopomoga-yaka-riznitsya-2> (дата звернення: 29.11.2024).
6. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 03.12.2020 № 1053-IX URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (дата звернення: 25.11.2024).
7. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо окремих питань організації освітнього процесу у сфері охорони здоров'я» від 03.07.2020 № 749-IX URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/749-20#Text> (дата звернення: 25.11.2024).
8. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/749-20#Text> (дата звернення: 25.11.2024).
9. Закон України «Про державну службу» від 10.12.2015 № 889-VIII URL: <https://ips.ligazakon.net/document/T114050> (дата звернення: 25.11.2024).
10. Закон України «Про захист персональних даних» 01.06.2010 № 2297-VI URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17#Text> (дата звернення: 25.11.2024).

11. Цивільний Кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text> (дата звернення: 25.11.2024).
12. Закон України «Про оплату праці» від 24.03.1995 № 108/95-ВР URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/108/95-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 25.11.2024).
13. Закон України Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.1992 № 2801-XII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 25.11.2024).
14. New World Encyclopedia. Health Care – Quarternanry Care. URL: [https://www.newworldencyclopedia.org/entry/Health\\_care](https://www.newworldencyclopedia.org/entry/Health_care) (дата звернення: 26.11.2024).
15. Cote CL, Singh S, Yip AM, et al. URL: Increased distance from the tertiary cardiac centre is associated with worse 30-day outcomes after cardiac operations. *Ann Thorac Surg.* 2015;100:2213–2218 (дата звернення: 27.11.2024).
16. Jackson KL, Glasgow RE, Hill BR, et al. URL: Does travel distance influence length of stay in elective colorectal surgery? *Dis Colon Rectum.* 2013;56:367–373 (дата звернення: 29.11.2024).
17. Meri Vukicevic. Module 1 Part 3 Secondary and Tertiary Health Care ORT5MES. URL: <https://youtu.be/em7akbNYziA> (дата звернення: 29.11.2024).
18. New World Encyclopedia. Health Care – Quarternanry Care. URL: [https://www.newworldencyclopedia.org/entry/Health\\_care](https://www.newworldencyclopedia.org/entry/Health_care) (дата звернення: 12.11.2024).
19. Trisha Torrey VeryWell Health, URL: Differences Between Primary, Secondary, Tertiary, and Quaternary Care (дата звернення: 01.11.2024).
20. Mehaffey JH, Hawkins RB, Mullen MG, Meneveau MO, Schirmer B, Kron IL, Jones RS, Hallowell PT. URL: Access to quaternary care surgery: implications for accountable care organizations. *Journal of the American College of Surgeons.* 2017 Apr 1;224(4):525-9 (дата звернення: 09.11.2024).
21. Chou S, Deily ME, Li S. URL: Travel distance and health outcomes for scheduled surgery. *Med Care.* 2014;52:250–257. (дата звернення: 03.11.2024).

22. What is Specialised Healthcar. URL: <https://shca.info/what-is-specialised-healthcare/> (дата звернення: 12.11.2024).
23. Hospitals and specialised medical care. URL: <https://stm.fi/en/hospitals-and-specialised-medical-care> (дата звернення: 17.11.2024).
24. Cote CL, Singh S, Yip AM, et al. URL: Increased distance from the tertiary cardiac centre is associated with worse 30-day outcomes after cardiac operations. *Ann Thorac Surg.* 2015;100:2213–2218. (дата звернення: 19.11.2024).
25. Jackson KL, Glasgow RE, Hill BR, et al. URL: Does travel distance influence length of stay in elective colorectal surgery? *Dis Colon Rectum.* 2013;56:367–373. (дата звернення: 02.11.2024).
26. Meri Vukicevic. Module 1 Part 3 Secondary and Tertiary Health Care ORT5MES. URL: <https://youtu.be/em7akbNYziA> (дата звернення: 30.11.2024).
27. Trisha Torrey VeryWell Health, URL: Differences Between Primary, Secondary, Tertiary, and Quaternary Care (дата звернення: 04.11.2024).
28. Mehaffey JH, Hawkins RB, Mullen MG, Meneveau MO, Schirmer B, Kron IL, Jones RS, Hallowell PT. URL: Access to quaternary care surgery: implications for accountable care organizations. *Journal of the American College of Surgeons.* 2017 Apr 1;224(4):525-9 (дата звернення: 14.11.2024).
29. Healthcare system in Ukraine (HCS). URL: <https://uareforms.org/en/pages/new-page-655> (дата звернення: 16.11.2024).
30. Уряд хоче контролювати фінанси лікарень: чому медична спільнота проти. URL: [https://zdorovya.24tv.ua/derzhava-hoche-kontrolyuvati-likarnyani-finansi\\_n2684980](https://zdorovya.24tv.ua/derzhava-hoche-kontrolyuvati-likarnyani-finansi_n2684980) (дата звернення: 15.11.2024).
31. 10 principles to improve care for Medicare patients. URL: <https://www.ama-assn.org/practice-management/payment-delivery-models/10-principles-improve-care-medicare-patients> (дата звернення: 29.11.2024).
32. Related to Specialised medical care. URL: <https://www.lawinsider.com/dictionary/specialised-medical-care> (дата звернення: 18.11.2024).
33. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» від 28 лютого 2023 р. № 174. Із

змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 1305 від 15.11.2024 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text> (дата звернення: 02.12.2024).

34. Інфраструктурний компонент реформи охорони здоров'я. URL: <https://medconstructor.org/analytics/infrastrukturnij-komponent-reformi-oxoroni-zdorov%CA%BCya/> (дата звернення: 03.12.2024).

35. Новий проєкт МОЗ розроблений з метою запобігання подальшому підвищенню цін на лікарські засоби. URL: <https://www.rap.in.ua/novij-proyekt-moz-rozroblenij-z-metoyu-zapobigannya-podalshomu-pidvishhennyu-czin-na-likarski-zasobi/> (дата звернення: 30.11.2024).

36. Chan LY, Ganapathy S. URL: Exploring the understanding of healthcare professionalism and perceived barriers and enablers towards the display of professionalism: a qualitative study. MedEdPublish. 2024 Mar 20;14:15. (дата звернення: 01.12.2024).

37. Desai MK, Kapadia JD. URL: Medical professionalism and ethics. Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics. 2022 Jun;13(2):113-8. (дата звернення: 29.11.2024).

38. Bhardwaj A. URL: Medical professionalism in the provision of clinical care in healthcare organizations. Journal of Healthcare Leadership. 2022 Jan 1:183-9. (дата звернення: 03.12.2024).

39. Michalec B, Cuddy MM, Felix K, Gur-Arie R, Tilburt JC, Hafferty FW. Positioning humility within healthcare delivery-From doctors' and nurses' perspectives. Human Factors in Healthcare. 2024 Jun 1;5:100061.

40. Michalec B, Xyrichis A, Arenson C. "Professional humility": introducing a new framework to advance interprofessionalism. Journal of Interprofessional Care. 2024 Mar 21:1-6.

41. Dabekaussen KF, Scheepers RA, Heineman E, Haber AL, Lombarts KM, Jaarsma DA, Shapiro J. URL: Health care professionals' perceptions of unprofessional behaviour in the clinical workplace. PLoS One. 2023 Jan 19;18(1):e0280444. (дата звернення: 01.12.2024).

42. MacLean L, Coombs C, Breda K. Unprofessional workplace conduct... defining and defusing it. *Nursing Management*. 2016 Sep 1;47(9):30-4.
43. Bhardwaj A. URL: Medical professionalism in the provision of clinical care in healthcare organizations. *Journal of Healthcare Leadership*. 2022 Jan 1:183-9. (дата звернення: 02.12.2024).
44. Ho MJ, Yu KH, Hirsh D, Huang TS, Yang PC. Does one size fit all? Building a framework for medical professionalism. *Academic Medicine*. 2011 Nov 1;86(11):1407-14.
45. Professionalism in Healthcare. URL: [https://www.physio-pedia.com/Professionalism\\_in\\_Healthcare](https://www.physio-pedia.com/Professionalism_in_Healthcare) (дата звернення: 02.12.2024).
46. The Advantages of the Specialized Approach in Health Care. URL: <https://www.usnews.com/news/healthcare-of-tomorrow/articles/2016-11-03/the-advantages-of-the-specialized-approach-in-health-care> (дата звернення: 01.12.2024).
47. Якобчук В. П. та ін. Публічне управління та адміністрування : навч. посібник / за заг. ред. В. П. Якобчук. – Київ : Видавництво Ліра-К, 2024. – 476 с.