

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Острозька академія»
Навчально-науковий центр заочно-дистанційного навчання
Кафедра громадського здоров'я та фізичного виховання

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня магістра
на тему:
**«ФІНАНСОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ПРОГРАМ У СФЕРІ
ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ (РЕГІОНАЛЬНОМУ)
РІВНІ (НА ПРИКЛАДІ РІВНЕНСЬКОГО ОБЛАСНОГО ЦЕНТРУ
ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОНТРОЛЮ МОЗ УКРАЇНИ)»**

Виконала студентка групи ЗМГз -2
спеціальності 229 Громадське здоров'я
освітньо-професійної програми
«Громадське здоров'я»
другого (магістерського) рівня вищої освіти
ДОВГУНИК ОЛЬГА ІГОРІВНА

Керівник – кандидат економічних наук, доцент кафедри
економічної теорії, менеджменту і маркетингу
ТОПШКО НАТАЛІЯ ПЕТРІВНА
Рецензент – кандидат наук з державного управління, ст.
викладач кафедри громадського здоров'я та фізичного
виховання
ВІВСЯННИК ОЛЕГ МИХАЙЛОВИЧ

«РОБОТА ДОПУЩЕНА ДО ЗАХИСТУ»

**Завідувач кафедри громадського здоров'я та фізичного виховання
(проф., д.м.н. Гущук І.В.)**

(підпис)

Протокол № ____ від « ____ » _____ 2024 р.

Острог, 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ПРОГРАМ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	9
1.1. Моделі національних систем охорони здоров'я та оцінка їхньої фінансової стійкості.....	9
1.2. Концепція реформування системи охорони здоров'я в Україні та її нормативно-правова база.....	18
1.3. Нормативно-правове забезпечення фінансової діяльності та програм громадського здоров'я.....	35
РОЗДІЛ 2. ОЦІНКА СТАНУ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ПРОГРАМ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ (РЕГІОНАЛЬНОМУ) РІВНІ.....	40
2.1. Розробка і фінансування діяльності та програм громадського здоров'я на місцевому (регіональному) рівні.....	40
2.2. Особливості та стан фінансового забезпечення діяльності та програм у сфері громадського здоров'я на прикладі ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України».....	46
2.3. Дослідження швидкості та інтенсивності розвитку, застосування методу статистичного описування тенденцій, аналіз коливань та сталості зароблених коштів від надання послуг ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України». Дослідження стану програми «Обласна цільова соціальна програма з громадського здоров'я на 2021-2024 роки».....	50
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ПРОГРАМ	

ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ (РЕГІОНАЛЬНОМУ) РІВНІ.....	71
3.1. Стратегічне планування програм у сфері громадського здоров'я на місцевому (регіональному) рівні.....	71
3.2. Рекомендації щодо удосконалення фінансового забезпечення діяльності та програм у сфері громадського здоров'я на місцевому (регіональному) рівні.....	79
ВИСНОВКИ.....	89
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	94
ДОДАТКИ.....	102

ВСТУП

Актуальність дослідження. Проблеми розвитку сфери охорони здоров'я, достатнього рівня фінансування та ефективного її функціонування, управління закладами охорони здоров'я, державних видатків набувають вагомого соціально-економічного значення.

Питання щодо того які модель та механізм фінансування працюють, для кого і за яких умов є дуже важливими для розвитку системи охорони здоров'я. У цьому аспекті розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я, визначення та розмежування повноважень у цій сфері між зацікавленими сторонами, формування та фінансування програм громадського здоров'я є актуальною проблемою в умовах обмеженості фінансових ресурсів.

Реформування системи охорони здоров'я України орієнтовано на перехід від санітарного нагляду і боротьби з інфекційними хворобами на підвищення уваги щодо зміцнення здоров'я, профілактику захворювань і налагодження міжсекторальної взаємодії для збільшення середньої тривалості життя населення. Цей процес потрібно відслідковувати з метою оптимізації прийняття відповідних рішень. У процесі розробки та реалізації програм громадського здоров'я на місцевому (регіональному) рівні їх фінансове забезпечення.

Аналіз актуальних досліджень по темі. Проблематика фінансування у сфері охорони здоров'я досліджувалась такими вченими, як Л.Криничко, О.Дорошенко, О.Мотайло, О.Зусь, І.Хомякова, К.Майнзюк, О.Піхоцька, С.Кошова, О.Панасицька, В.Михальчук, Я.Радиш. Зокрема питання фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я у стратегічному розвитку розглянуто в наукових публікаціях М.Дубина, І.Конєва, А.Роговий, М. Забаштанський. Моделі національних систем охорони здоров'я та оцінка їхньої фінансової стійкості досліджували Н.Шелеміна, В.Парій, О.Лісовська, У.Андрусів, С.Онишко, Н.Юрченко, В.Загорський, Ю.Шевчук, З.Лободіна, І.Голованова Г.Лопушняк, І.Белікова, В.Сміянов, Н.Ляхова, Н.Філіпова та інші.

Концептуальні аспекти розробки та фінансування місцевих (регіональних) програм громадського здоров'я викладено у нормативно-правовому забезпеченні реформування цієї сфери. Роль органів регіонального та місцевого самоврядування в системі громадського здоров'я, пріоритизації питань регіональних і місцевих програм, стратегічного планування комплексних програм, оцінка наявного потенціалу, підходи до розробки дорожньої карти розвитку, принципів планування бюджету, аналітичного огляду отриманих даних для формування відповідної політики розглядається в наукових доробках В. Ляшка, Н. Півень, М. Браги, А. Рижкової, І. Нагорної, В. Приходько та ін.

Вдосконалення системи охорони здоров'я змушує шукати ефективніші підходи до механізму фінансування діяльності та програм у сфері громадського здоров'я на місцевому (регіональному) рівні. Проблема оптимізації фінансування саме в цій сфері надалі привертає увагу дослідників, є актуальною. Це зумовило вибору теми дослідження.

Метою дослідження є комплексний аналіз теоретико-методологічних засад фінансового забезпечення діяльності та програм громадського здоров'я на місцевому (регіональному) рівні. Обґрунтування стратегічних пріоритетів подальшого удосконалення їх формування, реалізації та фінансового забезпечення на основі вивчення теоретичних та оцінки практичних основ з досліджуваної проблематики.

Зокрема аналіз фінансового забезпечення діяльності на місцевому (регіональному) рівні на прикладі ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України», оцінка стану програми «Обласна цільова соціальна програма з громадського здоров'я на 2021-2024 роки», обґрунтування напрямів удосконалення механізму їх фінансування для подальшого розвитку шляхом набуття теоретичних навичок та оцінки практичних аспектів з досліджуваної проблематики.

Відповідно до поставленої мети у роботі поставлено та вирішено такі **завдання:**

- розглянути особливості організації та фінансування світових моделей громадського здоров'я з метою оцінки їхньої фінансової стійкості;

- охарактеризувати інституціональний вплив держави на процес реформування системи охорони здоров'я, визначити дієвість державних інструментів регулюючого впливу та інституціональної підтримки його реалізації;

- проаналізувати особливості та стан фінансового забезпечення діяльності та програм громадського здоров'я на місцевому (регіональному) рівні (на прикладі діяльності ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України»);

- дослідити швидкість, інтенсивність та тенденції розвитку зароблених коштів, проаналізувати обсяг та напрямки витрачання зароблених коштів від надання послуг ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України», зміст програми «Обласна цільова соціальна програма з громадського здоров'я на 2021-2024 роки» та оцінити стан її реалізації;

- здійснити аналіз особливостей стратегічного планування у сфері громадського здоров'я на місцевому (регіональному) рівні та обґрунтувати рекомендації щодо стратегічних пріоритетів удосконалення організації фінансового забезпечення такої діяльності та програм (на прикладі ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України»);

Об'єктом дослідження є процес фінансового забезпечення діяльності та програм у сфері громадського здоров'я на національному рівні та на місцевому (регіональному) рівні.

Предметом дослідження є теоретичні та практичні аспекти фінансового забезпечення діяльності та програм у сфері громадського здоров'я на місцевому (регіональному) рівні.

Теоретико-метологічною база дослідження є нормативно-правові документи України, що регламентують фінансову діяльність та програми громадського здоров'я; наукові публікації вітчизняних і зарубіжних вчених.

Емпірична база дослідження побудована на статистичній даних ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України», статистичних даних ВООЗ, МОЗ України та Міністерства фінансів України.

Методологія дослідження. У процесі вирішення поставлених завдань у дослідженні застосовувалися загальнонаукові та спеціальні методи дослідження, а саме: методи аналізу та синтезу, індукції та дедукції, абстрагування, статистичного спостереження; системно-аналітичні (вивчення нормативно-правових документів, методичних та аналітичних документів); моделювання, групування, порівняння, узагальнення. Методи аналізу та синтезу, системно-аналітичні, порівняння, групування, індукції та дедукції, моделювання, абстрагування стали основою аналізу організації фінансового забезпечення діяльності та програм громадського здоров'я. Методи статистичного спостереження, групування, порівняння, аналізу та синтезу, узагальнення застосовано для оцінки динаміки зароблених коштів від надання послуг ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» та оцінки стану програми «Обласна цільова соціальна програма з громадського здоров'я на 2021-2024 роки». Методи моделювання, аналізу та синтезу, групування, порівняння, абстрагування застосовані для розробки рекомендації щодо удосконалення фінансового забезпечення діяльності та програм громадського здоров'я на місцевому (регіональному) рівні.

Наукова новизна одержаних результатів. Наукова новизна роботи полягає у формуванні комплексного підходу щодо визначення стратегічних напрямів удосконалення фінансового забезпечення діяльності та програм у сфері громадського здоров'я на місцевому (регіональному) рівні:

- залучення інвесторів в впровадження інноваційних цифрових рішень в сфері протидії небезпечним захворюванням, підтримка нових технологій;
- використовувати можливості міжмуніципального співробітництва для фінансування діяльності та програм у сфері громадського здоров'я на рівні громад;

- вдосконалити систему моніторингу та оцінки ефективності виконання програм (зокрема перегляд витрат) у сфері громадського здоров'я;
- залучення додаткових ресурсів на рівні закладу за рахунок пожертв, кращого управління лікарняним майном та комерційної експлуатації матеріальних і нематеріальних активів;
- інвестування в забезпечення нормативної відповідності та кібербезпеки у сфері громадського здоров'я;
- інвестування в ініціативи з працевлаштування та утримання кадрів у сфері громадського здоров'я;
- створення державного фонду у сфері громадського здоров'я.

Практична значимість роботи. Результати дослідження може бути застосовувано при розробці програм діяльності організацій охорони здоров'я на місцевому (регіональному) рівні та оптимізації процесу їх фінансування.

Структура роботи: складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. В роботі відображено 12 таблиць та 13 рисунків, список використаних джерел містить 70 найменувань з них — 49 інтернет посилання. Загальний обсяг магістерської становить 117 сторінок друкованого тексту, з них – 90 сторінок основного тексту.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ПРОГРАМ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

1.1. Моделі національних систем охорони здоров'я та оцінка їхньої фінансової стійкості

Створення механізмів фінансування, які генерують достатні кошти, є ключовим фактором сприяння загальному охопленню медичними послугами. Рівень національних витрат на охорону здоров'я значною мірою визначає доступність і якість послуг. Без належного фінансування систем і програм охорони здоров'я якісне лікування не буде доступним для всіх людей, які цього потребують.

З метою усунення прогалин та досягнення універсального охоплення важливо, аби суміш фінансування була тісно скоординована. Необхідно оцінити ефективність та застосовність різноманітних механізмів на основі їх здатності мобілізувати кошти та відповідності ключовим критеріям (таким як інституційна спроможність) для того, щоб досягти оптимального поєднання механізмів фінансування для конкретної країни.

Універсальної моделі при виборі механізмів фінансування не існує, оскільки критерії вибору залежатимуть від конкретних національних умов. В галузі охорони здоров'я моделі фінансування описують витрати та фінансування національної системи охорони здоров'я (або її підсистеми) і дають змогу спрогнозувати майбутній фінансовий стан за умови, що майбутні доходи та попит будуть подібними до прогнозованих у моделі. Вони забезпечують відображення складних взаємодій між сторонніми фінансовими посередниками (страховими — схеми страхування або уряд), фінансистами (платниками податків та платниками внесків), постачальниками та бенефіціарами (пацієнти).

Національна система охорони здоров'я — це сукупність схем охорони здоров'я, яка діє в одній країні. Система охорони здоров'я – це сукупність взаємопов'язаних і взаємовпливових суб'єктів діяльності, організованих для надання та фінансування медичних послуг для визначених підгруп населення. Правила фінансування медичних послуг визначають, хто повинен робити внески (або сплачувати податки, або приватні страхові внески), хто підпадає під дію програми. Вони також визначають обсяг і структуру ресурсів, які можуть бути надані постачальникам в обмін на надання послуг населенню, що має на них право. Фінансова структура є наслідком взаємодії між постачальниками медичних послуг, пацієнтами, фінансистами та іншими суб'єктами, які визначають процеси та встановлюють стандарти на ринку охорони здоров'я (наприклад, держава).

На сучасному етапі сформовані моделі охорони здоров'я умовно зводяться до трьох типів [40 с.136-137; 66]:

1. Страхова (соціально-страхова).
2. Бюджетна (державна, національна).
3. Приватна (ліберальна, ринкова).

Існують критерії, за якими можна класифікувати моделі охорони здоров'я (рис.1.1).



Рис. 1.1 Критерії, за якими можна класифікувати моделі охорони здоров'я. Сформовано автором на основі джерела [40, с.135]

У світовій практиці більшість науковців зазначають чотири основні моделі фінансування систем охорони здоров'я: модель Бісмарка, модель Беверіджа, модель національного медичного страхування та система прямих платежів, модель Семашка.

Модель Бісмарка, яку вперше запровадив Отто фон Бісмарк в Німеччині у 1880-х роках, базується на обов'язковому медичному соціальному страхуванні та забезпечує охорону здоров'я без витрачання державних коштів або підвищення податків на зарплату працівників [29, с.97-98; 68, с.33]. Відповідно до цієї моделі кожен громадянин, який проживає в Німеччині на постійній основі, зобов'язаний придбати страховку на випадок хвороби. Уряд чітко регулює діяльність приватних страхових фондів, які через деякий проміжок часу трансформувалися в лікарняні каси, далі — у страхові компанії. Фінансування передбачає перерозподіл доходу від платоспроможних груп населення до неплатоспроможних. Перелік медичних послуг, надання яких фінансується державою, є фіксованим [36, с.173].

Медичне страхування фінансують із трьох джерел:

- бюджетні кошти, що акумулюються в спеціальних страхових фондах;
- доходи працівників — відрахування із заробітної плати, бюджетні кошти, що акумулюються в спеціальних страхових фондах;
- страхові внески підприємців — відрахування від доходів [11, с.34].

Частково внески сплачуються роботодавцем до приватних страхових компаній, а самі працівники оплачують решту вартості. Така система спонукає працівників виходити на роботу та орієнтована на працюючих. За умови працевлаштування людина та її родина матимуть право скористатися медичною страховкою. Пенсіонери та безробітні мають право на державне медичне страхування. На ринку медичних послуг лікарі пропонують свої послуги та є вільними учасниками.

Модель Бісмарка є характерною для Нідерландів, Японії, Швейцарії, Бельгії, Франції, Німеччини, Австрії [66](рис. 1.2).

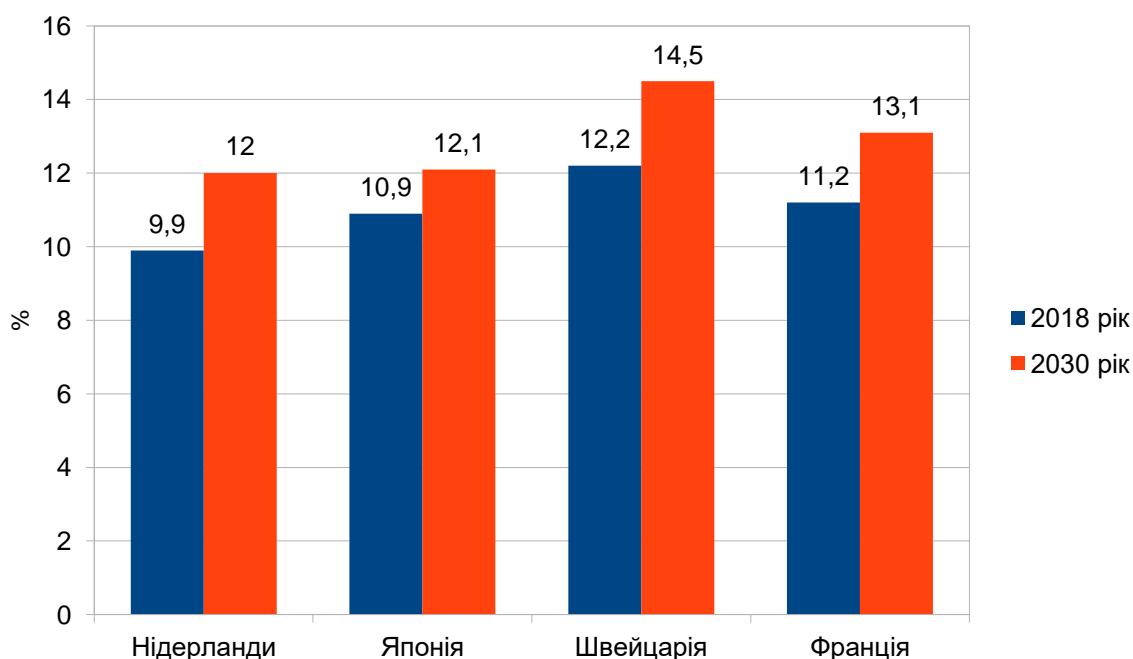


Рис. 1.2. Стан та прогноз динаміки витрат на охорону здоров'я Нідерландах, Японії, Швейцарії та Франції (модель Бісмарка), % від ВВП [67]

Прогнозується, що у 2030 році порівняно з 2018 роком витрати на охорону здоров'я як частка ВВП у Швейцарії будуть найбільшими (збільшиться на 2,3%), а в Японії — найменшими (збільшиться на 1,2%).

Вважається, що модель Бісмарка вже не є найефективнішою, тому що змінилося те, що ми страхуємо. Докорінно змінилася структура захворюваності: населення здебільшого хворіє онкологічними та серцево-судинними захворюваннями, цукровим діабетом або поєднанням декількох хронічних захворювань одночасно. Тривалість захворювання може досягнути близько 20-30 років, а може й все життя [65].

Модель Беверіджа з'явилася в 1948 році у Великобританії та значно базувалася на досвіді Радянського Союзу. Ця національна модель медичного страхування охоплює кожного незалежно від віку та доходу. Держава забезпечує страхування та оплачує медичне обслуговування за рахунок податкових

надходжень на регіональному та центральному рівнях. Обсяги фінансування визначаються під час планування витрат державного бюджету. Уряд встановлює ціни на послуги та ліки шляхом переговорів із постачальниками від імені людей, охоплених системою. Лікарі є найманими працівниками, хоча система підтримує конкуренцію між лікарями за кошти держави, а не за кошти громадян. Заробітна плата медичного персоналу залежить від кваліфікації медичних сестер і лікарів та обсягу наданих медичних послуг [6, с.115; 67; 29, с.98].

Модель Беверіджа є характерною для Великобританії, Іспанії, Данії, Ірландії, Італії, Португалії, Греції (рис. 1.3). Модель Беверіджа обрала Україна в процесі реформування національної системи охорони здоров'я.

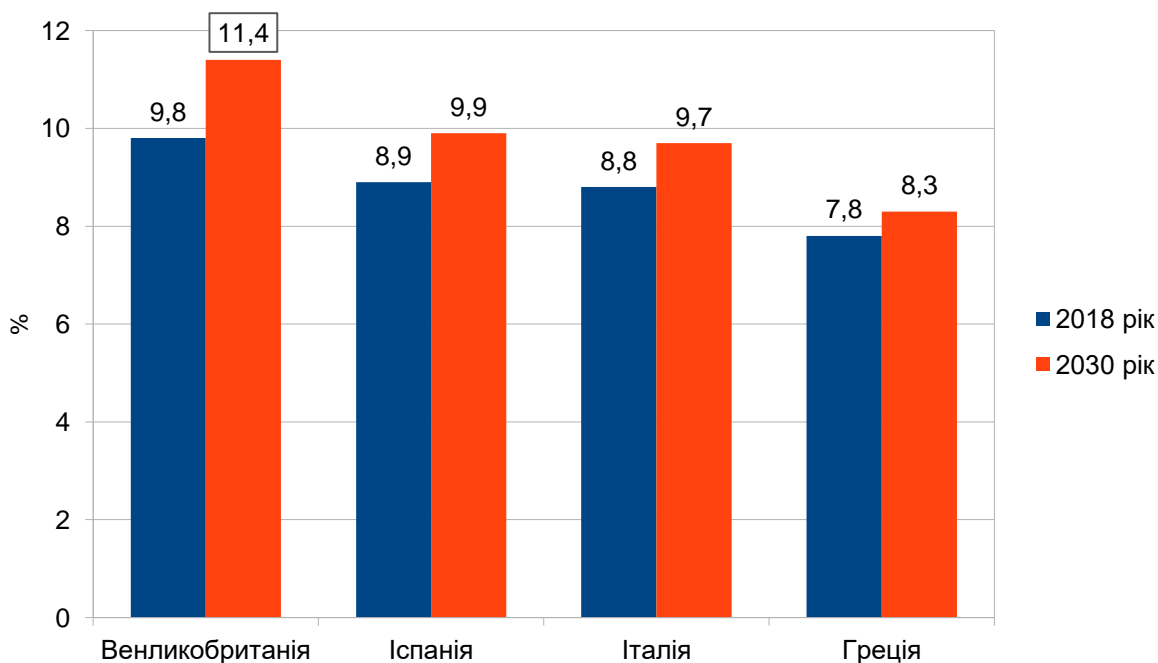


Рис. 1.3. Стан та прогноз динаміки витрат на охорону здоров'я у Великобританії, Іспанії, Італії та Греції (модель Беверіджа), % від ВВП [67]

Прогнозується, що у 2030 році витрати на охорону здоров'я як частка ВВП у Великобританії будуть найбільшими (збільшиться на 1,6%), а в Греції — найменшими (збільшиться на 0,5%).

Модель національного медичного страхування та система прямих платежів у Канаді поєднує риси моделей Беверіджа та Бісмарка. За моделлю Беверіджа

уряд фінансує медичне обслуговування за рахунок податкових надходжень, а за моделлю Бісмарка постачальники медичних послуг є приватними.

Модель національного медичного страхування та система прямих платежів є характерною для Південної Кореї, Канади, Тайваню [29, с.98](рис. 1.4).

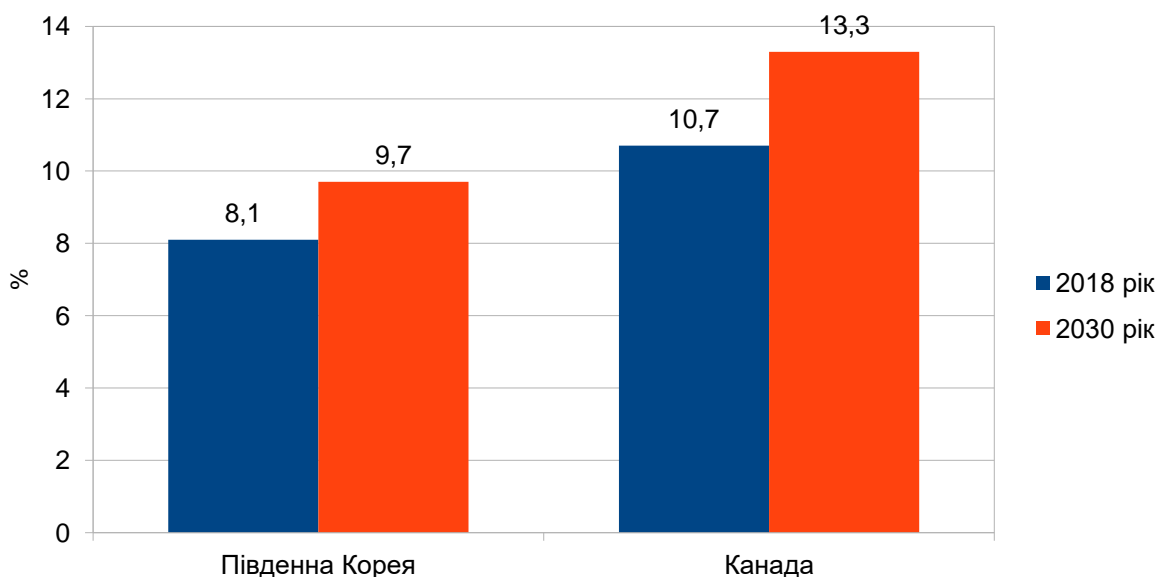


Рис. 1.4. Стан та прогноз витрат на охорону здоров'я серед країн за моделлю національного медичного страхування та системи прямих платежів, % від ВВП [67]

Прогнозується, що у 2030 році витрати на охорону здоров'я як частка ВВП збільшаться у Канаді порівняно з 2018 роком на 2,6%, а в Південній Кореї — на 1,6%.

За радянською моделлю Семашка фінансування охорони здоров'я відбувається за рахунок коштів державного бюджету, які є єдиним джерелом фінансування. Кожен громадянин мав право на безкоштовне медичне обслуговування. Створення п'ятирічних планів розвитку задля функціонування системи охорони здоров'я було значною особливістю моделі Семашко. Раніше модель була однією з найефективніших, адже в медицині домінував профілактичний напрям. Модель Семашка наразі відійшла в минуле. Країни поступово переходять до інших моделей фінансування [1, с.21].

У приватній (ринковій) моделі страхові послуги надаються на ринковій основі. Постачальники та споживачі взаємодіють безпосередньо. Пропозицією і попитом визначаються ціни на медичні послуги. Держава забезпечує регулювання ринку та загальний нагляд. В країнах з найбільш ліберальною економікою приватна (ринкова) модель досягла найвищого рівня організації. Пацієнти в цій системі виступають покупцями медичних послуг, а лікарі — продавцями. Модель є характерною для США [36, с.173; 58] (рис. 1.5).

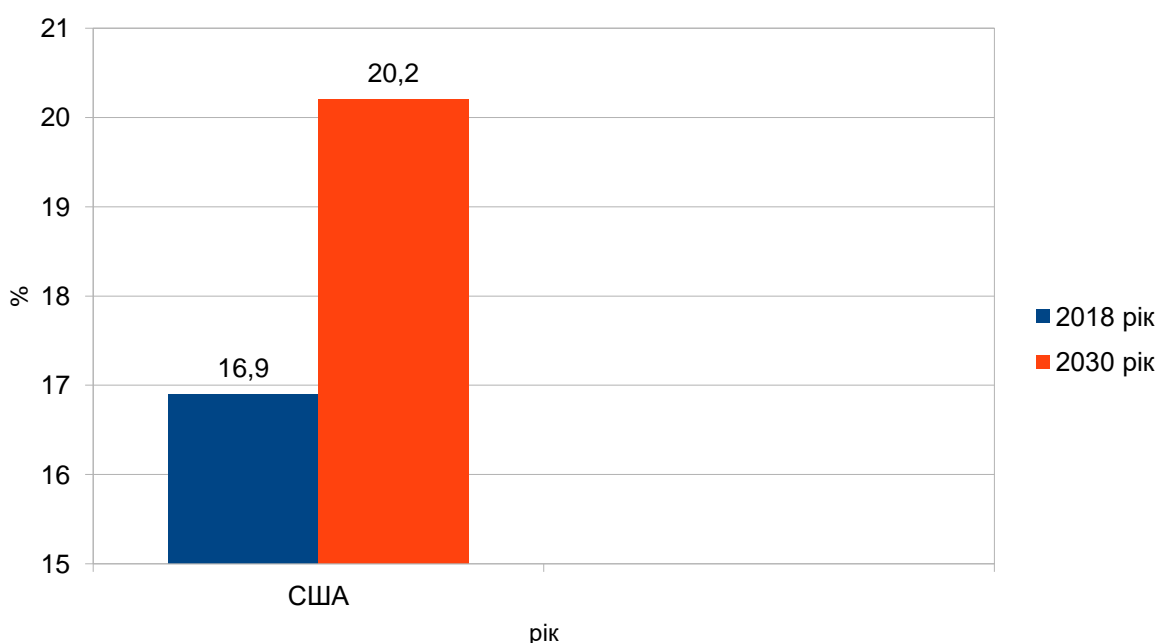


Рис. 1.5 Стан та прогноз витрат на охорону здоров'я У США (приватна/ринкова модель), % від ВВП [67]

Прогнозується, що у США у 2030 році частка витрат на охорону здоров'я порівняно з 2018 роком збільшиться на 3,3%. Тобто прогнозується, що саме в приватній моделі рівень витрат на охорону здоров'я є найбільшим порівняно з іншими моделями фінансування.

Кожна система має як переваги, так і недоліки (Додаток А). Зазвичай більшість країн поєднує різні моделі в залежності від особливостей та ряду проблем, пов'язаних з захворюваністю, менталітетом та підвищенням тривалості життя населення (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Класифікація моделей охорони здоров'я за критеріями

Назва	Способи організації	Джерела фінансування	Форми власності постачальників медичних послуг
Страхова (соціально-страхова) модель Бісмарка	децентралізована система охорони здоров'я	домінуючим джерелом є цільові внески наймачів та працівників з фонду заробітної плати, можливі субсидії держави; оплата медичних послуг через фонди охорони здоров'я, які незалежні від держави, але діють у межах законодавства	надання медичних послуг здійснюється організаціями різних форм власності; ринок задовольняє потреби населення понад гарантований державою рівень
Бюджетна (державна, національна) моделі Семашка та Беверіджа	централізована система охорони здоров'я	основне джерело фінансування — загальні податкові надходження	державна — постачальник і покупець медичних послуг; роль ринку другорядна
Приватна (ліберальна, ринкова) модель	децентралізована система приватного страхування	пріоритетне джерело фінансування — кошти громадян, організацій, підприємств	фінансова участь держави обмежена певними програмами; ринок як інструмент регулювання медичного забезпечення населення

Сформовано автором на основі джерела [40, с. 136-137]

Найбільш зрозуміло описує ефективність застосування моделей фінансування показник середньої тривалості життя (табл. 1.2). Якість харчування, генетика, екологічні та соціально-економічні умови, стиль життя — фактори, які значно впливають на тривалість життя населення [29, с.99].

Таблиця 1.2

Середня тривалість життя населення Великобританії, Іспанії, Японії, Нідерландів, Південної Кореї, Канаді та США станом на 12 січня 2024 рік

Країна	Чоловіки, років	Жінки, років	Різниця, років
Модель Беверіджа			
Великобританія	80,60	84,00	3,40
Іспанія	81,40	86,70	5,30
Модель Бісмарка			
Японія	81,90	88,00	6,10
Нідерланди	81,10	84,00	2,90
Національна модель			
Південна Корея	80,80	87,20	6,40
Канада	81,10	84,90	3,80
Приватна модель			
США	77,30	82,20	4,90

Сформовано автором на основі джерела [62]

Виходячи з даних табл. 1.2 бачимо, що тривалість життя населення в різних країнах за різними моделями фінансування є високою. Проте США за приватною моделлю має нижчу тривалість життя як чоловіків, так і жінок порівняно з іншими країнами, хоча різниця між тривалістю життя жінок і чоловік становить 5 років, тоді як у Південній Кореї та Японії 6 років.

Отже, в системі охорони здоров'я кожна країна переслідує основні цілі функціонування, серед яких: лікування хворих, захист населення від фінансового краху через рахунки за лікування, збереження здоров'я людей. Національна політика створює умови для реалізації заходів, які допоможуть подолати проблеми забезпечення належного доступу до якісного медичного

обслуговування та до безпечних вакцин і лікарських засобів, надання та організації медичних послуг.

Така політика організовується за допомогою застосування моделей фінансування. У світі не існує єдиної найефективнішої моделі фінансування. Кожна країна застосовує механізм їх поєднання, спираючись на одну з основних моделей. Аналіз показника середньої тривалості життя показав, що саме США за приватною моделлю має нижчу тривалість життя як чоловіків, так і жінок порівняно з іншими країнами. Тому вважаємо, що приватна модель фінансування є нижчою за свою ефективністю порівняно з іншими країнами.

1.2. Концепція реформування системи охорони здоров'я в Україні та її нормативно-правова база

За своєю суттю фінансування охорони здоров'я є невід'ємною функцією системи охорони здоров'я - це збір та використання коштів на охорону здоров'я, фінансові стимули для постачальників послуг для забезпечення населенню доступу до ефективної системи громадського здоров'я та особистої медичної допомоги. Для забезпечення взаємодії між надавачами послуг і населенням фінансування системи охорони здоров'я є ключовим. Воно визначає хто платить за медичну допомогу, коли платить, скільки платить, кому платить і від кого отримує послуги, які види послуг може отримати. Це основна функція систем охорони здоров'я, яка може підтримати прогрес у цій сфері шляхом покращення ефективності охоплення послугами та фінансового захисту населення.

Фінансування охорони здоров'я можна поділити на три підфункції, які разом описують потік грошових ресурсів через систему охорони здоров'я:

- об'єднання ресурсів;
- закупівля товарів і послуг;
- підвищення доходів.

Також існує ще одна підфункція — управління фінансуванням охорони здоров'я. Це стосується нормативних питань, пов'язаних з фінансуванням. Таких

як розробка системи послуг, включаючи визначення того, хто підлягає покриттю витрат, що підлягає покриттю і яка частина вартості покривається, а також управління державними фінансами у секторі охорони здоров'я [69].

Реформування системи охорони здоров'я в 2016 році в Україні було одним з найочікуваніших серед громадян. Держава протягом тривалого періоду не виконувала своїх зобов'язань щодо фінансового захисту населення при отриманні медичної допомоги. Із найвищими показниками в Європі серед кількості лікарняних ліжок на душу населення система охорони здоров'я України потребам людей не відповідала, працювала неефективно та занадто обтяжувала державний бюджет. Метою реформи постало забезпечення захисту від надмірних фінансових витрат «з кишені», покращення якості життя та стану здоров'я населення через підвищення ефективності медичного обслуговування та впровадження інформаційних технологій [38; 63, с.151].

Основні компоненти системи фінансування охорони здоров'я:

1. Збір коштів. Джерела фінансування:

- медичне страхування на добровільній основі, тобто юридична особа-роботодавець або громадянин укладає зі страховиками договір відповідного медичного страхування (додаткове медичне страхування). Також через приватні страхові компанії громадяни багатьох країн можуть додатково застрахувати своє здоров'я. Це дозволяє обирати заклади охорони здоров'я на приватній основі за тарифами, які відрізняються від тарифів державного покриття, та отримати більше послуг;

- обов'язкове медичне страхування, тобто громадяни сплачують індивідуальні внески або страхові внески вираховуються із заробітної плати. Ці кошти зараховуються до спеціального медичного фонду і використовуються для компенсації медичних послуг;

- загальнодержавний бюджет. На охорону здоров'я уряд виділяє відповідну суму з державного бюджету. Ці кошти можуть надходити з акцизів, податків та інших джерел державних надходжень:

- інші джерела (міжнародні та державні гранти, благодійні внески тощо).

2. Об'єднання коштів (пулінг). Це передбачає об'єднання фінансових ресурсів у спільний фонд для подальшого розподілу ризиків між багатьма пацієнтами. Процес пулінгу забезпечує більш рівний доступ до медичної допомоги і ефективне використання коштів, тому що всі кошти зібрані в спільному фонді. Чим більший пул, тим більшою та стійкішою є здатність системи компенсувати несподівані витрати, коли виникають нові випадки. Важливо, щоб механізм розподілу ризиків дозволив розпорядникові використовувати всі ресурси для фінансування потреб кожного в медичній допомозі в цьому пулі та не ділив його на окремі «кишені». Це гарантує стабільність фінансової системи.

3. Використання коштів. Це ключовий аспект ефективності системи фінансування охорони здоров'я. Основні напрямки використання:

- інфраструктура. Частина коштів може спрямовуватися на наукові дослідження для підвищення ефективності та якості надання медичних послуг і навчання медичного персоналу. Також фінансові ресурси можуть використовуватись для оснащення закладів охорони здоров'я, будівництва;

- фінансування медичних послуг. Фінансування використовується для оплати лікарських засобів, лікування, діагностичних процедур та медичних послуг. Існує декілька основних механізмів, за якими може здійснюватися фінансування охорони здоров'я: капітаційна ставка, плата за результат, плата за послугу, плата за випадок тощо;

- профілактика. Частина коштів використовується для профілактики, завдання якої полягає в збереженні здоров'я населення і попередженні захворювань.

Реформа фінансування охорони здоров'я полягала саме у зміні механізму використання коштів замість інших компонентів [30]. Для медичної допомоги на первинному рівні запроваджено змішаний метод оплати послуг на основі нормативу на одного мешканця (капітація) з поправкою на ризики. Спеціалізована амбулаторна допомога має різні способи оплати залежно від типу послуги: плата за пролікований випадок, плата за послугу або фінансування на

одного мешканця. Метод фінансування для стаціонарної допомоги базується на оплаті пролікованих випадків за допомогою діагностично-споріднених груп [28, с.93].

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» став кульмінацією реформи в сфері охорони здоров'я [13]. За цим законом було створено Національну службу здоров'я України (далі НСЗУ) в якості стратегічного закупівельника та визначено для всіх громадян гарантований пакет медичних послуг (далі ПМГ). Програма медичних гарантій — обсяг і перелік лікарських засобів та медичних послуг, гарантованих населенню. Закон України «Про Державний бюджет України на 2024 рік» визначає обсяги коштів, спрямованих на реалізацію програми, у розмірі не менше 5% ВВП [42]. Програма включає медичний супровід вагітності та пологів, медичне обслуговування дітей віком до 18 років, первинну, амбулаторну, екстрену, госпітальну, паліативну допомогу. Пакети послуг складаються з двох частин [25, с.1; 38; 52; 43, с.7] (рис. 1.6).

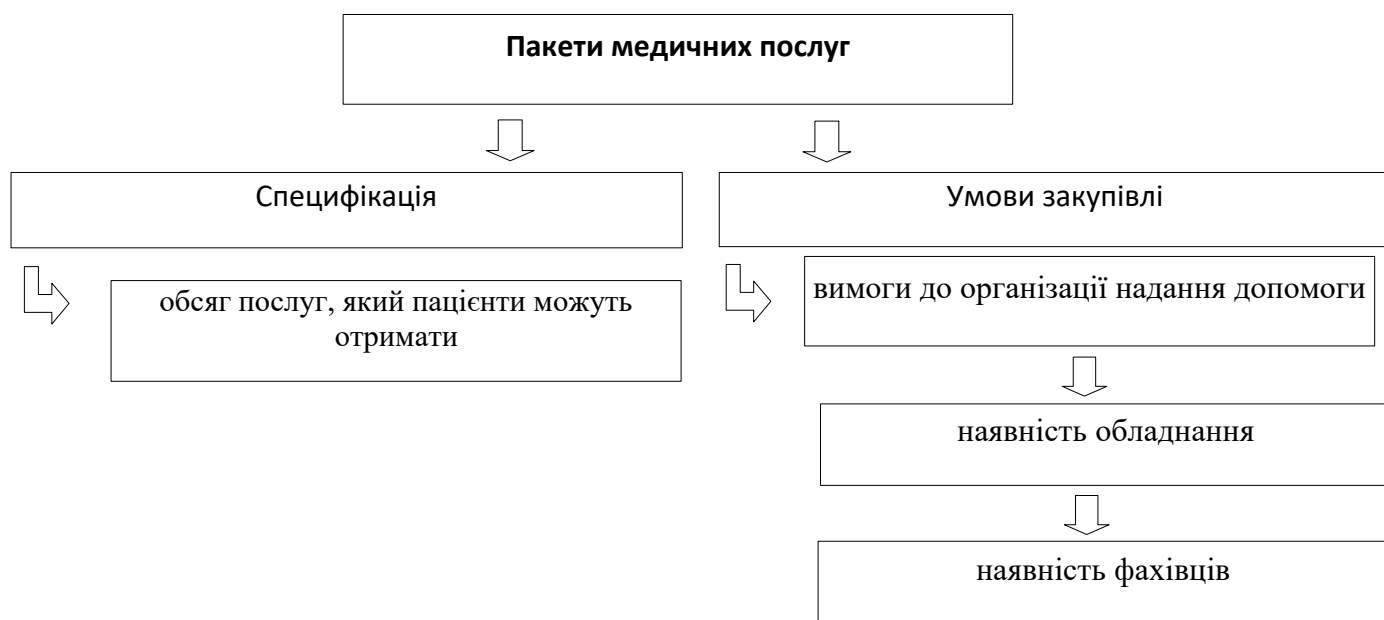


Рис. 1.6. Складові пакетів медичних послуг. Сформовано автором на основі джерела [52]

У 2024 році попри війну та обмеженість ресурсів ми спостерігаємо не зменшення обсягу гарантованих медичних послуг, а розширення Програми, яка

охоплює 44 пакети послуг. Серед них три відносять до нововведених: «Лікування дорослих та дітей методом трансплантації органів», «Лікування дорослих та дітей методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин», «Лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій (запліднення *in vitro*)» [37].

В умовах сьогодення комплексної медичної допомоги потребують поранені бійці, тому НСЗУ створила необхідний пакет медичних послуг — «Комплексна реабілітація». Водночас, Інна Іваненко наголошує, що проблема нестачі досвідчених кадрів з надання реабілітаційних послуг в Україні є актуальною, адже їх навчання проходило ще за старими радянськими стандартами [2].

Бюджет ПМГ у 2024 році становить понад 159 млрд гривень. Базова ставка відповідно до пролікованого випадку за реабілітацію в стаціонарних умовах становить 19769 грн. Проте НСЗУ сплачуватиме за реабілітаційні послуги високої складності понад 31 тис. грн (прикладом може бути інсульт в післягострому періоді), а найвищої складності — понад 41 тис. грн. (прикладом може бути стан після травматичного ушкодження головного мозку та спинного мозку) [37].

В «Концепції розвитку системи громадського здоров'я», яка затверджена Кабінетом Міністрів України, визначено, що національний та регіональні центри громадського здоров'я повинні складати інфраструктуру системи громадського здоров'я. На національному рівні забезпечено функціонування Центру громадського здоров'я Міністерство охорони здоров'я України (далі МОЗ) як координаційного органу проектів та програм громадського здоров'я і надання йому у сфері громадського здоров'я функції супроводження управлінських рішень. Зокрема методичне керівництво лабораторно-аналітичною роботою регіональних центрів громадського здоров'я.

На регіональному рівні забезпечено централізацію та децентралізацію шляхом передачі окремих функцій та ресурсів у сфері громадського здоров'я органам місцевого самоврядування, виконання функцій на регіональному рівні у

сфері громадського здоров'я через створення регіональних центрів громадського здоров'я та об'єднання і оптимізацію існуючих ресурсів [41, с.20,].

Також згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 17 лютого 2021 року № 106 на базі Лабораторних центрів МОЗ України створено Центр контролю та профілактики хвороб. Експертів з регіональних центрів громадського здоров'я перевели до Центрів контролю та профілактики хвороб для зміцнення спроможності в таких сферах, як профілактика, комунікація і контроль неінфекційних захворювань, а також просування планової вакцинації та вакцинації проти COVID-19. У центрах працюють відділи реагування та моніторингу на надзвичайні ситуації і бригади оперативного реагування, керівники яких мають статус головних державних санітарних лікарів областей.

Центр громадського здоров'я України є головною експертною установою, яка здійснює організаційно-методичне забезпечення роботи та координацію діяльності мережі Центрів контролю та профілактики хвороб у рамках шести визначених напрямів: координація напрямів з біобезпеки та біозахисту, реагування на небезпеки та супровід профілактичних програм, забезпечення епідеміологічного нагляду та створення інформаційного фонду, навчання персоналу.

Центри контролю та профілактики хвороб взаємодіють з усіма установами області, які працюють у сфері громадського здоров'я: управліннями освіти, управліннями ДСНС, управліннями департаментів охорони здоров'я облдержадміністрацій, департаментами захисту екології та довкілля тощо.

Основними функціями Центрів контролю та профілактики хвороб є захист населення від інфекційних захворювань, імунопрофілактика, попередження та профілактика неінфекційних захворювань, просвітницька робота щодо запобігання факторам ризику та здорового способу життя, забезпечення епідеміологічного нагляду, санітарного та епідемічного благополуччя населення, забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту, реагування на загрози здоров'ю та надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я, боротьба з протимікробною резистентністю тощо.

Ця концепція відповідає кращим світовим практикам. Тому в провідних країнах світу за таким принципом працюють аналогічні структури [38].

Також запровадження програми «Єдиний медичний простір» в сфері охорони здоров'я є ще одним досягненням української медицини і передбачає, що кожна людина має можливість звернутися в будь-який медичний заклад незалежно від її статусу чи віку. Ця система організації забезпечує всім громадянам України (військовослужбовцям також) якість, ефективність і доступність усіх видів медичної допомоги та об'єднує шляхом спільного управління і визначених механізмів фінансування всі медичні ресурси держави [2].

За програмою «Рятуємо серця України» уряд розбудовує мережу кардіологічних центрів. За 2017-2018 рр. придбано 26 ангиографічних апаратів. За рік один такий апарат міг би пролікувати та обстежити близько тисячі пацієнтів. При гострому інфаркті міокарда пацієнти можуть отримати безкоштовну допомогу в кардіологічних центрах (обстеження, стентування), які працюють без вихідних цілодобово. За державні кошти придбано необхідні витратні матеріали і стенти. Держава у 2018 році закупила 24 тисячі стентів, що на 100% забезпечило потреби пацієнтів у невідкладних станах [57].

Як повідомило МОЗ, безкоштовна допомога надається під час екстрених випадків перевезення пацієнта швидкою [56].

З липня 2019 року бюджетні кошти йдуть за пацієнтом до поліклінік. Тобто функціонує медична допомога на вторинному рівні, де кожен зможе безкоштовно обстежитися, здати аналізи та отримати допомогу лікаря-спеціаліста. Програма «Безкоштовна діагностика» дає змогу безкоштовно отримати 54 лікувально-діагностичні послуги: операція одного дня, мамографія, 6 УЗД, 4 біопсії, 12 аналізів, 5 видів рентгену. Направлення від сімейного лікаря є єдиною умовою безкоштовного отримання цих послуг [57].

Також аби все більше пацієнтів могли отримувати необхідні лікарські засоби безкоштовно або з частковою доплатою держава продовжує працювати

над розширенням програми «Доступні ліки». Вартість ліків відшкодовує Національна служба здоров'я України (далі — НСЗУ).

У 2024 році на програму реімбурсації держава виділила загалом 5,2 млрд грн, а це на 500 млн грн більше в порівнянні з минулим роком. Головним пріоритетом цього року стане підвищення доступності ліків, щоб люди з хронічними захворюваннями могли продовжувати приймати ліки безперервно та мати доступ до них.

Протягом п'яти років майже 4,5 млн. пацієнтів скористалися програмою «Доступні ліки» під керівництвом НСЗУ. Найбільша частина пацієнтів отримала лікарські засоби за напрямками: хронічні хвороби нижніх дихальних шляхів; діабет (інсулінозалежний); профілактика інсультів та інфарктів; цукровий діабет II типу; серцево-судинні захворювання [38].

Узагальнення аспектів реформування системи охорони здоров'я в Україні відображено в Додатку Б. Особливості функціонування сфери охорони здоров'я в Україні відображено в Додатку В. Концептуальна структурно-функціональна модель єдиного медичного простору України відображено в Додатку Г.

Відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» джерелами фінансування охорони здоров'я є кошти фізичних та юридичних осіб; кошти Державного бюджету України та місцевих бюджетів; інші джерела, які не заборонені законом [17].

На сайті Міністерства фінансів розміщене визначення поняття державного бюджету України як основного джерела централізованого фінансування країни. Через бюджет держава зосереджує певну частку ВВП і спрямовує її на забезпечення соціальної захищеності населення, розвиток національної економіки та оборони країни, утримання органів державної влад. Кожен рік Верховна Рада України розглядає та затверджує державний бюджет як закон [8; 39].

Складові частини державного бюджету України відповідно до Бюджетного кодексу України відображено у табл. 1.3.

Таблиця 1.3

Складові частини державного бюджету України відповідно до
Бюджетного кодексу України

Бюджет	
Загальний фонд	Спеціальний фонд
1. Всі доходи бюджету (не включаючи доходи, які зараховуються до спеціального фонду бюджету)	1. Доходи бюджету з цільовим спрямуванням (включаючи власні надходження бюджетних установ)
2. Всі видатки бюджету, що здійснюються за рахунок надходжень загального фонду бюджету	2. Видатки бюджету, що здійснюються за рахунок конкретно визначених надходжень спеціального фонду бюджету (включаючи власні надходження бюджетних установ)
3. Кредитування бюджету (кредити з бюджету за рахунок надходжень загального фонду бюджету, повернення кредитів до бюджету без визначення цільового спрямування)	3. Кредитування бюджету (кредити з бюджету за рахунок конкретно визначених надходжень спеціального фонду бюджету та повернення кредитів до бюджету з визначенням цільового спрямування)
4. Фінансування загального фонду бюджету	4. Фінансування спеціального фонду бюджету

Сформовано автором на основі джерела [4; 48]

Бюджетний кодекс України встановлює доходи бюджету як неподаткові, податкові та інші надходження на безповоротній основі (плата за адміністративні послуги, трансферти, власні надходження бюджетних установ). Видатки бюджету — кошти, які направлені на реалізацію заходів та програм, передбачених бюджетом, хоча винятком є придбання цінних паперів, погашення боргу, розміщення бюджетних коштів на депозитах, надання кредитів з бюджету, повернення до бюджету надміру сплачених сум зборів і податків та інших доходів бюджету, проведення їх бюджетного відшкодування. Витратами бюджету є видатки бюджету, надання кредитів з бюджету, погашення боргу та

розміщення бюджетних коштів на депозитах, придбання цінних паперів (рис. 1.7).

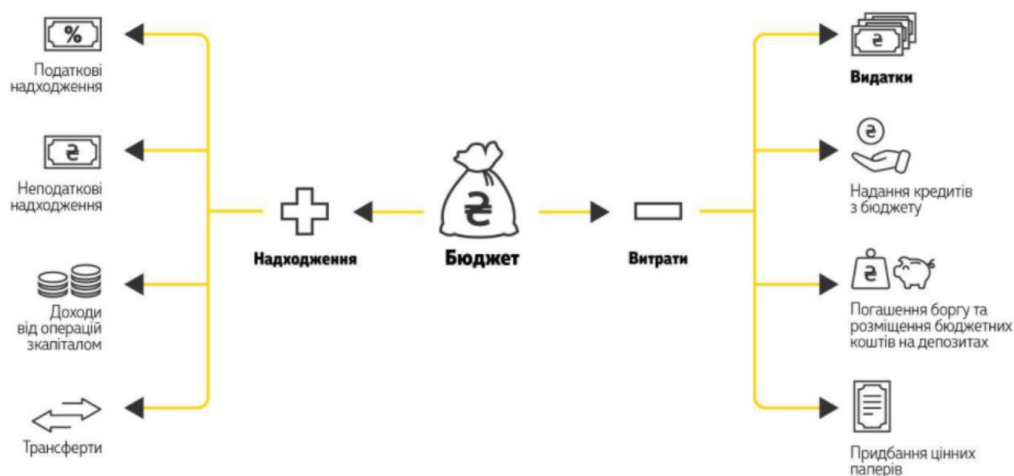


Рис. 1.7. Схема надходжень і витрат бюджету [3]

Бюджетне кредитування передбачає дію принципів повернення, платності та строковості надання кредитів із бюджету. Перевищення витратів над доходами бюджету називається бюджетним дефіцитом, а перевищення доходів над видатками — бюджетним профіцитом.

За словами прем'єр-міністра Дениса Шмигала у 2024 році в сфері охорони здоров'я видатки збільшаться на 31 млрд. грн. у порівнянні з минулим роком і становитимуть 239 млрд. грн [37].

Станом на 1 квітня 2024 року видатки Державного бюджету України на охорону здоров'я становлять 41323,1 млн. грн (4,91%) (табл. 1.4, рис. 1.9)

Таблиця 1.4

Видатки Державного бюджету України на охорону здоров'я станом на 1 квітня 2024 року

Назва	Код бюджетної класифікації	Видатки	%
Охорона здоров'я	0700	41323,1	4,91

[5; 39]

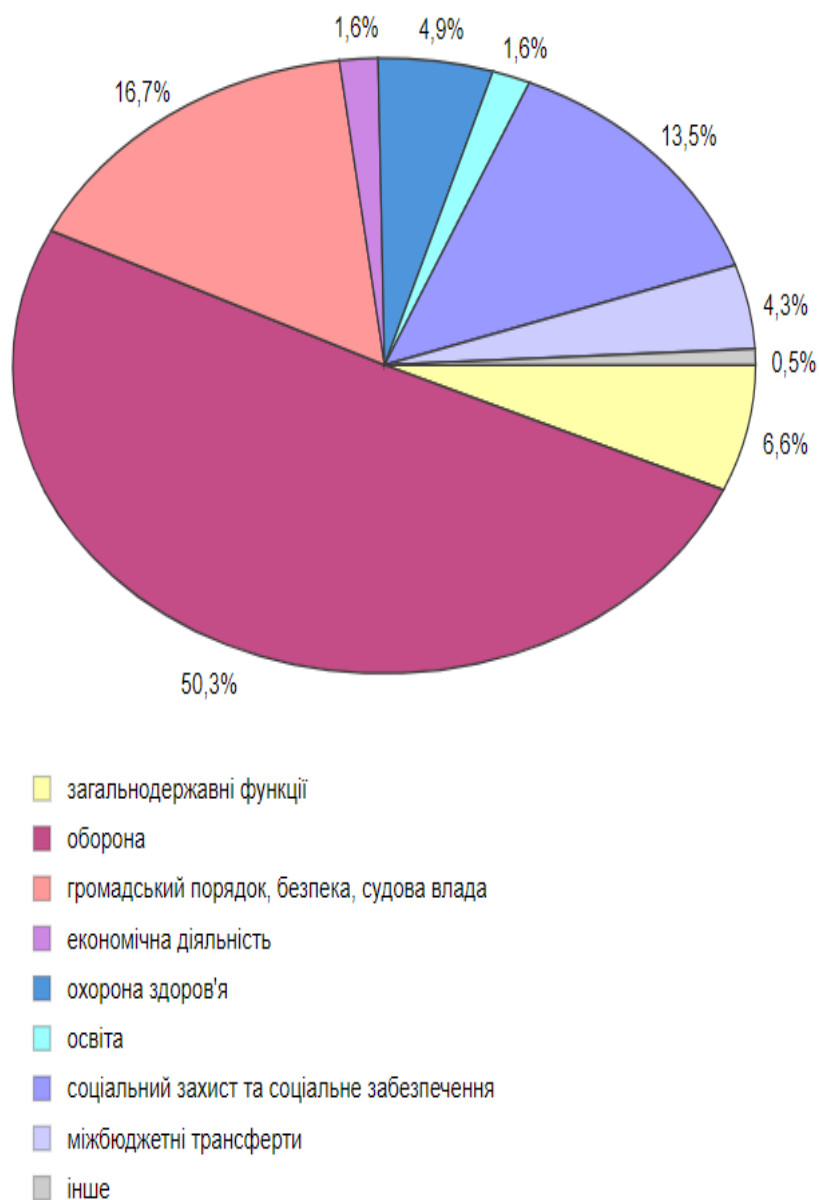


Рис. 1.9 — Видатки Державного бюджету України на охорону здоров'я, % [5; 39]

Джерелами фінансування загального фонду державного бюджету з початку повномасштабної війни є кредити від Міжнародних фінансових організацій, двосторонні кредити та гранти, військові облігації (рис. 1.10).



Рис. 1.10 — Загальний обсяг фінансування з початку повномасштабної війни, \$ [39]

Фінансово-економічна перебудова є поштовхом для розробки та розвитку програм у сфері охорони здоров'я. Відповідно до Бюджетного кодексу України програми складаються для надання:

- медико-санітарної допомоги на первинному рівні;
- медичної допомоги на вторинному рівні;
- медичної допомоги на третинному рівні;
- екстреної медичної допомоги.

Управління охорони здоров'я міських державних адміністрацій та районні державні адміністрації в межах виконання бюджетної програми є замовниками медичних послуг на первинному рівні медико-санітарної допомоги, а управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій — на вторинному, третинному рівнях та для надання екстреної медичної допомоги.

Виконавці бюджетних програм:

- заклади охорони здоров'я;
- фізичні особи — підприємці. Господарську діяльність з медичної практики здійснюють за умови наявності відповідної ліцензії.

Кабінет Міністрів України встановлює порядок надання фінансових ресурсів відповідальним виконавцям бюджетних програм. Фінансування здійснюється:

- на первинному рівні медико-санітарної допомоги — в розмірі до 25 % від загального обласного бюджету на охорону здоров'я за подушним фінансовим нормативом;

- на вторинному та третинному рівнях медичної допомоги — в розмірі до 64 % від загального обласного бюджету на охорону здоров'я за глобальним бюджетом;

- для надання екстреної медичної допомоги — в розмірі до 10 % від загального обласного бюджету на охорону здоров'я.

Також створюється резервний фонд в розмірі до 1 % від загального бюджету на охорону здоров'я на обласному рівні [61].

Розглянемо деякі програми з громадського здоров'я, які спрямовані на поліпшення тривалості та якості життя громадян України:

1. Закон України № 1708 від 20.10.2014 року «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки» [16].

2. Закон України № 1794 від 23.12.2009 року «Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року» [14].

3. Розпорядження КМУ № 244 від 27.04.2006 року «Про схвалення Концепції Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації на 2006—2015 роки» [53].

4. Закон України №1658 від 21.10.2009 року «Про затвердження Загальнодержавної програми імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009-2015 роки» [15].

5. Розпорядження №1658 від 21.10.2009 року «Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018-2021 роки [54].

Метою Закону України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки» є надання високоякісного медичного обслуговування, доступних послуг з діагностики та профілактики ВІЛ-інфекції, підтримка та догляд громадян, хворих на ВІЛ-інфекцію, зниження рівня захворюваності та смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу.

За програмою передбачається особливий комплекс заходів, спрямованих на промоцію здорового способу життя, забезпечення хворих на ВІЛ-інфекцію належною антиретровірусною терапією, удосконалення системи добровільного діагностування, навчання студентів за програмами профілактики ВІЛ-інфекції.

Джерела фінансування програми:

- Глобальний фонд для боротьби із СНІДом, малярією а туберкульозом;
- кошти державного та місцевого бюджетів;
- інші джерела фінансування.

Обсяг фінансування за рахунок коштів Державного бюджету щороку визначається, виходячи з можливостей фінансового забезпечення бюджетного періоду та поставлених завдань. Загальний обсяг фінансування програми становить 6380148,42 тис. грн [16].

Паспорт та очікувані результати програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки відображено в Додатку Д.

Метою Закону України «Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року» є надання доступних послуг онкологічно хворим, підвищення показника одужання, підвищення якості профілактики онкологічних захворювань та ефективності заходів з профілактики злоякісних новоутворень, зниження рівня смертності онкологічно хворих та від злоякісних новоутворень (рак шийки матки, молочної залози, передміхурової залози).

Програма фінансується в межах видатків, які передбачаються у Державному бюджеті України головним розпорядникам коштів — виконавцям програми, за рахунок бюджетів обласних, міста Києва та інших джерел.

Обсяг фінансування за рахунок коштів Державного бюджету щороку визначається, виходячи з наявних коштів та поставлених завдань. В процесі складання проекту Державного бюджету на відповідний рік обсяг може бути уточнений з урахуванням доходів бюджету [14].

Завдання і заходи з виконання програми відображено в Додатку Е.

Хоча документ значну частину своїх повноважень не реалізував, тому в розробці системи ключовою стала «Національна стратегія контролю онкологічних захворювань до 2030 року» [24, с.3].

У 2021 році заступник міністра Ірини Салов'як повідомила, що підписав проект Міністр охорони здоров'я Максим Степанов [34]. Нині підготовлений проект розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Національної стратегії контролю онкологічних захворювань на період до 2030 року» знаходиться на стадії доопрацювання з урахуванням умов та особливостей воєнного стану [37].

Спосіб життя людини впливає на репродуктивне здоров'я. Таким чином, в області репродуктивного здоров'я однією з ключових функцій держави є формування з раннього віку стереотипу здорового способу життя.

Метою Концепції Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації на 2006—2015 роки» схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 квітня 2006 р. № 244-р. є покращення показника репродуктивного здоров'я громадян як вагової складової соціально-економічного потенціалу країни.

Програма фінансується в межах видатків, які передбачаються у Державному бюджеті Міністерства охорони здоров'я, у бюджеті областей, міста Києва, а також за рахунок інших джерел.

Обсяг фінансування програми ідентичний фінансуванню програми боротьби з онкологічними захворюваннями [53].

Результатами виконання є:

- закуплено мамографи;
- збільшення частоти застосування допоміжних репродуктивних технологій;

- зменшення на 16,5% кількості жінок, які використовують гормональних контрацептиви;

- зниження показника захворювання на сифіліс на 77,9% (при запланованому на 30%);

- протягом усього періоду реалізації видатків вистачало лише на окремі статті програми, тобто спостерігалось бюджетне недофінансування. Очікувана вартість забезпечення оцінювалась у 760 млн грн.;

- зменшення абортів на 47,4%.

Метою Закону України «Про затвердження Загальнодержавної програми імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009-2015 роки» є зниження рівня інфекційних захворювань, зниження інвалідності та смертності внаслідок інфекційних хвороб, проведення імунопрофілактики, сприяння розвитку імунобіотехнології, імунології, генної інженерії задля забезпечення епідемічного благополуччя населення.

Програма фінансується в межах видатків, які передбачаються у Державному бюджеті України органам, відповідальним за виконання, у бюджеті областей, а також за рахунок інших джерел.

Загальний обсяг фінансування програми становить 2935354,3 тис. грн. Обсяг фінансування з Державного бюджету України може бути уточнено. В процесі складання проекту Державного бюджету на відповідний рік обсяг може бути уточнений з урахуванням доходів бюджету [15].

Паспорт та очікувані результати програми імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009-2015 роки відображено в додатку Є.

Доктор медичних наук Вікторія Задорожня наголошує, що термін дії програми вже завершився, та й через недофінансування вона не була виконана [33].

Метою Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018-2021 роки є підвищення ефективності лікування та зменшення рівня смертності, стабілізація рівня захворюваності.

Програма фінансується в межах видатків, які передбачаються у Державному бюджеті України головним розпорядникам коштів — виконавцям програми, за рахунок бюджетів обласних, міста Києва та інших джерел.

Обсяг фінансування з Державного бюджету щороку визначається, виходячи з можливостей фінансового забезпечення та поставлених завдань [54].

До 2035 року передбачається зменшити смертність від туберкульозу в порівнянні з 2015 роком на 95%.

До 2050 року передбачається:

- доступ до тестування та консультування на ВІЛ/СНІД становитиме 100%;
- досягти нульового рівня захворюваності та смертності від туберкульозу;
- доступне лікування хворих на туберкульоз за допомогою впровадження пацієнто-орієнтованого підходу становитиме 100%;
- доступ до безперервної діагностики туберкульозу за допомогою закупівлі витратних матеріалів становитиме 100% [37].

Отже, аналіз фінансування системи охорони здоров'я України та програм у сфері громадського здоров'я призвів до ряду суперечностей. Позитивні зрушення ми спостерігаємо в затвердженні ПМГ, яка в 2024 році попри війну та обмеженість ресурсів розширюється. Запроваджено принцип «гроші ходять за пацієнтом», тобто медичні заклади за результатами своєї діяльності отримують оплату. Запроваджена електронна система e-Health і відповідно паперова звітність поступово відходить в минуле. Запущено програму «Доступні ліки», яка дозволяє отримати препарати безкоштовно чи з незначною доплатою. Розроблена програма репродуктивного здоров'я нації, виконання якої показало позитивні результати.

Проте в процесі реформування виникли непередбачувані та непродумані наслідки: інфраструктура до кінця не розвинута; фінансування програм є недостатнім, через що відбувалися часткові реалізації або ж взагалі низький рівень виконання; через початок повномасштабної війни на території України фінансування спрямовується саме на оборону. Навіть за умови зменшення

військових витрат внутрішні надходжень не зможуть покривати повністю функції інших сфер, зокрема сфери охорони здоров'я. Фінансування покладатиметься на надходження коштів з-за кордону. В процесі розвитку подій сьогодення необхідно реагувати на наслідки в дуже короткий час. Потреба в функціональній системі фінансування є вкрай необхідною (спрямування ресурсів для створення умов якісної та доступної медицини, для фінансового захисту громадян).

1.3. Нормативно-правове забезпечення фінансової діяльності та програм громадського здоров'я

У сучасному середовищі охорони здоров'я, де фінансові реалії відіграють важливу роль у прийнятті багатьох, якщо не більшості рішень, держава на всіх рівнях регулює фінансові ресурси за допомогою нормативно-правових документів, щоб створити надійний механізм організації фінансового забезпечення.

В 2016 році було затверджено Кабінетом Міністрів України «Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я» (№ 1013) , метою якої стало створення та запровадження нової фінансової моделі охорони здоров'я задля поліпшення фінансового захисту громадян на випадок хвороби, скорочення неформальних платежів, прозорості та чіткості гарантій держави щодо безоплатної медичної допомоги, справедливості та ефективності розподілу публічних коштів та інше [55]. У Додатку Ж відображено вихідні положення концепції.

У 2017 році ухвалено Закон України №2168 «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який визначає державні фінансові гарантії надання пацієнтам реімбурсації лікарських засобів, належної якості необхідних медичних послуг та лікарських засобів [13]. Також міцну

політичну і правову базу щодо впровадження нових механізмів фінансування охорони здоров'я, зокрема громадського здоров'я, забезпечило ухвалення парламентом пакету нормативно-правових документів [59,с.3-5]:

- Закон України №2206 від 14.11.2017 року «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», який регулює розвиток охорони здоров'я в сільській місцевості, щоб забезпечити доступ громадян до ефективного та якісного медичного обслуговування [19].

- Закон України №3460 від 09.11.2023 року «Про Державний бюджет України на 2024 рік» регулює витрати та надходження Державного бюджету України. Верховною Радою України приймається цей документ на основі запропонованого проекту закону про Державний бюджет [12].

- Постанова КМУ №1101 від 27.12.2017 року «Про утворення Національної служби здоров'я України» (за редакцією від 29.02.2024 року) реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування [51].

- Постанова КМУ №298 від 17.03.2011 року «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для забезпечення здійснення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру» (за редакцією від 02.03.2024 року) визначає механізм фінансування для здійснення заходів та виконання програм за програмою «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру» [47].

- Постанова КМУ №1394 від 22.12.2023 року «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році» (за редакцією від 16.04.2024 року), зокрема додається затверджений Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році, який визначає особливості реалізації програми [44].

- Наказ №503 від 19.03.2018 року «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» (за редакцією від 07.03.2023 року) регулює процедуру вільного вибору лікаря пацієнтом. Заповнення декларації означає факт підтвердження вільного вибору. За допомогою декларації держава розуміє, куди спрямувати кошти за обслуговування пацієнта. Процес вибору лікаря завершується підписами з обох сторін [31].

- Наказ №504 від 19.03.2018 року «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» (за редакцією від 04.03.2022 року) визначає список послуг медичної допомоги на первинному рівні, вартість яких держава відшкодуватиме через Національну службу України [32].

- Постанова КМУ №854 від 28.07.2021 року «Деякі питання реімбурсації лікарських засобів та медичних виробів за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення» (за редакцією від 07.05.2024 року), зокрема додається затверджений Порядок розрахунку граничних оптово-відпускних цін на лікарські засоби та медичні вироби [45]. Наказ №279 від 20.02.2024 року «Про затвердження Переліків лікарських засобів і медичних виробів, які підлягають реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, станом на 12 лютого 2024 року» [38].

- Постанова КМУ №185 від 21.02.2017 року «Про затвердження Порядку та умов надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання ангіографічного обладнання» (за редакцією від 04.04.2018 року) на умовах співфінансування з місцевих бюджетів передбачає закупівлю стаціонарного ангіографічного обладнання [49].

- Закон України № 1708 від 20.10.2014 року «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки» [16].

- Закон України № 1794 від 23.12.2009 року «Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року» [14].

- Розпорядження КМУ № 244 від 27.04.2006 року «Про схвалення Концепції Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації на 2006—2015 роки» [53].

- Закон України №1658 від 21.10.2009 року «Про затвердження Загальнодержавної програми імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009-2015 роки» [15].

- Розпорядження №1658 від 21.10.2009 року «Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018-2021 роки [54].

Також відповідно в ст. 52. «Фінансове забезпечення системи громадського здоров'я» Закону України №2573 «Про систему громадського здоров'я» (поточна редакція від 11.02.2024 року) зазначається, що фінансове забезпечення системи громадського здоров'я здійснюється відповідно до бюджетного законодавства [21].

Джерелами фінансування системи громадського здоров'я є:

- 1) кошти державного бюджету;
- 2) кошти місцевих бюджетів;
- 3) благодійні внески;
- 4) кошти міжнародних організацій;
- 5) кошти з інших джерел, не заборонених законодавством.

Отже, реалізація етапів реформи фінансування дозволила трансформувати фінансовий механізм державного управління. Державно-правове регулювання фінансової діяльності та програм громадського здоров'я характеризується плановістю у формуванні та системністю у здійсненні законодавства. В ході аналізу нормативно-правового забезпечення програм громадського здоров'я

зазначимо, що удосконалення законодавства більше зосереджено не на створенні сприятливого правового середовища, а на окремих нормативних документах. Це свідчить про відсутність системних зв'язків між законодавчими та підзаконними актами. Деякі експерти наголошують, що фінансова діяльність в системі громадського здоров'я не є до кінця раціонально прорахованою та потребує тривалого удосконалення. Тому необхідно забезпечити цілісне нормування цього процесу.

РОЗДІЛ 2.

ОЦІНКА СТАНУ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ПРОГРАМ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ (РЕГІОНАЛЬНОМУ) РІВНІ

2.1. Розробка і фінансування діяльності та програм громадського здоров'я на місцевому (регіональному) рівні

Забезпечення громадського здоров'я залежить від наявності належних ресурсів. У більшості країн фінансування складається з комбінації державного та приватного фінансування, що забезпечує пряму підтримку системи громадського здоров'я та непрямую підтримку через систему надання медичних послуг. Обсяги та способи фінансування впливають на види та ефективність діяльності у сфері громадського здоров'я. Незалежно від позиції на спектрі максимізації/мінімізації ринку, як загальна, так й державна підтримка громадського здоров'я пов'язана з рівнем добробуту країн.

Існує безліч класифікацій визначення етапів у розробці програм. Кожен підручник чи керівництво може використовувати ту чи іншу адаптацію. Проте спільним для всіх цих класифікацій є те, що в основу їх покладений так званий життєвий цикл розробки програми чи проекту.

Практики, які історично склались в Україні в контексті розробки регіональних та місцевих програм, не завжди є кращими, що власне і проявляється часто формальним підходом, який не є ефективним, адже реалізація не дає очікуваного результату. Тому з кожним разом підхід до кращих практик змінюється та вдосконалюється.

На початку планування необхідно визначити основних бенефіціарів громадського здоров'я. Учасники процесу планування слідуєть місії громадського здоров'я, яка полягає у максимальному поліпшенні і збереженні здоров'я та добробуту людей в громаді. Проте часові та матеріальні ресурси є обмеженими. Відповідно ці обмеження накладаються на програму. Необхідно

розуміти, що навіть за п'ять років з обмеженими ресурсами неможливо докорінно змінити ситуацію і сформувати здорове суспільство.

Першим обмеженням планування є часове — п'ять років, менше п'яти років чи більше п'яти років. Після цього визначаються бенефіціари програми: хто отримає той чи інший корисний ефект прямо або опосередковано від реалізації програми. Це:

- відносно здорове населення або населення, яке має певну проблему зі здоров'ям (наприклад: гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, депресивні стани, ВІЛ-інфекція тощо);

- діти, підлітки або люди старшого віку;

- лікарі первинної ланки або місцеве самоврядування, пріоритетом яких є здоров'я населення, що політично та економічно активне.

Ряд таких питань створює групи бенефіціарів. Впродовж усього періоду розробки програми ці групи можуть видозмінюватись (звужуватись чи розширюватись). На початковому етапі потрібно вже розуміти та формувати групи бенефіціарів, аби встановити орієнтир програми громадського здоров'я.

Розглянемо етапи розробки регіональних і місцевих програм громадського здоров'я:

1. Створення робочої групи. Регіональна експертна група створюється для реалізації завдань щодо визначення пріоритетних питань розробки регіональної політики. Регіональна експертна група може включати управлінців, лідерів, експертів у відповідних галузях та зацікавлених сторін, які періодично організовують процеси встановлення пріоритетів, щоб сформувати і розробити політику громадського здоров'я та/або пріоритетні питання системи охорони здоров'я, з якими вони очікують зіткнутися найближчим часом та в довгостроковій перспективі. Окрім безпосередньої участі у формуванні політики, створені регіональні експертні групи мають реалізувати наступні заходи для підвищення ефективності своєї діяльності:

- 1) створити вертикальну та горизонтальну співпрацю (вертикальна співпраця — забезпечення контактів та обміну інформацією між експертами

національного рівня і регіональними експертними групами; горизонтальна співпраця — ефективний та оперативний обмін прикладами передової практики, висновками і досвідом та сприянню взаємного навчання, яке виходить за межі регіональних кордонів);

2) забезпечити підвищення кваліфікації і ефективності шляхом організації спільних заходів з іншими зацікавленими особами (зустрічі, форуми як у віртуальному просторі, так й з особистою присутністю) для обміну та обговорення техніками та інноваціями у сфері використання фактичних даних та поширення стратегічної інформації;

3) розвивати партнерство за межами сфери охорони здоров'я, що сприятиме зміцненню розвитку і потенціалу.

2. Збір і аналіз даних. Якщо пріоритетні питання визначені успішно, Регіональна експертна група формулює запитання, які доступні для пошуку, і розробляє стратегію пошуку, збирає поточні наявні фактичні дані, оцінює якість та робить висновки. Регіональна експертна група розглядає отримані висновки на завершальному етапі, щоб їх застосування було можливим в місцевому контексті, враховуючи соціальні та ресурсні аспекти, обмеження через регіональні особливості, позитивні та негативні моменти.

Моніторинг здоров'я населення — регулярний збір даних про відповідні складові здоров'я та його детермінанти серед населення або окремих груп з метою інформаційного забезпечення процесу стратегічного планування у сфері громадського здоров'я.

Моніторинг здоров'я населення можна розширити шляхом залучення різних методів, таких як прогнозування та моделювання, або шляхом інтеграції біоповедінкових, психосоціальних, епідеміологічних досліджень тощо, але це неможливо без звітності про стан здоров'я.

Основною метою звітності у сфері громадського здоров'я є інформування про стан здоров'я населення всіх, хто потребує цієї інформації, та забезпечення етапів розробки політики охорони здоров'я — від планування до оцінки.

Звітна функція моніторингу громадського здоров'я може бути представлена в різних формах: статті, презентації, звіти, релізи, брошури. Важливо використовувати соціальні мережі, веб-ресурси та інші засоби масової інформації для висвітлення звітів. Інструментами для поширення звітності у сфері охорони здоров'я також можуть бути аналітичні записки і різноманітні форми діалогу.

3. Аналітичний огляд отриманих даних для формування політики. Регіональна експертна група підводить підсумки та трансформує отриману інформацію у форму, зручну для користувача залежно від цільової аудиторії: наприклад, у аналізі даних для розробки політики, який описує пріоритетну проблему, представляються наукові і фактичні дані, наводяться міркування з управління, надання послуг і фінансування. Вони є важливими для пошуку ефективних варіантів рішень та основних способів їх реалізації.

4. Організація дорадчого діалогу. Основні зацікавлені сторони збираються для обговорення пріоритетного питання політики. На обговоренні проводиться аналітичний огляд даних для формування політики з метою:

- визначення основних кроків щодо потреб окремих груп населення;
- отримання інформації про думки і досвід людей, які братимуть участь у процесі прийняття рішень на основі представлених даних;
- обговорення різноманітних факторів, які впливатимуть на процес прийняття рішень з цього питання.

5. Визначення цілей і завдань програми, розробка плану. На цьому етапі регіональна експертна група розробляє концепцію місцевої чи регіональної програми громадського здоров'я з метою обґрунтування необхідності розробки програми та визначення оптимального вирішення проблеми.

Проект повинен містити такі розділи:

- визначення проблеми, тобто формулювання проблеми, на вирішення якої спрямована програма, аналіз причин її виникнення, окреслюються її масштаби;
- пояснення, чому цю проблему необхідно вирішити та реалізувати регіональною чи місцевою програмою;

- визначення мети програми;
- перелік (за наявності) прийнятих місцевих та регіональних цільових програм відповідної сфери діяльності, які за призначенням пов'язані із запропонованим програмним документом, та обґрунтування неможливості вирішення проблеми в рамках цих програм;
- обґрунтування того, чи відповідає мета програми пріоритетним напрямкам місцевого та регіонального розвитку;
- важливі чинники, тобто наводяться аналітичні, статистичні та інші дані, які необхідно враховувати при прийнятті рішення щодо розробки програми;
- оцінка очікуваних результатів реалізації програми (соціальних, економічних, екологічних тощо);
- оцінка трудових, фінансових, матеріально-технічних ресурсів, які необхідні для реалізації програми;
- узгодження, тобто різні точки зору та розбіжності в позиціях органів виконавчої влади та місцевого самоврядування, що виникли під час консультацій щодо розроблення програми, чітко визначаються.

Проект концепції програми публікується в місцевих засобах масової інформації та підлягає громадському обговоренню. Метою цього обговорення є врахування позиції, досвіду, думок, інтересів та можливої участі зацікавлених сторін, таких як організації, установи, люди, умови яких можуть змінитися через впровадження програми.

Ініціатор узгоджує проект концепції програми з управлінням економіки та зацікавленими органами виконавчої влади, які оцінюють очікувані результати виконання програми, включаючи екологічні, соціальні та економічні аспекти, та визначають її ефективність; з управлінням фінансів, яке оцінює необхідні матеріально-технічні, фінансові та трудові ресурси для виконання програми.

Після отримання висновків управління економіки, управління фінансів, зацікавлених органів виконавчої влади та результатів громадського обговорення, ініціатор подає проект концепції програми для погодження та складання узагальненого висновку до виконавчого комітету місцевої чи обласної ради.

Ініціатор після отримання узагальненого висновку вносить зміни до проекту з урахуванням зауважень і повторно надсилає його до виконавчого комітету для погодження. Якщо концепція програми схвалена, виконавчий комітет місцевої ради приймає рішення про розроблення проекту програми та визначає головних розробників проекту.

6. Діяльність з моніторингу та оцінки. Регіональна експертна група проводить регулярний моніторинг і оцінку робочих процесів, визначає, чи можуть спостережувані зміни бути пов'язані з запропонованими втручаннями. Висновки з моніторингу й оцінки вказуватимуть, чи слід продовжувати реалізацію запропонованих заходів, чи потрібно внести зміни, чи варто скасувати заходи.

План оцінки повинен визначати ключові показники, методи збору та аналізу даних, також враховувати потреби зацікавлених сторін та спосіб використання результатів оцінювання.

Планують оцінювання результативності, щоб зменшити тягар великого обсягу зібраних даних. Краще не збирати дані для визначення показників процесу (наприклад: кількість залежних від тютюну людей, які були направлені на лікування), а відстежувати показники впливу (наприклад: кількість людей, які припинили курити).

7. Планування бюджету. При плануванні бюджету потрібно скласти список всіх ресурсів, необхідних для впровадження програми, і оцінити їх вартість. Під ресурсами також розуміємо людський ресурс, оскільки саме він є найважливішою складовою для виконання завдань громадського здоров'я. Процес фінансування державних програм громадського здоров'я перейшов на сучасний механізм стратегічних закупівель послуг у сфері громадського здоров'я.

Громади для реалізації програм громадського здоров'я, окрім бюджетного фінансування, можуть залучати кошти від благодійних, донорських та громадських організацій, а також кошти місцевого бізнесу через державно-

приватне партнерство. Інвестування в збереження здоров'я є дешевшим і результативним, ніж витрати на лікування [41, с.28-32].

Отже, до розробки програм у сфері громадського здоров'я (на початку планування) необхідно спрямувати свою діяльність на визначення основних бенефіціарів громадського здоров'я. Центр громадського здоров'я пропонує сім основних етапів розробки регіональних і місцевих програм громадського здоров'я:

- створення робочої групи;
- збір і аналіз даних;
- аналітичний огляд отриманих даних для формування політики;
- організація дорадчого діалогу;
- визначення цілей і завдань програми;
- розробка плану;
- діяльність з моніторингу та оцінки; планування бюджету.

Також у впровадженні програм однією з ключових умов досягнення успіху залишається партнерство, орієнтоване на результат. Партнерство слід розглядати не як самоціль, а як засіб досягнення мети.

2.2. Особливості та стан фінансового забезпечення діяльності та програм у сфері громадського здоров'я на прикладі ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України»

Регіональні координаційні ради з питань громадського здоров'я розглядають пропозиції центрів контролю та профілактики хвороб на фінансування пріоритетних напрямів. Під час складання місцевого, районного та обласного бюджетів враховується рішення регіональної координаційної ради з питань громадського здоров'я [50].

Світлана Бубенчикова, менеджерка проєктів у сфері охорони здоров'я, під час інтерв'ю щодо Стратегії охорони здоров'я до 2030 року наголосила, що

існують рівні фінансування закладів охорони здоров'я: національний та регіональний. Національний рівень передбачає однакові умови фінансування для всіх закладів, які відповідають умовам пакетного контрастування Національної служби здоров'я. У регіонах розподіл коштів та їх рівень надходження до закладів є непрогнозованими і залежать від бюджету та власного розуміння, на яку якість послуг вони розраховують» [7].

Відповідно до Статуту ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України», затвердженого Наказом №353 Міністерства охорони здоров'я України від 29 лютого 2024 року, джерелами формування майна Центру є [60]:

1) кошти загального фонду Державного бюджету України;

2) власні надходження:

- плата за послуги, що надаються згідно з його основною діяльністю (наприклад: дослідження на кишкову групу інфекцій з профілактичною метою, дослідження харчових продуктів, дослідження змивів тощо);

- надходження від додаткової (господарської) діяльності (наприклад: сортування та утилізація паперу шляхом здачі на переробку, здача на переробку брухту чорних металів, міді, алюмінію).

3) інші власні надходження (благодійні внески, дарунки, гранти).

Фінансування діяльності центру здійснюється за рахунок Державного бюджету України, а також інших джерел, не заборонених законодавством. Обсяги бюджетних асигнувань встановлюються відповідно до затвердження кошторисів доходів і видатків.

Кошторис бюджетної установи має дві складові:

- загальний фонд, який містить обсяг надходжень із загального фонду бюджету та розподіл видатків за повною економічною класифікацією видатків бюджету на виконання бюджетною установою (далі — установа) основних функцій або розподіл надання кредитів з бюджету за класифікацією кредитування бюджету;

- спеціальний фонд, який містить обсяг надходжень із спеціального фонду бюджету на конкретну мету та їх розподіл за повною економічною класифікацією видатків бюджету на здійснення відповідних видатків згідно із законодавством, а також на реалізацію пріоритетних заходів, пов'язаних з виконанням установою основних функцій, або розподіл надання кредитів з бюджету згідно із законодавством за класифікацією кредитування бюджету.

Оплата праці працівників бюджетних установ здійснюється у межах затвердженого фонду оплати праці, який є обсягом коштів, отриманих як у вигляді фінансування із бюджету, який запланований відповідно до кошторису для використання під час розрахунків із заробітної плати з працівниками. так і власних надходжень [10].

Так, заробітна плата ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб» фінансується державним бюджетом за рахунок коштів загального фонду. Також за обласним колективним договором надходження від плати за послуги, що надаються нашою установою згідно з її функціональним повноваженням, використовуються на покриття витрат, пов'язаних з організацією та наданням цих послуг, частка яких складає 82%. Решта 18 % (з яких відраховують 20% ПДВ) зароблених коштів від плати за послуги складають преміальні [22].

Колективний договір укладається на основі законодавства, прийнятих сторонами зобов'язань з метою регулювання виробничих, трудових і соціально-економічних відносин, і узгодження інтересів працівників та роботодавців. Процес надходження та витрачання коштів контролюється Державною казначейською службою України [18].

Центри контролю та профілактики хвороб можуть укласти договори про закупівлю послуг у сфері громадського здоров'я із суб'єктами господарювання у порядку, встановленому Законом України «Про публічні закупівлі». Відповідно до частини 6 статті 1 цього Закону «договір про закупівлю — господарський договір, що укладається між замовником і учасником за

результатами проведення процедури закупівлі/спрощеної закупівлі та передбачає платне надання послуг, виконання робіт або придбання товару». Згідно цього Закону банки під час оплати за договорами про закупівлю перевіряють наявність звіту про результати проведення закупівлі шляхом його перегляду в електронній системі закупівель. У разі відсутності звіту про результати проведення закупівлі платіжне доручення вважається оформленим неналежним чином [20].

ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України» відповідно до Закону України «Про публічні закупівлі» укладає прямі договори про закупівлю з постачальниками та публікує звіт про договір про неконкурентну закупівлю в системі Прозоро. Така закупівля здійснюється без використання електронної системи закупівель, тому замовник обов'язково оприлюднює в електронній системі закупівель відповідно до статті 10 цього Закону звіт про договір про закупівлю, укладений без використання електронної системи закупівель.

Етапи проведення процедури:

1. Обирання закупівлі без використання електронної системи закупівлі в полі «Тип процедури закупівлі», таким чином вносимо предмет закупівлі до річного плану закупівель.

2. Дослідження ринку та самостійне обирання постачальника товару/роботи/послуги тощо.

3. Підписання договору з обраним постачальником поза системою.

4. Публікація звіту про договір про закупівлю.

Отже, у кожного регіонального Центру контролю та профілактики хвороб є свій Статут, який регулює майно та фінансування Центру. ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» є державною бюджетною неприбутковою установою, яку очолює генеральний директор, головний державний санітарний лікар Рівненської області. Також установа має

свій колективний договір, який регулює трудові, виробничі і соціально-економічні відносини, узгодження інтересів працівників та роботодавців, та може укласти договори про закупівлю послуг у сфері громадського здоров'я із суб'єктами господарювання у порядку, встановленому Законом України «Про публічні закупівлі». Така процедура складається з декількох етапів проведення: обирання закупівлі без використання електронної системи закупівлі; дослідження ринку та самостійне обирання постачальника товару/роботи/послуги тощо; підписання договору з обраним постачальником поза системою; публікація звіту про договір про закупівлю.

2.3. Дослідження швидкості та інтенсивності розвитку, застосування методу статистичного описування тенденцій, аналіз коливань та сталості зароблених коштів від надання послуг ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України». Дослідження стану програми «Обласна цільова соціальна програма з громадського здоров'я на 2021-2024 роки»

Статистика вивчає соціально-економічні явища, що постійно змінюються і розвиваються як у просторі, так і в часі. В даному процесі розвитку змінюється їх склад, структура, обсяг і рівень. Тому одним з важливих завдань статистики є вивчення суспільних явищ в безперервному розвитку й динаміці.

Зазначимо, що абсолютну швидкість відображають абсолютними приростами (ланцюговими і базисними). Відносну швидкість зростання вимірюють темпами приросту (ланцюговими і базисними). Інтенсивність зміни оцінюють темпами зростання (ланцюговими і базисними).

В ході дослідження зібрано дані щодо поточної статистики зароблених коштів за 2023 рік по всім структурним підрозділам ДУ «Рівненський обласний

центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України» (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Зароблені кошти від надання послуг структурними підрозділами за 2023 рік

Структурні підрозділи	Кошти від наданих послуг, грн
Обласний центр	7183860,14
Вараш	1445448,23
Володимирець	568392,11
Дубно	1386884,64
Дубровиця	887169,06
Зарічне	754884,38
Костопіль	1818516,93
Березне	636189,74
Млинів	926195,26
Радивилів	1000235,24
Острог	882082,58
Корець	1155248,25
Гоща	912575,41
Сарни	1323509,83
Рокитне	959660,42
Рівненський район	1369644,85
Разом	23210497,07

Сформовано на основі звітності установи [22]

За даними табл. 2.1 можна відслідкувати коливальну динаміку зароблених коштів від наданих послуг. Найбільша частка зароблених коштів від наданих

коштів спостерігається в Обласному центрі і становить 7183860,14 грн., а найменша частка припадає на Володимирецьке відділення та Березнівське відділення і становить відповідно 568392,11 грн. та 636189,74 грн.

Зароблені кошти структурних підрозділів залежать від кількості укладених договорів із замовниками, технічного оснащення установи, достатньої кількості фахівців та різновиду надання платних послуг відповідно до загальних тарифів.

При дослідженні швидкості та інтенсивності розвитку зароблених коштів від надання послуг було зібрано статистичні дані за 2019-2023 рр. та складено інтервальний динамічний ряд (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Зароблені кошти від наданих послуг в ДУ «Рівненський ОЦКПХ МОЗ» за
2019-2023 рр.

Період	2019	2020	2021	2022	2023
Кошти від наданих послуг, грн	16110353,19	17914973,95	34014490,15	17549930,09	23210497,07

Сформовано на основі звітності установи [22]

Найбільше зароблених коштів від наданих послуг установою спостерігається в 2021 році та становить 34014490,15 грн. У зв'язку з російською військовою агресією в Україні з 2022 року звернемо увагу на значне скорочення коштів. адже Саме в цей період відбувалася шалена міграція населення за кордон, що спровокувала недостатнє кадрове забезпечення та закриття деяких приватних підприємств. Постійні повітряні тривоги значно вплинули на діяльність установи, тому що в цей період призупинялась будь-яка активність. На основі цих даних складено алгоритм розрахунку (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Алгоритм розрахунку швидкості та інтенсивності розвитку зароблених коштів від наданих послуг ДУ «Рівненський ОЦКПХ МОЗ» за 2019-2023 рр.

Період	Кошти від наданих послуг, грн	Абсолютний ланцюговий приріст, грн	Абсолютний базисний приріст, грн	Коефіцієнт зростання абсолютний	Коефіцієнт зростання базисний	Темп приросту абсолютний, %	Темп приросту базисний, %
2019	16110353,19	-	-				
2020	17914973,95	1804620,76	1804620,76	1,112	1,112	11,2	11,2
2021	34014490,15	16099516,20	17904136,96	1,899	2,111	89,9	111,1
2022	17549930,09	-16464560,06	1439576,90	0,516	1,089	-48,4	8,9
2023	23210497,07	5660566,98	7100143,88	1,323	1,441	32,3	44,1
Разом		7100143,88	-	1,441	-	85,0	-

Сформовано на основі звітності установи [22]

Приклад розрахунку 2021 року за вихідною таблицею:

1) абсолютний ланцюговий приріст:

$$\Delta_{\text{абс}} = y_i - y_{i-1} = 34014490,15 - 17914973,95 = 16099516,20 \text{ грн}, \quad (1)$$

де: y_i – порівнюваний рівень;

y_{i-1} – рівень попереднього періоду відносно порівнюваного.

2) абсолютний базисний приріст:

$$\Delta_{\text{б}} = y_i - y_0 = 34014490,15 - 16110353,19 = 17904136,96 \text{ грн}, \quad (2)$$

де: y_i – порівнюваний рівень;

y_0 – базисний рівень.

3) абсолютний коефіцієнт зростання:

$$K_{\text{забс}} = \frac{y_i}{y_{i-1}} = \frac{34014490,15}{17914973,95} = 1,899, \quad (3)$$

де: y_i – порівнюваний рівень;

y_{i-1} – рівень попереднього періоду відносно порівнюваного.

4) базисний коефіцієнт зростання:

$$K_{зб} = \frac{y_i}{y_0} = \frac{34014490,15}{16110353,19} = 2,111, \quad (4)$$

де: y_i – порівнюваний рівень;

y_0 – базисний рівень.

5) абсолютний темп приросту:

$$T_{\text{прабс}} = (K_з * 100\%) - 100\% = (1,899 * 100) - 100 = 89,9\%, \quad (5)$$

де: $K_з$ – коефіцієнт зростання абсолютний.

б) базисний темп приросту:

$$T_{\text{прб}} = (K_з * 100\%) - 100\% = (2,111 * 100) - 100 = 111,1\%, \quad (6)$$

де: $K_з$ – коефіцієнт зростання базисний.

Сума абсолютних ланцюгових приростів = загальному приросту за весь період базисних. Базисний коефіцієнт зростання = добутку абсолютних (1,112*1,899*0,516*1,323).

Аналізуючи абсолютний темп приросту за усі роки досліджуваного періоду, можна зробити висновок, що зароблені кошти від наданих послуг ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України» в 2019-2021 рр. характеризуються значним зростанням (збільшення коштів відповідно на 11,2% в 2020 році та 89,9% в 2021 році), яке різко зменшується в 2022 році з вищенаведених причин на 48,4%. В 2023 році спостерігається зростання порівняно з 2022 роком на 32,3%.

Якщо ж порівнювати базисний темп приросту, то в 2023 році показник значно збільшується порівняно з 2019 роком і становить 44,1%.

З даних табл. 2.3 видно, що для 2022 році порівняно з 2021 роком різниця абсолютних ланцюгових показників має знак «мінус» і дорівнює 16464560,06 грн, а в 2023 році порівняно з 2022 та 2021 році порівняно з 2020 роком — знак «плюс» і становить відповідно 5660566,98 грн та 16099516,20 грн. Це свідчить про уповільнення абсолютної зміни швидкості коштів від наданих послуг 2022 року з 2021 роком і становить 32564076,26 грн, а в 2023 році порівняно з 2022 роком та в 2021 році порівняно з 2020 роком про прискорення абсолютної зміни

швидкості коштів від наданих послуг відповідно на 22125127,04 грн та на 14294895,44 грн.

Обчислюємо середній абсолютний приріст та середній темп зростання (приросту):

1) середній абсолютний приріст:

$$\bar{\Delta} = \frac{y_n - y_0}{n} = \frac{23210497,07 - 16110353,19}{5} = 1420028,78 \text{ грн}, \quad (7)$$

де: y_n – останній рівень;

y_0 – базисний рівень;

n – кількість рівнів ряду.

Середній абсолютний приріст зароблених коштів від наданих послуг становить 1420028,78 грн.

2) середній темп зростання:

$$\bar{K} = \sqrt[n]{\frac{y_n}{y_0}} = \sqrt[5]{1,441} = 1,0758\%, \quad (8)$$

де: y_n – останній рівень;

y_0 – базисний рівень;

n – кількість рівнів ряду.

Будь-який динамічний ряд у межах періоду з більш-менш стабільними умовами розвитку виявляє певну закономірність зміни рівнів — загальну тенденцію. Тенденції (тренди) бувають позитивні і негативні. Знання тенденції розвитку тих чи інших суспільних явищ, їх виявлення дає можливість швидше, оперативніше вживати відповідних заходів до посилення дії позитивних й послаблення (або припинення) дії негативних змін.

Виходячи з вихідних даних табл. 2.4 зароблені кошти мають коливальну характеристику, тому не виявляють чітко вираженої тенденції. Для виявлення і характеристики основної тенденції застосовують різні способи згладжування та аналітичного вирівнювання.

Для досліджуваного показника, а саме коштів від надання послуг, вирівнювання буде проводитись по параболі із застосуванням способу аналітичного вирівнювання, тому що зміна показника відбувається

нерівномірно, а з деяким прискоренням. На основі цих даних складено алгоритм розрахунку (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Алгоритм розрахунку згладжування зароблених коштів від наданих послуг за параболою за 2019-2023 рр.

Період	Кошти від наданих послуг, грн	t	t ²	t ⁴	Y _t	Y _{t2}	Згладжений Y, грн
2019	16110353,19	-3	9	81	-48331059,57	144993178,71	15890668,02
2020	17914973,95	-1	1	1	-17914973,95	17914973,95	22350723,12
2021	34014490,15	0	0	0	0	0	23943307,05
2022	17549930,09	1	1	1	17549930,09	17549930,09	24444261,90
2023	23210497,07	3	9	81	69631491,21	208894473,63	22171284,36
Разом	108800244,45	0	20	164	20935387,78	389352556,38	108800244,45

Сформовано на основі звітності установи [22]

Як впливає із табл. 2.4, вирівняний ряд показує більш плавне прискорення коштів від наданих послуг.

При аналітичному вирівнюванні за основу використовуємо функцію $Y = f(t)$, яку називають трендовим рівнянням (t — змінна часу або порядковий номер періоду, Y — теоретичний рівень ряду), де фактичні значення y_t замінюються обчисленими. Зокрема, згладжування за параболою в нашому випадку має рівняння:

$$\hat{Y} = a_0 + a_1t + a_2t^2, \quad (9)$$

де: a_0, a_1, a_2 — параметри рівняння за параболою.

Звідси:

$$a_1t = \frac{\sum Y_t}{\sum t^2} = \frac{20935387,78}{20} = 1046769,39 \text{ грн}, \quad (10)$$

де: $\sum Y_t, \sum t^2$ — знайдені дані з табл.4.

На основі розрахунків складаємо систему рівнянь для знаходження

параметрів a_2 і a_0 :

$$\begin{aligned} \sum Y &= na_0 + a_2 \sum t^2; \\ \sum Yt^2 &= a_0 \sum t^2 + a_2 \sum t^4. \end{aligned} \quad (11)$$

де: n – кількість досліджуваних періодів;

$\sum Y$, $\sum t^4$, $\sum Yt^2$ – знайдені дані з табл.4.

Підставимо дані з таблиці в рівняння цієї системи:

$$108800244,45 = 5a_0 + 20a_2;$$

$$389352556,38 = 20a_0 + 164a_2;$$

$$a_0 = 23943307,05;$$

$$a_2 = -545814,54.$$

Визначаємо згладжування за параболою:

$$\hat{Y} = 23943307,05 + 1046769,39t - 545814,54t^2:$$

$$2019\text{р.} - 23943307,05 + 1046769,39 \cdot (-3) - 545814,54 \cdot 9 = 15890668,02;$$

$$2020\text{р.} - 23943307,05 + 1046769,39 \cdot (-1) - 545814,54 \cdot 1 = 22350723,12;$$

$$2021\text{р.} - 23943307,05 + 1046769,39 \cdot 0 - 545814,54 \cdot 0 = 23943307,05;$$

$$2022\text{р.} - 23943307,05 + 1046769,39 \cdot 1 - 545814,54 \cdot 1 = 24444261,90;$$

$$2023\text{р.} - 23943307,05 + 1046769,39 \cdot 3 - 545814,54 \cdot 9 = 22171284,36.$$

Результати проведеного аналітичного вирівнювання ряду динаміки коштів від наданих послуг за 2019-2023 рр. і фактичні дані покажемо на графіку (рис. 2.1)

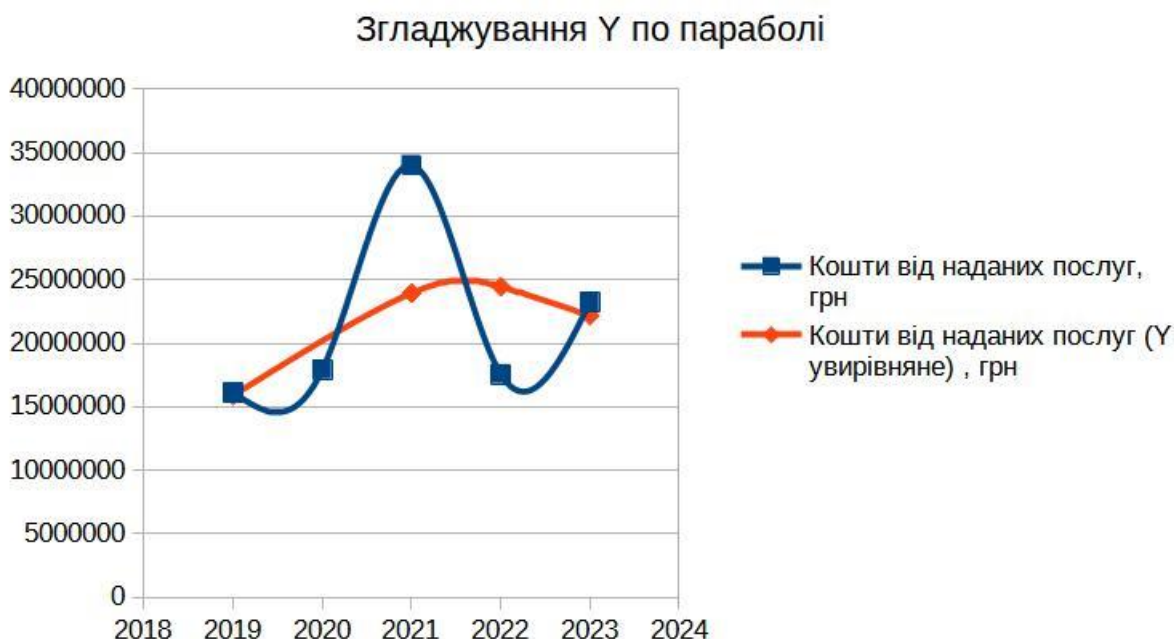


Рис. 2.1. Кошти від наданих послуг за 2019-2023 рр.

Поряд з тенденцією, явищам та процесам притаманні і відхилення від трендів.

Фактичні рівні динамічних рядів під впливом різного роду чинників варіюють, відхиляючись від основної тенденції розвитку. В одних рядах коливання мають закономірний, систематичний характер, повторюються через певні інтервали часу, в інших — не мають такого характеру і тому називаються випадковими. У конкретному ряду можуть поєднуватися систематичні та випадкові коливання. Абсолютною мірою випадкових коливань є середнє квадратичне відхилення, а відносною мірою коливань — коефіцієнт варіації.

Щоб виміряти коливання коштів від наданих послуг використовуємо наступні показники:

- V_t – коефіцієнт варіації;
- δ_t – середнє квадратичне відхилення;
- L_t – середнє лінійне відхилення;
- R_t – амплітуда коливань.

Сталість досліджуваного показника будемо оцінювати різницею $1-V_t$. Чим ближчий цей коефіцієнт до одиниці, тим вища сталість динамічного ряду.

В ході аналізу застосовуємо вихідні дані табл. 2.4 та проводимо алгоритм розрахунку відхилення в табл. 2.5 (y – фактичне значення, y_t – згладжувальне значення).

Таблиця 2.5

Алгоритм розрахунку тенденції коштів від наданих послуг

Показники	1-й рік періоду	2-й рік періоду	3-й рік періоду	4-й рік періоду	5-й рік періоду	Разом
$E_t = y - y_t$	16110353,19- 15890668,02 = 219685,17	17914973,95- 22350723,12= -4435749,17	34014490,15- 23943307,05= 10071183,10	17549930,09- 24444261,90= -6894331,81	23210497,07- 22171284,36 =1039212,71	-0,00
E_t^2	48261573917, 93	19675870699 155	10 142 872 90 3 3E14	475318111063 77	10799630566 25	16976463546 9E14
$ E_t $	219685,17	4435749,17	10071183,10	6894331,81	1039212,71	22660161,19

Сформовано на основі звітності устнови [22]

Згідно табл. 2.5 визначаємо:

- середнє квадратичне відхилення:

$$\delta_t = \sqrt{\frac{1}{n} \sum E_t^2} = \sqrt{\frac{1}{5} * 169764635469E14} = \sqrt{33952927093960} = 5826914,03\text{грн}, \quad (11)$$

де: $\sum t^2$ – знайдене дане з табл.5;

n – кількість рівнів ряду.

- середнє лінійне відхилення:

$$L_t = \frac{1}{n} \sum |E_t| = \frac{1}{5} * 22660161,19 = 4532032,24\text{грн}, \quad (12)$$

де: $|E_t|$ – знайдене дане з табл.5;

n – кількість рівнів ряду.

Амплітуда коливань характеризує різницю між найбільшим та найменшим значеннями показника У. Тобто:

$$R = Y_{\max} - Y_{\min} = 23210497,07 - 16110353,19 = 7100143,88\text{грн}, \quad (13)$$

де: Y_{\max} – значення коштів від наданих послуг за 2023 рік ;

Y_{\min} – значення коштів від наданих послуг за 2019 рік.

Для порівняння інтенсивності коливань двох і більше процесів існує коефіцієнт варіації:

$$V_t = \frac{\delta_t}{\text{середній рівень динамічного ряду}} = \frac{5826914,03}{34014490,15} = 0,17, \quad (14)$$

Протилежна коливанню властивість – сталість. Мірою сталості служить різниця $1 - V_t$:

$$1 - V_t = 1 - 0,17 = 0,83. \quad (15)$$

В сучасному розумінні тема здоров'я не обмежується питаннями медицини чи здоровим способом життя, адже Всесвітня організація охорони здоров'я визначає здоров'я як «стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки як відсутність хвороб і фізичних дефектів». Для забезпечення такого якісного життя суспільства створюють відповідні кроки, які потребують спільних зусиль з боку комунальних підприємств, закладів охорони здоров'я, державних органів влади і органів місцевого самоврядування та громадян України. Саме тому створюються різноманітні програми, які пов'язані

з громадським здоров'ям.

В ході дослідження було розглянуто розроблену програму «Обласна цільова соціальна програма з громадського здоров'я на 2021-2024 роки», метою якої є збереження і зміцнення здоров'я мешканців Рівненської області, збільшення тривалості та покращення якості життя жінок і чоловіків та їх вікових і соціальних груп, профілактика і попередження захворювань, заохочення до здорового способу життя. Програма складається із завдань, заходів, термінів та показників виконання заходу, показників результату, відповідальних установ за виконання, джерел фінансування, прогнозованого обсягу фінансових ресурсів, в тому числі за роками.

Розроблення програми зумовлено потребою розширеного спектру заходів із покращення рівня медичного обслуговування населення, своєчасного виявлення та профілактики захворювань, зниження інвалідності та смертності.

Завдання програми поділяються на розділи. Всього є 8 розділів:

I. Забезпечення ефективного міжсекторального співробітництва та включення питань щодо здоров'я в усі політики Рівненської області:

1). Створити та забезпечити роботу координаційної ради з громадського здоров'я (далі — ОКР) в Рівненській області. Заходи: створити координаційну раду з громадського здоров'я; розробити та затвердити положення та посадовий склад координаційної ради з громадського здоров'я. Показник результату: кількість основних зацікавлених осіб, поінформованих про стан виконання регіональної програми з громадського здоров'я.

2). Сприяти розробленню місцевих програм громадського здоров'я на 2021-2024 рр. з урахуванням очікуваних результатів, цілей та задач Програми, а також з урахуванням пріоритетів територій щодо зміцнення та збереження здоров'я громад. Заходи: проведення консультаційних нарад з ОТГ області з метою актуалізації питання розробки програм громадського здоров'я. Показник результату: кількість ОТГ області, які розпочали ініціативу по розробці місцевих програм громадського здоров'я.

II. Формування доказової бази для визначення пріоритетів та розробки регіональних політик щодо громадського здоров'я у Рівненській області:

1). Реалізувати рутинний збір та аналіз стратегічної інформації для формування політики та стратегічного управління з питань громадського здоров'я у Рівненській області. Заходи: Рутинний збір інформації щодо епідеміологічної ситуації у Рівненській області з:

- інфекційних захворювань (показники захворюваності та поширеності, смертності);

- неінфекційних захворювань (показники захворюваності та поширеності, факторів ризику, смертності та її причини з урахуванням показників тягаря захворюваності).

2). Провести аналіз потреб щодо здоров'я працездатного населення Рівненщини. Заходи: розробка протоколу дослідження з оцінки потреб; збір якісних даних для визначення потреб людей працездатного віку у Рівненській області; розробка концепції стратегії відповіді на потреби та проблеми працездатного населення в Рівненській області. Показник результату: кількість основних зацікавлених сторін та зацікавлених осіб проінформованих щодо потреб у здоров'ї населення області та способів відповіді на ці потреби.

III. Сприяння здоровому способу життя та зміна способу життя у Рівненській області:

1). Інформування населення щодо шкідливого впливу тютюну та зловживання алкоголем. Заходи: проведення інформаційних занять (шкода куріння сигарет, кальяну, електронних сигарет та тютюнових виробів для електричного нагрівання, шкода пасивного куріння, шкода від вживання енергетичних, слабоалкогольних та алкогольних напоїв та їх наслідки); поширення та розміщення інформації на сторінці ФБ (загальне населення); розповсюдження тематичних інформаційних брошур та листівок у різних локаціях міста.

2). Популяризація здорового харчування серед населення та підвищення обізнаність населення щодо впливу фізичної активності на здоров'я людини. Заходи: проведення семінару з керівниками освітніх закладів та управліннями освіти щодо необхідності введення здорового харчування у школах; проведення інформаційних занять (важливість здорового харчування, фактори ризику ожиріння, запобігання виникненню йододифіциту, заняття йогою, танці, скандинавська ходьба, тренування на свіжому повітрі, їзда на велосипеді, фітнес-заняття); створення, розширення та обладнання сучасних і привабливих спортивних споруд, рекреаційних та паркових зон; робота з загальним населенням в акціях «Тиждень громадського здоров'я», «Всесвітній день боротьби з інсультом», «Всесвітній день серця»; проведення скринінгу на вміст глюкози в крові та рівень холестерину в різних локаціях міста.

3). Підвищення рівня обізнаності населення про важливість психічного здоров'я. Заходи: проведення засідання міжвідомчої секторальної групи по НІЗ з метою інформування про проблему психічного здоров'я серед населення (попередження домашнього насильства, профілактика розладів психічного здоров'я у дітей, підлітків, дорослих та літніх осіб, булінг серед підлітків, попередження самогубств серед усіх верств населення).

Показник результату: % учасників акції, які проінформовані та знають про шкоду куріння та зловживання алкоголем, важливість психічного здоров'я, здорового харчування (на основі розроблених тестових завдань).

IV. Забезпечення інтегрованого підходу у наданні послуг з громадського здоров'я на рівні первинної медичної допомоги у Рівненській області:

1). Запровадити у практику надання ПМД (первинна медична допомога) використання стандартизованих інструментів скринінгу, швидкого консультування та направлення для лікування пацієнтів з поведінковими факторами ризику розвитку неінфекційних захворювань у Рівненській області. Заходи: формування команди тренерів з фахівців Центру громадського здоров'я

з метою навчання медиків щодо використання інструментів скринінгу, швидкого консультування та направлення для лікування, відпрацювання навичок короткого консультування, промоції та комунікації; проведення тренінгів для медичних фахівців ПМД щодо використання інструментів скринінгу, швидкого консультування та направлення для лікування, відпрацювання навичок короткого консультування, промоції та комунікації; проведення моніторингу та оцінки впровадження інструментів на рівні ПМД у Рівненській області за показниками ефективності. Показник результату: кількість надавачів медичних послуг, які забезпечені інструментами діагностики, швидкого консультування та направлення для лікування.

2). Налагодити систему рутинного моніторингу за факторами ризику інфекційних та неінфекційних захворювань на первинній ланці у Рівненській області. Заходи: проведення каскадного аналізу даних рутинного моніторингу за факторами ризику з метою оцінки та планування заходів щодо зниження поширеності ризикованих факторів та нових випадків інфекційних та неінфекційних захворювань. Показник результату: кількість надавачів ПМД, для яких проводиться каскадний аналіз даних рутинного моніторингу за факторами ризику на щорічній основі.

3). Підвищити настороженість лікарів ПМД щодо скринінгу та раннього виявлення новоутворень. Заходи: розповсюдження пам'ятки лікаря ПМД щодо скринінгу онкологічних захворювань серед різних вікових груп на основі міжнародних рекомендацій. Показник результату: кількість надавачів медичних послуг, які знають про методи скринінгу новоутворень.

V. Збереження здоров'я дитинства та материнства. Репродуктивне здоров'я:

1). Забезпечити впровадження рекомендацій ВООЗ щодо оптимального годування новонароджених з низькою масою тіла з метою зменшення ризику розвитку захворювань, а також підвищення обізнаності населення щодо переваг

грудного вигодовування у Рівненській області. Заходи: проведення аналізу ситуації щодо кількості та соціально-демографічних характеристик новонароджених дітей з низькою масою тіла у Рівненській області за районами та територіями області; розробка рамки моніторингу та оцінки ситуації щодо слідування рекомендаціям у питаннях годування та догляду за дітьми з низькою масою тіла у області; моніторинг та оцінки ситуації щодо поширеності народжень новонароджених дітей з низькою масою тіла та показників здоров'я дітей з низькою масою тіла при народженні через 12 та 24 місяців після народження у області. Показник результату: кількість та частка медичних фахівців, які забезпечені методологічними та інформаційно-освітніми матеріалами для проведення консультувань батьків та родичів новонароджених дітей з низькою масою тіла при народженні.

VI. Імунопрофілактика:

1). Забезпечити координацію заходів імунопрофілактики в закладах охорони здоров'я в Рівненській області. Заходи:

- адаптація (переклад) методичних рекомендацій ВООЗ медичним фахівцям щодо вакцинації;

- друк інформаційних матеріалів (листівки) на основі рекомендацій ВООЗ та їх розповсюдження серед сімейних лікарів, педіатрів, неонатологів, імунологів;

- організація та проведення навчальних тренінгів (окремі або в рамках моніторингових візитів) для сімейних лікарів, педіатрів, неонатологів, імунологів згідно методичних рекомендацій ВООЗ;

- моніторинг надання послуг імунізації надавачем ПМД та проведення тренінгів для медичних сестер пунктів щеплення всіх структурних підрозділів надавача ПМД, лікарів та медичних сестер приватних практик, які обслуговують населення за контрактом з НСЗУ для навчання з проведення безпечної вакцинації.

Показник результату: кількість відповідальних за імунопрофілактику осіб проінформовані про принципи планування обласної програми імунопрофілактики, які розроблені на основні методичних рекомендацій ВООЗ, кількість сімейних лікарів, педіатрів та медсестер, які отримали доступ до адаптованих методичних матеріалів.

2). Попередити спалахи вакцинокерованих захворювань в закладах освіти в Рівненській області. Заходи:

- проведено верифікацію даних у закладах освіти відповідно до рекомендацій МОЗ/ЦГЗ з метою оцінки когорти дітей неохоплених щепленнями від поліомієліту, КПК, АКДП (заповнення таблиць, відповідних форм);

- розроблений план дій посиленних заходів імунізації КПК, АКДП та поліомієліту серед учнів/студентів/викладачів/працівників закладів освіти в Рівненській області відповідно до результатів верифікації і рекомендацій МОЗ/ЦГЗ;

- проведено додаткові заходи з імунізації серед дітей області в закладах охорони здоров'я і/або підготовленими мобільними бригадами в закладах освіти.

Показник результату: встановлена кількість цільової групи для кожного закладу освіти та кількість дітей з цільової групи, охоплена потрібними щепленнями.

VII. Контроль за соціально-небезпечними захворюваннями (ВІЛ-інфекція/СНІД, туберкульоз, гепатит В та гепатит С):

1). Забезпечити координацію та налагодження маршруту пацієнта для діагностики та лікування вірусних гепатитів В та С в Рівненській області. Заходи:

- оцінка епідемічної ситуації із захворюваннями на вірусні гепатити в регіоні з метою виявлення слабких місць;

- розробка та розповсюдження обласного алгоритму діагностики вірусних гепатитів В/С та затвердження переліку рекомендованих для скринінгу, діагностики та підтвердження діагнозу тестів і методів з урахуванням

адаптованих національних та міжнародних керівництв по діагностиці вірусних гепатитів;

- розробка обласної стратегії з діагностики вірусних гепатитів В та С за результатами оцінки та для досягнення показника результату.

2). Забезпечення доступності та належної якості тестування та консультування з метою виявлення недіагностованих випадків ВІЛ-інфекції.

Заходи:

- оцінка програмної потреб у тест-системах на ВІЛ; закупівля тест-систем та витратних матеріалів та проведення діагностики на ВІЛ-інфекцію населення Рівненської області.

Показник результату: цільові групи забезпечені швидкими тестами на 90%.

VIII. Протидія COVID-19 у Рівненській області:

1). Забезпечення медичних працівників засобами індивідуального захисту (ЗІЗ). Заходи: забезпечити медичних працівників засобами індивідуального захисту.

Показник результату: відсоток забезпечення медичних працівників ЗІЗ.

2). Проведення обстеження населення на коронавірус. Заходи: забезпечення населення області ПЛР діагностикою на COVID-19; забезпечення населення області ІФА діагностикою на COVID-19. Показник результату: відсоток обстежених на COVID-19.

3). Забезпечення медичних працівників дезінфікуючими розчинами. Заходи: забезпечити медичних працівників дезінфікуючими розчинами. Показник результату: відсоток забезпечення медичних працівників деззасобами.

4. Інформування населення щодо профілактики та недопущення COVID-19 в Рівненській області. Заходи: розміщення та поширення інформації в засобах масової інформації; друк та розповсюдження тематичних інформаційних листівок в різних локаціях міста. Показник результату: велика частка проінформованих цільових груп [35].

Прогнозований обсяг фінансових ресурсів для виконання завдань становить

59683,14 тис. грн. Фінансування відбувається за рахунок обласного бюджету. Згідно Програми «Обласна цільова соціальна програма з громадського здоров'я на 2021-2024 роки» цей обсяг розподіляється на 4 роки відповідними сумами (табл. 2.6, рис. 2.2).

Таблиця 2.6

Розподіл фінансових ресурсів на 2021-2024 рр., тис. грн

Період	Фінансові ресурси для виконання завдань, тис. грн	Розподіл коштів за Програмою, %
2021	21770,68	36,48
2022	10833,90	18,15
2023	15779,39	26,44
2024	11299,17	18,93

Сформовано на основі звітності установи [35]

Розподіл коштів за Програмою на 2021-2024 рр.

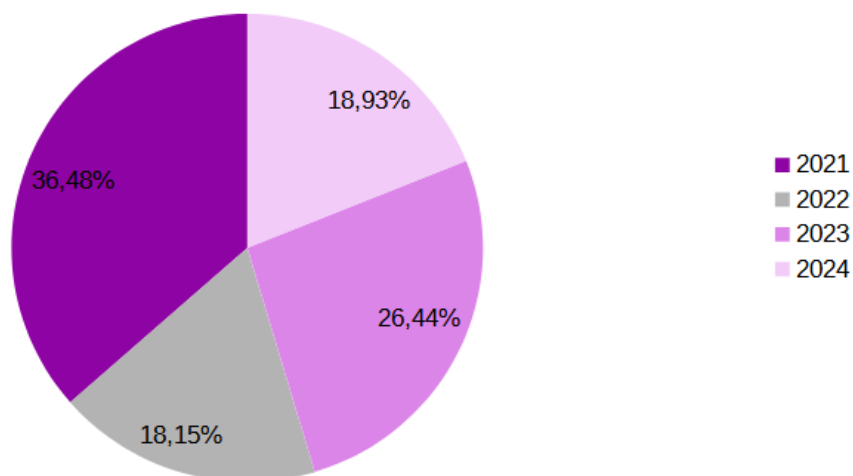


Рис. 2.2 Розподіл фінансових ресурсів за Програмою на 2021-2024 рр.,%. Сформовано автором на основі джерела

За даними табл. 2.6 та рис. 2.2 спостерігається розподіл фінансових ресурсів наступним чином: на 2021 році припадає найбільша частка і становить 21770,68 тис. грн або 36,48%. Найменша ж частка припадає на 2022 рік і становить 10833,90 тис. грн або 18,15%. Раціональність розподілу фінансування

залежить від обраного періоду та об'єму виконання поставлених завдань з 2021 року по 2024 рік.

Також у 2023 році я координувала мобільну бригаду по вакцинації в складі медичного персоналу КНП «Радивилівський ЦПМСД» та працівників Радивилівського відділення ДУ «Рівненський ОЦКПХ МОЗ» відповідно до розділу VI. Імунопрофілактика. Захід полягав в вакцинації в закладах освіти Радивилівської, Козинської та Крупецької громад Дубенського району (вакцинування вчителів), бесіда за круглим столом та обговорення проблем. В результаті обговорення стало відомо, що в Козинській ОТГ є значна частка осіб з антивакцинальними настроями, пов'язана з релігійними переконаннями населення. Тому в 2024 році розробляються шляхи вирішення таких проблем і в решти громадах області.

Впродовж 2023 року я організувала заходи відповідно до розділу III. Сприяння здоровому способу життя та зміна способу життя у Рівненській області разом з представниками КНП «Радивилівський ЦПМСД»: акція «Тиждень громадського здоров'я», «Всесвітній день боротьби з інсультом», «Всесвітній день серця» серед загального населення в центрі міста. Проводились вимірювання артеріального тиску всім бажаючим. Після цього обговорювалась мета цих заходів, інформування щодо симптоматики, виявлення і профілактики серцево-судинних захворювань. Водночас проводились опитування щодо статусу куріння та зловживання алкоголем. Зокрема, був проведений захід «Подбай про своє серце з раннього віку» в Радивилівському ліцеї №2 для учнів 4-го класу. Захід проводився в ігровій формі, щоб привернути увагу учнів до свого здоров'я та профілактики серцево-судинних захворювань шляхом навчання здоровому способу життя, правильному харчуванню та фізичної активності.

20 березня 2024 року я, разом із працівниками одного із структурних підрозділів, взяла участь в заході до «Всесвітнього дня боротьби з туберкульозом», який проводився в школах в молодших класах та серед складу вчителів і директорів. В травні цього ж року я, разом із представниками

медичного закладу, приймала участь в заходах до дня «Ментального здоров'я» в Радивилівській та Козинській об'єднаних територіальних громадах. Зроблені фотографії в процесі заходів відображено в додатку 3.

ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України» забезпечило кожен із візитів засобами індивідуального захисту (маски, дезінфікуючі засоби) та інформаційними плакатами/брошурами як для медичного персоналу, так і для закладів освіти.

Отже, зароблені кошти від наданих послуг ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України» щорічно збільшувалися на 1,07%. Порівнюючи Y фактичне та Y згладжувальне по параболі дає змогу зробити висновок, що модель впродовж 2019-2023 рр. є відносно стабільною та в майбутньому має тенденцію розвитку, якщо ситуація в Україні стане більш чіткою і ясною для вкладання нових договорів.

Дослідивши аналіз коливань і сталості ряду динаміки коштів від наданих послуг, спостерігаємо, що амплітуда коливань становить 7100143,88 грн; середнє лінійне відхилення – 4532032,24; середнє квадратичне відхилення – 5826914,03. Чим більший коефіцієнт варіації, тим менш однорідна сукупність. Встановлено, що сукупність кількісно однорідна, якщо коефіцієнт варіації не перевищує 33%, а в нашому випадку коефіцієнт варіації становить 17%, що свідчить про однорідність досліджуваного показника. Сталість в нашому випадку становить 0,83.

Також розглянуто та проаналізовано Програму «Обласна цільова соціальна програма з громадського здоров'я на 2021-2024 роки» та обсяги розподілу фінансування на кожен рік досліджуваного періоду. У перспективі планується подальше вдосконалення Програми на наступні роки.

Частина VIII. Протидія COVID-19 в Рівненській області виключається з програми, оскільки відповідно до Постанови КМУ від 27.06.2023 року № 651 зазначається, що з 30.06.2023 року на всій території України карантин, встановлений з метою запобігання поширенню COVID-19, відміняється [46].

Активно впроваджуються заходи на основі розробленої Програми та в 2024 році представники ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України» продовжують вдосконалювати окремі пункти, хоча недостатній обсяг фінансових ресурсів значно уповільнює реалізацію Програми в повному обсязі. Наприклад: скорочуються маршрути в віддаленні населені пункти через економію паливно-мастильних матеріалів.

РОЗДІЛ 3.

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ПРОГРАМ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ (РЕГІОНАЛЬНОМУ) РІВНІ

3.1. Стратегічне планування програм у сфері громадського здоров'я на місцевому (регіональному) рівні

Як і в будь-якій іншій сфері, стратегічне планування в охороні здоров'я може бути складним завданням. У ньому задіяно стільки людей, процесів і програм постановки цілей, скільки тільки можливо собі уявити. Крім того, охорона здоров'я вимагає залучення до процесу фінансові ресурси, пацієнтів та інших компонентів. На початку роботи необхідно обмежити своє планування досяжними процесами і розумними часовими рамками.

Для всіх організацій, пов'язаних з охороною здоров'я, включення питань громадського здоров'я у свій стратегічний план є життєво важливим кроком на шляху до створення стійкого і процвітаючого середовища. Тому вони започатковують використання інноваційних методів для вирішення проблем у підтримці інфраструктури громадського здоров'я. Ці методи можуть допомогти визначити шляхи співпраці з новими фінансовими партнерами, отримати доступ до нетрадиційних джерел фінансування або збільшити фінансування шляхом об'єднання окремих потоків фінансування [70].

Стратегічний план громадського здоров'я може зменшити навантаження на системи екстреної медичної допомоги завдяки соціальній взаємодії, доступу до основних медичних послуг та належному розподілу ресурсів на створення і покращення просторів, які сприяють фізичній активності. Ефективний стратегічний план громадського здоров'я — це план, який розглядає здоров'я як цілісний процес, а не як одну конкретну інвестицію. Є три об'єкти, які можна розглядати як частину цілісного стратегічного плану охорони здоров'я громади:

1. Заклади охорони здоров'я. Стратегічний план громадського здоров'я має бути спрямований на покращення загальної інфраструктури охорони здоров'я. Доступні, добре обладнані медичні заклади гарантують, що члени громади зможуть отримати своєчасну медичну допомогу, профілактику та медичну освіту. Підтримуючи заклади охорони здоров'я, стратегічний план сприяє зменшенню нерівності у сфері охорони здоров'я та підвищенню загального добробуту.

2. Покращення транспорту. Одна з причин переповненості лікарень — це переповнені відділення невідкладної допомоги. У США дорожньо-транспортні пригоди є основною причиною смертності і однією з головних причин звернень до відділень невідкладної допомоги (тобто сприяють переповненню лікарень), але це зазвичай не обговорюється як надзвичайна ситуація у сфері громадського здоров'я. Інвестиції в доступний, ефективний, економічний, добре вентильований громадський транспорт та більш дружню інфраструктуру для пішохідного, велосипедного та інших видів активного транспорту не лише зменшують викиди вуглецю, але й заохочують до здорового, безпечного способу життя та допомагають зменшити переповненість лікарень. Включення велодоріжок, зручних для пішоходів доріжок і систем громадського транспорту у стратегічний план може призвести до зменшення заторів на дорогах і зниження аварійності. Проте через війну в Україні реалізувати таку стратегію на сьогодні є вкрай важко, тому залишається в перспективі на майбутнє.

3. Парки. Добре облаштовані відкриті простори є критично важливою частиною громадського здоров'я громади. Добре облаштовані відкриті простори не лише знижують ризик передачі інших інфекційних захворювань, але й сприяють психічному благополуччю та меншій ізоляції й самотності, особливо для вразливих груп населення та людей похилого віку, оскільки сприяють згуртуванню громади в такий спосіб, щоб легше було дотримуватися норм громадського здоров'я. Пристосування громадських місць до потреб людей і

перетворення їх на частину заходів громадського здоров'я може включати в себе забезпечення місць для відпочинку.

Важливим є створення відповідних умов для забезпечення ефективної реалізації програм громадського здоров'я на місцевому (регіональному) рівні, зокрема забезпечення розвитку регіональної системи моніторингу й оцінки у сфері охорони здоров'я, забезпечення готовності інфраструктури для успішної реалізації завдань, пов'язаних з формуванням ефективної політики у сфері охорони здоров'я населення та розроблення поетапного сценарію розвитку.

На етапі планування програм громадського здоров'я однією з нагальних проблем є відсутність вичерпної інформації про готовність потенційних можливостей та інфраструктури на регіональному рівні, зокрема організаційне середовище (партнерство, управління знаннями, культура, планування, лідерство і управління), програмна діяльність (профілактика захворювань, охорона здоров'я, промоція здорового способу життя), стан політичної кон'юнктури, наявних ресурсів (інформаційні системи, кадри, фінансування).

На регіональному рівні на перших етапах стратегічного розвитку системи громадського здоров'я необхідно оцінити готовність існуючих структур до посилення їх потенціалу та успішної реалізації завдань стосовно формування у сфері охорони здоров'я населення ефективної політики [41, с.24].

Оцінка ефективності програми дає змогу визначити результативність та соціальну і економічну ефективність використання бюджетних коштів на реалізацію програми відповідно до встановлених цілей і завдань. Оцінка ефективності програми сприяє кількісному і якісному аналізу стану виконання програми в розділі фінансового забезпечення реалізації її заходів та результативності виконання, а також досягнення завдань і визначеної мети. Якщо фактичні результативні показники програми:

- є значно меншими від запланованих, то слід розглянути рішення щодо відмови від її реалізації та зробити перерозподіл коштів на користь інших програм;

- є меншими від запланованих, то необхідно визначити прийнятний рівень такої ситуації, а в разі потреби запропонувати заходи щодо вдосконалення організації її виконання (шляхом залучення додаткових ресурсів тощо);

- перевищують заплановані, то необхідно проаналізувати доцільність можливого подальшого підвищення планових показників програми;

- суттєво перевищують заплановані, то для підтримки рівня ефективності цієї програми необхідно розглянути доцільність визначення оптимального обсягу бюджетних ресурсів, а решту ресурсів перерозподілити на інші пріоритетні програми.

За результатами моніторингу пропонуються заходи, які може впроваджувати головний розпорядник з метою підвищення якості управління програмою та ефективності бюджетних витрат.

Стратегія зобов'язана враховувати основні фактори, що впливають на організацію. SWOT-аналіз передбачає групування зовнішніх і внутрішніх (щодо організації) факторів впливу та їх аналіз з позицій негативного чи позитивного впливу на діяльність організації. Основні завдання SWOT-аналізу:

- виявлення слабких сторін організації та розробка стратегічних напрямків їх подолання;

- виявлення загроз і розробка заходів задля зменшення їх впливу;

- визначення можливостей;

- формування стратегічних пріоритетів і виявлення конкурентних переваг;

- виявлення сильних сторін організації та порівняння їх з можливостями;

Створимо SWOT-аналіз фінансового забезпечення програм на місцевому (регіональному) рівні на прикладі ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України» (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

SWOT-аналіз фінансового забезпечення діяльності ДУ «Рівненський ОЦКПХ МОЗ України»

Внутрішні сильні сторони	Внутрішні слабкі сторони
<ol style="list-style-type: none"> 1. Забезпечення лабораторій необхідними середовищами для проведення досліджень 2. Забезпечення засобами індивідуального захисту та дезінфікуючими засобами 3. Забезпечення паперовими матеріалами у вигляді брошур, книг та плакатів, щоб інформувати населення області про важливість ведення здорового способу життя 4. Забезпечення відділення достатньою кількістю комп'ютерної техніки та інтернет мережею 5. Проведення ремонтів в приміщеннях відокремлених структурних підрозділів 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Потреба в придбанні обладнання для лабораторій в відокремлених структурних підрозділах, тому деякі аналізи відправляються безпосередньо в Рівненську установу, що значно уповільнює час в наданні послуги або взагалі ж унеможлиблює укладання угод з такими послугами 2. Низька укомплектованість фахівців. Ніякої оптимізації, навіть скорочення штатних працівників. В деяких відділеннях один фахівець може виконувати ряд робіт за трьох фахівців з окремих спеціалізацій, але отримувати незмінну заробітну плату, тому показник ефективності не є стабільно високим 3. Слабке міжмуніципальне співробітництво
Зовнішні можливості	Зовнішні загрози
<ol style="list-style-type: none"> 1. Залучення обласних та місцевих органів самоврядування задля фінансування 2. Робота з головами територіальних громад щодо реалізації програм, комплексних планів заходів та стратегій 3. Приймання участі в тендерах в різних категоріях товарів та послуг 4. Отримання гуманітарної допомоги 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Значне недофінансування програм та заходів, що унеможлиблює реалізацію в повному обсязі 2. Значне недофінансування пального, тому скорочуються виїзди у віддалені місцевості

В ході аналізу спостерігаємо позитивний вплив для подальшого стратегічного планування, але з рядом своїх недоліків, які можна скоригувати шляхом детальнішого аналізу слабких сторін і загроз установи та пропозицій щодо подальшого вдосконалення. Наприклад, оптимізація кадрового забезпечення та заохочення працівників установи до власної діяльності шляхом отримання частки премій від показника ефективності роботи.

В 2023 році в ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики

хвороб МОЗ України» спостерігаємо збільшення надходжень з загального фонду бюджету на 83,6% (на 45443,7 тис. грн) порівняно з 2021 роком та на 10,7% (на 9654,9 тис.грн) порівняно з 2022 роком (рис.3.1).

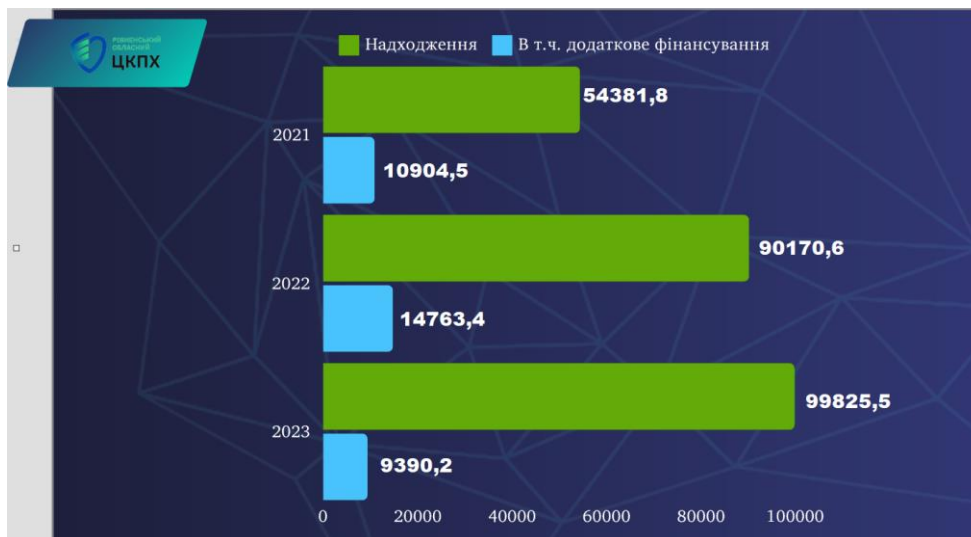


Рис.3.1. Надходження з загального фонду за 2021-2023 рр., тис. грн. Сформовано на основі звітності установи [22]

В 2023 році в ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України» спостерігаємо зменшення надходжень з спеціального фонду бюджету на 30,8% (на 8833,3 тис. грн) порівняно з 2021 роком та збільшення на 34,6% (на 5109,8 тис.грн) порівняно з 2022 роком (рис. 3.2).

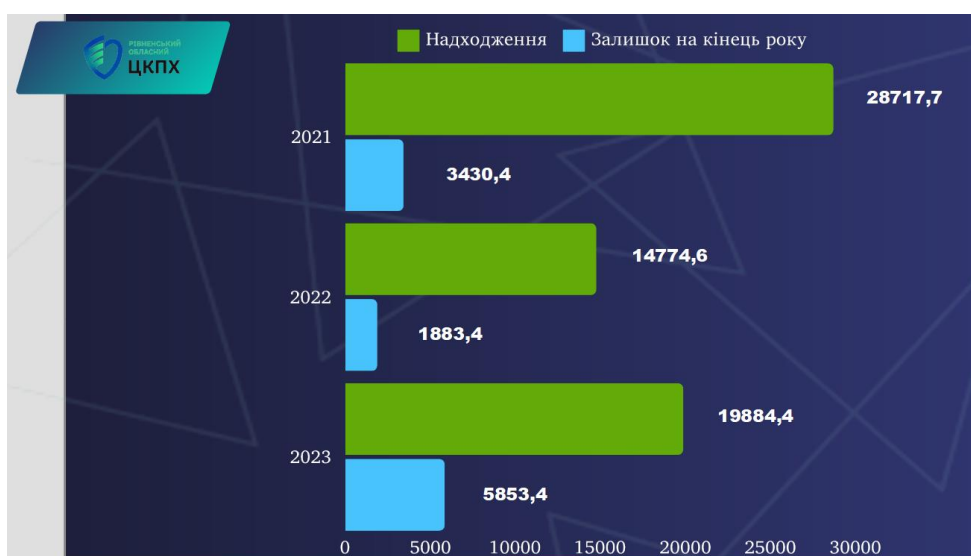


Рис. 3.2. Надходження з спеціального фонду за 2021-2023 рр., тис. грн. Сформовано на основі звітності установи [22]

Також генеральний директор ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» впровадив скликання працівників установи щокварталу на засідання, аби підвести підсумки діяльності та проаналізувати ефективність. Впродовж кварталу кожен структурний підрозділ формує план оперативних нарад у вигляді підсумкового звітування працівників по своїм напрямкам роботи (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

План оперативних нарад у завідувача відділенням на II квартал 2023 року

№ за/п	Тематика	Дата	Відповідаючи за підготовку матеріалів	Відмітка про виконання
1	Про стан залучення позабюджетних коштів по наданню платних послуг у I кварталі 2023 року в порівнянні з аналогічним періодом 2022 року	03/04/23	Приступа І.Е.	Виконано
2	Про стан виконання профілактичних щеплень за I квартал 2023 року в порівнянні з аналогічним періодом 2022 року	03/04/23	Приступа О.І.	виконано
3	Санітарно-епідеміологічна ситуація на об'єктах питного водопостачання та забезпечення якості питної води в I кварталі 2023 року	10/04/23	Сеньчук О.М.	виконано
4	Про стан виконання плану моніторингових досліджень об'єктів водопостачання за I квартал 2023 року. Якість питної води	10/04/23	Алексєєвець Є.М.	виконано
5	Аналіз інфекційної захворюваності населення Радивилівської, Козинської та Крупецької територіальних громад за I квартал 2023 року в порівнянні з аналогічним періодом 2022 року	10/04/23	Сова О.А.	виконано

Сформовано на основі звітності установи [23]

Завідувачі систематизують отриману інформацію та висвітлюють аналіз на

засіданні у вигляді доповіді, іноді із застосуванням презентацій. Така побудова внутрішньої комунікації дозволяє слідувати реальним механізмам сьогодення шляхом обговорення проблемних питань та дискусії щодо етапів вирішення і перспектив на майбутнє.

Отже, стратегічне планування є важливим процесом для організацій охорони здоров'я, оскільки навколишнє середовище постійно змінюється, з'являються нові технології, нормативні акти, людство прогресує. Здійснюючи стратегічне планування, організації охорони здоров'я можуть випереджати ці зміни і бути краще підготовленими до майбутнього. Наприклад, вони можуть розробити стратегічний план інвестування в технології телемедицини для надання дистанційної допомоги пацієнтам або впровадження електронних медичних записів для підвищення безпеки пацієнтів і координації медичної допомоги.

Організації охорони здоров'я, як правило, обмежені в ресурсах, таких як фінансування, персонал, фізичний простір тощо. Яскраво відображена дана ситуація на прикладі SWOT-аналізу ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України». Також генеральний директор ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України» впровадив скликання працівників установи щокварталу на засідання, аби підвести підсумки діяльності та проаналізувати ефективність. Така побудова внутрішньої комунікації дозволяє слідувати реальним механізмам сьогодення шляхом обговорення проблемних питань та дискусії щодо етапів вирішення і перспектив на майбутнє.

Стратегічне планування дозволяє організаціям визначати пріоритети та найкраще використовувати ці ресурси. Організації охорони здоров'я часто стикаються зі складними рішеннями, наприклад, чи інвестувати в нові технології, розширювати послуги або закрити відділення, що мають проблеми. Стратегічне планування дозволяє їм приймати ці рішення систематично і вдумливо, зважуючи всі «за» і «проти» та враховуючи вплив на пацієнтів, персонал і громаду.

3.2. Рекомендації щодо удосконалення фінансового забезпечення діяльності та програм у сфері громадського здоров'я на місцевому (регіональному) рівні

У 2024 році організації охорони здоров'я потребують доступу до фінансових даних у режимі реального часу, щоб отримувати інформацію та приймати рішення щодня (а часто й щогодини).

Сучасна система охорони здоров'я стикається з викликами, які виходять далеко за рамки достатнього фінансування та надання відмінного обслуговування пацієнтів. Дедалі жорсткіші регуляторні вимоги під час війни вимагають надійного програмного забезпечення для планування фінансових ресурсів охорони здоров'я.

Реформа на місцевому (регіональному) рівні має бути підкріплена запровадженням ефективної системи управління бюджетними коштами та належним рівнем фінансування. Застосування кращих бюджетних практик для вдосконалення бюджетного процесу підвищить ефективність управління державними та місцевими фінансами, в тому числі ефективність фінансування охорони здоров'я.

Сьогодні області, райони, міста, селища, села мають можливість об'єднувати ресурси, якщо це сприяє підвищенню ефективності. Громади можуть поділитися власним досвідом надання тих чи інших послуг у сфері охорони здоров'я і водночас зробити висновок про можливість ефективного надання певних послуг на територіях, які виходять за межі території окремої громади. Для такого процесу необхідно задіяти фінансові механізми міжмуніципального співробітництва.

В ході аналізу нормативно-правової бази України (зокрема Рівненської установи) з розвитком нової реформи та зарубіжних практик виділяємо декілька рекомендацій удосконалення фінансового забезпечення:

1. Залучення інвесторів в впровадження інноваційних цифрових рішень в сфері протидії небезпечним захворюванням, підтримка нових технологій на місцевому (регіональному) рівні. Масштаби і швидкість інновацій у сфері цифрової охорони здоров'я зростають експоненціально. Цифрові технології застосовуються для трансформації моделей догляду за пацієнтами та допомагають їм розробити підходи «розумного здоров'я» для покращення якості і доступу медичного обслуговування, зменшення витрат. Прикладами таких технологій можуть бути: штучний інтелект, віртуальна та цифрова реальність, інтернет медичних пристроїв, електронні технології, які носяться на тілі, геолокаційні технології, робототехніка. Вони допомагають у лікуванні і діагностиці захворювань, оптимізувати досвід пацієнтів та покращити швидкість, якість і ефективність надання медичних послуг. Саме тому залучення інвесторів є вкрай важливим завданням задля оптимізації діяльності у сфері громадського здоров'я та подальших перспектив розвитку.

Інтернет медичних пристроїв або інтернет медичних речей є концепцією інтеграції медичних програм та пристроїв, які підключені до систем інформаційних технологій охорони здоров'я за допомогою комп'ютерних мереж онлайн. Наведемо приклади програм медичного Інтернету речей:

- збір даних із переносних мобільних пристроїв охорони здоров'я, якими користуються пацієнти;
- дистанційний моніторинг для пацієнтів із тривалими або хронічними захворюваннями;
- взаємозв'язок між медичним персоналом та машинами швидкої допомоги, які прямують до медичних закладів;
- відстеження замовлення пацієнтів на ліки, щоб забезпечити точне дозування та введення;
- контроль розміщення стаціонарних хворих у медичних закладах охорони здоров'я.

Пристрої Інтернету медичних речей підключаються до хмарної платформи, де зібрані дані аналізуються та зберігаються

Телемедицина, яка прогнозує використання пристроїв для віддаленого моніторингу пацієнтів у їхній оселі, є практикою, пов'язаною з медичним Інтернетом речей. Такий підхід дає змогу отримувати медичну допомогу пацієнтам без необхідності частого відвідування медичних закладів охорони здоров'я чи безпосередньо кабінетів лікарів.

Віртуальна та цифрова реальності використовуються в діагностичних чи освітніх цілях.

Освіта в галузі охорони здоров'я невпинно розвивається, тому лікарі, медсестри та інші спеціалісти повинні завжди йти в ногу з новими розробками. Ось де віртуальна та цифрова реальності стануть необхідними.

Статистичні дані Zion Market Research показують, що глобальний ринок охорони здоров'я віртуальної та цифрової реальностей досягнуть 5,115 млн. дол. до 2025 року.

Існує кілька застосувань віртуальної та цифрової реальностей у медичному навчанні:

- моделювання можливих надзвичайних ситуацій — дозволяє студентам-медикам на практиці відчувати, які ситуації можуть бути в реальному житті;
- реабілітація. Віртуальна та цифрова реальності є допомогою пацієнтам у відновленні сили і рухливості після травми або операції;
- хірургічні симуляції. Хірурги мають змогу практикувати складні і делікатні процедури, створюючи тривимірне реалістичне середовище в операційній;
- використання медичного обладнання. Віртуальна та цифрова реальності допоможуть у навчанні з використання складного медичного обладнання, при цьому створюючи комфортні умови. Це дозволяє персоналу більше детально

ознайомитися з новітніми технологіями та відчувати впевненість у своїй діяльності поряд з пацієнтами.

Компанія Mapsted є постачальником геолокаційних і геопросторових послуг, яка з 2023 року зосередила свою діяльність на покращенні видимості активів під час використання і переміщення товарів та посиленні безпеки логістичних і транспортних систем. Такі технологічні тенденції підтримують охорону здоров'я, тому рішення на основі місцезнаходження для лікарень можуть стати частиною цього руху. Рішення компанії Mapsted за допомогою інтелектуального процесу з ефектом занурення підтримують персонал, пацієнтів і відвідувачів та підвищують показник ефективності роботи.

Багато прогнозистів інноваційних технологій вважають, що в охороні здоров'я наступним великим проривом стане відкриття лікарських засобів за допомогою штучного інтелекту. За допомогою штучного інтелекту дослідники зможуть обробляти значну кількість даних про результати лікування пацієнтів, після чого зможуть визначити речовини, які будуть ефективними проти певних захворювань з більшою ймовірністю. У дослідників буде можливість проводити скринінг сполук, безпечних для людини, які прості і недорогі в виробництві, а також прискорити процес розробки ефективнішими клінічними випробовуваннями, щоб новітні лікарські засоби надходили на прилавки швидше.

ВООЗ наголошує, що технології генеративного штучного інтелекту мають потенціал для покращення системи охорони здоров'я, але лише за умови, що ті, хто розробляє, використовує і регулює ці технології, повністю враховують пов'язані з ними ризики.

У сфері охорони здоров'я розвиток носимих технологій може запропонувати більше революційних можливостей, тому інновації на горизонті включають імплантовані монітори, носіння нанотехнологій та пристрої, які зможуть виконувати складні функції моніторингу і діагностики здоров'я.

За допомогою неінвазивних глюкометрів рівень цукру в крові вимірюється з використанням оптичних методів чи шкірних датчиків. Попри прогнози забезпечення зручного та комфортного варіанту моніторингу, неінвазивні глюкометри все ще випробовуються або очікують схвалення регуляторних органів в деяких регіонах.

2. Використовувати можливості міжмуніципального співробітництва для фінансування діяльності та програм у сфері громадського здоров'я на рівні громад. Що ж передбачає міжмуніципальне співробітництво? Міжмуніципальне співробітництво передбачає на договірній основі партнерство громад з метою вирішення існуючих проблем. Показник підвищення якості життя громад є основним та кінцевим результатом такого співробітництва.

Фінансові ресурси громади неспроможні самотійно вирішувати комплексні проблеми власних територій у сфері громадського здоров'я. Такі обставини підштовхують до вдосконалення міжмуніципального співробітництва, адже дієвим інструментом для використання спільних можливостей і вирішення спільних проблем є механізм об'єднання засобів та сусідніх громад. Основні переваги:

- залучення інвестиційних коштів із донорських, приватних чи державних джерел, які передбачені на діяльність та програми міжмуніципального співробітництва у сфері громадського здоров'я;

- вирішення проблемних ситуацій. Наприклад, коли громадяни користуються послугами, наданими в одному населеному пункті, але проживають в іншому;

- підвищення якості послуг у сфері громадського здоров'я через досягнення ефекту масштабу і скорочення витрат.

3. Вдосконалити систему моніторингу та оцінки ефективності виконання програм (зокрема перегляд витрат) у сфері громадського здоров'я на місцевому (регіональному) рівні. Будь-яке рішення про перерозподіл коштів між

завданнями в рамках програми, внесення коректив чи змін, припинення чи продовження програми має прийматися на основі своєчасно отриманої обґрунтованої аналітичної інформації. Моніторинг функціонування програми та оцінка її ефективності є інструментами, які забезпечують отримання необхідних даних – невід’ємних складових ефективного процесу управління.

Для проведення моніторингу необхідно розробити формат, який дозволить відображати дані про виконання показників (в тому числі порівняно з планом) і фактичне фінансування програми у зрозумілій та стислій формі. Інформативність і зручність цього формату дозволить приймати поточні рішення стосовно вдосконалення процесу управління програмою.

Оцінка програми дає спроможність оцінити її результативність, соціальну та економічну ефективність використання бюджетних коштів і здійснюється шляхом порівняння планових та фактичних показників її виконання з урахуванням впливу факторів.

Результати оцінки ефективності разом з висновками органів виконавчої влади, які уповноважені здійснювати фінансовий контроль за дотриманням бюджетного законодавства, є підставою для прийняття рішень про внесення змін до бюджетних призначень поточного періоду, пропозицій до проекту на плановий період та до прогнозу бюджету на наступні бюджетні періоди (в тому числі зупинення реалізації програми). Також ключовим є визначення пріоритетності програм видатків відповідно до цілей уряду та визначення неактуальних або низькопріоритетних видів діяльності, які можуть бути скасовані.

4. Залучення додаткових ресурсів на рівні закладу за рахунок пожертв, кращого управління лікарняним майном та комерційної експлуатації матеріальних і нематеріальних активів. Однак жоден з цих механізмів не може стати суттєвим джерелом надходжень. У певних випадках вони матимуть значний вплив на окремі заклади, але не всі заклади мають ресурси або

можливості для того, щоб однаковою мірою скористатися цими можливостями. Широке використання цих механізмів повинно супроводжуватися запобіжними заходами, щоб не допустити негативного впливу на рівність між багатими і бідними районами.

5. Інвестування в забезпечення нормативної відповідності та кібербезпеки у сфері громадського здоров'я на місцевому (регіональному) рівні. На сучасному етапі новою «валютою» в сфері громадського здоров'я стають дані про здоров'я населення, тому ключовим буде захист безпеки таких даних. Поява медичних інтернет-пристроїв і клінічних інновацій, існування проблем і викликів у ринковому середовищі посилюють потребу в детальному перегляді регуляторного нагляду, державної політики та механізмів управління ризиками.

Важливим пріоритетом для галузі є забезпечення кібербезпеки, оскільки зростаючий попит на взаємопов'язані ІТ-середовища та великий обсяг цінних даних роблять сферу охорони здоров'я привабливою мішенню для кіберзлочинців.

Незважаючи на те, що урядова політика та нормативні вимоги спрямовані на зміцнення і захист безпеки сфери охорони здоров'я на макрорівні, керівники організацій на місцевому (регіональному) рівні повинні зосередитися на управлінні ризиками, дотриманні нормативних та етичних вимог та обізнаності співробітників. Тому організаціям необхідно інвестувати в кризові ситуації управління, які сприятимуть оптимізації і розвитку їх здатності протистояти кіберзагрозам.

6. Інвестування в ініціативи з працевлаштування та утримання кадрів у сфері громадського здоров'я на місцевому (регіональному) рівні. Для трансформація кадрів охорони здоров'я є необхідними невідкладні заходи з розробки політики на ринку праці для стимулювання можливостей працевлаштування з особливим акцентом на населення щодо бажання прогресувати сферу громадського здоров'я на місцевому (регіональному) рівні.

Недостатньо випускати достатню кількість випускників, тому що вони повинні мати можливість працевлаштуватися в сфері громадського здоров'я та продовжувати працювати в ній. Утримання кадрів вимагає не лише адекватних фінансових і нефінансових стимулів, але й політики, яка підтримує і захищає кадрове забезпечення. Гідні умови праці важливі не лише для залучення людей до роботи, але й для того, щоб вони могли оптимально реалізувати свій потенціал.

7. Створення державного фонду у сфері громадського здоров'я. Мета його полягає у фінансуванні місцевих проектів та програм, спрямованих на інвестиції у громадське здоров'я з метою поліпшення стану здоров'я громадян, особливо дітей. В Україні все більше набувають доступності грантові ресурси, які формуються за рахунок коштів різних донорських організацій. Велика кількість цих ресурсів надає фінансову підтримку реформам місцевого самоврядування в Україні, реформам у сфері громадського здоров'я, зміцненню громад та підтримці їхнього партнерства з бізнесом і владою. Однак впровадження грантових програм у регіонах з питань громадського здоров'я може бути лише точковою допомогою для обмеженої кількості громад або регіонів. Тому міжнародна допомога та приватні інвестиції можуть розглядатися як додаткові джерела фінансування, а не заміна державних інвестицій.

Державний фонд регіонального розвитку є ключовим державним інвестиційним інструментом, який спрямовує кошти на виконання інвестиційних проектів і програм. Проте його застосування не виявилось ефективним на регіональному рівні, тому потрібно шукати та впроваджувати інші фінансові механізми. Основними характеристиками фонду у сфері громадського здоров'я повинні бути:

- стартовий характер - здатність суб'єктів забезпечувати подальше власне фінансування соціальних проектів та програм з місцевих бюджетів;

- просторова диференціація - розподіл коштів на програми та заходи залежить від рівня стану здоров'я, тривалості життя та чисельності населення регіону;

- конкурсні засади - фінансування здійснюється на основі конкурсного відбору і оцінки проектів та заходів з використанням офіційно визначених критеріїв;

- додатковість фінансування - кошти фонду надаються лише за умови співфінансування з місцевих бюджетів, з урахуванням диференційованого підходу;

- партнерство у сфері громадського здоров'я - реалізація проектів залежить від громадянського суспільства, широкої участі партнерів, що сприяє спрямуванню коштів на вирішення актуальних проблем на місцевому рівні;

- спільне управління - органи місцевого самоврядування та органи державної влади несуть спільну відповідальність за реалізацію заходів, що фінансуються з коштів фонду.

Отже, в ході аналізу нормативно-правової бази України (зокрема Рівненської установи) з розвитком нової реформи та зарубіжних практик було створено ряд рекомендацій щодо вдосконалення фінансового забезпечення діяльності та програм у сфері громадського здоров'я на місцевому (регіональному) рівні: залучення інвесторів в впровадження інноваційних цифрових рішень в сфері протидії небезпечним захворюванням, підтримка нових технологій.

Важливу роль сьогодення відіграє інновація, яка пов'язана з цифровізацією. Від телемедицини до послуг тестування на дому та доставки рецептів компанії цифрової охорони здоров'я пропонують доступні і зручні рішення, які досягли революцію в керуванні своїм здоров'ям і наданні населенню високоякісної допомоги.

Проте останніми роками багатьом організаціям важко впоратися з новими викликами, зокрема війною, насиченими ринками, дефіцитом робочої сили та поставок, проблемами конфіденційності.

Також в галузі охорони здоров'я потрібно сформувати такий кадровий резерв, який забезпечуватиме достатню ефективність організаціям. Слід активно шукати можливості для розширення потенціалу та автоматизації робочих процесів. Це дасть змогу отримувати переваги від узгодженої системи інноваційних моделей управління персоналом, фінансового відшкодування та нових технологій.

ВИСНОВКИ

В системі охорони здоров'я кожна країна переслідує основні цілі функціонування, серед яких: лікування хворих, захист населення від фінансового краху через рахунки за лікування, збереження здорових людей. Національна політика створює умови для реалізації заходів, які допоможуть подолати проблеми забезпечення належного доступу до якісного медичного обслуговування та до безпечних вакцин і лікарських засобів, надання та організації медичних послуг.

Така політика організовується за допомогою застосування моделей фінансування. В світі не існує єдиної найефективнішої моделі фінансування, тому кожна країна застосовує механізм поєднання, спираючись на одну з основних моделей. Аналіз показника середньої тривалості життя показав, що саме США за приватною моделлю має нижчу тривалість життя як чоловіків, так і жінок порівняно з іншими країнами. Тому, вважаємо приватна модель фінансування втрачає свою ефективність порівняно з іншими країнами.

Аналіз фінансування системи охорони здоров'я України та програм у сфері громадського здоров'я виявив ряд суперечностей. Позитивні зрушення ми спостерігаємо в затвердженні ПМГ, яка в 2024 році попри війну та обмеженість ресурсів, розширюється; запровадженні принципу «гроші ходять за пацієнтом», тобто медичні заклади за результатами своєї діяльності отримують оплату; запровадженні електронної системи e-Health, тобто паперова звітність поступово відходить в минуле; запуску програми «Доступні ліки», яка дозволяє отримати препарати безкоштовно чи з незначною доплатою; розробленні програми репродуктивного здоров'я нації, виконання якої показало позитивні результати.

Проте в процесі реформування виникли непередбачувані та непродумані наслідки: інфраструктура до кінця не розвинута; фінансування програм є недостатнім, через що відбувалися часткові реалізації або ж взагалі низький рівень виконання; через початок повномасштабної війни на території України фінансування спрямовується саме на оборону. Навіть за умови зменшення

військових витрат внутрішні надходжень не зможуть покривати повністю функції інших сфер, зокрема сфери охорони здоров'я, тому фінансування покладатиметься на надходження коштів з-за кордону. В процесі розвитку подій сьогодення необхідно реагувати на наслідки в дуже короткий час, тому потреба в функціональній системі фінансування є вкрай необхідною (спрямування ресурсів для створення умов якісної та доступної медицини, для фінансового захисту громадян).

Реалізація етапів реформи фінансування дозволила трансформувати фінансовий механізм державного управління. Державно-правове регулювання фінансової діяльності та програм громадського здоров'я характеризується плановістю у формуванні та системністю у здійсненні законодавства. В ході аналізу нормативно-правового забезпечення зазначимо, що удосконалення законодавства більше зосереджено не на створенні сприятливого правового середовища, а на окремих нормативних документах. Це свідчить про відсутність системних зв'язків між законодавчими та підзаконними актами. Деякі експерти наголошують, що фінансова діяльність в системі громадського здоров'я не є до кінця раціонально прорахованою та потребує тривалого удосконалення, саме тому необхідно забезпечити цілісне нормування.

Перше ніж перейти до розробки програм у сфері громадського здоров'я, на початку планування необхідно спрямувати свою діяльність на визначення основних бенефіціарів громадського здоров'я. Загалом Центр громадського здоров'я пропонує сім основних етапів розробки регіональних і місцевих програм громадського здоров'я: створення робочої групи; збір і аналіз даних; аналітичний огляд отриманих даних для формування політики; організація дорадчого діалогу; визначення цілей і завдань програми; розробка плану; діяльність з моніторингу та оцінки; планування бюджету. Також у впровадженні програм однією з ключових умов досягнення успіху залишається партнерство, орієнтоване на результат. Партнерство слід розглядати не як самоціль, а як засіб досягнення мети.

У кожного регіонального Центру контролю та профілактики хвороб є свій Статут, який регулює майно та фінансування Центру. ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» є державною бюджетною неприбутковою установою, яку очолює генеральний директор, головний державний санітарний лікар Рівненської області. Також установа має свій колективний договір, який регулює трудові, виробничі і соціально-економічні відносини, узгодження інтересів працівників та роботодавців, та може укладати договори про закупівлю послуг у сфері громадського здоров'я із суб'єктами господарювання у порядку, встановленому Законом України «Про публічні закупівлі». Така процедура складається з декількох етапів проведення: обирання закупівлі без використання електронної системи закупівлі; дослідження ринку та самостійне обирання постачальника товару/роботи/послуги тощо; підписання договору з обраним постачальником поза системою; публікація звіту про договір про закупівлю.

В ході дослідження спостерігаємо, що зароблені кошти від наданих послуг ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України» щорічно збільшувалися на 1,07%. Порівнюючи Y фактичне та Y згладжувальне по параболі дає змогу зробити висновок, що модель впродовж 2019-2023 рр. є відносно стабільною та в майбутньому має тенденцію розвитку, якщо ситуація в Україні стане більш чіткою і ясною для вкладання нових договорів. Дослідивши аналіз коливань і сталості ряду динаміки коштів від наданих послуг, спостерігаємо, що амплітуда коливань становить 7100143,88 грн; середнє лінійне відхилення – 4532032,24; середнє квадратичне відхилення – 5826914,03. Чим більший коефіцієнт варіації, тим менш однорідна сукупність. Встановлено, що сукупність кількісно однорідна, якщо коефіцієнт варіації не перевищує 33%, а в нашому випадку коефіцієнт варіації становить 17%, що свідчить про однорідність досліджуваного показника. Сталість в нашому випадку становить 0,83.

Також розглянуто та проаналізовано Програму «Обласна цільова соціальна програма з громадського здоров'я на 2021-2024 роки» та обсяги розподілу

фінансування на кожен рік досліджуваного періоду. У перспективі планується подальше проведення аналізу вдосконалення Програми на наступні роки.

Частина VIII. Протидія COVID-19 в Рівненській області виключається з програми, оскільки відповідно до Постанови КМУ від 27.06.2023 року № 651 зазначається, що з 30.06.2023 року на всій території України карантин, встановлений з метою запобігання поширенню COVID-19, відміняється. Активно впроваджуються заходи на основі розробленої Програми та в 2024 році представники ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України» продовжують вдосконалювати окремі пункти, хоча недостатній обсяг фінансових ресурсів значно уповільнює реалізацію Програми в повному обсязі. Наприклад: скорочуються маршрути в віддаленні населені пункти через економію паливно-мастильних матеріалів.

Стратегічне планування є важливим процесом для організацій охорони здоров'я, оскільки навколишнє середовище постійно змінюється, з'являються нові технології, нормативні акти, людство прогресує. Здійснюючи стратегічне планування, організації охорони здоров'я можуть випереджати ці зміни і бути краще підготовленими до майбутнього. Наприклад, вони можуть розробити стратегічний план інвестування в технології телемедицини для надання дистанційної допомоги пацієнтам або впровадження електронних медичних записів для підвищення безпеки пацієнтів і координації медичної допомоги.

Організації охорони здоров'я, як правило, обмежені в ресурсах, таких як фінансування, персонал, фізичний простір тощо. Яскраво відображена дана ситуація на прикладі SWOT-аналізу ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України». Також генеральний директор ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України» впровадив скликання працівників установи щокварталу на засідання, аби підвести підсумки діяльності та проаналізувати ефективність. Така побудова внутрішньої комунікації дозволяє слідувати реальним механізмам сьогодення шляхом обговорення проблемних питань та дискусії щодо етапів вирішення і перспектив

на майбутнє. Стратегічне планування дозволяє організаціям визначати пріоритети та найкраще використовувати ці ресурси. Організації охорони здоров'я часто стикаються зі складними рішеннями, наприклад, чи інвестувати в нові технології, розширювати послуги або закрити відділення, що мають проблеми. Стратегічне планування дозволяє їм приймати ці рішення систематично і вдумливо, зважуючи всі «за» і «проти» та враховуючи вплив на пацієнтів, персонал і громаду.

В ході аналізу нормативно-правової бази України (зокрема Рівненської установи) з розвитком нової реформи та зарубіжних практик було запропоновано ряд рекомендацій щодо вдосконалення фінансового забезпечення діяльності та програм у сфері громадського здоров'я на місцевому (регіональному) рівні: залучення інвесторів в впровадження інноваційних цифрових рішень в сфері протидії небезпечним захворюванням, підтримка нових технологій на місцевому (регіональному) рівні. Важливу роль сьогодні відіграє інновація, яка пов'язана з цифровізацією. Від телемедицини до послуг тестування на дому та доставки рецептів компанії цифрової охорони здоров'я пропонують доступні і зручні рішення, які досягли революцію в керуванні своїм здоров'ям і наданні населенню високоякісної допомоги.

Проте останніми роками багатьом організаціям важко впоратися з новими викликами, зокрема війною, насиченими ринками, дефіцитом робочої сили та поставок, проблемами конфіденційності даних. Також в галузі охорони здоров'я потрібно сформувати такий кадровий резерв, який забезпечуватиме достатню ефективність організаціям. Слід активно шукати можливості для розширення потенціалу та автоматизації робочих процесів. Це дасть змогу отримувати переваги від узгодженої системи інноваційних моделей управління персоналом, фінансового відшкодування та нових технологій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрусів У.Я., Юрченко Н.Б. Зарубіжний досвід фінансування систем охорони здоров'я. Економічний простір: збірник наукових праць, 2019. №150. С.20-24
2. «Були майже на грані виснаження, але ми встояли»: як змінилася система охорони здоров'я України за час війни, 2023. URL: <https://voxukraine.org/buly-majzhe-na-grani-vysnazhennya-ale-my-vstoyal-yak-zminylasya-systema-ohorony-zdorov-ya-ukrayiny-za-chas-vijny>
3. Бюджети України для громадян. URL: <https://gft.kiev.ua/budgeti-dlia-gromadian/>
4. Бюджетний кодекс України №2456 від 08.07.2010 року (за редакцією від 01.01.2024 року). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#Text>
5. Видатки держбюджету України. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/finance/budget/gov/expense/>
6. Голованова І.А., Белікова І.В., Ляхова Н.О. Організація та економіка охорони здоров'я: навч. посіб. Полтава, 2021. 236 с.
7. Гроші на медицину в громадах, Україна без тютюну, але з системою eHealth — експерти про Стратегію охорони здоров'я до 2030 року. URL: <https://cs.detector.media/reforms/texts/184712/2022-01-13-groshi-na-medytyni-v-gromadakh-ukraina-bez-tyutyunu-ale-z-systemoyu-ehealth-eksperty-pro-strategiyu-okhorony-zdorovya-do-2030-roku/>
8. Державний бюджет України, 2024. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/finance/budget/gov/>
9. Дубина М.В., Забаштанський М.М., Роговий А.В. Роль фінансово-кредитних установ у стратегічному розвитку сфери охорони здоров'я. Проблеми і перспективи економіки та управління, 2020. № 4(24). С. 64-73.
10. Загальний чи спеціальний фонд: як розділити для застосування обмеження в 7 (10) мінзарплат. URL: <https://ibuhgalter.net/material/324/7310>

11. Загорський В. С. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я: монографія / В. С. Загорський, З. М. Лободіна, Г. С. Лопушняк. Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2010. 276 с.

12. Закон України №3460 від 09.11.2023 року «Про Державний бюджет України на 2024 рік». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3460-20#Text>

13. Закон України №2168 від 19.10.2017 року «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». (за редакцією від 11.02.2024 року). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

14. Закон України № 1794 від 23.12.2009 року «Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1794-17#Text>

15. Закон України №1658 від 21.10.2009 року «Про затвердження Загальнодержавної програми імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009-2015 роки». URL: https://ips.ligazakon.net/document/view/t091658?an=17&ed=2009_10_21

16. Закон України № 1708 від 20.10.2014 року «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1708-18#Text>

17. Закон України №2206 від 19.11.1992 року «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (за редакцією від 19.04.2024 року). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

18. Закон України №2937 від 23.02.2023 року «Про колективні угоди та договори». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2937-20#Text>

19. Закон України №2206 від 14.11.2017 року «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>

20. Закон України №922 від 25.12.2015 року «Про публічні закупівлі» (за редакцією від 19.04.2024 року). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/922-19#Text>

21. Закон України №2573 від 06.09.2022 року «Про систему громадського здоров'я» (за редакцією від 11.02.2024 року). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>

22. Звітні документи ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України»

23. Звітні документи Радивилівського відділення ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України»

24. Зуб В.О. Формування оптимізації системи надання онкологічної допомоги населенню України. Бюлетень Національного канцер-реєстру №24 - «Рак в Україні, 2021-2022». Київ, 2023. С.2-9

25. Керін Бреденкамп, Еліна Далє, Олена Дорошенко, Юрій Джигир, Ярно Хабіхт, Лорейн Хоукінс, Олександр Кацага, Катерина Майнзюк, Христина Пак, та Ольга Зусь. Реформа фінансування системи охорони здоров'я в Україні: прогрес та майбутні напрями. Міжнародний розвиток у фокусі. Вашингтон, округ Колумбія: Світовий банк, 2022. 97 с.

26. Конєва І.І. Управління фінансовим забезпеченням діяльності медичних закладів України. Збірник наукових праць ДУІТ. Серія «Економіка і управління», 2023. Вип. 53. С.91-102

27. Кошова С.П., Михальчук В.М., Радиш Я.Ф. Єдиний медичний простір України — нова парадигма розвитку національної системи охорони здоров'я, 2021. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/9_2021/32.pdf

28. Криничко Л., Мотайло О. Нові підходи до фінансування системи охорони здоров'я. Науковий журнал «Аспекти публічного управління», 2021. Том. 9 №2. С. 86-100.

29. Лісовська О. О. Теоретичні засади функціонування моделей фінансування системи охорони здоров'я. Економічний вісник. Серія: фінанси, облік, оподаткування, 2020. Вип. 4. С. 96-103.

30. Наказ МОЗ №1530 від 25.08.2023 року «Про затвердження Дорожньої карти впровадження медичного страхування» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1530282-23#Text>

31. Наказ МОЗ №503 від 19.03.2018 року «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» (за редакцією від 07.03.2023 року). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#Text>

32. Наказ МОЗ №504 від 19.03.2018 року «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» (за редакцією від 04.03.2022 року). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>

33. Національна програма імунопрофілактики — мріяти не шкідливо? 2019. URL: <https://amnu.gov.ua/naczialna-programa-imunoprofilaktyku-mriyaty-ne-shkidlyvo/>

34. Національна стратегія контролю онкологічних захворювань до 2030 року: що нового? URL: <https://itmed.org/news/pidpysano-natsionalnu-strategiyu-kontrolyu-onkozakhvoryuvan-shcho-novogo/>

35. «Обласна цільова соціальна програма з громадського здоров'я на 2021-2024 роки»

36. Онишко С. В., Шевчук Ю. В. Особливості функціонування моделей фінансування медичного страхування. Економічний вісник. Серія: фінанси, облік, оподаткування. Ірпінь, 2019. Вип. 3. С. 171–179.

37. Офіційний сайт КМУ. URL: <https://www.kmu.gov.ua/>

38. Офіційний сайт МОЗ. URL: <https://moz.gov.ua/>

39. Офіційний сайт МФУ URL: <https://mof.gov.ua/uk/>

40. Парій В.Д. Економіка охорони здоров'я: підручник. Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. Житомир, 2021. 288 с.

41. Півень Н.В. Операційний посібник «Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я». Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2020. 97 с.

42. Піхоцька О.М., Хомякова І.С. Фінансування системи охорони здоров'я в умовах її реформування, 2021. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/12_2021/35.pdf

43. Посібник Програми медичних гарантій 2024: відновлення і розвиток. Академія НСЗУ, 145 с.

44. Постанова КМУ №1394 від 22.12.2023 року «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році» (за редакцією від 16.04.2024 року). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1394-2023-%D0%BF/ed20240416#Text>

45. Постанова КМУ №854 від 28.07.2021 року «Деякі питання реімбурсації лікарських засобів та медичних виробів за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення» (за редакцією від 07.05.2024 року). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/854-2021-%D0%BF#n91>

46. Постанова КМУ №651 від 27.06.2023 року «Про відміну на всій території України карантину, встановленого з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/651-2023-%D0%BF#Text>

47. Постанова КМУ №298 від 17.03.2011 року «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для забезпечення здійснення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру» (за редакцією від 02.03.2024 року). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/298-2011-%D0%BF#n9>

48. Постанова КМУ № 228 від 28.02.2002 року «Про затвердження Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ» (за редакцією від 30.03.2024 року). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/228-2002-%D0%BF#Text>

49. Постанова КМУ №185 від 21.02.2017 року «Про затвердження Порядку та умов надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на

- придбання ангиографічного обладнання» (за редакцією від 04.04.2018 року). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/185-2017-%D0%BF#Text>
50. Постанова КМУ №1284 від 07.12.2023 року «Про затвердження Порядку утворення та діяльності регіональних координаційних рад з питань громадського здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1284-2023-%D0%BF#Text>
51. Постанова КМУ №1101 від 27.12.2017 року «Про утворення Національної служби здоров'я України» (за редакцією від 29.02.2024 року). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>
52. Програма медичних гарантій у 2024 році: МОЗ пояснює, як отримати безкоштовні послуги. URL: <https://umoloda.kyiv.ua/number/3904/218/182534/>
53. Розпорядження КМУ № 244 від 27.04.2006 року «Про схвалення Концепції Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації на 2006—2015 роки». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/244-2006-%D1%80#Text>
54. Розпорядження КМУ №1658 від 21.10.2009 року «Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018-2021 роки». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1011-2017-%D1%80#Text>
55. Розпорядження КМУ №1013 від 30.11.2016 року «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>
56. «Рятуємо серця України»: як отримати безкоштовну допомогу, 2018. URL: <https://ukurier.gov.ua/uk/articles/ryatuyemo-sercyu-ukrayini-yak-otrimati-bezkoshtovn/>
57. Системні зміни в охороні здоров'я: перші результати, 2019. URL: <https://www.vin.gov.ua/news/528-zahalnodержhavni-novyny/16957-systemni-zminy-v-okhoroni-zdorovia-pershi-rezultaty>
58. Сміянов В.А. Методичні вказівки до практичних занять з теми : «Основні моделі систем охорони здоров'я» для самостійної підготовки до практичних занять із дисципліни «Пропедевтика громадського здоров'я» / укладачі: зав. каф., д. м. н., проф. В. А. Сміянов., ст. викл. О.І Сміянова. Суми:

Сумський державний університет, 2020. URL:
<https://pubhealth.med.sumdu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/02/MI-T15-Public-health-propaedeutics.pdf>

59. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку на тему: «Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016-2019», 2019. 86 с.

60. Статут Державної установи «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України»: Наказ МОЗ України від 29.02.2024 р. № 353. (нова редакція)

61. Стратегія реформи системи охорони здоров'я спрямована на забезпечення конституційних прав громадян на охорону здоров'я та передбачає наступні шляхи її реалізації. URL: <https://mednet.od.gov.ua/wp-content/uploads/2022/04/strategiya-reform-v-ohoroni-zdorovyua.pdf>

62. У якому віці виходять на пенсію та скільки в середньому живуть громадяни у різних країнах світу, 2024. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2024/01/13/infografika/svit/yakomu-viczi-vykhodyat-pensiyu-ta-skilky-serednomu-zhyvut-hromadyany-riznykh-krayinax-svitu>

63. Філіпова Н.В. Аналіз системи фінансування охорони здоров'я в Україні, 2021. №1(25). С. 151-158

64. Філіпова Н.В. Особливості функціонування світових моделей фінансування охорони здоров'я. Науковий вісник Полісся. Серія: фінанси, банківська справа та страхування, 2020. №2(21). С. 136-144

65. Чому модель «Бісмарка» застаріла, 2019. URL: <https://suprun.doctor/transformacziya/chomu-model-bismarka-zastarila.html?=&page768>

66. Шелєміна Н.І. ОСОБЛИВОСТІ ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ВІТЧИЗНЯНИЙ ТА ЗАКОРДОННИЙ ДОСВІД. Економіка та суспільство, 2023. №53. URL: [file:///C:/Users/User/Downloads/2691-%D0%A2%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%82%20%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%96-2597-1-10-20230906%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/2691-%D0%A2%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%82%20%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%96-2597-1-10-20230906%20(2).pdf)

67. Що обходиться системі охорони здоров'я дорожче: амбулаторна, стаціонарна чи первинна медична допомога? URL: <https://www.apteka.ua/article/525839>

68. 4 Types of Healthcare System Designs — Pros and Cons of Each. URL: <https://www.linkedin.com/pulse/4-types-healthcare-system-designs-pros-cons-each-brethorst-ms>

69. Health system performance assessment: a framework for policy analysis / Irene Papanicolas, Dheepa Rajan, Marina Karanikolos, Agnes Soucat, Josep Figueras, editors. Copenhagen (Denmark): Health Policy Series, 2022. No. 57. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK590192/>

70. Public Health Finance and Infrastructure Support Framework, 2024. URL: <https://www.cdc.gov/public-health-gateway/php/our-work/about-public-health-finance-and-infrastructure-support.html>

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Переваги та недоліки моделей організації і фінансування систем охорони здоров'я

Назва моделі	Переваги	Недоліки
Державна модель охорони здоров'я або Модель Беверіджа	Високий відсоток охоплення населення безоплатними послугами. Загальна доступність медичної допомоги. Вища ефективність при вирішенні стратегічних питань. Безоплатність. Економічність. Контроль за використанням коштів	Великі адміністративні витрати. Бюрократизація. Обмеженість при виборі лікаря. Дефіцит бюджету. Права медичних закладів обмежені. Не враховують інтереси споживачів. Плинність кадрів. Технічне оснащення на низькому рівні
Модель соціального медичного страхування або Модель Бісмарка	Надання якісної безкоштовної медичної допомоги. Високий рівень інновацій. Наявність додаткових джерел фінансування. Вільний вибір лікаря	Розрахунок за надані послуги між різними регіонами. Надання послуг ризиковим категоріям населення. Високі адміністративні витрати
Приватна Модель	Висока інноваційність. Широке коло медичних закладів. Високий рівень доходу лікарів та медичних працівників. Контроль за якістю послуг. Висока ефективність	Висока вартість послуг. Високі адміністративні витрати. Складність у комплексному обстеженні через автономність працюючих лікарів. Відсутність єдиної національної системи охорони здоров'я
Модель Семашка	Забезпечення усіх верств населення усіма або основними видами медичної допомог. Високий рівень державного управління, що забезпечує якість медичної допомоги. Безоплатність медичної допомоги. Економічність. Висока ефективність при надзвичайних ситуаціях (війни, епідемії)	Низький рівень заробітної платні медичних працівників. Низькі показники розвитку медичної допомоги. Відсутність мотивації щодо якості надання медичної допомоги. Дефіцит бюджету. Обмеженість при виборі лікаря. Бюрократизація.

Джерело: [64, с.139]

ДОДАТОК Б

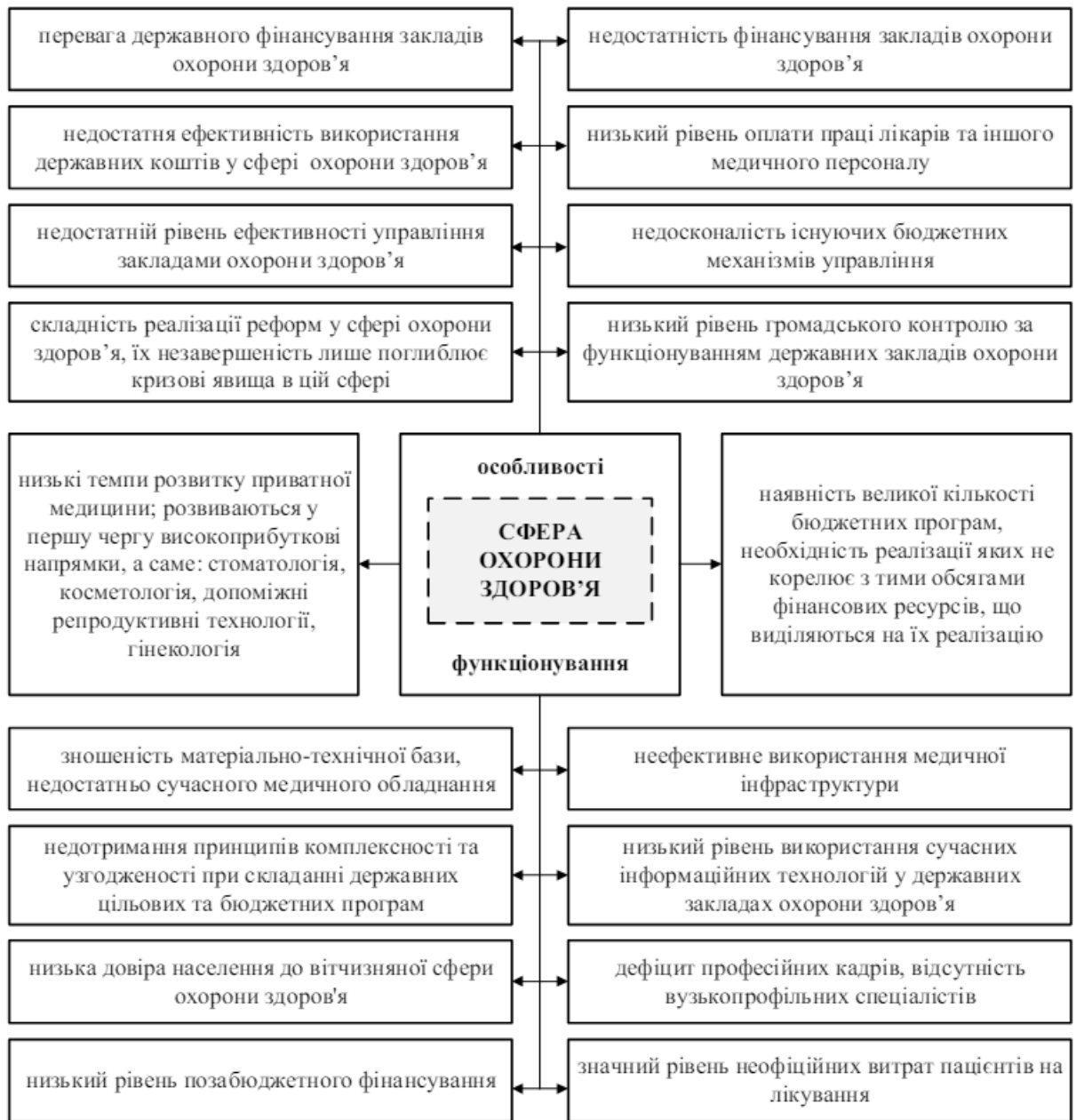
Узагальнення аспектів реформування системи охорони здоров'я в Україні

Напрямок	Характеристика
Запровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги	Держава бере на себе чіткі зобов'язання щодо фінансування медичних послуг, бюджет починають розподіляти за медичними послугами, необхідними пацієнтам, на рівних для всіх громадян умовах; пакет медичної допомоги, гарантований державою, визначатимуть, виходячи з пріоритетів охорони здоров'я в Україні, за обсягом можливостей державного фінансування; державний гарантований пакет медичної допомоги (програма медичних гарантій) включатиме доволі широкий спектр амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги, а також лікарських засобів, а вартість відповідних послуг буде повністю оплачена НСЗУ; послуги екстреної, первинної, амбулаторної, госпітальної та паліативної допомоги будуть фінансовані державою в межах програми медичних гарантій; самостійно пацієнтам доведеться сплачувати за такі послуги, як неекстрена стоматологія, звернення до лікаря без направлення, естетична медицина тощо
Національний закупівельник медичних послуг	Національна служба здоров'я України – центральний орган виконавчої влади, який реалізує основний принцип медичної реформи «гроші йдуть за пацієнтом», оплачує вартість реально наданих медичних послуг і цей механізм оплати нарешті запрацював в Україні
Запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом»	Держава переходить від утримування мережі медичних закладів, які надають безоплатні послуги (як відомо, цей варіант у нас працював, і не надто добре), до стратегічної закупівлі послуг у цієї мережі; держава більше не виділятиме грошей згідно з кошторисом на утримання того чи іншого закладу охорони здоров'я, державного чи комунального, натомість медичні заклади

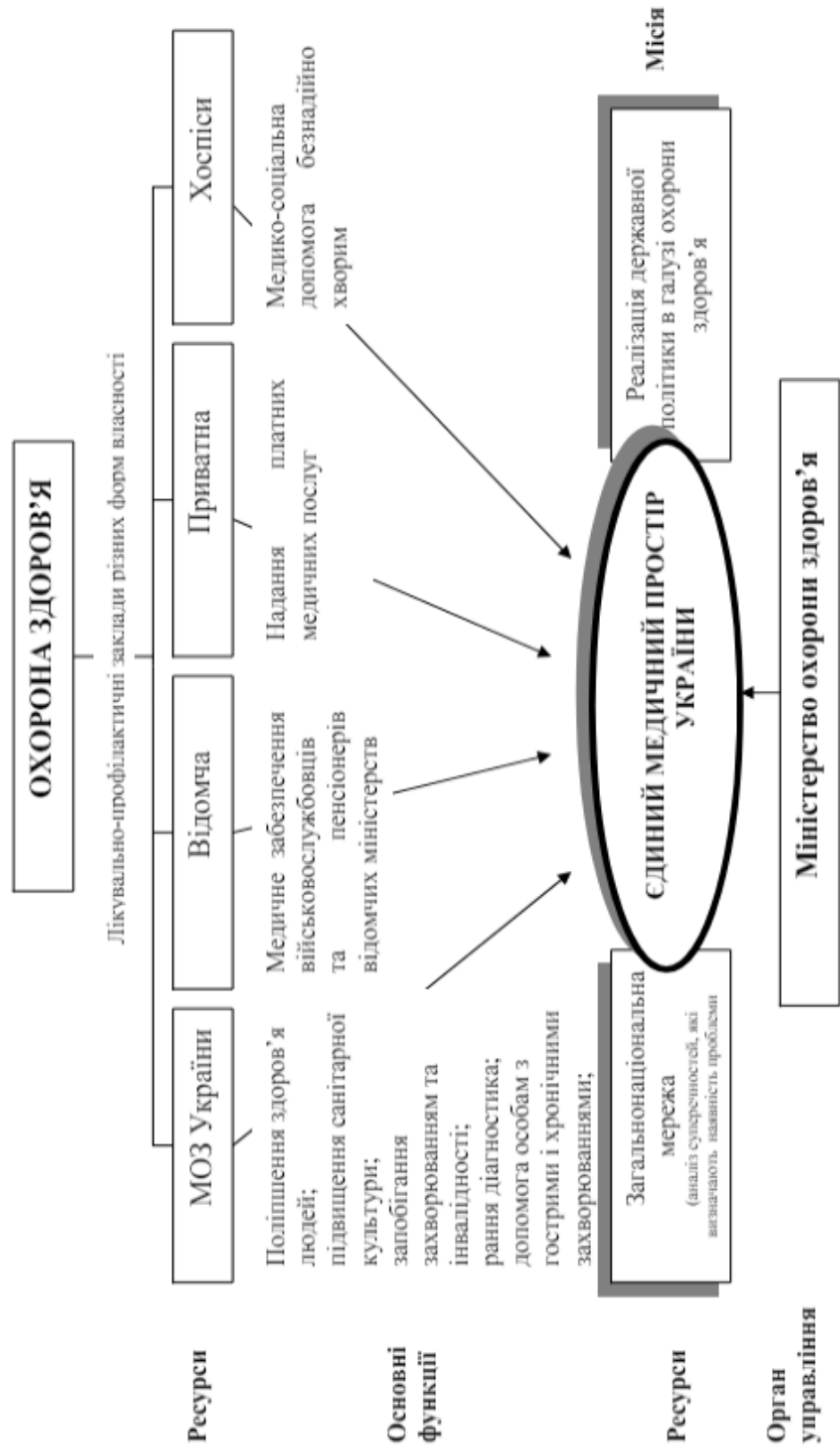
	<p>мають перетворитися на автономні суб'єкти господарської діяльності, що отримуватимуть оплату за результатами своєї діяльності, тобто за фактично надану ними пацієнтам медичну допомогу</p>
<p>Автономізація постачальників медичної допомоги</p>	<p>Запровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я потребує принципової зміни характеру відносин між медичним закладом (постачальником послуг) та розпорядником бюджетних коштів – НСЗУ (замовником послуг), а відносини регулюватимуться договорами про медичне обслуговування населення з чітко визначеними параметрами фінансування результату; в межах зазначених договорів НСЗУ діятиме в інтересах пацієнтів (платників податків), як третя сторона-платник, а заклад охорони здоров'я або індивідуальний лікар приватної практики буде постачальником послуг</p>
<p>Запровадження системи eHealth</p>	<p>Застаріла паперова звітність піде в небуття, всю медичну документацію буде переведено в електронний вигляд, а це розвантажить лікарів, дозволить їм більш якісно та оперативно надавати медичні послуги пацієнтам та унеможливить ситуацію втрати медичних даних пацієнтів, а також це дозволить збирати дані щодо необхідних послуг в окремих районах, більш точно розраховувати тарифи та контролювати якість медичної допомоги</p>
<p>Програма «Доступні ліки»</p>	<p>У квітні 2017 року уряд запустив програму «Доступні ліки», пацієнти, які мають серцево-судинні захворювання, діабет II типу чи бронхіальну астму, можуть отримати препарати безкоштовно або з незначною доплатою, а для цього потрібно звернутися до лікаря за рецептом, а потім отримати препарати в аптеці, що долучилася до програми</p>

Джерело: [28, с.94]

ДОДАТОК В



Особливості функціонування сфери охорони здоров'я в Україні [9, с.67]



Концептуальна структурно-функціональна модель єдиного медичного простору України [27]

ПАСПОРТ

Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу
на 2014-2018 роки

1. Концепція Програми схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 13 травня 2013 року № 356.

2. Програма затверджена Законом України від ____ _____ 2014 року № _____.

3. Державний замовник — Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань.

4. Керівник Програми — Голова Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань.

5. Виконавці заходів Програми — Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань, Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство освіти і науки України, Міністерство молоді та спорту України, Міністерство соціальної політики України, Міністерство внутрішніх справ України, Міністерство оборони України, Державний комітет телебачення і радіомовлення України, Державна пенітенціарна служба України, Державна служба з надзвичайних ситуацій України, Державна санітарно-епідеміологічна служба України, Національна академія медичних наук України, Національна рада України з питань телебачення і радіомовлення, Спільний представницький орган сторони роботодавців на національному рівні, Спільний представницький орган репрезентативних всеукраїнських об'єднань профспілок на національному рівні, обласні та Київська міські держадміністрації, Міжнародний благодійний фонд «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» (за згодою), Всеукраїнська благодійна організація «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД» (за згодою), громадські об'єднання (за згодою).

6. Строк виконання Програми — 2014-2018 роки.

7. Прогнозні обсяги та джерела фінансування:

Джерела фінансування	Обсяг фінансування, тис. гривень	У тому числі за роками				
		2014	2015	2016	2017	2018

Державний бюджет	4820060,21	785763,56	857157,26	920780,8	1122393,88	1133964,71
Місцеві бюджети	331377,58	11385,34	11382,63	11380,75	147135,09	150093,77
Глобальний фонд для боротьби із СНІДом, туберкульозом та малярією	1224342,84	375305,09	419700	429337,76		
Інші джерела	4367,79	4367,79				
Усього	6380148,42	1176821,78	1288239,9	1361499,3	1269528,97	1284058,48

ОЧІКУВАНІ РЕЗУЛЬТАТИ
виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки

Найменування завдання	Найменування показника	Одиниця вимірювання	Значення показника					
			усього	у тому числі за роками				
				2014	2015	2016	2017	2018
1. Розроблення, виготовлення та розповсюдження соціальної реклами, просвітницьких програм з формування здорового способу життя у населення	рівень поширення ВІЛ серед осіб віком 15-24 років	відсотків	0,33	0,32	0,3	0,29	0,27	
2. Навчання учнів та студентів у навчальних закладах усіх форм власності за програмами профілактики ВІЛ та формування здорового	кількість загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів і протягом останнього навчального року забезпечили навчання учнів за	“-“	75,8	82,9	90	95	100	

способу життя на основі життєвих навичок	програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ							
3. Охоплення програмами профілактики ВІЛ представників груп підвищеного ризику та їх статевої партнерів, а також ув'язнених, дітей із сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, безпритульних та бездоглядних дітей і дітей, які не отримують належного батьківського піклування	кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених профілактичними програмами	осіб	12825	14621	16204	17595	20892	
	кількість осіб з опіоїдною залежністю, які отримують замісну підтримувальну терапію	відсотків	16,2	18,1	20	27,5	35	
	кількість охоплених профілактичними програмами осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду	осіб	31564	31564	33056	34500	36000	
	кількість охоплених профілактичними програмами чоловіків, які мають секс з чоловіками	-“-	25000	31000	37000	43000	49000	
4. Забезпечення доступу вагітних жінок до послуг з консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію та профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини	рівень поширення ВІЛ серед вагітних жінок	відсотків	0,76	0,69	0,62	0,55	0,49	
	частота передачі ВІЛ від матері до дитини	-“-	3,7	3,1	2,5	1,75	1	
5. Забезпечення вільного доступу населення до безоплатного	кількість ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під медичний нагляд у	відсотків	41,6	40,8	40	38,5	37	

консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію	III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, із загальної кількості осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції							
6. Забезпечення лабораторного супроводу лікування ВІЛ-інфекції, формування позитивного ставлення до антиретровірусної терапії	кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які пройшли медичний огляд протягом року, із загальної кількості ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають на обліку	-“-	77,8	78,9	80	82,5	85	
7. Забезпечення доступу до безперервної антиретровірусної терапії для хворих на ВІЛ-інфекцію, які цього потребують	кількість осіб з ВІЛ-інфекцією, які отримують лікування антиретровірусним і препаратами	осіб	65898	85698	105748	115940	118240	
	кількість дітей, які отримують лікування антиретровірусним і препаратами, з числа ВІЛ-інфікованих дітей	відсотків	98,4	98,7	99	99,5	100	
	кількість осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують лікування антиретровірусним і препаратами через 12 місяців після її початку	відсотків	84,6	84,8	85	85,5	86	
	рівень смертності населення від хвороб, зумовлених ВІЛ	показник на 100 тис. населення	11,9	11,3	10,7	10,3	9,9	
	кількість ВІЛ-інфікованих осіб,	відсотків	50,1	52,6	55	62,5	70	

	які хворі на туберкульоз та отримали лікування від туберкульозу та ВІЛ-інфекції						
	рівень смертності від туберкульозу серед хворих з поєднаною інфекцією ВІЛ/туберкульоз	показник на 100 тис. населення	5,3	4,9	4,5	3,75	3
8. Забезпечення охоплення послугами з догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих осіб	кількість ВІЛ-інфікованих осіб, охоплених послугами з догляду та підтримки:	відсотків					
	дорослі		60,2	70,1	80	90	100
	діти		74,8	82,4	90	95	100

Джерело: [16]

ДОДАТОК Е

Найменування завдання	Найменування показника	Значення показника за роками	Найменування заходу	Відповідальні за виконання	Джерела фінансування (державний, місцевий, бюджет, інші)	Орієнтовний обсяг фінансування, тис. гривень	У тому числі за роками							
							2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1. Удосконалення системи первинної та вторинної профілактики онкологічних захворювань	рівень виявлення злоякісних новоутворень I-II стадії, відсотків осіб, що вперше захворіли (за даними канцер-реєстру)	50-2009 ----- 50,5-2010 ----- 51-2011 ----- 51,5-2012 ----- 52-2013 ----- 53-2014 ----- 54-2015 ----- 55-2016 -----	1) підготовка пропозицій стосовно вдосконалення законодавства у частині посилення відповідальності роботодавців за створення безпечних умов праці; формування переліку осіб, що належать до груп підвищеного ризику, з метою їх оздоровлення, диспансерного спостереження та своєчасного лікування	МОЗ, Мінпраці, Національна академія наук, Академія медичних наук, Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські держадміністрації										
			2) забезпечення раннього виявлення злоякісних пухлин в закладах охорони здоров'я, що надають первинну медико-санітарну допомогу шляхом	МОЗ, Академія медичних наук, Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські держадміністрації										

Завдання і заходи з виконання Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року [14]

ПАСПОРТ

Загальнодержавної програми імунопрофілактики та захисту населення від
інфекційних хвороб на 2009 - 2015 роки

1. Концепція Програми схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 3 серпня 2006 року N 462-р.
2. Програма затверджена Законом України від 21 жовтня 2009 року N 1658-VI.
3. Державний замовник: МОЗ.
4. Керівник Програми - перший заступник Міністра охорони здоров'я України.
5. Виконавці заходів: МОЗ, МОН, МКТ, МЗС, Мінпраці, Держкомтелерадіо, Національний комітет Товариства Червоного Хреста, Академія медичних наук, державне підприємство "Центр імунобіологічних препаратів", Львівський науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни, обласні, районні та Київська міські держадміністрації.

6. Строк виконання - 2009 - 2015 роки.

7. Прогнозні обсяги та джерела фінансування:

Джерело фінансування	Обсяг фінансування, гривень	У тому числі за роками						
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Кошти державного бюджету	2935354,3	237738,3	316348,6	370034,4	422877,3	475503,1	528671,8	584180,8

Джерело: [15]

ОЧІКУВАНІ РЕЗУЛЬТАТИ
виконання Загальнодержавної програми імунопрофілактики та захисту
населення від інфекційних хвороб на 2009 - 2015 роки

Найменування завдання	Найменування показників виконання завдання	Одиниця виміру	Значення показників								
			усього	у тому числі за роками						2014	2015
				2009	2010	2011	2012	2013			
Організаційно-методичне забезпечення заходів щодо профілактики і боротьби з інфекціями, яким можна запобігти засобами імунопрофілактики	кількість затверджених регіональних програм	кількість	27	20	7						
	рівень забезпечення закупівлі імунобіологічних препаратів, включених до календаря щеплень (відсотків)	відсоток	100	100	100	100	100	100	100	100	
	рівень забезпечення закупівлі імунобіологічних препаратів за епідемічними показаннями	відсоток		25	50	50	75	75	75	100	

Вихідні положення Концепції реформи фінансування системи охорони
здоров'я

Принципи реформи фінансування	
1	2
Фінансовий захист	недопустимість катастрофічних витрат громадян чи відмови від отримання необхідної медичної допомоги через неможливість її оплатити в момент отримання
Універсальність покриття та справедливість доступу до медичної допомоги	забезпечення доступу до гарантованих державою послуг для всіх, хто їх потребує
Прозорість і підзвітність	недопустимість застосування корупційних схем, зрозумілість зобов'язань усіх сторін, відкритість у використанні публічних коштів
Ефективність	максимальна віддача кожної вкладеної в систему охорони здоров'я бюджетної гривні, краща якість та доступність послуг, кращі умови роботи та доходи для лікарів
Вільний вибір	можливість для пацієнта отримати допомогу в тому закладі охорони здоров'я, який найкраще задовольняє його потреби
Конкуренція постачальників	залучення постачальників усіх форм власності, що створює мотивацію надавати більш якісні послуги, впроваджувати науково обґрунтовані та економічно ефективні методи роботи, забезпечувати дотримання клінічних протоколів та професійних стандартів
Передбачуваність обсягу коштів на медичні послуги у державному бюджеті	повноцінне стратегічне планування медичної допомоги та витрат на неї
Субсидіарність	встановлення повноважень щодо фінансування системи охорони здоров'я на якомога нижчому рівні влади, який дозволяє забезпечити доступність, належну якість та найкращу економічну ефективність медичної допомоги

Джерело: [26, с.95-96]



