

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ
ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА УПРАВЛІННЯ
Кафедра публічного управління, менеджменту та маркетингу

ОВЧАРЕНКО ПОЛІНА ЄВГЕНІВНА

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА

Київ – 2026

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ
ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА УПРАВЛІННЯ
Кафедра публічного управління, менеджменту та маркетингу

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

бакалавра

(освітньо-кваліфікаційний рівень)

на тему: **Удосконалення оцінки ефективності надання медичних
послуг в територіальних громадах**

Виконала здобувачка групи МЕН-22д

_____ Овчаренко П.Є.
(прізвище, та ініціали)

Керівник _____ Івченко Є.А.
(прізвище та ініціали)

Рецензент _____ Галгаш Р.А.
(прізвище та ініціали)

Завідувач кафедри: _____ Хандій О.О.
(прізвище та ініціали)

.....
(підпис)


.....
(підпис)

.....
(підпис)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ
ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА УПРАВЛІННЯ
Кафедра публічного управління, менеджменту та маркетингу

Освітньо-кваліфікаційний рівень бакалавр
(бакалавр, спеціаліст, магістр)
Спеціальність 073 Менеджмент
(шифр і назва)
Спеціалізація _____
(шифр і назва)

"ЗАТВЕРДЖУЮ"

Зав. кафедрою публічного управління,
менеджменту та маркетингу
проф. Хандій О.О.
"26" березня 2026 р. 

ЗАВДАННЯ

на кваліфікаційну роботу бакалавра

1. Прізвище здобувачки Овчаренко Поліна Євгенівна
2. Група МЕН-22д
3. Тема кваліфікаційної роботи: Удосконалення оцінки ефективності надання медичних послуг в територіальних громадах
- Керівник проекту (роботи) д.е.н., проф. Івченко Є.А.,
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

Затверджено наказом університету від "14" квітня 2026 р. № 79/14

4. Термін здачі студентом закінченої роботи 16.06.2026 р.
5. Вихідні дані до роботи: дані річних звітів і планів соціально-економічного розвитку органів державної влади, статистичної звітності, інформація періодичних видань, рекомендації науково-дослідних установ.
6. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (основні питання):
 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ПІДГРУНТЯ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАДАХ.
 2. ПРАКТИЧНІ ТА ІНСТИТУЦІОНАЛЬНІ ЧИННИКИ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ.
 3. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАДАХ.
7. Перелік графічного матеріалу (із зазначенням обов'язкових креслень):
Набір життєвоважливих послуг, що надаються установами державної та місцевої влади. Набір життєвоважливих послуг, що надаються об'єктами критичної інфраструктури. Розподіл життєвоважливих послуг за об'єктами критичної інфраструктури. Типові функції закладу ПМСД. Набір показників, обраних для визначення потенційного взаємозв'язку. Кореляційне поле, відфільтроване за коефіцієнтом кореляції $r > 0,7$. Кореляційне поле, відфільтроване за коефіцієнтом кореляції $r < 0$. Ланцюг формування атрибутів показника. Порядок формування атрибутів оцінних показників у взаємодії з елементами інституційного середовища.

8. Консультанти кваліфікаційної роботи:

Розділ	Консультант	Підпис

Дата видачі завдання "26" березня 2026 р.

9. Календарний план виконання роботи

Назва розділів	Термін виконання	Примітка
1. Затвердження та надання теми роботи	березень 2026 р.	
2. Обґрунтування актуальності теми роботи	квітень 2026 р.	
3. Робота з бібліографічними джерелами, підготовка матеріалів для написання першого розділу роботи	квітень 2026 р.	
4. Надання матеріалів по першому розділу роботи	квітень 2026 р.	
5. Збір інформації для написання другого розділу роботи	травень 2026 р.	
6. Надання матеріалів по другому розділу роботи	травень 2026 р.	
7. Підготовка матеріалів та написання третього розділу роботи	травень 2026 р.	
8. Надання матеріалів по третьому розділу роботи	червень 2026 р.	
9. Написання висновків, заключне оформлення роботи та демонстраційних матеріалів	червень 2026 р.	
10. Підготовка доповіді до захисту роботи	червень 2026 р.	

Студент-дипломник

(підпис)

Керівник роботи

Івченко Є.А.

(прізвище, ім'я, по батькові)

(підпис)

РЕФЕРАТ

Текст 85 стор., 5 табл., 5 рис.

Територіальна громада, медичні послуги, охорона здоров'я, органи місцевого самоврядування, ефективність, стійкість, життєвоважливі послуги, заклади охорони здоров'я, управління, повоєнне відновлення.

Дипломна робота присвячена дослідженню теоретичних і практичних аспектів оцінки ефективності надання медичних послуг у територіальних громадах України в умовах сучасних соціально-економічних викликів та повоєнного відновлення. Актуальність теми зумовлена погіршенням стану медичного забезпечення населення, особливо у сільській місцевості, де значна частина громад не має належної інфраструктури та кадрового забезпечення. У роботі обґрунтовано необхідність удосконалення управлінських підходів органів місцевого самоврядування щодо забезпечення доступності, якості та стійкості медичних послуг. Метою дослідження є розробка науково-практичних рекомендацій щодо вдосконалення оцінки ефективності діяльності закладів охорони здоров'я та підвищення стійкості надавачів медичних послуг у громадах.

У роботі досліджено управлінські складові діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я, проаналізовано класифікацію життєвоважливих послуг у громаді та визначено чинники, що впливають на стійкість системи медичного забезпечення. Значну увагу приділено сучасним підходам до оцінювання ефективності закладів охорони здоров'я, зокрема використанню непараметричних методів аналізу ефективності. Обґрунтовано необхідність переходу від традиційних статистичних підходів до комплексної системи оцінювання, орієнтованої на потреби громади та результати функціонування медичних установ.

ABSTRACT

Territorial community, healthcare services, healthcare system, local self-government bodies, efficiency, resilience, vital services, healthcare institutions, management, post-war recovery.

The thesis is devoted to the study of theoretical and practical aspects of evaluating the efficiency of medical service provision in territorial communities of Ukraine under current socio-economic challenges and post-war recovery conditions. The relevance of the topic is determined by the deterioration of healthcare provision, especially in rural areas where a significant number of communities lack proper infrastructure and qualified medical personnel. The paper substantiates the necessity of improving management approaches of local self-government bodies aimed at ensuring the accessibility, quality, and sustainability of healthcare services.

The purpose of the research is to develop scientific and practical recommendations for improving the evaluation of healthcare institutions' performance and increasing the resilience of medical service providers within communities. The object of the study is the organizational and managerial activities of local self-government bodies and healthcare institutions. The subject of the research includes methods, models, and tools for assessing the economic and social efficiency of healthcare services.

The thesis examines managerial components of local self-government activities in the healthcare sector, analyzes the classification of vital services within communities, and identifies factors influencing the resilience of the healthcare system. Considerable attention is paid to modern approaches to evaluating healthcare institutions, particularly the application of non-parametric efficiency assessment methods. The necessity of transitioning from traditional statistical approaches to a comprehensive evaluation system focused on community needs and healthcare outcomes is substantiated.

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ПІДґРУНТЯ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАДАХ	
1.1 Організаційно-управлінські складові діяльності органів місцевого самоврядування з покращення надання медичних послуг	9
1.2 Класифікація життєвоважливих послуг в територіальній громаді в аспекті визначення заходів підвищення стійкості надавачів медичних послуг	22
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1	38
РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНІ ТА ІНСТИТУЦІОНАЛЬНІ ЧИННИКИ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ	39
2.1 Застосування непараметричних методів оцінки ефективності діяльності медичних закладів	39
2.2 Особливості аналізу ефективності діяльності закладів охорони здоров'я	51
2.3 Оцінювання потреб громад щодо доступу до медичних послуг	55
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2	62
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАДАХ	63
3.1 Удосконалення оцінки діяльності медичних закладів у взаємодії з елементами інституційного середовища	63
3.2 Роль запровадження управління закладами охорони здоров'я на основі кількісного оцінювання потреб населення у досягненні ЦСР №3 "Забезпечення здоров'я та благополуччя"	75
3.3 Взаємозв'язок рівня надання життєвоважливих послуг населенню та наслідків реалізації загальнодержавних та місцевих загроз наданню послуг	78
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3	82
ВИСНОВКИ	83
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	86

ВСТУП

Актуальність теми дослідження зумовлена глибокою кризою медичного забезпечення сільських територій України, де близько 70% громад залежать від послуг у сусідніх населених пунктах через брак інфраструктури та персоналу. Проблема відсутності лікувально-профілактичних закладів призводить до затримок у лікуванні, зростання ризику ускладнень та значних економічних втрат мешканців. Війна значно погіршила ситуацію, зруйнувавши частину медичних об'єктів та спричинивши масову міграцію, що створило надмірне навантаження на існуючі системи життєзабезпечення. За таких умов органи місцевого самоврядування мають стати ключовими суб'єктами, здатними розробляти нові управлінські процеси на основі проектного та програмно-цільового підходів. Окремої гостроти набуває питання стійкості надавачів життєво важливих послуг у повоєнний період, що вимагає перегляду архітектури планувальних документів. Відсутність релевантних моделей оцінювання діяльності закладів охорони здоров'я унеможливорює ефективне управління ресурсами та номенклатурою послуг «на землі».

Ступінь розкриття проблематики у науково-практичних дослідженнях характеризується значною увагою до питань ефективності охорони здоров'я. Проблеми доступу до медичних послуг у сільській місцевості регулярно висвітлюються у звітах Всесвітньої організації охорони здоров'я, Міжнародного комітету Червоного Хреста та Європейської комісії. В Україні ці питання досліджували фахівці НАМН, а також експерти Revival Institute та Асоціації міст України. Питання застосування непараметричних методів оцінки, зокрема моделі DEA, отримали розвиток у роботах закордонних вчених Charnes, Cooper та Rhodes. Сучасні підходи до аналізу систем охорони здоров'я в контексті Цілей сталого розвитку ООН представлені у дослідженнях колективу під керівництвом Margaret E. Kruk. Проте залишається невирішеною проблема невідповідності масивів первинних даних потребам реального управління та відсутність структурованих систем показників для взаємодії з інституційним середовищем

громади. Більшість існуючих вітчизняних підходів обмежується лише описовою статистикою.

Метою роботи є теоретичне обґрунтування та розробка практичних рекомендацій щодо удосконалення оцінки ефективності надання медичних послуг у громадах для підвищення якості управління та стійкості закладів.

Об'єктом дослідження є процеси організаційно-управлінської діяльності органів місцевого самоврядування та закладів охорони здоров'я із забезпечення медичного обслуговування населення територіальних громад.

Предметом дослідження є сукупність методів, моделей та інструментів оцінки економічної та соціальної ефективності медичних послуг, а також чинники підвищення стійкості їх надавачів у громадах.

Задачі дослідження:

розкрити управлінські складові діяльності ОМС у медицині;

класифікувати життєвоважливі послуги в громаді;

дослідити досвід впровадження телемедицини та пересувних пунктів;

обґрунтувати застосування непараметричних методів оцінки ефективності ЗОЗ;

проаналізувати взаємозв'язок між рівнем надання послуг та загрозами стійкості;

розробити шляхи вдосконалення оцінки діяльності закладів у взаємодії з інституційним середовищем.

Методи дослідження базуються на системному підході і включають: порівняльний та контент-аналіз нормативно-правових актів; статистичне групування та кореляційний аналіз; логічне узагальнення та синтез інформації; метод аналізу охоплення даних (DEA) для оцінки ефективності.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНЕ ПІДГРУНТЯ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАДАХ

1.1 Організаційно-управлінські складові діяльності органів місцевого самоврядування з покращення надання медичних послуг

В Україні існує гостра проблема відсутності лікувально-профілактичних закладів у значній частині з близько 30 тисяч сіл та селищ. Основними причинами є недостатня чисельність населення, фінансові та інфраструктурні обмеження місцевих громад, а також брак медичного персоналу. Основними різновидами лікувально-профілактичних закладів у селах можуть бути амбулаторії та фельдшерські пункти.

Проблема відсутності закладів зумовлює затримки в лікуванні та підвищення ризиків ускладнень. Також проявами проблеми є економічні втрати мешканців сіл, пов'язані з подорожами до лікарень інших населених пунктів, та зменшення привабливості села для проживання – люди шукають більш облаштовані та безпечні місця для проживання.

Забезпечити усі сіла та невеликі селища постійно діючими лікувально-профілактичними закладами неможливо та і недоцільно. Ця проблема є характерною для усієї України, не є напряду пов'язана з війною, але війною багаторазно поглиблюється. Потрібно шукати напрямки вирішення проблеми та реалізовувати заходи, спрямовані на підвищення доступності медичних послуг у сільських громадах.

На думку автора, вирішення проблеми може включати три ключові напрямки: створення лікувально-профілактичних закладів без власних медичних працівників, облаштування чи закупівля пересувного медичного пункту (модулю) та організація мобільної медицини.

Отже, конкретизованою науково-практичною проблемою є недостатнє медичне забезпечення сільських територій України, що характеризується

відсутністю доступу до якісної медичної допомоги для значної частини населення цих територій. Вирішення цієї проблеми можливе рекомендованими трьома способами, реалізація яких покладена на органи місцевого самоврядування (надалі ОМС). Саме ОМС повинні стати повноважними та спроможним вирішувати завдання подібної складності. Для цього ОМС повинні розробляти та запроваджувати нові управлінські процеси, базовані на проектному та програмно-цільовому підході в управлінні.

Щодо запропонованих рекомендацій, аналіз літературних джерел підтверджує їхню доцільність. Проблема відсутності лікувально-профілактичних закладів у сільських громадах є актуальною не лише для України, а й для багатьох країн світу. Дослідження Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у звіті за 2019 рік показують, що близько 40% сільського населення глобально не має доступу до базових медичних послуг через брак інфраструктури, медичного персоналу та фінансових ресурсів [1]. У контексті України, Національна академія медичних наук (НАМН) у звіті 2020 року зазначає, що лише 30% сільських громад мають власні медичні заклади, тоді як 70% залежать від послуг у сусідніх населених пунктах [2]. Це підтверджує критичність ситуації та необхідність системних змін.

Створення та облаштування лікувально-профілактичних закладів у селах є визнаним підходом до покращення медичного забезпечення. Дослідження Міжнародного комітету Червоного Хреста (МКЧХ) за 2021 рік вказують, що наявність медичних пунктів у сільській місцевості значно підвищує доступність послуг і знижує ризик ускладнень. У документі наголошується на використанні міжнародної технічної допомоги та "човникового" методу роботи лікарів, що є практичним рішенням за умов браку персоналу [3]. Цей підхід дозволяє оптимізувати ресурси, забезпечуючи періодичну присутність фахівців у селах.

Якщо звернутися до європейського та світового досвіду вирішення подібних проблем, то можна відзначити наступні приклади.

У Швеції з 2020 року активно використовується телемедицина для з'єднання медсестер у невеликих лікарнях із віддаленими лікарями. Такі заклади

фактично виконують роль локальних медичних пунктів, де медсестри можуть отримувати консультації від спеціалістів дистанційно. Цей підхід дозволяє надавати спеціалізовану допомогу без значних капіталовкладень у будівництво нових закладів чи залучення додаткових лікарів у віддалені регіони. Він виявився особливо ефективним у районах із низькою щільністю населення, де традиційна інфраструктура є економічно не вигідною [4].

В Угорщині у 2020–2021 роках було впроваджено проєкт із 12 мобільними медичними центрами, які надавали загальну та спеціалізовану допомогу у сільських районах. За шість місяців ці центри обслужили 1889 осіб, виявивши 105 нових випадків гіпертонії та 26 випадків діабету. Такі тимчасові медичні пункти стали альтернативою стаціонарним закладам, забезпечивши ранню діагностику та базове лікування [5]. Цей досвід показує, що навіть невеликі, але добре оснащені заклади можуть суттєво покращити доступ до медичних послуг у селах.

Закупівля пересувних медичних пунктів також знаходить підтримку в літературі. Звіт Європейської комісії з охорони здоров'я за 2020 рік підкреслює ефективність пересувних медичних одиниць у віддалених районах із малою чисельністю населення [6]. Такі автомобілі, обладнані для надання базової допомоги та транспортування хворих, є економічно виправданим рішенням там, де стаціонарні заклади недоцільні. Досвід європейських країн показує, що передача таких пунктів у власність громад сприяє їхній сталій експлуатації, хоча потребує фінансування з місцевого бюджету.

Пересувні медичні одиниці стали популярним рішенням для подолання географічних бар'єрів у сільських районах. У Кенії з 2020 року портативні ультразвукові апарати використовуються у первинних медичних закладах для обстеження вагітних жінок. Ці апарати, які легко транспортуються, дозволяють проводити базову діагностику безпосередньо в громадах, зменшуючи потребу в поїздках до міських лікарень. Такий підхід не лише економить час і кошти для пацієнтів, а й підвищує доступність пренатальної допомоги, що є критичним для зниження материнської та дитячої смертності [7].

У США у період з 2020 по 2024 рік активно застосовувалися мобільні медичні одиниці для надання телемедичних послуг у віддалених і недостатньо обслуговуваних районах. Ці автомобілі оснащені сучасним обладнанням для дистанційних консультацій та базових обстежень, що дозволяє доставляти медичну допомогу туди, де стаціонарні заклади відсутні [8].

Організація мобільної медицини (телемедицини) також є перспективним напрямком, який активно досліджується. Звіт Американської медичної асоціації (АМА) за 2021 рік демонструє, що телемедицина знизила кількість госпіталізацій у сільських громадах США на 30%, покращивши доступність консультацій і діагностики. У контексті України це вимагає розвитку інфраструктури, зокрема доступу до Інтернету, а також навчання населення та медперсоналу [9]. Дослідження ВООЗ також підтримують ідею телемедицини як інструменту подолання бар'єрів у сільській місцевості.

Телемедицина стала ключовим інструментом для покращення медичного забезпечення у сільських районах, особливо під час пандемії COVID-19 (2020–2022 роки), а її використання продовжило зростати до 2024 року. У Непалі телемедицина значно скоротила частоту та відстань поїздок для жінок і дівчат, які потребували медичної допомоги. Завдяки дистанційним консультаціям із питань сексуального та репродуктивного здоров'я вдалося не лише підвищити доступність послуг, а й забезпечити конфіденційність, що є важливим у консервативних громадах [10].

В Індії проєкт Imtecho, запущений до 2020 року та розширений у наступні роки, використовує телемедицину для управління хронічними захворюваннями (гіпертонія, діабет) і проведення скринінгів у сільських районах. За даними досліджень, дитяча смертність у районах, де застосовувався Imtecho, знизилася на 16%, а материнська смертність — на 12%. Цей успіх пояснюється поєднанням мобільних технологій і дистанційних консультацій, що дозволило медичним працівникам оперативно реагувати на потреби пацієнтів [11].

У США телемедицина активно застосовувалася для зниження витрат на медичне обслуговування та покращення доступу до спеціалістів. Наприклад, у

сільських районах Техасу та Оклахоми у 2021–2023 роках телемедичні програми допомогли зменшити кількість повторних госпіталізацій на 15% серед пацієнтів із хронічними захворюваннями [9]. У Шотландії телемедицина стала частиною національної стратегії охорони здоров'я, забезпечуючи зв'язок між сільськими медичними пунктами та центральними лікарнями [12].

Таким чином, аналіз світового досвіду підтверджує актуальність проблеми та обґрунтованість запропонованих рішень. Кожен із напрямків має свої переваги й успішно застосовується в міжнародній практиці, що свідчить про їхній потенціал для України.

Світовий досвід доводить, що впровадження подібних рекомендацій має значні позитивні результати. Зокрема у Швеції та Непалі телемедицина скоротила час, необхідний для отримання консультацій, з кількох днів до кількох годин; у США та Кенії пересувні медичні пункти зменшили транспортні витрати для пацієнтів на 20–30%; в Угорщині мобільні центри виявили значну кількість недіагностованих захворювань, що дозволило розпочати лікування на ранніх стадіях; в Індії та Шотландії телемедицина знизила кількість направлень до стаціонарних закладів на 10–15%.

Також існує певний досвід вирішення проблем медичного забезпечення в сільських громадах України, що демонструє низку ініціатив, які реалізуються органами місцевого самоврядування (ОМС), територіальними громадами (ТГ) та за підтримки міжнародних партнерів [13]. Ці ініціативи спрямовані на подолання ключових викликів, таких як брак медичних закладів, нестача персоналу, обмежене фінансування та застаріла інфраструктура. Нижче наведено аналіз прикладів із українських громад за період 2017–2024 років, з акцентом на створення медичних пунктів, закупівлю пересувних медичних автомобілів та впровадження телемедицини, що відповідає рекомендаціям.

1. Приклад: Хутірська громада (Черкаська область) [14].

У селі Хутірське реалізовано проєкт із модернізації амбулаторії загальної практики сімейної медицини, спрямований на наближення якісної медичної допомоги до мешканців. Проєкт передбачав створення належних умов для роботи

медичного персоналу, профілактики та лікування. Громада залучила кошти через місцеве самоврядування та грантові програми, що дозволило обладнати амбулаторію сучасною технікою для діагностики та базового лікування. Результати включали покращення умов для медперсоналу, підвищення рівня профілактики захворювань і скорочення потреби в поїздках до міських лікарень. Цей досвід підкреслює важливість самоорганізації громади та співпраці з ОМС для вирішення інфраструктурних проблем.

2. Приклад: Пришибська громада (Полтавська область) [15].

У Пришибській сільській раді створено Центр первинної медико-санітарної допомоги, який обслуговує шість сіл, включаючи території різних адміністративних районів. Центр було організовано через договір про співробітництво між чотирма ТГ, до яких пізніше приєдналися ще дві сільради. Завдяки консолідації ресурсів громади досягли економії на утриманні господарських служб (з 50% до 13% від загального фінансування), що дозволило спрямувати кошти на закупівлю медикаментів і обладнання. Центр покращив показники щеплень і якість первинної медичної допомоги, демонструючи ефективність міжмуніципального співробітництва.

Створення медичних пунктів у сільських громадах України часто залежить від ініціатив ОМС і міжмуніципального співробітництва. Залучення грантів і місцевих бюджетів дозволяє модернізувати інфраструктуру, однак викликами залишаються бюрократичні процедури (оформлення ліцензій, переведення обладнання) та дефіцит кадрів.

3. Приклад: Веселівська громада (Запорізька область) [15].

Веселівська селищна рада спільно з іншими громадами реалізувала проєкт із придбання автомобілів швидкої допомоги, які використовуються як пересувні медичні пункти. Ці автомобілі оснащені базовим діагностичним обладнанням (наприклад, портативними кардіографами) і дозволяють надавати першу допомогу та транспортувати хворих із віддалених сіл до лікарень. Проєкт фінансувався за рахунок консолідованих коштів кількох ТГ, що забезпечило економію та ефективне використання ресурсів. Це вирішило проблему доступу

до медичних послуг у селах із малою чисельністю населення.

4. Приклад: Черкаська область (проект фонду "МХП – Громаді") [16, 17].

У 2023 році благодійний фонд "МХП – Громаді" підтримав 32 соціальні ініціативи в Черкаській області, включаючи закупівлю медичного транспорту для сільських громад. Наприклад, громади отримали автомобілі для перевезення осіб із обмеженою мобільністю до медичних закладів. Такі ініціативи дозволили вирішити проблему транспортування хворих із віддалених сіл, де відсутні стаціонарні медпункти. Проекти фінансувалися через конкурс "Час діяти, Україно!", який передбачав гранти від 50 до 100 тис. грн.

Закупівля пересувних медичних пунктів в Україні є ефективним рішенням для малих сіл, де створення стаціонарних закладів економічно недоцільне. Спільне фінансування кількома громадами та підтримка благодійних фондів знижують фінансове навантаження, але потребують координації та регулярного технічного обслуговування транспорту.

5. Приклад: Реформа сільської медицини (ініціатива Revival Institute) [18].

У рамках реформи сільської медицини, розробленої Revival Institute за замовленням Президента України, було запропоновано впровадження телемедицини для підвищення доступності медичних послуг у селах. Пілотні проекти реалізувалися в кількох регіонах, де фельдшерсько-акушерські пункти (ФАПи) обладнували засобами відеозв'язку для консультацій із лікарями з амбулаторних округів. Наприклад, у Вінницькій області у 2018–2020 роках ФАПи отримали доступ до швидкісного Інтернету та комп'ютерів, що дозволило проводити дистанційні консультації. Це скоротило кількість поїздок до міських лікарень і підвищило ефективність ранньої діагностики.

6. Приклад: Івано-Франківська громада [19].

Івано-Франківська міська рада впровадила смарт-технології для медичного забезпечення, включаючи телемедицину, у сільських громадах, що входять до її складу. У 2020–2022 роках громада організувала тренінги для медперсоналу та населення з використання телемедичних платформ. Це дозволило мешканцям віддалених сіл отримувати консультації від спеціалістів без

необхідності подорожувати. Проєкт фінансувався за рахунок місцевого бюджету та грантів від міжнародних партнерів, таких як Програма "U-LEAD з Європою".

Телемедицина в Україні впроваджується повільно через брак цифрової інфраструктури (Інтернету) та низьку цифрову грамотність населення. Проте пілотні проєкти показують її потенціал для зниження навантаження на медичну систему та покращення доступу до спеціалізованої допомоги.

Отже, підсумовуючи загальні виклики та уроки України, можна відзначити:

більшість проєктів залежать від грантів або консолідованих бюджетів кількох громад, оскільки місцеві бюджети часто обмежені. Наприклад, Асоціація міст України (АМУ) зазначає, що тарифи НСЗУ не покривають реальних витрат медзакладів, що створює заборгованість [20].

у сільських громадах бракує сімейних лікарів (близько 6 тис. вакансій у 2020 році), що ускладнює роботу нових медпунктів. Деякі громади, як Пришибська ТГ, вирішують це через мотиваційні пакети (житло, вищі зарплати) [21].

застаріле обладнання та відсутність комп'ютерів у медзакладах гальмують впровадження телемедицини. Наприклад, міністр Уляна Супрун наголошувала на відповідальності місцевої влади за забезпечення автоматизованих робочих місць [22].

з 2022 року воєнні дії погіршили ситуацію, знищивши частину медичної інфраструктури. Проте громади, як у Черкаській області, адаптуються, залучаючи благодійні фонди для відновлення [17].

Увесь український досвід свідчить про зростаючу роль місцевого самоврядування в вирішенні проблематики якісного медичного забезпечення сільських територій [23, 24].

Комплекс методів наукового дослідження, використаний для формулювання матеріалу, включав аналіз літературних джерел (вивчення наукових статей, звітів міжнародних організацій (ВООЗ, МКЧХ), національних стратегій (Швеція, Угорщина, Шотландія) та інших публікацій за період 2020–2024

років), систематизацію даних (передбачала групування матеріалу за тематичними напрямками: створення медичних пунктів, закупівля пересувних автомобілів, телемедицина та роль ОМС), порівняльний аналіз (використано для зіставлення світового досвіду (Швеція, Кенія, Індія, США) з українським контекстом), узагальнення (застосовувався для формулювання ключових висновків на основі проаналізованих даних), контент-аналіз (використовувався для якісного аналізу змісту документів, звітів і наукових статей), синтез інформації (передбачав об'єднання даних із різних джерел для створення цілісної картини), логіко-аналітичний метод (використовувався для побудови логічних зв'язків між проблемою, рекомендаціями та світовим досвідом) і документальний аналіз (проаналізовано нормативно-правові документи, стратегії та звіти, пов'язані з діяльністю ОМС і медичним забезпеченням). Ці методи забезпечили всебічний розгляд проблематики ролі ОМС у покращенні медичного забезпечення сільських районів, дозволивши поєднати теоретичні дані, світовий досвід і практичні рекомендації. Такий підхід гарантує достовірність, структурованість і наукову обґрунтованість представленого матеріалу.

Для більш повного розуміння контексту визначення організаційно-управлінських складових діяльності ОМС за визначеним напрямом охарактеризуємо сутність рекомендацій автора.

1. Створення та облаштування лікувально-профілактичних закладів у селах коштом міжнародної технічної допомоги, навіть за відсутності власних медичних працівників. Наявність облаштованих закладів дозволить організувати прийом лікарями "човниковим" методом. Відвідування лікарем окремого села, без облаштованого закладу, мало що дає – немає умов для якісної діагностики та лікування. У результаті реалізації проєкту – у селі буде облаштований медичний пункт, де періодично можуть відбуватися прийоми лікарями. Такий проєкт має дискретний характер – сутність та вартість облаштування медичного пункту може бути типовою, реалізовується один і той же набір проєктних дій декілька разів, у залежності від суми доступного фінансування. Реалізація окремих частин є незалежною одна від одної.

2. *Закупівля для села чи громади окремого пересувного медичного пункту – автомобіля, обладнаного для перевезення осіб, що потребують медичної допомоги.* Це може бути доцільним у випадках сіл, у яких проживає декілька десятків осіб, і наявність облаштованого медичного пункту є недоцільною. Автомобіль передається у власність громади і його експлуатація фінансується коштом громади. У іншому – такий проєкт має принципи подібні до попереднього випадку.

3. *Організація у опорних лікувально-профілактичних закладах мобільної медицини.* Мобільна медицина, також відома як телемедицина або е-медицина, використовує передові технології зв'язку для забезпечення медичних послуг на відстані. Вона дозволяє пацієнтам отримувати консультації, діагностику, лікування та нагляд за своїм станом за допомогою технологій зв'язку, таких як відеодзвінки, телефонні дзвінки, веб-конференції та мобільні додатки. Основна ідея мобільної медицини полягає в тому, що пацієнти можуть отримати доступ до медичних послуг безпосередньо зі своїх домів або з будь-якого місця, де є доступ до Інтернету.

Переваги мобільної медицини включають зручність для пацієнтів, особливо для тих, хто має обмежений доступ до медичних закладів, скорочення витрат на подорожі та час, покращення доступності медичної допомоги та збільшення можливостей для дистанційного співробітництва між лікарями та іншими фахівцями здоров'я. Реалізація такого проєкту припускає забезпечення доступу до Інтернету у селах, навчання населення азам використання мобільної медицини, та облаштування у опорних лікувально-профілактичних закладах місць для відеозв'язку. Такий проєкт також є дискретним, складається з окремих незалежних частин.

Органи місцевого самоврядування відіграють ключову роль у впровадженні подібних рекомендацій щодо покращення медичного забезпечення у сільських громадах. Для успішної реалізації таких заходів, як створення медичних пунктів, закупівля пересувних медичних автомобілів та організація телемедицини, ОМС повинні діяти системно, залучаючи ресурси, координуючи

зусилля та забезпечуючи сталість проєктів. Нижче наведено авторський опис організаційно-управлінських складових, за допомогою яких ОМС можуть організувати та управляти реалізацією цих рекомендацій.

1. Створення робочої групи. Першим кроком є створення робочої групи, яка відповідатиме за координацію та управління проєктом. До її складу слід включити представників місцевої влади, медичних працівників, громадських організацій та експертів з охорони здоров'я. Ця група займатиметься плануванням, моніторингом і звітуванням про хід реалізації рекомендацій. Завдяки чітко визначеним ролям і відповідальності робоча група забезпечить ефективну організацію процесу.

2. Оцінка потреб громади. Для визначення пріоритетних напрямків робоча група має провести оцінку потреб громади у медичному забезпеченні. Це передбачає аналіз демографічних даних (вік, чисельність населення), стану здоров'я мешканців, наявної інфраструктури (медичні заклади, транспорт) та ресурсів (персонал, обладнання). Методи можуть включати опитування жителів, фокус-групи та консультації з медичними працівниками. Результатом стане звіт, який допоможе зосередитися на найактуальніших проблемах, наприклад, браку медичних послуг чи доступу до них.

3. Розробка плану дій. На основі оцінки потреб робоча група розробляє детальний план дій. Він має включати: конкретні заходи (створення стаціонарних медичних пунктів, закупівля пересувних автомобілів, впровадження телемедицини), терміни виконання (чіткі дедлайни для кожного етапу), відповідальні особи (призначення виконавців для кожного завдання), бюджет (оцінка витрат і джерела фінансування (місцевий бюджет, гранти, приватні інвестиції)). План має бути реалістичним і враховувати місцеві особливості, такі як віддаленість сіл чи обмеженість ресурсів.

4. Залучення фінансування. Для реалізації проєктів ОМС потрібно забезпечити фінансові ресурси. Можливі джерела: місцевий бюджет (виділення коштів на пріоритетні медичні ініціативи), міжнародна допомога (заявки на гранти від організацій, таких як ВООЗ чи МКЧХ), приватний сектор (інвестиції від

компаній або благодійних фондів через партнерські угоди). ОМС можуть комбінувати ці джерела, щоб покрити всі етапи проєкту – від закупівлі обладнання до навчання персоналу.

5. Закупівля та облаштування. Реалізація рекомендацій вимагає підготовки інфраструктури: медичні пункти (закупівля діагностичного обладнання (наприклад, тонометри, глюкометри), меблів, засобів зв'язку та облаштування приміщень), пересувні медичні пункти (придбання автомобілів, їх оснащення медичною апаратурою (портативні УЗД, дефібрилятори) та засобами для транспортування пацієнтів). Цей етап завершується, коли медичні пункти та автомобілі готові до використання.

6. Навчання персоналу. Щоб забезпечити якісне надання послуг, ОМС повинні організувати навчання для персоналу. Можуть використовуватися тренінги з використання нового обладнання для медичних працівників, курси з телемедицини для лікарів і медсестер, щоб вони могли консультувати дистанційно, навчання водіїв пересувних пунктів основам надання першої допомоги. Результатом стане команда кваліфікованих фахівців, готових працювати з новими технологіями та обладнанням.

7. Організація телемедицини. Для впровадження телемедицини необхідно реалізувати декілька заходів: забезпечити доступ до Інтернету в селах через встановлення Wi-Fi точок або співпрацю з провайдерами, облаштувати опорні медичні заклади технікою для відеозв'язку (камери, комп'ютери, програмне забезпечення), провести інформаційні кампанії та тренінги для населення, щоб навчити його користуватися телемедициною. Це дозволить мешканцям отримувати консультації від лікарів дистанційно, що особливо важливо для віддалених сіл.

8. Моніторинг та оцінка. Робоча група має регулярно відстежувати прогрес проєктів. Для цього збираються дані про кількість наданих медичних послуг, задоволеність населення (через опитування), скорочення часу на отримання допомоги. На основі звітів вносяться корективи до плану дій, якщо виникають проблеми, наприклад, затримки в поставках обладнання чи недостатня

кваліфікація персоналу.

9. Комунікація з громадою. ОМС повинні інформувати жителів про хід реалізації проєктів і залучати їх до участі. Це може бути реалізовано через організацію громадських слухань і консультацій для обговорення потреб і пропозицій, інформаційні кампанії через місцеві ЗМІ, соціальні мережі та інформаційні дошки. Такий підхід підвищить довіру до проєктів і їх підтримку серед населення.

10. Забезпечення сталості. Для довгострокового функціонування проєктів ОМС повинні розробити плани обслуговування та оновлення обладнання, виділити кошти на поточні витрати (зарплати, комунальні послуги тощо), співпрацювати з іншими громадами для обміну досвідом і ресурсами. Це гарантує, що медичні послуги залишаться доступними після завершення основного етапу реалізації.

Отже, органи місцевого самоврядування можуть ефективно організувати та управляти реалізацією рекомендацій, дотримуючись системного підходу: від створення робочої групи та оцінки потреб до залучення фінансування, навчання персоналу та забезпечення сталості. Чітке планування, активна комунікація з громадою та моніторинг прогресу є ключовими факторами успіху. Такий підхід дозволить покращити медичне забезпечення у сільських громадах, підвищивши доступність і якість послуг для населення.

Запропоновані рекомендації та організаційно-управлінські дії ОМС мають значний потенціал для вирішення проблеми медичного забезпечення у сільських громадах України. Створення та облаштування лікувально-профілактичних закладів із залученням міжнародної допомоги та "човниковим" методом роботи лікарів дозволить забезпечити базові медичні послуги в селах, де раніше їх не було, зменшивши залежність від сусідніх населених пунктів. Закупівля пересувних медичних пунктів є доцільним рішенням для малих сіл, де стаціонарні заклади економічно невиправдані, забезпечуючи мобільність і базову допомогу. Організація мобільної медицини через телемедицину може суттєво покращити доступність консультацій і діагностики, особливо для маломобільних жителів.

Проте успішна реалізація потребує фінансування, навчання медперсоналу та населення, а також розбудови інфраструктури, зокрема доступу до Інтернету. За умов комплексного підходу ці заходи здатні значно знизити ризики ускладнень і підвищити якість життя в селах.

1.2 Класифікація життєвоважливих послуг в територіальній громаді в аспекті визначення заходів підвищення стійкості надавачів медичних послуг

Одним з найбільш значущих питань організації повоєнного відновлення в Україні є питання архітектури планувальних документів у сфері публічного управління, особливо на рівні окремих територіальних громад. У довоєнні часи спрямованість планувальних документів у громадах стосувалася аспектів функціонування та розвитку, при цьому склад та структура планувальних документів були досить багаточисленними та заплутаними. У післявоєнний час додається аспект відновлення громад, що, природно, ще більше ускладнить ситуацію.

Найбільш обґрунтованою є думка, що планування відновлення в громадах у довгостроковому сенсі повинне базуватися на структурі життєвоважливих послуг, що надаються в громадах. Головним об'єктом планування повинна стати властивість стійкості надавачів цих послуг. Відповідно, головним процесом планування повинен стати процес підвищення стійкості надання життєвоважливих послуг.

Отже, актуальність дослідження структури життєвоважливих послуг у територіальних громадах обумовлена зростаючою необхідністю забезпечення стійкості надавачів цих послуг не лише у контексті децентралізації, глобальних викликів і внутрішніх соціально-економічних трансформацій, а і у контексті планування відновлювальних процесів. Вивчення структури цих послуг дозволяє ідентифікувати критичні вузькі місця, визначити найбільш уразливі компоненти системи та розробити механізми підвищення їхньої адаптивності до зовнішніх і внутрішніх ризиків. У контексті сучасних викликів стійкість надавачів

послуг є ключовим фактором запобігання соціальним катаклізмам і забезпечення безперервності функціонування громади. Таким чином, дослідження сприяють розробці науково обґрунтованих підходів до стратегічного планування, ресурсного забезпечення та підвищення інституційної спроможності територіальних громад.

Наслідки війни значно посилюють актуальність дослідження структури життєво важливих послуг у територіальних громадах, оскільки вони створюють багатовимірні виклики, які вимагають оперативної адаптації систем надання послуг. По-перше, війна призводить до руйнування критичної інфраструктури, що забезпечує доступ до води, енергії, медичних послуг, освіти та соціального захисту, створюючи значні перебої у функціонуванні базових систем життєзабезпечення. Це вимагає перегляду пріоритетів та мобілізації ресурсів для відновлення та модернізації інфраструктури. По-друге, значний вплив має міграція населення. Переміщення великої кількості внутрішньо переміщених осіб створює додаткове навантаження на місцеві системи надання послуг, що часто не розраховані на таке зростання попиту. Це потребує адаптації існуючих механізмів управління та перерозподілу ресурсів у громадах. Та, по-третє, війна супроводжується економічними втратами, які обмежують фінансові можливості громад. Це ускладнює фінансування інфраструктурних проєктів, заробітних плат працівникам критичних секторів та забезпечення безперебійного функціонування систем життєво важливих послуг.

Так, планування підвищення стійкості надання життєвоважливих послуг у громадах сприятиме вирішенню важливої науково-практичної проблеми, яка полягає у забезпеченні безперервності, доступності та якості базових послуг в умовах повоєнних динамічних змін і кризових ситуацій. Але це завдання утруднюється понятійною та нормативною невизначеністю терміну "життєвоважлива послуга". Різні джерела припускають різне розуміння поняття. Технічно це означає, що може існувати декілька підходів до планування підвищення стійкості надання цих послуг і це не дозволяє створення єдиної архітектури планувальних документів громади. На місцевому рівні це означає розробку методично

різних планів підвищення стійкості, які не можуть бути порівнюваними між собою та можуть бути агрегованими в плани адміністративних районів та областей.

Конкретизованою науково-практичною проблемою, вирішенню якої присвячена дана стаття, є встановлення понятійних ознак терміну "життєвоважлива послуга" та принципів раціональної класифікації послуг, що дозволить запровадити єдиний, універсальний підхід до визначення структури життєвоважливих послуг у територіальній громаді. У свою чергу, це є основною передумовою розробки та адаптації методики плану підвищення стійкості надавачів життєвоважливих послуг.

При дослідженні складу структури життєвоважливих послуг у територіальних громадах з точки зору підвищення стійкості надавачів таких послуг доцільно застосовувати комплекс методів наукового дослідження, які забезпечують багатовимірний аналіз цієї проблематики. У межах поточного дослідження це: порівняльний аналіз, за допомогою якого здійснюється ідентифікація взаємозв'язків між компонентами системи життєво важливих послуг, оцінка їхньої взаємозалежності та впливу на стійкість громади; контент-аналіз нормативно-правових документів, що дозволяє не лише надати термінологічний опис використовуваним поняттям, а й провести оцінку відповідності існуючих регуляторних актів сучасним викликам і потребам громад. І, насамкінець, використовуючи логічне узагальнення можна опрацювати інформацію, отриману під час збору даних про функціонування життєво важливих послуг, виявивши спільні риси, проблеми та фактори, що впливають на стійкість їх надавачів; визначити типові сценарії впливу різних факторів (економічних, соціальних, інфраструктурних тощо) на стійкість системи надання послуг; об'єднати різномірну інформацію в єдину теоретичну рамку, яка описує структуру життєво важливих послуг і механізми підвищення їхньої стійкості.

Розмежування державних та муніципальних послуг в Україні базується на масштабах їхнього впливу та рівнях владних повноважень. Державні послуги мають уніфікований характер і спрямовані на реалізацію загальнонаціональної

політики та захист прав громадян незалежно від місця їхньої реєстрації. Сюди належать базові адміністративні сервіси: оформлення паспортів, реєстрація суб'єктів господарювання, податковий супровід та соціальні виплати. Такі послуги здебільшого цифровізовані або надаються через мережу ЦНАП.

Натомість послуги місцевого самоврядування орієнтовані на запити конкретних територіальних громад. Їхній обсяг залежить від локальних ресурсів та пріоритетів розвитку. До цієї категорії входять житлово-комунальні послуги, благоустрій, управління закладами освіти та культури, а також організація роботи громадського транспорту. Ключова різниця полягає у суб'єктах фінансування та ступені адаптивності: якщо державні послуги суворо стандартизовані, то місцеві - гнучко підлаштовуються під потреби мешканців громади в межах повноважень, визначених Законом "Про місцеве самоврядування в Україні" [25].

Розподіл послуг на життєвоважливі та інші є значно складнішим та здійснюється на основі певної нормативно-правової бази в Україні. Основними документами, що регулюють це питання, є закони, постанови та інші акти, які визначають обов'язки держави та органів місцевого самоврядування у сфері надання послуг. Можна виокремити два основних підходи до аналізу законодавства щодо класифікації життєвоважливих послуг.

Перший підхід базується на законодавстві, яке опосередковано визначає можливі різновиди життєвоважливих послуг на основі аналізу прав та свобод громадян.

Зокрема Конституція України, як основний закон країни, що закріплює право громадян на отримання соціальних, медичних, освітніх послуг і захист прав людини. Відповідно ці послуги можна вважати життєвоважливими, тому що вони повинні бути забезпечені при будь-яких умовах, навіть кризових.

Закон України "Про соціальні послуги" (№ 2671-VIII) визначає, які послуги вважаються соціальними, їх види та умови надання. Цей закон регулює надання соціальних послуг, що є життєвоважливими для певних категорій населення [26].

Закон України "Про державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям" (№ 1768-III) регламентує порядок надання фінансової підтримки, що є необхідною для виживання [27].

Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" (№ 2801-XII) містить норми щодо доступності медичних послуг для населення, що робить їх життєвоважливими [28]. Постанови КМУ щодо медичних гарантій регламентують конкретні види медичної допомоги, що надається безкоштовно або на пільгових умовах.

Закон України "Про освіту" (№ 2145-VIII) визначає доступність освіти для всіх, але не всі освітні послуги є життєвоважливими в термінах виживання, хоча й важливі для розвитку суспільства [29].

Закон України "Про житлово-комунальні послуги" (№ 2189-VIII) встановлює норми надання комунальних послуг, які є життєвоважливими для забезпечення нормальних умов життя [30].

Закон України "Кодекс цивільного захисту України" (№ 5403-VI) визначає порядок реагування на надзвичайні ситуації, які вимагають термінового надання допомоги, що також включає життєвоважливі послуги [31].

Загальні міжнародні принципи права – права людини, що закріплені в міжнародних угодах, таких як "Загальна декларація прав людини", також впливають на визначення життєвоважливих послуг.

Другий підхід базується на законодавстві, яке прямо визначає поняття та складові життєвоважливих послуг. Обмеженням цього підходу є те, що визначальний вплив на поняття життєвоважливих послуг робить контекст того чи іншого закону.

Визначення терміну "життєвоважливі послуги" міститься в статті 1 Закону України "Про критичну інфраструктуру" [32]. У цій статті наведено ключові терміни та визначення, які стосуються критичної інфраструктури та її елементів, включаючи життєвоважливі послуги. Життєвоважливі функції та/або послуги – функції та/або послуги, реалізація яких забезпечується органами державної влади, органами місцевого самоврядування, установами, суб'єктами

господарювання та організаціями будь-якої форми власності, збої, переривання та порушення надання яких призводять до швидких негативних наслідків для національної безпеки.

Закон України "Про критичну інфраструктуру" (№ 1882-IX), прийнятий для посилення захисту та функціонування критично важливих об'єктів, визначає перелік секторів і об'єктів критичної інфраструктури, які мають особливе значення для національної безпеки та сталого розвитку країни. Критична інфраструктура охоплює об'єкти, порушення функціонування яких може призвести до значних втрат або дестабілізації.

Тому у контексті цього Закону, життєвоважливі функції або послуги визначаються через функціонал певних об'єктів критичної інфраструктури, які є на певній території. Тобто логіка цього Закону така – якщо об'єкт визнано об'єктом критичної інфраструктури, то і його діяльність (послуги або функції) є життєво важливою.

У "Концепції забезпечення національної системи стійкості до 2025 року" поняття "життєвоважливі послуги" визначається як послуги, які є критично важливими для функціонування суспільства та забезпечення безпеки, добробуту і життя населення [33]. Ці послуги визначаються через сфери, в яких вони надаються:

сфера охорони здоров'я – забезпечення доступу до медичних послуг, лікування та профілактики захворювань;

соціальна сфера – надання соціальних послуг та соціальної підтримки, допомоги малозабезпеченим верствам населення;

енергетична сфера – послуги з постачання електроенергії, газу та інших енергетичних ресурсів;

транспортна сфера – забезпечення мобільності населення та перевезення товарів;

комунальна сфера – послуги водопостачання, водовідведення, тепло- та газопостачання.

інформаційна сфера – послуги з функціонування та підтримки

критичних інформаційних систем, які забезпечують комунікації та обмін даними.

Просте порівняння тлумачень двох вище наведених нормативних актів дає підстави констатувати, що їхні набори життєвоважливих функцій/послуг є дещо різними, і базуються на основному контексті певного нормативного акту.

Також сутність та перелік життєвоважливих послуг можна аналізувати за межами вітчизняного законодавства, виходячи з рекомендацій ООН та ВООЗ, Європейських стандартів соціального захисту тощо.

Відповідно до них, життєвоважливі послуги визначаються на основі кількох ключових критеріїв, які враховують їхній вплив на основні потреби, безпеку, здоров'я та добробут громадян.

Послуги, пов'язані з основними потребами, це послуги, які забезпечують задоволення базових фізичних потреб, таких як харчування, вода, житло та медичне обслуговування. Якщо послуга критично важлива для фізичного виживання людини, вона вважається життєво важливою.

Послуги, пов'язані зі здоров'ям та безпекою, це послуги, які безпосередньо впливають на здоров'я населення або його безпеку. Наприклад, медичні послуги, що забезпечують лікування та профілактику захворювань, або послуги з надзвичайних ситуацій, які забезпечують реагування на кризові ситуації.

Послуги, пов'язані з соціальною підтримкою, це послуги, які допомагають людям у важких життєвих ситуаціях, таких як соціальні виплати для малозабезпечених або підтримка осіб з інвалідністю. Ці послуги сприяють соціальній стабільності та запобіганню бідності.

Послуги, пов'язані з захистом прав, це послуги, що гарантують захист прав і свобод громадян, такі як правова допомога або служби, що відповідають за правопорядок. Це важливо для забезпечення справедливості та стабільності в суспільстві.

Отже, визначення життєвоважливих послуг може варіюватися залежно від конкретного контексту певної території, економічних умов та соціальних потреб, тому важливо враховувати місцеві специфіки.

Таким чином, класифікація послуг на життєвоважливі та інші повинна стати результатом комплексного підходу, що враховує основоположні права громадян, соціальні потреби та державні зобов'язання. Нормативно-правова база забезпечує правову основу для надання та регулювання послуг, що є критично важливими для підтримки життєдіяльності населення.

В широкому розумінні, "життєвоважливі послуги" – це послуги, порушення надання яких може призвести до значних та швидких негативних наслідків для життя і здоров'я людей, національної безпеки, громадського порядку, довкілля, економіки або інших сфер функціонування держави та суспільства. До життєвоважливих послуг належать такі, які забезпечують базові потреби населення і критичні функції суспільства, стабільність державних і громадських інституцій, а також безпеку життєдіяльності людей.

З точки зору надавачів життєвоважливих послуг, з врахуванням усього вищезазначеного, можна виокремити два набори таких послуг. Перший – це набір послуг, що надають державні установи та установи органів місцевого самоврядування. Другий – це набір послуг, що надають офіційно визнані об'єкти критичної інфраструктури. Ці два набори є доволі різними і обидва набори є суттєво залежними від умов функціонування та життєдіяльності конкретних територіальних громад.

З цієї причини складання програми підвищення стійкості територіальної громади не може бути уніфікованим тому, що набори життєвоважливих послуг/функцій у кожній громаді відрізняються. Так само можуть відрізнятися і критерії віднесення тих чи інших установ до числа надавачів життєвоважливих послуг/функцій.

Також потребує попереднього вирішення питання – чия стійкість повинна підвищуватися – чи стійкість надання послуги, чи стійкість організацій-надавачів послуг.

За логікою, основний акцент зазвичай робиться на стійкості організацій або систем, які надають ці послуги, адже саме вони відповідають за стабільне функціонування, підтримку інфраструктури та готовність до швидкого

реагування на надзвичайні ситуації. Надавачі послуг, такі як енергетичні компанії, медичні установи або оператори транспортних мереж, повинні мати необхідні ресурси, плани відновлення і забезпечувати безперервність послуг у кризових умовах. Це означає, що їх стійкість є вирішальною для безперервності послуг, тоді як сама послуга залишається статичною потребою суспільства.

Проте підвищення стійкості послуг також є важливим і передбачає розробку альтернативних або резервних каналів надання. Наприклад, в електроенергетиці це означає розподілені джерела живлення (сонячні або вітрові станції) на випадок аварій, а у медичній галузі – використання мобільних лікарень. Отже, обидва підходи взаємопов'язані, але підвищення стійкості надавачів є ключовим фактором для забезпечення стійкості самих послуг.

За результатами проведеного аналізу, з врахуванням особливостей пілотних територіальних громад, виокремлено два набори життєвоважливих послуг, що надаються установами державної та місцевої влади (табл. 1.1) та об'єктами критичної інфраструктури (табл. 1.2).

Таблиця 1.1

Набір життєвоважливих послуг, що надаються установами державної та місцевої влади

Тип послуг	Види послуг	Приклади послуг	Нормативно-правова база
Державні послуги	Адміністративні послуги	Видача паспортів, реєстрація місця проживання, оформлення ID-карток, реєстрація бізнесу.	Закон України "Про адміністративні послуги" № 5203-VI; Закон України "Про Єдиний державний демографічний реєстр" № 5492-VI.
	Соціальні послуги	Призначення пенсій, допомоги з безробіття, соціальні виплати для малозабезпечених сімей, субсидії.	Закон України "Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування" № 1058-IV; Закон України "Про державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям" № 1768-III.
	Медичні послуги	Надання медичної допомоги, вакцинація, проведення операцій, санаторно-курортне лікування.	Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" № 2801-XII; Постанова КМУ про програму медичних гарантій.

Тип послуг	Види послуг	Приклади послуг	Нормативно-правова база
	Освітні послуги	Надання середньої, професійної, вищої освіти; сертифікація тощо.	Закон України "Про освіту" № 2145-VIII; Закон України "Про вищу освіту" № 1556-VII; Закон України "Про професійну (професійно-технічну) освіту" № 103/98-ВР.
	Податкові послуги	Надання консультацій, прийом декларацій, нарахування та контроль за сплатою податків.	Податковий кодекс України № 2755-VI.
	Дозвільні послуги	Видача ліцензій на діяльність, дозволів на будівництво, дозвіл на користування природними ресурсами.	Закон України "Про ліцензування видів господарської діяльності" № 222-VIII; Закон України "Про регулювання містобудівної діяльності" № 3038-VI.
Послуги органів місцевого самоврядування	Комунальні послуги	Водопостачання, тепlopостачання, водовідведення, утримання житлового фонду, вивезення сміття.	Закон України "Про житлово-комунальні послуги" № 2189-VIII.
	Благоустрій та розвиток територій	Утримання та ремонт місцевих доріг, озеленення, освітлення вулиць, облаштування громадських зон.	Закон України "Про благоустрій населених пунктів" № 2807-IV; Закон України "Про місцеве самоврядування в Україні" № 280/97-ВР.
	Соціальна допомога на місцевому рівні	Підтримка малозабезпечених сімей, допомога особам з інвалідністю, субсидії на оплату комунальних послуг.	Закон України "Про соціальні послуги" № 2671-VIII; Закон України "Про державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям" № 1768-III.
	Освітні та культурні послуги	Утримання дитячих садків, шкіл, бібліотек, музеїв, культурних центрів; проведення культурних заходів.	Закон України "Про місцеве самоврядування в Україні" № 280/97-ВР; Закон України "Про культуру" № 2778-VI.
	Транспортні послуги	Організація місцевого громадського транспорту, утримання зупинок і транспортної інфраструктури.	Закон України "Про автомобільний транспорт" № 2344-III; Закон України "Про місцеве самоврядування в Україні" № 280/97-ВР.
Спеціалізовані послуги	Екологічні та природоохоронні послуги	Управління відходами, контроль за використанням природних ресурсів, заходи з охорони навколишнього середовища.	Закон України "Про охорону навколишнього природного середовища" № 1264-XII; Закон України "Про відходи" № 187/98-ВР.
	Захист прав і свобод громадян	Захист прав споживачів, надання правової допомоги, забезпечення правопорядку.	Закон України "Про захист прав споживачів" № 1023-XII; Закон України "Про безоплатну правову допомогу" № 3460-VI; Закон України "Про Національну поліцію" № 580-VIII.

Тип послуг	Види послуг	Приклади послуг	Нормативно-правова база
	Послуги з питань оборони та надзвичайних ситуацій	Проведення мобілізації, заходи цивільного захисту, надання допомоги у надзвичайних ситуаціях.	Закон України "Про оборону України" № 1932-XII; Закон України "Про цивільний захист" № 5403-VI.
	Інформаційні та консультаційні послуги	Надання консультацій, інформування громадян з різних питань, зокрема економічних, соціальних та правових.	Закон України "Про інформацію" № 2657-XII; Закон України "Про звернення громадян" № 393/96-ВР.

Узагальнено автором.

В табл. 1.1 пропонується розподіляти на три окремі групи: державні послуги, послуги органів місцевого самоврядування та спеціалізовані послуги. Незважаючи на те, що усі три групи послуг надаються на території громади, надавачі мають різний статус та різний ступінь керованості з боку органу місцевого самоврядування. Державні та спеціалізовані послуги методично та процедурно не є залежними від впливу ОМС. ОМС лише ретранслює державний вплив на території громади.

Таблиця 1.2

Набір життєвоважливих послуг, що надаються об'єктами критичної інфраструктури

Категорія об'єкта критичної інфраструктури	Опис об'єкта	Критерії віднесення до критичної інфраструктури	Особливості застосування критеріїв на рівні територіальних громад і місцевого самоврядування
Енергетика	Об'єкти, що забезпечують виробництво, транспортування та розподіл електроенергії, нафти, газу, теплової енергії, включаючи АЕС, ТЕЦ.	<ul style="list-style-type: none"> - Значний вплив на національну енергетичну безпеку - Масштаб негативного впливу при порушенні роботи на економіку та суспільство - Висока залежність інших галузей від цих об'єктів 	Локальні енергопостачальні об'єкти можуть визначатися критично важливими для громад, особливо в умовах віддаленості та обмежених альтернативних джерел енергопостачання.
	Інфраструктура	- Критичне значення для	На місцевому рівні

Категорія об'єкта критичної інфраструктури	Опис об'єкта	Критерії віднесення до критичної інфраструктури	Особливості застосування критеріїв на рівні територіальних громад і місцевого самоврядування
Водопостачання та водовідведення	водозабезпечення, очищення води, управління водними ресурсами, системи водовідведення та очистки стічних вод.	здоров'я населення та санітарних умов	важливо враховувати залежність громади від місцевих водних ресурсів; об'єкти водозабезпечення можуть стати критичними, особливо в регіонах з обмеженими водними запасами.
		- Потенційний екологічний ризик у випадку аварій - Масштаб постачання води (чисельність населення або територія)	
Транспорт	Мережі та об'єкти залізничного, автомобільного, морського, річкового та повітряного транспорту, включаючи порти та аеропорти.	- Стратегічне значення для мобільності людей і вантажів	Визначення критичних транспортних об'єктів на рівні громад особливо важливе для віддалених або гірських населених пунктів, де транспортні об'єкти забезпечують життєво важливе сполучення з іншими населеними пунктами.
		- Високий ризик національних та міжнародних втрат при зупинці	
		- Залежність інших галузей і логістичних мереж від транспорту	
Інформаційно-комунікаційні технології	Об'єкти, що забезпечують роботу телекомунікаційних мереж, інтернету, систем передачі даних, зокрема дата-центри та кабельні мережі.	- Ключова роль у забезпеченні безпеки зв'язку та інформаційної інфраструктури	Місцеві об'єкти зв'язку можуть бути єдиними каналами комунікації, особливо для віддалених регіонів. Громади часто мають підвищену залежність від єдиного провайдера чи каналу зв'язку, що підвищує їхню критичність.
		- Масштаб охоплення послуг (національний або регіональний рівень)	
		- Значний ризик у разі кібератак	
Фінансовий сектор	Інфраструктура банківських установ, платіжних систем, фондових бірж, страхових компаній, важливих для фінансової стабільності країни.	- Вплив на макроекономічну стабільність і фінансові операції	Банківські та фінансові установи в громадах можуть бути єдиними пунктами доступу до фінансових послуг, що особливо критично для сільських територій з обмеженим доступом до фінансових сервісів.
		- Рівень загроз для платіжних систем при порушенні	
		- Кількість користувачів і масштаб фінансових операцій	
Охорона здоров'я	Лікарні, лабораторії, центри екстреної медичної допомоги, об'єкти зберігання ліків та медичних засобів, лабораторії біобезпеки.	- Критична важливість для збереження здоров'я та життя людей	Локальні медичні заклади, особливо віддалені лікарні, мають особливу значимість для здоров'я населення у громаді. Місцеві заклади часто є єдиними на значній території, що зумовлює їх критичний статус.
		- Масштаб потенційного ризику при зупинці (епідемії, спалахи)	
		- Вплив на життєзабезпечення населення	
Продовольча безпека	Підприємства, що забезпечують виробництво, зберігання,	- Значення для забезпечення населення продуктами харчування	Місцеві продовольчі склади й підприємства часто забезпечують постачання лише для конкретної
		- Рівень ризику при	

Категорія об'єкта критичної інфраструктури	Опис об'єкта	Критерії віднесення до критичної інфраструктури	Особливості застосування критеріїв на рівні територіальних громад і місцевого самоврядування
	транспортування та постачання продовольства, включаючи складські потужності.	порушенні ланцюгів постачання - Географічне охоплення і чисельність залежного населення	громади, що у разі їхнього порушення може спричинити дефіцит продуктів харчування та загрозу продовольчій безпеці.
Сфера державного управління	Урядові будівлі, центри прийняття рішень, об'єкти органів державної влади та місцевого самоврядування, важливі для національної безпеки.	- Вплив на процес прийняття критичних рішень на національному рівні - Ризики для національної безпеки при несанкціонованому доступі - Ключова роль у функціонуванні держави	Будівлі місцевих органів самоврядування, де приймаються рішення для громади, мають критичне значення в управлінні регіоном, особливо в періоди криз або надзвичайних ситуацій.
Оборона та безпека	Військові бази, склади боєприпасів, полігони, об'єкти оборонно-промислового комплексу, які забезпечують оборону країни.	- Прямий вплив на обороноздатність країни - Значні потенційні загрози при порушенні безпеки - Залежність інших об'єктів критичної інфраструктури від захисту оборонних об'єктів	Регіональні військові частини та склади мають критичний статус через вплив на обороноздатність не лише громади, а й сусідніх населених пунктів, особливо на прикордонних територіях.
Екологічна безпека та охорона довкілля	Об'єкти управління відходами, зони екологічного контролю, очисні споруди та об'єкти, що запобігають екологічним катастрофам.	- Критичний вплив на здоров'я населення та навколишнє середовище - Потенційні довгострокові ризики для природи та економіки - Наявність небезпечних матеріалів або відходів	Системи управління відходами і очисні споруди в громаді мають велике значення для здоров'я місцевого населення та екології. Особливо критичні вони для регіонів із підвищеним забрудненням навколишнього середовища.
Науково-дослідні та інноваційні об'єкти	Інститути, лабораторії та об'єкти, що забезпечують розвиток стратегічних наукових досліджень та інноваційних технологій.	- Важливість для технологічного прогресу та конкурентоспроможності - Значення для наукових розробок, що впливають на національну безпеку - Рівень залежності галузей від результатів досліджень	Розташовані в громадах дослідні центри можуть мати критичний статус, якщо вони забезпечують роботу інших важливих об'єктів або вносять вклад у технологічний розвиток стратегічного значення для громади.
Хімічна промисловість	Об'єкти з виробництва, зберігання та транспортування хімічних речовин, важливі для промисловості та	- Наявність небезпечних матеріалів, що можуть спричинити масштабні катастрофи - Критичне значення для промислового	Місцеві об'єкти хімічної промисловості є критичними для екологічної безпеки громади, особливо в регіонах із низькою стійкістю до хімічного

Категорія об'єкта критичної інфраструктури	Опис об'єкта	Критерії віднесення до критичної інфраструктури	Особливості застосування критеріїв на рівні територіальних громад і місцевого самоврядування
	можуть бути потенційно небезпечними.	виробництва - Ризик негативного впливу на навколишнє середовище	забруднення чи аварій на хімічних підприємствах.

Узагальнено автором.

Усі послуги, що надаються об'єктами критичної інфраструктури, є життєвоважливими, у той час послуги, що надаються установами державної та місцевої влади, можуть бути життєвоважливими, а можуть і не бути.

Але простий порівняльний аналіз двох наборів послуг, в табл. 1.1 та 1.2, свідчить, що перелік послуг, надаваних установами державної та місцевої влади, є значно ширшим ніж перелік тих послуг, що надаються об'єктами критичної інфраструктури. При цьому найбільш повне визначення поняття "життєвоважлива послуга" міститься саме в Законі України "Про критичну інфраструктуру". Тому фактично відбувається звуження поняття "життєвоважлива послуга" лише до тлумачень цього закону. У свою чергу, це суттєво звужує розуміння того, які заходи та впливи потрібні бути включеними до програм підвищення стійкості територіальної громади.

З метою понятійного впорядкування життєвоважливих послуг, як об'єктів планування в програмах підвищення стійкості територіальних громад, здійснено авторський розподіл життєвоважливих послуг (табл. 1.3), де відображено ієрархію послуг відносно їхніх надавачів на території окремої територіальної громади.

Таблиця 1.3

Розподіл життєвоважливих послуг за об'єктами критичної інфраструктури

Категорія об'єкта критичної інфраструктури	Забезпечувані державні послуги	Забезпечувані послуги органів місцевого самоврядування	Додаткові спеціалізовані послуги
Енергетика	Енергопостачання; Контроль енергетичної безпеки; Аварійне відновлення електроенергії та тепла	Локальне розподілення енергії; Моніторинг і техобслуговування локальних електромереж	Послуги з управління енергоефективністю; Спеціалізовані послуги для промислових підприємств
Водопостачання та водовідведення	Централізоване водопостачання; Контроль якості питної води; Екстрене водопостачання	Локальне водозабезпечення та обслуговування систем; Місцеве водовідведення та очищення	Спеціальні послуги для бізнесів (виробниче водопостачання, контроль промислових стоків)
Транспорт	Транспортна інфраструктура національного значення; Служба національного автотранспорту	Організація місцевих транспортних маршрутів; Управління місцевими шляхами та зупинками громадського транспорту	Логістичні послуги для спеціальних вантажів; Обслуговування регіональних аеропортів, портів, залізничних станцій
Інформаційно-комунікаційні технології	Національні послуги телекомунікацій; Інтернет-інфраструктура для державних установ; Кібербезпека	Місцеві мережі для адміністрацій та громад; Локальні точки доступу до телекомунікаційних послуг	Спеціалізовані послуги для бізнесів (наприклад, дата-центри, корпоративні мережі)
Фінансовий сектор	Державні банківські операції; Платіжні та транзакційні послуги; Фінансова безпека та стабільність	Надання банківських і фінансових послуг для громад; Контроль і допомога в місцевих фінансових операціях	Послуги спеціальних платіжних систем (наприклад, для місцевих ринків або комунальних послуг)
Охорона здоров'я	Національні програми вакцинації; Центри екстреної медичної допомоги; Державні лікарні	Локальні лікарні та медичні пункти; Місцеві послуги швидкої допомоги; Програми профілактичних оглядів	Спеціалізовані медичні послуги (наприклад, обслуговування великих підприємств або інфекційні лікарні)
Продовольча безпека	Державне забезпечення стратегічних запасів продовольства; Програми підтримки агросектору	Контроль на місцевих ринках; Підтримка місцевих сільськогосподарських підприємств	Спеціалізовані послуги для експорту продукції або забезпечення сезонних поставок
Сфера	Урядові сервіси	Послуги місцевих	Спеціалізовані послуги

Категорія об'єкта критичної інфраструктури	Забезпечувані державні послуги	Забезпечувані послуги органів місцевого самоврядування	Додаткові спеціалізовані послуги
державного управління	для громадян; Державні реєстри; Національні виборчі послуги	адміністрацій; Реєстрація місця проживання та ведення місцевих реєстрів	для бізнесів (реєстрація підприємств, дозвільні документи)
Оборона та безпека	Національна оборона; Державні служби безпеки; Протипожежна безпека	Місцеві підрозділи поліції та служби безпеки; Місцеві аварійно-рятувальні служби	Спеціалізовані захисні послуги для стратегічних об'єктів (охорона інфраструктури, патрулювання)
Екологічна безпека та охорона довкілля	Державний екологічний моніторинг; Програми збереження природних ресурсів	Локальний моніторинг екологічного стану; Контроль над місцевими звалищами, стоками	Спеціальні послуги для промислових підприємств (наприклад, утилізація небезпечних відходів)
Науково-дослідні та інноваційні об'єкти	Державні програми досліджень; Фінансування інновацій; Захист інтелектуальної власності	Підтримка місцевих ініціатив і стартапів; Впровадження інновацій у місцевих підприємствах	Спеціалізовані послуги консалтингу, лабораторії для тестування та перевірки нових технологій
Хімічна промисловість	Забезпечення стратегічних хімічних запасів; Контроль за хімічною безпекою; Стандарти виробництва	Контроль локальних хімічних підприємств; Ліцензування та моніторинг використання хімічних речовин у громадах	Спеціалізовані послуги для промислових підприємств (управління небезпечними речовинами, контроль за переробкою відходів)

Узагальнено автором.

Авторська позиція полягає в тому, що ключовим об'єктом планування у програмі підвищення стійкості територіальної громади повинен бути надавач життєвоважливої послуги, а не сама послуга. Зважаючи на це, класифікаційний розподіл життєвоважливих послуг в табл. 3 дозволяє дотриматися цього правила і планувати заходи підвищення стійкості територіальних громад до кризових ситуацій, викликаних припиненням або погіршенням надання важливих для їх життєдіяльності послуг чи для здійснення життєвоважливих саме у розрізі надавачів цих послуг.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Перший розділ обґрунтовує критичну необхідність системних змін у медичному забезпеченні сільських територій України, де значна частина населення позбавлена доступу до якісної допомоги. Автор доводить, що вирішення цієї проблеми покладено на органи місцевого самоврядування (ОМС), які мають впроваджувати три ключові напрями: створення стаціонарних пунктів (навіть без постійного персоналу), закупівлю пересувних медичних модулів та розвиток телемедицини. Аналіз світового досвіду (Швеція, Угорщина, Кенія, Індія) підтверджує, що такі заходи суттєво скорочують час надання консультацій та знижують рівень смертності. В українських реаліях успішні кейси Хутірської та Пришибської громад демонструють ефективність консолідації ресурсів та міжмуніципального співробітництва. Важливим теоретичним висновком є необхідність класифікації життєвоважливих послуг у громадах для забезпечення їхньої стійкості у повоєнний період. Встановлено, що об'єктом стратегічного планування має бути не сама послуга, а її надавач, що дозволить сформувати єдину архітектуру документів для відновлення територій.

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИЧНІ ТА ІНСТИТУЦІОНАЛЬНІ ЧИННИКИ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

2.1 Застосування непараметричних методів оцінки ефективності діяльності медичних закладів

Медичні реформи останніх років в Україні призвели до появи принципово нового об'єкта управління – комунального неприбуткового закладу охорони здоров'я, якими по суті стали усі державні заклади охорони здоров'я (надалі ЗОЗ). На відміну від приватних ЗОЗ, де критерій комерційної успішності закладений у систему управління з самого початку, державні ЗОЗ потрапили у ситуацію необхідності застосування критеріїв ефективності діяльності у власній системі управління зненацька, не маючи ніякого попереднього досвіду у цьому питанні. Відповідно керівники ЗОЗ, які стали генеральними директорами не лише за назвою, але й за виконуваними функціями, зіштовхнулися з новою реальністю – з необхідністю забезпечувати не лише профільну медичну ефективність діяльності, а – й економічну. Генеральні директори є лікарями за освітою та практичним досвідом і, відповідно, здебільшого не мають навичок ні застосування критеріїв економічної ефективності в управлінні, ні, тим більше, оцінювання процесів та результатів такого управління.

За логікою реформи держава повинна була розуміти відсутність таких навичок і запропонувати певні моделі оцінювання, які б, з одного боку, закривали інформаційно-аналітичні потреби керівників ЗОЗ, а, з іншого боку, були зрозумілими для використання на рівні професійних компетентностей лікаря. Але фактично держава запропонувала модель, яка складається по суті з показників статистичного обліку сфери охорони здоров'я, які існували і раніше, але тепер оздоблені у барвисті дашборди. Ніякої користі, окрім для ретроспективної статистичної оцінки, інформація з цих дашбордів не має. Але ЗОЗ змушені витрачати значну кількість часу та зусиль на збирання та обробку цих

статистичних показників.

Окремої актуальності ця ситуація набуває у випадку з закладами первинної медико-санітарної допомоги (надалі ПМСД), які є базою системи охорони здоров'я в країні. Заклади ПМСД характеризуються, перш за все, кількісним домінуванням: це чисельно основна частина ЗОЗ, тут працює переважна кількість керівників ЗОЗ, на ці заклади витрачається переважна частина державних коштів цієї сфери. Але, у той же час, керівниками закладів ПМСД стали лікарі, які працювали в них у дореформенний період і не мають достатніх управлінських компетенцій. Проблеми результативності управління закладів ПМСД переважним чином зумовлюють проблеми результативності управління усієї сфери охорони здоров'я в країні.

Актуальність даного дослідження формується у поєднанні двох наведених тез. З одного боку, є шалена потреба керівництва закладами ПМСД у простих та інформативних моделях оцінювання діяльності, а, з іншого боку, держава запропонувала для цього гранично примітивні підходи до оцінювання. Постала нагальна потреба в удосконаленні усієї системи інформаційно-аналітичного забезпечення управління у закладах ПМСД з врахуванням як сучасних вітчизняних реалій, так і передового світового досвіду.

Вітчизняні традиції оцінювання ефективності діяльності закладів ПМСД базуються на двох основних аспектах. По-перше, оцінювання виходить з того, що заклад ПМСД – це об'єкт публічного управління і підходи до його оцінювання повинні використовуватися подібні до тих, що використовуються відносно усіх об'єктів публічної сфери. У свою чергу, такі підходи, усі без виключення, базуються на співвідношенні витрат та отриманих результатів. Тобто, між показниками витрат та результатів повинен існувати функціональний зв'язок. По-друге, існує внутрішньогалузевий медичний підхід до оцінювання ефективності діяльності будь-яких закладів охорони здоров'я на основі поділу показників оцінки на три групи: показники медичної, соціальної та економічної ефективності. Що є першоджерелом такого підходу наразі встановити неможливо – пошукова система GOOGLE на запит "медична, соціальна та економічна

ефективність" видає більш ніж 1,7 мільйона неповторюваних результатів. При цьому, більшість науково-методичних джерел, що згадують ці терміни, використовують абсолютно ідентичні формулювання без будь-яких посилань на першоджерела. Використання поділу показників на три вказані групи зумовлює ключову аналітичну проблему – складність встановлення залежності поведінки показників різних груп між собою.

З технічної точки зору найпростіше оцінювання ефективності діяльності закладів ПМСД зводиться до формування рядів динаміки за певним показником та подальшим розрахунком параметрів цих рядів. Переважною більшістю таких рядів динаміки є нестационарні ряди, які характеризуються нестабільністю їхніх параметрів варіації. Але проблема полягає у тому, що переважна більшість оцінних характеристик у закладах охорони здоров'я є напів-якісними або якісними, тобто непараметричними. У свою чергу, це призводить до необхідності застосування непараметричних методів оцінювання ефективності, що, в кінцевому підсумку, значно ускладнює встановлення взаємозв'язку між поведінкою окремих показників та постановки висновків з метою регулювання або управління.

Зважаючи на це, інформаційні панелі або дашборди аналізу діяльності закладів ПМСД являють собою сукупність великої кількості показників, самостійно значущих, але невідповідних вимогам системи управління цими закладами.

У світовій практиці існує подібна проблема, що оцінні характеристики є непараметричними та ряди динаміки, які вони утворюють, є нестационарними. З метою вирішення цього, у світовій практиці, при кількісній оцінці ефективності діяльності закладів ПМСД, застосовуються більш складні економіко-статистичні методи оцінювання, до яких найчастіше відносяться: метод аналізу охоплення вхідних даних (DEA), модель розрахунку індексу Малмквіста та модель "Tobit". Два останніх – є радше способами уточнення та доповнення DEA. Це непараметричні підходи, які дають відносну оцінку, завжди залежну від певної точки порівняння.

Аналіз охоплення даних (DEA) — це непараметричний підхід, який

використовує лінійне програмування для побудови межі ефективності покрокової лінійної сегментації на основі передового досвіду [35, 35]. З методичної точки зору DEA — це метод дослідження відносної ефективності аналогічних блоків прийняття рішень з кількома входами і виходами у традиційному розумінні входів і виходів виробничої функції. Непараметричні методи не оперують заздалегідь визначеними параметрами виробничої функції, але, натомість, дозволяють визначити граничні виробничі функції, за якими вираховується максимально досягнуте співвідношення входів і виходів для кожного об'єкта аналізу.

DEA став ефективним інструментом для вимірювання ефективності охорони здоров'я з середини 1980-х років і широко використовується протягом останніх двох десятиліть [36]. Об'єктами оцінювання, у випадку DEA, найчастіше виступають заклади охорони здоров'я та окремі регіони, іноді оцінюються окремі медичні послуги. Вперше він був запропонований Charnes, Cooper, Rhodes в 1978 році [37], а потім доопрацьовувався багатьма вченими [напр. 38].

Важливим аспектом застосування DEA є орієнтація висновків та потенційних рішень на вхід або на вихід, тобто — які показники, входу чи виходу, є об'єктом прийняття рішень. Модель, орієнтована на вхід, зберігає поточний рівень обсягу діяльності постійним і мінімізує входи (напр., ресурси), тоді як модель, орієнтована на вихід, максимізує обсяг діяльності, зберігаючи при цій кількості входів постійним. Не менш важливим є аспект врахування факторів, що впливають на перетворення входів у виходи.

Крім того, загальний рівень розвитку країни має суттєвий вплив на набір показників для моделі DEA. Наприклад, середньодушові доходи населення не є важливим фактором для високорозвинених країн, але є надважливим для тих, що розвиваються.

Для країн, що мають низький та середній рівень розвитку, у моделі DEA пропонуються для використання такі показники: вхід (кількість медичних працівників, кількість ліжок, кількість устаткування та обладнання), вихід (кількість амбулаторних і екстрених відвідувань, кількість виписаних пацієнтів), фактори, що впливають (загальна чисельність населення регіону, доля міського

населення, ВВП на душу населення, питома вага лікарів та ліжок у закладах ПМСД).

Перші непараметричні моделі оцінки ефективності Charnes, Cooper, Rhodes передбачають постійну віддачу від масштабу, але пізніше Banker, Charnes, Cooper включили змінну віддачу від масштабу для урахування закладів, які не працюють у своєму оптимальному масштабі [39]. Цей фактор є важливим зокрема для України, де вибір закладу ПМСД залежить переважно від пацієнта, а, отже, оцінити потребу у медичних послугах для певного регіону досить складно. У таких випадках моделі управління закладами ПМСД є переважно орієнтованими на вхід, а не на вихід, у той час як для розвинених країн першочерговий інтерес представляють показники виходу.

Модель індексу Малмквіста — це різновид непараметричної моделі DEA, заснований на методі дослідження індексу продуктивності факторів, який вперше запропонував Малмквіст. У 1982 році Caves та ін. вперше запровадив індекс Малмквіста (MI) як індекс ефективності в галузі аналізу виробництва [40]. Модель індексу Малмквіста вимірює зміни продуктивності факторів виробництва з часом. MI поділяється на дві частини: технічні зміни і зміни технічної ефективності. MI, орієнтований на вхід, складається з чотирьох функцій відстані, які функціонально представляють виробничі методи з кількома входами та кількома виходами. Їх можна використовувати для характеристики ефективності, оскільки функція відстані є природним способом моделювання меж виробництва, оскільки відхилення та зміщення від цієї межі представляють зміни ефективності та технології відповідно. Еталонне значення MI – 1, значення більше 1 означає зростання продуктивності факторів виробництва і навпаки. У випадку з оцінкою ефективності діяльності закладів ПМСД індекс Малмквіста використовується традиційно – для індексування змін між показниками входу та виходу виробничої функції відносно нульового (еталонного) значення.

Модель "Tobit" є засобом доповнення DEA. Наприклад, технічна ефективність ЗОЗ, розрахована у межах моделі DEA, запропонованої Banker, Charnes, Cooper, стає залежною змінною, а основні фактори, що впливають на

діяльність ЗОЗ, досліджуються шляхом побудови регресійних моделей. Особливістю моделі "Tobit" є те, що оцінка параметрів регресії за допомогою регресійної моделі, заснованої на звичайному методі найменших квадратів, може спричинити зміщення оцінки через неповні дані, і, зважаючи на це, Tobin у 1958 році запропонував регресійну модель "Tobit", яка враховує цю обставину [41].

Зважаючи на допоміжну роль моделі "Tobit" і при цьому принципово важливою є якість формування вихідного масиву даних для проведення регресійного аналізу, можна вважати, що замість цієї моделі для уточнення може використовуватися будь-яка регресійна модель.

Отже, якщо виходити з того, що усі методи оцінювання ефективності є або компаративними, або стандартизованими, головна існуюча проблема оцінювання закладів ПМСД – відсутність релевантних саме стандартизованих підходів. Умовно кажучи, це загальносвітова проблема, яка пов'язана зі значною складністю визначення зв'язку між вхідними та вихідними факторами операційного процесу у закладах охорони здоров'я. Значно простіше ситуація, наприклад, у виробництві, де цей взаємозв'язок розкривається звичайною виробничою функцією, на основі параметрів якої можна досить просто робити висновки щодо ефективності.

Невирішеною проблемою залишається невідповідність за своїм призначенням масивів первинних даних для оцінювання та аналізу ефективності діяльності закладів ПМСД та "вторинних" економіко-статистичних моделей обробки цих даних з метою корисної інформаційної підтримки дій керівництва закладів. І головна частина проблеми полягає саме у структурі та змісті первинних даних, які не підходять ні під яку модель подальшої обробки з причини невідповідності системи збору масивів первинних даних ключовим вимогам та принципам формування таких масивів.

Проблематика застосування непараметричної моделі DEA у вітчизняній практиці починається з визначення відповідності первинних оцінних параметрів для застосування у версії моделі DEA, призначеної для сфери охорони здоров'я. Простіше кажучи, наскільки показники, які наразі традиційно

обраховуються закладами ПМСД, можуть слугувати вихідною базою для застосування у DEA. Моделі на кшталт DEA можуть надати корисний результат при обробці первинних даних – видалити вплив "білого шуму", видалити вплив статистичних викидів, виявити тренд, згладити його параметри до більш зручних і, головне, виявити та виміряти вплив значущих факторів на тренд – лише за умови наявності взаємозв'язку імовірнісної природи між первинними показниками. Якщо масив первинних показників не відповідає цій вимозі – модель DEA не зможе реалізувати свій потенціал.

З врахуванням превалюючого поділу оцінних характеристик на показники окремо медичної, соціальної або економічної ефективності, при якому перевага надається показникам співставлення витрат та результатів, автором формується гіпотеза щодо граничної складності застосування DEA на базі того загалу первинних показників, що обраховуються закладами ПМСД.

З метою перевірки гіпотези щодо взаємозв'язку динаміки окремих показників, які є об'єктами функціональної або статистичної звітності органів публічного управління у сфері охорони здоров'я та закладів ПМСД, проведено розрахунковий експеримент. Сутність експерименту полягає у порівнянні, за допомогою кореляції, тенденцій поведінки найбільш змістовних показників, деталізованих за регіонами України, що являє собою один з найпростіших різновидів параметричної оцінки, більш складної за алгоритмами, але значно простішої для тлумачення результатів. Метою експерименту є встановлення або невстановлення статистично значущого взаємозв'язку поведінки показників на основі застосування нескладного статистичного методу.

Показники узяті за 2021 рік з метою уникнення екстремального впливу воєнного стану на їхній рівень. Також показники попередньо поділені на 3 групи, що уособлюють вхід, вихід та фактори впливу у системі управління у вищерозглянутому контексті. Це дозволить дослідити взаємозв'язок поведінки показників як усередині груп, так і поміж групами. Набір показників наведено на рис. 2.1.

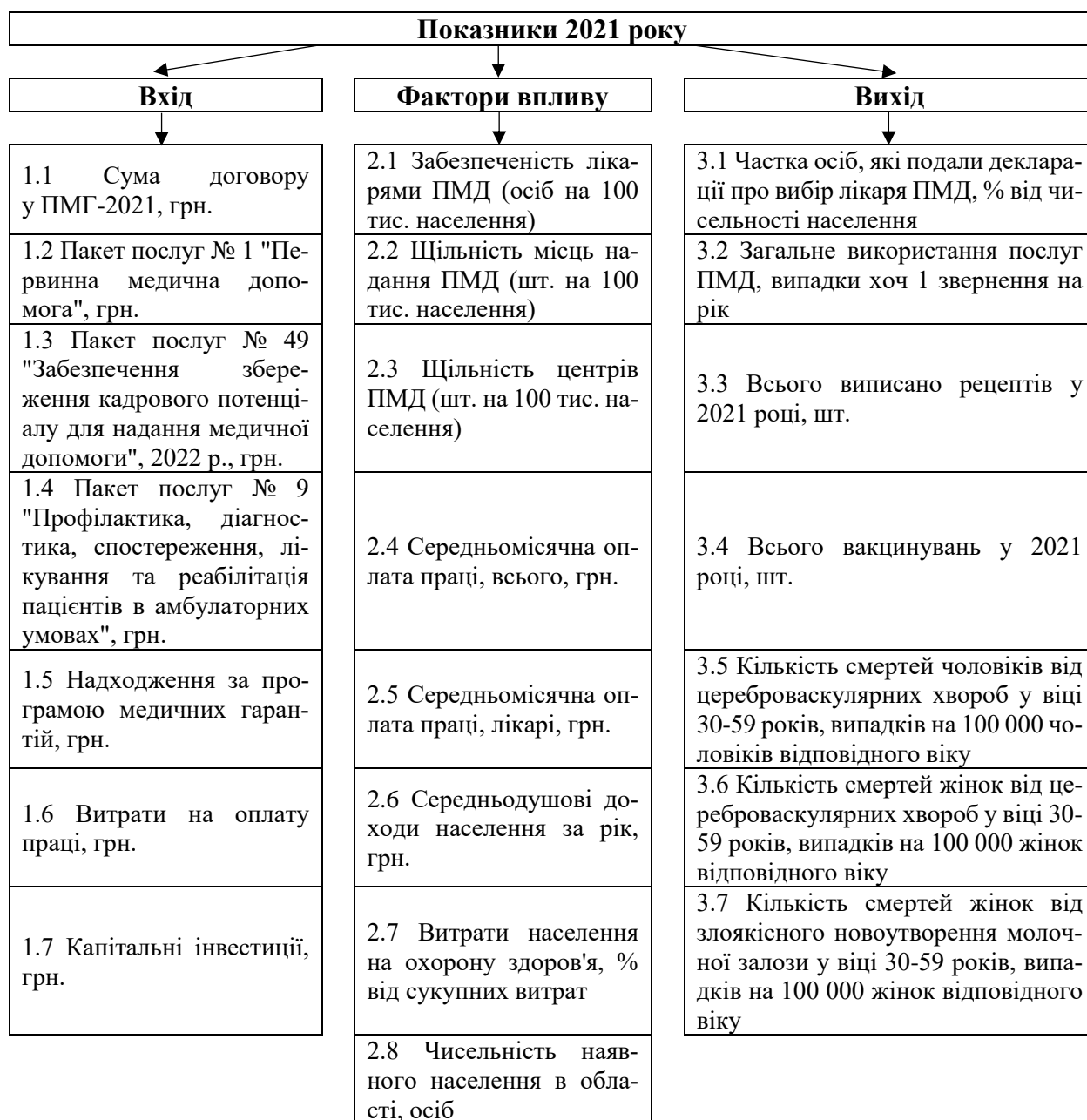


Рис. 2.1. Набір показників, обраних для визначення потенційного взаємозв'язку.

Розроблено автором.

Джерела даних за показниками: дашборди НСЗУ (<https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard>) та Державна служба статистики України (<https://www.ukrstat.gov.ua/>).

На рис. 2.2 та 2.3 наведено кореляційне поле – результати розрахунку парних коефіцієнтів кореляції між усіма використовуваними показниками. Для спрощення сприйняття різні фрагменти перетину рядків та стовпців кореляційного поля підсвічені градієнтом сірого кольору. Відповідно, уздовж головної

діагоналі поля розташовані каскад фрагментів, усередині яких наведені коефіцієнти кореляції між показниками однієї і тієї ж групи: входу, виходу чи факторів впливу. Інші три фрагменти, зліва від головної діагоналі, символізують взаємозв'язок між показниками різних груп. Також для спрощення кореляційне поле відображається у двох варіантах, з відфільтрованими коефіцієнтами кореляції: на рис. 2 – коефіцієнти більші ніж 0,7, на рис. 3 – коефіцієнти менші ніж 0.

Номери показників																								
	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7		
1.1	1,00																							
1.2	0,98	1,00																						
1.3			1,00																					
1.4	0,93	0,86		1,00																				
1.5	1,00	0,98		0,92	1,00																			
1.6	0,98	0,96		0,92	0,98	1,00																		
1.7	0,84	0,84		0,71	0,84	0,86	1,00																	
2.1								1,00																
2.2									1,00															
2.3								0,74		1,00														
2.4											1,00													
2.5											0,87	1,00												
2.6	0,71			0,72	0,70	0,78							1,00											
2.7														1,00										
2.8	0,73	0,72			0,74	0,75									1,00									
3.1								0,88								1,00								
3.2																	1,00							
3.3	0,86	0,85		0,80	0,86	0,79	0,73											1,00						
3.4	0,95	0,93		0,90	0,95	0,98	0,85						0,85					0,72	1,00					
3.5																				1,00				
3.6																					0,94	1,00		
3.7																0,81					0,79	0,73	1,00	

Рис. 2.2. Кореляційне поле, відфільтроване за коефіцієнтом кореляції $r > 0,7$

Аналізуючи дані рис. 2.2 можна зробити декілька висновків. По-перше, відмічається слабкий взаємозв'язок між показниками, що увійшли до вибірки загалом. Випадки статистично доведеного зв'язку, коли коефіцієнт більше 0,7, є нечисленними і, в основному, стосуються показників входу, зокрема вартісних. Це пояснюється простим функціональним зв'язком між вартісними показниками. Наприклад, вартість послуг за окремими пакетами є механістично

зв'язок носить парадоксальний характер. Наприклад, у зворотному зв'язку суми фінансування ПМГ та щільність місць та закладів ПМД. Тобто, чим менша щільність місць надання ПМД, тим більше фінансування цих закладів.

Отже, загалом слабкий взаємозв'язок між показниками як однієї групи, так і різних груп свідчить про те, що на їхній основі можна базувати лише ретроспективну оцінку, яка постфактум показує позитивну чи негативну динаміку змін окремого показника. Використовувати ці показники для перспективної оцінки, зокрема для управління у системі охорони здоров'я, неможливо тому, що неможливо визначити закономірності впливу змін у показниках, які регулюються, на зміни у результативних показниках.

Іншими словами, навіть попри широку вибірку показників для аналізу, результати цього аналізу свідчать про відсутність стійких тенденцій залежності показників, що характеризують вхідні умови з результативними показниками. Тобто цієї залежності математично просто не існує, хоча зрозуміло, що логічно вона повинна бути.

Базуючись на висновках Margaret E. Kruk et al. [42], слід їх доповнити вітчизняними національними особливостями. Наявність дуже великої кількості показників для оцінювання разом з несуттєвим взаємозв'язком поведінки показників один з одним свідчить про те, що домінуючим принципом відбору показників є статистична доступність та регулярність вихідних даних. Тобто відбір показників базується здебільшого на можливості їхнього забезпечення вихідними даними та зрозумілими алгоритмами розрахунку. При цьому має місце зловживання тим, що, по-перше, застосовується принцип – чим більше показників, тим краще, а, по-друге, надмірно використовуються показники ефективності витрат (на думку Vande Maele, Xu, Soucat et al. [43] для країн з невеликим рівнем доходу – це надважливий аспект, що спотворює результати оцінювання).

В кінцевому підсумку, це призводить до наповнення дуже специфічної медичної сфери аналізу неспецифічними, а просто статистично універсальними показниками. Тобто ключовою стає простота обрахунку показників, але не можливості їхнього аналізу та постановки корисних висновків. І у фіналі – дуже

важливі аспекти забезпечення ПМСД залишаються без відповідної аналітичної уваги і, як слідство, цим аспектам приділяється недостатня увага при формуванні та удосконаленні державної політики у сфері охорони здоров'я.

За результатами проведеного дослідження сформулюємо загальні авторські рекомендації щодо удосконалення процесів оцінювання ефективності діяльності закладів ПМСД. Рекомендації є залежними від виявлених недоліків, тому формуються каузальним методом. Шляхи імплементації рекомендації є напрямками подальших досліджень.

1. При формуванні сукупності показників для оцінювання ефективності діяльності ПМСД спостерігається зловживання показниками входу та факторів впливу, при явній недостатності показників виходу – або ж результативності. Серед показників входу особливо перевантаженою групою є різноманітні показники ефективності витрат, які переважно є функціонально залежними один від одного. Зважаючи на це, кількість використовуваних показників виходу необхідно збільшити, а входу, відповідно, зменшити. Окремою проблемою цього є те, що при оцінці діяльності систем управління ЗОЗ показників виходу використовується дуже мало і їх потрібно додатково конструювати, використовуючи накопичений світовий досвід.

2. Наступний недолік є логічним продовженням попереднього – серед використовуваних показників критично мало показників охоплення та потреб населення у конкретній громаді. Це не дозволяє зробити оцінку відкритою, тобто такою, яка буде кількісно характеризувати взаємодію закладу ПМСД з оточуючим середовищем. Таких показників також потрібно суттєво додавати, у тому числі шляхом конструювання нових. Обов'язкового більш широкого запровадження потребують показники якості доступу та якості надання медичних послуг на місцевому рівні.

3. Використовувані сукупності показників не структуровані у відповідності до їхніх користувачів. Залишається незрозумілим, які показники є підставою для прийняття рішень тими чи іншими особами, що приймають такі рішення. Більшість традиційно використовуваних показників призначена не для

використання керівництвом закладів ПСМД, а для зовнішніх користувачів - органів публічної влади, місцевого самоврядування. Або взагалі ні для кого не призначена – у показника просто немає користувача, його цінність суто статистична. Посилюється проблема надмірною залежністю сукупності показників від загальнодержавної політики оцінювання та інструментів фіксації вихідної інформації. Показники не створюються та не додаються у систему оцінювання на місцевому рівні, хоча місцеві обставини є дуже важливими, а іноді і вирішальними. Шляхом вирішення цієї проблеми є структуризація показників за напрямками інституційної взаємодії на місцевому рівні і рівномірне наповнення відповідними і адекватними показниками системи оцінювання за кожним напрямом. На перший погляд, складністю цього підходу є те, що будуть сформовані зовсім різні сукупності показників для закладів ПСМД для різних місцевих умов. Але це є загальноприйнятою світовою практикою. Є показники, що відображають відносини за інституційним напрямом – держава, і вони повинні бути універсальними. А є показники, що відображають відносини з локальним інституційним середовищем, і вони будуть своєрідними, тому що це середовище унікальне.

2.2 Особливості аналізу ефективності діяльності закладів охорони здоров'я

Нинішні зміни у галузі охорони здоров'я, які включають в себе використання передового світового досвіду та перші результати медичної реформи в Україні, створюють нові управлінські виклики у цій сфері. Зараз керівники закладів охорони здоров'я переважно займаються питаннями ефективного управління цими закладами, замість виключно медичних аспектів. Отже, у контексті цього, важливою задачею сучасної управлінської науки і практики є негайне надання керівникам різних закладів охорони здоров'я ефективних управлінських інструментів, які дозволять досягати необхідної ефективності в роботі цих закладів, при умові майже повної відсутності у них професійних управлінських

навичок, оскільки вони є колишніми лікарями.

До основних проблем аналізу ефективності діяльності закладів охорони здоров'я можна віднести:

невідповідність первинних статистичних даних, які збираються у закладах охорони здоров'я, внаслідок їхньої залежності від жорстких методик та вимог, встановленими державою для застосування економіко-статистичних методів обробки даних, що призводить до недостатньої корисності та проактивності узагальненої статистичної інформації, отриманої в результаті обробки;

неузгодженість оцінних характеристик діяльності закладів ПМСД з потребами оточуючого інституційного середовища, що значним чином знецінює результати оцінки, незважаючи на витрачені час та кошти для організації такого оцінювання. Оцінка закладів ПМСД базується на застосуванні статистично доступної інформації, а не потреб користувачів цієї оцінки.

Ключові аспекти вирішення вказаних проблем полягають у наступному.

Під час формування критеріїв ефективності ПМСД спостерігається методологічний перекис у бік вхідних ресурсів та факторів впливу за умови недостатньої представленості індикаторів кінцевого результату. Група показників економічної ефективності є перенасиченою та містить функціонально залежні елементи, що потребує перегляду структури оцінювання. Доцільно зменшити кількість вхідних показників на користь вихідних. Окремим викликом є розробка нових метрик результативності для систем управління галуззю, що вимагає адаптації передових світових практик.

Серед наявних показників, які використовують, надзвичайно обмежена кількість стосується охоплення населення та його потреб у конкретній громаді. Це обмеження унеможлиблює проведення відкритої оцінки, яка би кількісно характеризувала взаємодію місцевого закладу первинної медико-санітарної допомоги з оточуючим середовищем. Для досягнення цієї мети необхідно включити значно більше показників, включаючи створення нових показників. Важливо широко впроваджувати показники доступу до медичних послуг і якості надання цих послуг на місцевому рівні.

Сукупність використовуваних показників не відповідає потребам їхніх користувачів у структурованій формі. Неясно, які показники є основою для прийняття рішень різними особами, що здійснюють такі рішення. Більшість з традиційно використовуваних показників не призначені для використання керівництвом закладів первинної медико-санітарної допомоги, а для зовнішніх користувачів, таких як публічні органи та місцеве самоврядування. Або взагалі вони не мають жодного конкретного користувача – їх значення суто статистичне.

Проблема, яка посилюється, полягає у великій залежності сукупності показників від загальнодержавної політики оцінювання та інструментів збору початкової інформації. Показники не враховуються і не включаються до системи оцінювання на місцевому рівні, хоча місцеві обставини є надзвичайно важливими, а іноді навіть вирішальними. Розв'язанням цієї проблеми є структуризація показників за напрямками інституційної взаємодії на місцевому рівні і однакове включення відповідних і адекватних показників до системи оцінювання для кожного напрямку. Хоча на перший погляд цей підхід може бути складним, оскільки виникатимуть різні сукупності показників для закладів первинної медико-санітарної допомоги у різних місцевих умовах, але це є загальноприйнятою практикою в усьому світі. Існують показники, які відображають відносини на рівні держави, і вони повинні бути універсальними. Також існують показники, що відображають відносини з локальним інституційним середовищем, і вони будуть унікальними, оскільки це специфічне для кожного конкретного середовища.

Кожен заклад первинної медико-санітарної допомоги функціонує в унікальному та складному інституційному середовищі. Оцінка його ефективності повинна враховувати взаємодію з багатьма учасниками оточуючого середовища. Основою для цієї оцінки необхідно брати не лише вимоги та показники, що надходять від вищих ієрархічних органів, але й розуміння того, чому ці показники обираються і яку користь вони несуть. Оцінка, яка базується лише на зовнішніх вимогах, без розуміння сенсу та значення вимірюваних показників, є

неефективним підходом. Шляхом оцінки своєї ефективності заклад ПМСД повинен розуміти своє місце і результат у громаді або території, і, завдяки цьому розумінню, покращувати виконання своєї основної соціальної функції – дбайливого ставлення до здоров'я населення.

Далі, важливим етапом вирішення проблеми є формування систем показників. Сукупності показників, що застосовуються в даний час, не можна вважати справжніми системами показників в повному розумінні цього терміну. Ці сукупності не відповідають вимогам до систем показників, і тому ефективність процесу оцінювання значно нижча, ніж було бажано. Ключовими вимогами до системи показників є взаємозв'язок, доповнення та відсутність суперечностей у результатів вимірювання. Важливо розуміти, що більша кількість показників не завжди означає кращу систему. Існують приклади систем показників, що отримали міжнародне визнання, такі як "Система збалансованих показників" ("Balanced Scorecard"), "Управління вартістю" ("Value Based Management"), "Дюпон", "Панель приладів" ("Tableau de Board"), "Управління за цілями" ("Management by Objectives").

Крім іншого, система показників дозволяє оцінювати зміни не лише у рівні конкретних показників, а й у властивостях об'єкту оцінювання, що виражені цими показниками. Проще кажучи, структурування простих сукупностей показників у обґрунтовані системи дозволяє прискорити і здешевити процес оцінювання, забезпечуючи більш значущі результати. У випадку оцінювання діяльності закладів ПМСД рекомендується формувати сукупності показників з урахуванням структури елементів інституційного середовища.

У загальному контексті проблемою є те, що результати оцінювання ефективності не стають основою для відповідальності керівництва закладів ПМСД. Лише невелика кількість використовуваних показників відноситься до результатів роботи керівників закладів ПМСД, проте навіть у цьому випадку показники не є основою для підзвітності керівництва. Це зводить нанівець аналітичні зусилля. Якщо система оцінювання не використовується як основа для кадрової політики, існує ризик того, що показники просто будуть "декоративними",

оскільки ніхто не несе відповідальності за їхній рівень. При цьому оцінювальна система матиме обмежену цінність. Прив'язування ключових показників результативності до ключових показників ефективності керівництва змусить всіх більш уважно підходити до формування сукупностей показників та їх обчислення.

Один з найбільш перспективних напрямків подальших досліджень у контексті даної проблематики полягає в дослідженні взаємозв'язків з ключовим елементом оточуючого середовища закладу ПМСД – громадою та її потребами. Актуальним завданням сьогодення є оцінка рівня участі та ефективності залучення громади до діяльності закладів ПМСД.

2.3 Оцінювання потреб громад щодо доступу до медичних послуг

Адекватна оцінка потреб громади у медичних послугах є ключовим етапом у розробці та вдосконаленні системи охорони здоров'я та є важливим елементом будь-якої стратегії забезпечення якісної та доступної медичної допомоги в країні. Знання потреб громади у медичних послугах допомагає організаторам охорони здоров'я ефективно розподіляти ресурси, такі як медичний персонал, обладнання та фінансування. Це дозволяє забезпечити найважливіші медичні послуги там, де вони найбільш потрібні. Розуміння потреб громади у медичних послугах допомагає визначити напрямки розвитку системи охорони здоров'я та впровадження нових послуг або програм для задоволення цих потреб. Аналіз потреб громади допомагає ідентифікувати пріоритети у наданні медичних послуг та розробляти стратегії для покращення якості та ефективності цих послуг. Оцінка потреб громади допомагає виявити нерівності у доступі до медичних послуг між різними групами населення та регіонами. Це дозволяє приймати заходи для забезпечення рівного доступу до медичної допомоги для всіх. Задоволення потреб громади у медичних послугах сприяє покращенню загального стану здоров'я та благополуччя населення, що, в свою чергу, сприяє економічному зростанню та соціальному розвитку [44].

Отже, потреби громади у медичних послугах визначаються сукупністю медичних, психологічних, інформаційних та інших факторів, які впливають на здоров'я та благополуччя громади. Ці потреби можуть включати доступ до профілактичних медичних оглядів, лікування захворювань, надання невідкладної медичної допомоги, психологічної підтримки, реабілітаційних послуг тощо.

Потреби можуть варіювати в залежності від конкретних запитів та характеристик громади, таких як вікові групи, економічний статус, національна чи етнічна приналежність, географічні особливості тощо. Особливу увагу також слід звертати на доступність медичних послуг для вразливих груп населення, таких як люди з інвалідністю, малозабезпечені чи бездомні.

Забезпечення відповідної медичної допомоги, що відповідає потребам конкретної громади, є важливим аспектом громадського здоров'я та розвитку системи охорони здоров'я.

Особливості визначення потреб населення у громадах щодо доступу до медичних послуг можуть суттєво відрізнятися для первинної медико-санітарної допомоги та вторинної-третинної медичної допомоги.

Оцінка потреб населення щодо доступу до послуг первинної медицини ґрунтується на таких ключових принципах:

1. Врахування географічних особливостей громади. У великих містах, де населення сконцентроване, може бути важко забезпечити однаковий доступ до медичних закладів усім мешканцям. У віддалених районах чи сільській місцевості може виникати проблема з віддаленістю від медичних закладів.

2. Врахування економічного стану переважної частини населення громади. Люди з низьким доходом можуть мати обмежений доступ до медичних закладів через вартість медичних послуг, відсутність страховки або недостатність фінансування програм державного забезпечення.

3. Врахування вікової структури населення громади. Деякі групи населення, такі як діти, літні люди або люди з хронічними захворюваннями, можуть мати особливі потреби в медичних послугах, які можуть вимагати спеціалізованого підходу або доступу до певних видів медичної допомоги.

4. Врахування культурних та етнічних особливостей. Етнічні та культурні різниці можуть впливати на сприйняття медичних послуг та впевненість у їх якості. Наприклад, громади з іншим мовним або культурним фоном можуть потребувати послуги медичного перекладу або культурної адаптації.

5. Врахування ступеня фізичної доступності медичних послуг. Наявність медичних закладів та їх обладнання, а також наявність кваліфікованого медичного персоналу, можуть впливати на доступність медичних послуг у громаді.

Натомість, оцінка потреб населення у громадах щодо доступу до медичних закладів вторинної та третинної медицини ґрунтується на інших принципах.

1. Врахування складності медичних випадків. Громадяни можуть потребувати доступу до спеціалізованих медичних послуг та консультацій для лікування складніших медичних випадків, які вимагають вторинної або третинної медичної допомоги, наприклад, онкологічні захворювання, серцево-судинні хвороби тощо.

2. Врахування доступності до спеціалізованих медичних послуг. Громадяни можуть потребувати доступу до спеціалізованих медичних закладів, які надають конкретні види медичних послуг, такі як хірургічні втручання, онкологічна терапія, неврологічна допомога та інші.

3. Врахування доступності діагностичних процедур та обстежень. Деякі випадки потребують додаткових діагностичних процедур та обстежень, які доступні переважно у медичних закладах вторинної та третинної медицини, наприклад, комп'ютерна томографія (КТ), магнітно-резонансна томографія (МРТ), ендоскопія тощо.

4. Врахування необхідності довгострокової реабілітації та післяопераційної допомоги. Після лікування складних медичних станів громадяни можуть потребувати реабілітаційних послуг та післяопераційної допомоги, які надаються у медичних закладах вторинної та третинної медицини.

5. Врахування доступності експертної консультації та другої думки. Громадяни можуть шукати доступ до експертних консультацій та другої думки у спеціалістів з різних галузей медицини, які часто доступні у медичних закладах

вторинної та третинної медицини.

Отже, забезпечення доступу до відповідних медичних закладів та послуг вторинної та третинної медицини є важливим саме для забезпечення повного циклу медичного обслуговування населення та підтримки громадського здоров'я.

Україна, подібно до багатьох інших країн, має свої унікальні особливості та проблеми щодо доступу до медичних закладів різних рівнів. Ключові відмінності в проблемах доступу до закладів первинної та вторинної-третинної медичної допомоги в Україні можна визначити у наступний спосіб.

Проблеми первинної медичної допомоги:

проблема доступу до закладів первинної медичної допомоги в Україні часто пов'язана з недостатньою кількістю медичних працівників, особливо в сільських районах та маленьких містечках;

брак фінансування та нестабільна ситуація у сфері медичного обслуговування можуть призводити до недостатнього забезпечення необхідними медичними препаратами та медичним обладнанням.

Проблеми вторинної-третинної медичної допомоги:

у великих містах проблеми доступу до закладів третинної медичної допомоги можуть включати довгі черги на прийом до спеціалістів та обмежений доступ до складних медичних процедур та обстежень через обмеженість обладнання та фахівців;

відсутність фінансування та недостатня об'єктивність у визначенні пріоритетів для фінансування може обмежувати можливості закладів третинної медичної допомоги у наданні якісних послуг.

Загальні проблеми [45, 46]:

доступ до медичних послуг може значно відрізнятися в залежності від регіону. В Україні, наприклад, доступ до медичних послуг може бути кращим у великих містах порівняно з сільськими районами через різницю у розвитку інфраструктури та кількості медичних закладів;

проблеми корупції та неефективності у системі охорони здоров'я можуть

ускладнювати доступ до медичних послуг на будь-якому рівні. Це може включати плату за отримання послуг, незаконні обмеження у доступі до лікування чи відмову у наданні послуг через неправомірні причини.

Загалом, проблеми доступу до медичних послуг у всіх рівнях медичної допомоги в Україні вимагають системних змін і покращень, таких як удосконалення фінансування, підвищення кількості медичних працівників, поліпшення інфраструктури та боротьба з корупцією.

Враховуючи вищенаведені принципи оцінювання, рекомендується вимірювати доступність населення до первинних медичних послуг в громаді за допомогою наступних показників та методів оцінки.

1. Оцінка кількості медичних закладів. Один з найпростіших способів виміряти доступність медичних послуг – це розглянути кількість медичних закладів у певній громаді. Це включає лікарні, поліклініки, сімейні клініки та інші заклади первинної медичної допомоги.

2. Оцінка кількості медичних працівників. Інший важливий показник – це кількість медичних працівників, доступних для надання послуг у громаді. Це може включати лікарів, медичних сестер, фельдшерів та інший медичний персонал.

3. Оцінка фізичного покриття населення медичними послугами. Дослідження можуть оцінювати, який відсоток населення громади має доступ до медичних послуг. Це може бути виміряно за допомогою різних метрик, таких як відстань до найближчого медичного закладу чи час очікування на прийом до лікаря.

4. Оцінка фінансування та доступності медичних програм. Дослідження можуть аналізувати рівень фінансування програм первинної медичної допомоги у громаді та їхню доступність для різних груп населення. Наприклад, дослідження можуть вивчати доступність безкоштовних або субсидованих програм для малозабезпечених груп.

5. Оцінка якості наданих медичних послуг. Якість наданих медичних послуг також є важливим показником доступності. Дослідження можуть

оцінювати, наскільки ефективно та якісно надаються медичні послуги у громаді, а також задоволення клієнтів цими послугами.

Загальна картина доступності медичних послуг у громаді може бути складною, і важливо враховувати різні аспекти та показники при оцінці. Комбінація цих показників може допомогти зрозуміти рівень доступності медичних послуг та ідентифікувати можливі проблемні місця для подальшого вдосконалення системи охорони здоров'я.

Для вимірювання доступності населення громади до вторинних та третинних медичних послуг можна використовувати подібні показники та методи, але з урахуванням специфіки цих рівнів медичної допомоги. Для цього пропонуються наступні методи та підходи.

1. Оцінка кількості та розташування спеціалізованих медичних закладів. Аналогічно до первинної медичної допомоги, вимірювання доступності до вторинних та третинних медичних послуг може розглядати кількість лікарень, клінік та інших спеціалізованих закладів у громаді та їх географічне розташування.

2. Оцінка кваліфікації медичного персоналу. Оцінка доступності вторинних та третинних медичних послуг може також включати аналіз кількості та якості медичних фахівців, що працюють у цих закладах, таких як лікарі-спеціалісти, хірурги, онкологи, неврологи тощо.

3. Оцінка доступності обладнання та технологій. Доцільно вивчати наявність та доступність спеціалізованого медичного обладнання та технологій у медичних закладах вторинного та третинного рівнів. Це може включати діагностичне обладнання (КТ, МРТ, ендоскопія), хірургічне обладнання та інше.

4. Оцінка часу, витраченого на очікування, прийом та обслуговування. Для вимірювання доступності медичних послуг також важливо дослідити час очікування на прийом до спеціаліста та час, необхідний для отримання потрібного медичного втручання.

5. Оцінка доступності медичних програм та процедур. Вивчення доступності різних медичних програм та процедур у медичних закладах вторинного та третинного рівнів, таких як онкологічна терапія, хірургічні втручання,

реабілітація тощо.

6. Оцінка якості та задоволеності користувачів. Нарешті, важливо враховувати якість наданих медичних послуг та задоволеність користувачів ними, що може бути виміряно через опитування пацієнтів, огляди медичних закладів та аналіз статистичних даних.

Отже, загальна оцінка доступності вторинних та третинних медичних послуг в громаді може бути складною, і важливо враховувати різні аспекти та показники при оцінці, зокрема потреби та характеристики самої громади.

У якості висновків слід вказати наступне. Незважаючи на подібність підходів до оцінювання, для первинної допомоги ключовою є фізична доступність до закладів та фахівців, для вторинної та третинної – доступність до передових медичних технологій.

Загальною тенденцією є те, що фізична доступність до медичних закладів важлива для всіх рівнів медичної допомоги, але для різних рівнів медичної допомоги можуть мати свої особливості. Для первинної медичної допомоги, де основний акцент ставиться на профілактиці, діагностиці та лікуванні загальних медичних станів, ключовою є фізична доступність до закладів, особливо для вразливих груп населення та тих, хто мешкає в віддалених або недосяжних регіонах.

Для вторинної та третинної медичної допомоги, де зазвичай надаються спеціалізовані та складніші медичні послуги, важливою є доступність до медичних технологій, кваліфікованих спеціалістів та спеціалізованих медичних закладів. Це включає доступ до дороговартісних медичних обладнань, таких як КТ, МРТ, лазерні технології тощо, які допомагають у діагностиці та лікуванні складних захворювань. Також важлива якість послуг та можливість отримати другу думку від спеціалістів.

Різниця у підходах до оцінювання зумовлює різницю у підходах до збирання первинної статистичної інформації та вибудовування комунікаційної стратегії між закладами охорони здоров'я в громаді та її населенням.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Другий розділ розкриває інституційну трансформацію медичних закладів у комунальні некомерційні підприємства, що вимагає від керівників-лікарів опанування навичок економічного управління. Виявлено суттєвий розрив між примітивними державними дашбордами та реальними потребами менеджменту ЗОЗ. Проведений розрахунковий експеримент на основі даних 2021 року математично довів відсутність стійкого зв'язку між обсягами фінансування (входом) та результативними показниками здоров'я населення (виходом). Це свідчить про домінування принципу «статистичної доступності» над аналітичною змістовністю даних. Для подолання цієї кризи рекомендовано впроваджувати непараметричні методи оцінки (DEA, модель Малмквіста), які дозволяють будувати межі ефективності навіть для якісних показників. Ключовим акцентом має стати перехід від аналізу витрат до вимірювання реального охоплення та потреб населення в громадах. Важливим елементом управління визначено прив'язку результатів оцінювання до персональної відповідальності (KPI) керівництва, що стимулюватиме якість медичного обслуговування.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ТЕРИТОРІАЛЬНИХ ГРОМАДАХ

3.1 Удосконалення оцінки діяльності медичних закладів у взаємодії з елементами інституційного середовища

Ключовим аспектом реформування системи охорони здоров'я в Україні є перегляд не лише медичної, а й інституційної ролі закладів первинної медико-санітарної допомоги (надалі ПМСД), що припускає участь закладів ПМСД та складових оточуючого інституційного середовища у так званому глобальному діалозі. Ця участь повинна виходити за межі контексту надання та використання медичних послуг та стати ключовим фактором реалізації здоров'я як права людини.

Алма-Атинська декларація (пізніше Декларація Астани) про первинну медико-санітарну допомогу визначила, що люди мають право брати індивідуальну та колективну участь у плануванні та здійсненні своєї медичної допомоги [47]. Поєднання факту виключної важливості ПМСД у житті людей та права людей, або у ширшому розумінні загалом учасників інституційного середовища, впливати на сферу охорони здоров'я неодмінно призводить до актуалізації проблеми оцінки та аналізу взаємних впливів у цих відносинах.

У найпростішому розумінні участь інституційного середовища найчастіше розглядається як втручання для покращення результатів здоров'я, а не як процес реалізації та підтримки програм охорони здоров'я для підтримки цих результатів. Щоб зрозуміти зв'язок між участю інституційного середовища та покращенням результатів у сфері охорони здоров'я, потрібні нові підходи до оцінювання цих процесів.

Сучасні вітчизняні підходи до оцінювання діяльності закладів ПМСД базуються здебільшого на традиціях статистичного обліку. Сукупність використовуваних оцінних показників є залежною від ступеня інформаційного та

статистичного забезпечення вихідною інформацією. Питання, наскільки результати оцінювання є корисними для аналізу взаємодії закладу ПМСД та оточуючого середовища, взагалі майже не підіймаються. Але, з іншого боку, учасники оточуючого середовища, зокрема громади, не розуміють, що відбувається у закладах ПМСД та, відповідно, не розуміють – на чому будувати той глобальний діалог.

Отже, актуальною проблемою сучасного етапу медичної реформи в Україні є зміна підходів до оцінювання ефективності діяльності закладів охорони здоров'я як з метою удосконалення внутрішніх управлінських процесів, так і з метою удосконалення взаємодії з елементами інституційного середовища.

У світовій практиці, при кількісній оцінці ефективності діяльності закладів ПМСД переважно застосовуються економіко-статистичних методів оцінювання, до найбільш вживаних з яких відносяться: метод аналізу охоплення вхідних даних (DEA) [48,49,50,51], модель розрахунку індексу Малмквіста [52] та модель "Tobit" [53]. Два останніх – є способами уточнення та доповнення DEA. Це непараметричні підходи, які дають відносну оцінку, завжди залежну від певної точки порівняння.

Аналізуючи сутність цих методів можна зрозуміти, що світова практика оцінювання ефективності діяльності закладів охорони здоров'я базується на застосуванні підходу, подібного до оцінювання ефективності за виробничою функцією, де оцінюються окремо показники входу, виходу та фактори впливу. Сучасна адаптація цього підходу саме до сфери охорони здоров'я полягає лише у специфічній інтерпретації факторів впливу. Наприклад, у дослідженні [54] запропоновано оцінювати ефективність та якість системи охорони здоров'я у вигляді входів (робоча сила, інструменти, обладнання, приміщення тощо), процесів догляду (дотримання рекомендацій, комунікація тощо) та результатів (захворюваність, смертність, охоплення тощо). Тобто при цьому підході показники процесів догляду стають факторами впливу. Автор цього дослідження підкреслює складність визначення методик оцінювання ефективності у системі охорони здоров'я та ще більшу складність формування масиву вихідних даних, що

у сукупності могло б забезпечувати необхідну статистичну достовірність та надійність результатів оцінювання. Тому вони рекомендують дивитися на можливі джерела інформації для оцінювання значно ширше (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Можливі джерела вихідної інформації оцінювання ефективності та якості у системі охорони здоров'я

Джерела даних	Можливі напрями оцінки та аналізу
Формальні адміністративні дані (наприклад, базовані на helsi.me та nszu.gov.ua)	Контроль роботи закладу та його керівництва; моніторинг стану здоров'я на рівні громади та регіону; наслідки медичної допомоги для здоров'я за зверненнями населення.
Медичні картки (у т.ч. електронні)	Контроль роботи закладу та його керівництва; визначення потреб у медичній та клінічній допомозі; моніторинг стану здоров'я на рівні громади та регіону.
Опитування населення	Дослідження як користувачів, так і некористувачів системи охорони здоров'я; вивчення досвіду пацієнтів щодо звернень та результатів медичної та клінічної допомоги; дослідження ступеня охоплення закладами охорони здоров'я потреб населення, впевненості та економічної вигоди; можливість відпрацьовувати на населенні інноваційні методи оцінювання.
Оцінка матеріальних об'єктів	Оцінка робочої сили, інструментів, обладнання, джерел фінансування для багаторівневого порівняльного аналізу; дослідження точки зору користувача матеріальними об'єктами у системі охорони здоров'я.
Реєстри пацієнтів	Відстежування досвіду, про який повідомляють пацієнти, і вимірювання результатів протягом певного часу.
Система реєстрації актів цивільного стану	Моніторинг стану здоров'я населення для прогнозів і планування.

Джерело: складено автором на основі [54].

З іншого боку, оцінка діяльності закладів сфери охорони здоров'я повинна корелювати з напрямками державної політики у сфері охорони здоров'я. Ці напрями за своєю структурою дуже різноманітні, що потребує різних за суттю засобів оцінювання. Перший умовний блок напрямів державної політики потребує порівняння взаємодії з елементами інституційного середовища між собою та порівняння у часі. Наприклад, це ефективність реалізації програми

державних медичних гарантій. Для цього використовуються переважно економіко-статистичні методи із загальновідомими методиками оцінювання та трактування результатів. Другий умовний блок напрямів державної політики потребує оцінювання ефективності та результативності конкретного закладу охорони здоров'я безвідносно до інших або до певної референтної точки порівняння. Наприклад, це оцінювання результативності діяльності керівника закладу. Тут ситуація складніша і з методичної, і з методологічної точки зору. Загальноприйнятими є лише показники описової статистики, системи спеціалізованих показників допоки не існує.

Аналіз наукових досліджень у сфері оцінювання ефективності закладів охорони здоров'я призводить до двох ключових висновків. По-перше, будь-яке оцінювання закладів сфери охорони здоров'я є непрямим, опосередкованим, а, відповідно, ймовірнісним, так як показники входу та виходу системи не є функціонально пов'язаними. По-друге, сама по собі адекватна методика оцінки ефективності закладів охорони здоров'я не є запорукою успішного управління цією ефективністю – перш за все, результати оцінки та аналізу повинні діставатися агентів, здатних і уповноважених використовувати її для здійснення змін у системі охорони здоров'я. Для цього методика оцінки повинна вбудовуватися у ланцюг прийняття рішень, в межах певного середовища, починаючи із засад визначення державної політики у сфері охорони здоров'я і закінчуючи громадським контролем за діяльністю закладів охорони здоров'я.

Загальноприйнято, що діяльність закладів ПМСД є основою системи охорони здоров'я в країні. Ефективність діяльності ПМСД та доступність медичної допомоги розглядається як один з ключових засобів досягнення Цілей сталого розвитку.

Розглядаючи проблематику оцінювання діяльності закладів ПМСД обов'язково спочатку потрібно говорити про загальний контекст діяльності цих закладів та оцінювання цієї діяльності.

До медичної реформи в Україні планування ПМСД здійснювалося на регіональному рівні та консолідувалося на національному рівні. Це планування

було частиною бюджетного планування в країні та не було частиною процесів партисипативного управління на рівні окремих громад. У відповідності до цього, політика та цілі ПМСД були централізованими та мало відповідними потребам громади. Натомість, за рахунок децентралізації, держава намагалася досягти уніфікованого за формами державного контролю, контрольованості ризиків та відповідальності керівництва закладами.

Такий підхід нехтував можливостями залучення громади та розширенням її можливостей, а також зміцненням місцевих систем охорони здоров'я за рахунок інноваційних та швидких втручань.

Медична реформа дозволила наблизитися до вимог "Декларації Астани", де ПМСД базується на трьох ключових принципах: (1) первинна медична допомога та основні функції громадського здоров'я як ядра інтегрованих медичних послуг; (2) наділені повноваженнями люди та громади; та (3) багатосекторальна політика та дії [47].

Але, як не дивно, медична реформа в Україні, незважаючи на наміри наближення до світових стандартів, навпаки ускладнила оцінювання ефективності закладів ПМСД та додала до оцінювання низку загальносвітових проблем. Якщо у дореформеній системі охорони здоров'я існували переважно методологічні та методичні складності оцінювання, то наразі до них додалися інституційні.

До ключових причин, що зумовлювали методологічні та методичні складності оцінки, відноситься занадто централізоване управління закладами ПМСД. Це призводило та призводить до переоцінки важливості показників входу порівняно з іншими. Показники входу переважно складаються з ресурсних та фінансових. На практиці це означає, що в Україні занадто захоплюються аналізом показників витрат закладів ПМСД і ефективність діяльності закладу підмінюється ефективністю використання витрат.

Обмежувати оцінювання ефективності ПМСД лише на основі дослідження витрат є малодоцільним. У багатьох дослідженнях, зокрема [48,55,56] вказується на те, що майже неможливо встановити причинно-наслідковий

зв'язок між витратами на ПМСД та результатами для здоров'я населення. Загалом визнається, що ефективність витрат на ПМСД та тенденції цієї ефективності наразі невідомі та статистично значущого зв'язку між витратами на ПМСД та іншими показниками широких переваг у сфері охорони здоров'я, такими як смертність серед дорослих у будь-якому віці, тягар інфекційних і неінфекційних захворювань та індекс ефективного охоплення не знаходиться [56]. У кожній країні застосовуються власні алгоритми та методики оцінювання витрат, що базуються на національних системах збирання даних.

Стосовно інституційних складнощів у публікації колективу авторів під керівництвом Margaret E. Kruk відзначається: "...пропонується оцінювати системи охорони здоров'я насамперед за їхнім впливом, включаючи покращення здоров'я та його справедливий розподіл; на довіру людей до своєї системи здоров'я; на їхню економічну вигоду, і процеси догляду, що складаються з компетентного догляду та позитивного досвіду користувача. Основи високоякісних систем охорони здоров'я включають населення та його потреби та очікування щодо охорони здоров'я, управління сектором охорони здоров'я та партнерство між секторами, платформи для надання медичної допомоги, кількість та навички робочої сили, а також інструменти та ресурси, від ліків до даних. Високоякісні системи охорони здоров'я повинні ґрунтуватися на чотирьох цінностях: вони призначені для людей, вони справедливі, стійкі та ефективні" [54]. Простіше кажучи, майже усі запропоновані до використання оцінні характеристики у системі охорони здоров'я є інституційними. На їхній основі оцінюється, перш за все, інституційна взаємодія за показниками, що відносяться і до входу, і до виходу, і до факторів впливу у системі. Це зумовлює виключну цінність результатів оцінки, але дуже ускладнює її проведення.

У якості прикладу сучасних підходів до визначення умовно інституційних напрямів оцінки закладів ПМСД саме для країн з низьким та середнім рівнем доходу можна навести ініціативу PRIMASYS та Ініціативу ефективності первинної медичної допомоги [57].

PRIMASYS визначає набір ключових напрямів оцінювання: 1) політику

та системи первинної медичної допомоги (наприклад, успіхи та невдачі реформування системи первинної медичної допомоги); 2) управління та архітектура системи; 3) фінансування; 4) людські ресурси; 5) планування, впровадження, моніторинг, оцінка та інформаційні системи; 6) регулятивні процеси; 7) участь громади; 8) надання послуг; 9) інфраструктура та постачання; 10) пріоритети зміцнення системи первинної медичної допомоги.

Структура напрямів Ініціативи з ефективності первинної медичної допомоги простіша та стосується таких сфер: 1) система первинної медичної допомоги (тобто управління та керівництво, фінансування охорони здоров'я та пристосування до потреб населення в охороні здоров'я); 2) вхідні ресурси, такі як ліки, матеріали, інфраструктура, інформаційні системи управління охороною здоров'я, робоча сила та кошти; 3) надання послуг, включаючи доступ до догляду, доступність догляду, догляд, орієнтований на людей, організацію та управління [57]. Ця структура напрямів за суттю близька до класичної оцінної моделі.

Отже, слід констатувати, що в основу визначення певної методики чи технології оцінювання ефективності діяльності закладів ПМСД в Україні повинна бути покладена чітка модель інституційних відносин закладу ПМСД та оточуючого середовища. Тобто перш ніж щось оцінювати потрібно розуміти, хто є користувачем конкретних результатів оцінювання. І, навпаки, допоки не визначені точно агенти інституційної взаємодії – не зрозуміло, що потрібно оцінювати. Це – рух по колу, допоки не буде сформована інституційна матриця діяльності закладу ПМСД.

З метою підвищення адекватності оцінювання діяльності закладу ПМСД у межах певного інституційного середовища слід розглянути та враховувати важливий принцип структуризації цього середовища з точки зору атрибутів його вимірюваності. На рис. 3.1 наведено ланцюг формування атрибутів оцінювальної системи, який унаочнює послідовність впливу кожного з атрибутів на кінцевий показник.

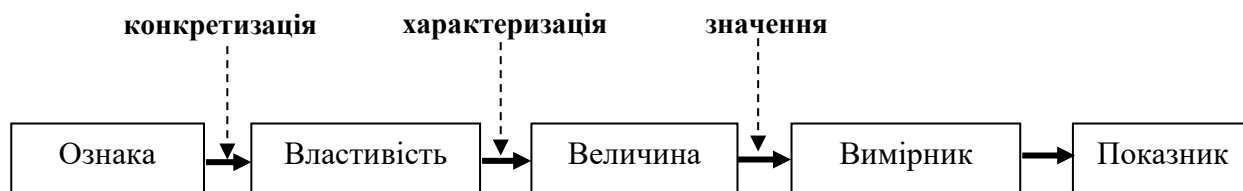


Рис. 3.1. Ланцюг формування атрибутів показника

Розроблено автором.

Першим атрибутом є ознака, що являє собою доволі широкий об'єктивізований якісний опис явища чи процесу. Властивість є атрибутом, який конкретизує та суб'єктивізує ознаку у певному інституційному контексті. Тобто властивість є відповідальною за можливість кількісного оцінювання і вона визначає контекст використання кількісного підходу. Величина є фізичною характеристикою властивості, що підлягає вимірюванню, та має можливість здійснювати градацію характерних властивостей. Вимірник обирається відповідним для величин фізичних характеристик властивості. І, насамкінець, показник агрегує у собі усі вказані атрибути і його назва, сутність та аналітичні властивості повинні обов'язково враховувати усі попередні атрибути.

Одним з ключових слабких місць оцінювання діяльності закладів ПМСД є орієнтація на атрибут ознаки, у той час коли орієнтація повинна бути на атрибут конкретизованої властивості оцінюваного явища або процесу. Наприклад, широко вживаним показником діяльності закладів ПМСД є щільність ліжок-місць надання ПМД (шт. на 100 тис. населення). Цей показник розраховується шляхом ділення загальної кількості ліжок-місць у закладах ПМСД певного регіону на чисельність населення цього регіону. При цьому чисельність населення є об'єктивною ознакою, але не властивістю, регіону. Ознака, у даному випадку і даному контексті, визначає лише факт наявності населення, без подальшої конкретизації. Відповідно порівняння двох регіонів за вказаним показником є адекватним лише за умови відмінності регіонів на рівні ознаки. Тобто регіону, де є населення, та регіону, де його немає, наприклад, Антарктиди. У інших випадках, коли регіони однакові за наявністю ознаки, сенсу порівняння немає.

Натомість властивістю, у даному прикладі, може виступати чисельність населення у регіоні, скоригована на реальну потребу використання ліжко-місць. Тобто величиною для коригування можуть виступати: фізична доступність закладів ПМСД, відсоток населення регіону з укладеними деклараціями, середній рівень згоди на госпіталізацію тощо. У такому випадку розрахований показник дозволить порівнювати регіони не лише за спільністю ознак, а й за спільністю властивостей, але до певної межі. Наприклад, так можна порівняти Волинську та Кіровоградську області, але не можна Волинську та Київську. Потреби населення, як конкретизовані властивості Київської області, будуть відмінними від населення Волинської області.

Отже, повертаючись до впливу інституційного середовища закладу ПМСД на технології оцінювання його діяльності, слід відзначити, що невід'ємною особливістю цього оцінювання буде відмінність та, у багатьох випадках, неспівставність властивостей конкретного інституційного середовища конкретного закладу ПМСД. У свою чергу, це критично утруднює або взагалі робить недоцільним створення універсальних методик оцінювання для будь-яких випадків інституційного середовища. І це є загальносвітовою проблемою. Розроблено безліч методик високоякісного оцінювання діяльності закладів охорони здоров'я у межах певного простору, але результати оцінювання є дуже складно порівнювані між собою. Але у розвинених країнах завдання порівняння територій чи громад є другорядним, а саме вирішення потреб та досягнення цілей конкретної громади (або території) є першочерговим та ключовим.

Структуризація інституційного середовища закладу ПМСД повинна базуватися на можливостях впливу окремих інститутів на функції, виконувані закладом ПМСД. У табл. 3.2 наведено типовий набір функцій закладу ПМСД. У реальності їх звісно більше, але для демонстрації принципу зупинимося на цьому наборі.

Таблиця 3.2

Типові функції закладу ПМСД

Функція	Зміст функції
Медична	Надання медичних послуг
Соціальна	Забезпечення зайнятості
Регіональна	Участь суспільному розвитку громади, де розташований заклад
Ресурсно-технологічна	Обмін та використання ресурсів, технологій і способів діяльності
Бюджетно-податкова	Виконання бюджетів різних рівнів
Інноваційна	Ініціювання, зародження і просування інновацій
Стабілізуюча	Забезпечення стійкості здоров'я населення
Освітньо-кваліфікаційна	Підвищення компетентності працівників шляхом отримання нових знань, навичок, досвіду
Фінансово-інвестиційна	Формування фінансових потоків, пов'язаних з кредитуванням, інвестуванням тощо

Складено автором.

Інституційне середовище здійснює вплив на механізми реалізації певних функцій шляхом інституційного тиску або інституційної взаємодії. При цьому види впливу є також різними. Наприклад, на заклад ПМСД інституційний тиск здійснюється за такими видами впливу:

1. Вплив відносин власності (інститути приватної власності, інститути колективної (громадської) власності, інститути державної власності, інститути захисту власності тощо).

2. Вплив державного адміністрування та регулювання (інститути державної підтримки, інститути державного регулювання ринку медичних послуг, інститути державного обмеження, інститути державного регулювання зайнятості тощо).

3. Ринковий вплив (інститути товарних ринків, інститут контрактних відносин тощо).

Інституційна взаємодія здійснюється за такими видами впливу:

1. Культурний вплив (інститути наукового, інноваційного і технологічного розвитку, інститут морально-етичної громадської думки, інститути культури і культурних звичаїв тощо).

2. Вплив громади (інститут громадської участі, інститут соціальної інфраструктури, інститут соціальних змін тощо).

3. Екологічний вплив (інститути охорони навколишнього середовища, інститути екологізації сфери послуг, інститути сталого розвитку територій тощо).

Перелік впливів та інститутів всередині них не є вичерпним, але саме тому завдання визначення усіх елементів інституційної матриці закладу ПМСД є першим та найскладнішим завданням створення релевантної системи оцінки ефективності діяльності закладу ПМСД.

Взаємозв'язок потенційних елементів інституційного середовища, функцій закладу ПМСД та порядку формування атрибутів оцінних показників узгальнено на рис. 3.2.

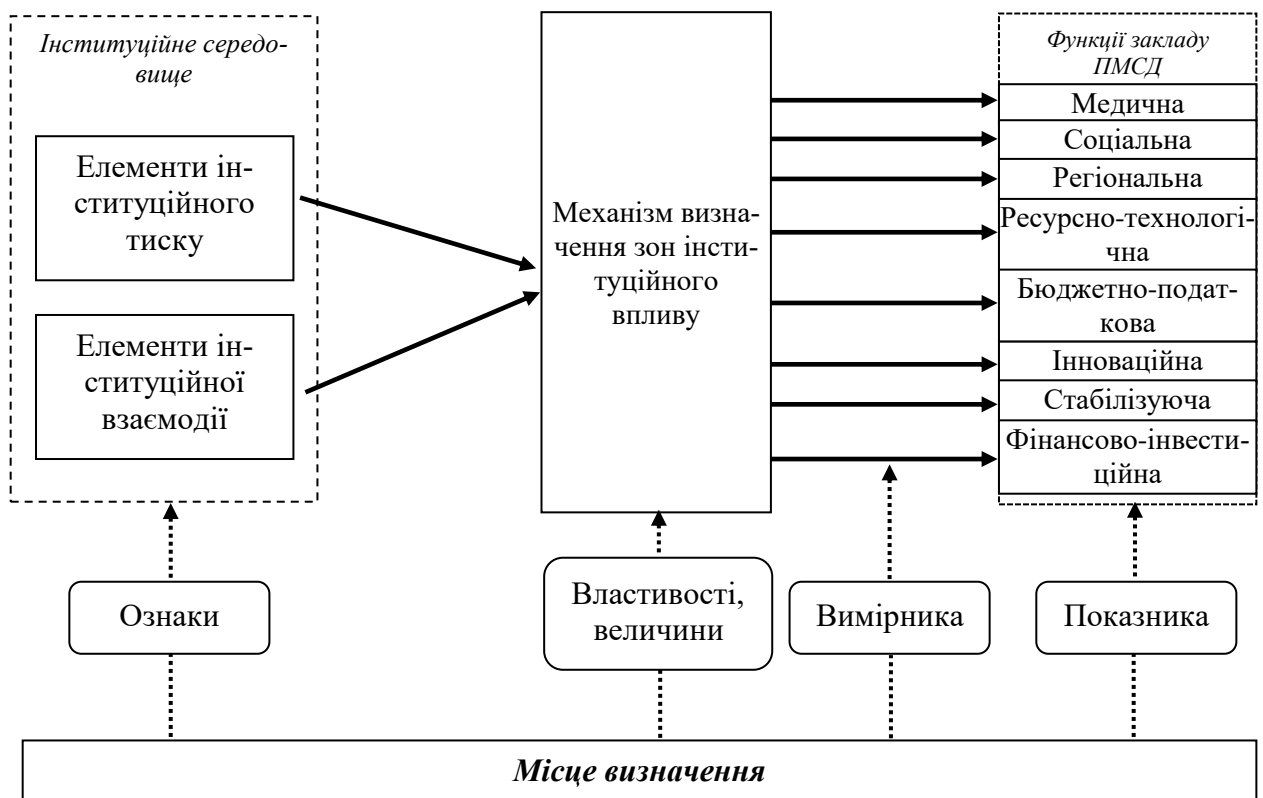


Рис. 3.2. Порядок формування атрибутів оцінних показників у взаємодії з елементами інституційного середовища

Розроблено автором.

Порядок, наведений на рис. 3.2, унаочнює бажану послідовність дій з визначення показника для оцінювання діяльності, у тому числі ефективності діяльності, закладу ПМСД. Ключовим елементом порядку є механізм визначення зон інституційного впливу, який дозволяє розподілити вплив складових інституційного середовища, що являє собою усього два комплексних типи, на впливи на окремі функції. Розподіл базується на визначенні властивостей та величин, що можуть бути співвіднесені напряму з конкретними функціями. При визначенні шляхів переносу впливу визначається релевантний вимірник кількісних характеристик. При співставленні властивості окремого елементу інституційного середовища з певною функцією формулюється мета оцінювання і відповідно визначається найбільш вдалий для цього показник.

Саме у результаті застосування цієї послідовності може з'явитися показник, що релевантно кількісно відобразить певний аспект взаємодії закладу ПМСД та інституційного середовища.

Кожний заклад ПМСД існує у складно структурованому унікальному інституційному середовищі. Оцінка ефективності діяльності закладу повинна відображати параметри взаємовідносин з якомога більшою кількістю учасників оточуючого середовища. Ґрунтувати цю оцінку лише на інформаційних забаганках ієрархічно вищих установ, без розуміння – навіщо обраховуються ті чи інші показники, це контпродуктивний шлях. Через оцінку ефективності заклад ПМСД повинен розуміти своє місце і свій результат у громаді чи території, і завдяки цьому покращувати виконання своєї основної соціальної функції – турботи про здоров'я населення.

Наступним важливим рівнем вирішення проблеми є формування сукупностей показників. Використовувані сьогодні сукупності показників не є системами показників у прямому розумінні цього терміну. Ці сукупності не відповідають вимогам до систем показників і тому ефективність процесу оцінювання значно нижче, ніж хотілося б. Ключовими вимогами до показників, що утворюють систему, є взаємопов'язаність, доповнюваність та несуперечливість результатів вимірювання. Для системи показників більше не означає краще.

Крім іншого, система показників дає можливість оцінювати в динаміці не лише рівень показників, що входять до її складу, а й зміни властивостей оцінюваного об'єкту, що виражені певними показниками. Простіше кажучи, зведення простих сукупностей показників у обґрунтовані системи дасть можливість прискорити та здешевити оцінку на тлі суттєвого підвищення релевантності результатів. У випадку з оцінюванням діяльності закладів ПМСД сукупності показників рекомендовано формувати у відповідності до структури елементів інституційного середовища.

У загальному контексті потребує вирішення проблема того, що результати оцінювання ефективності не стають основою підзвітності керівництва закладів ПМСД. Лише невелика кількість використовуваних показників стосується результатів діяльності керівників закладів ПМСД. Але, і у цьому випадку, показники не стають основою підзвітності керівництва. Це знецінює аналітичні зусилля. Якщо система оцінювання не слугує основою зокрема для кадрової політики, існує небезпека, що показники просто будуть "малювати", тому що за їхній рівень ніхто не несе відповідальності. При цьому оцінна система буде достатньо вартісною. Прив'язування ж ключових показників результативності до КРІ керівництва змусить усіх значно уважніше відноситися до формування сукупностей та обрахунку показників.

До найбільш перспективного напрямку подальших досліджень у межах проблемного поля є дослідження взаємовідносин з найважливішим елементом оточуючого середовища закладу ПМСД – громади та її потреб. Оцінювання ступеня участі та ефективності втручання громади у діяльність закладів ПМСД є актуальним завданням сьогодення.

3.2 Роль запровадження управління закладами охорони здоров'я на основі кількісного оцінювання потреб населення у досягненні ЦСР №3 "Забезпечення здоров'я та благополуччя"

Реалізація цілей сталого розвитку ООН є важливою для різних аспектів

життя планети та всіх її мешканців. Ці цілі були прийняті у вересні 2015 року всіма 193 членами ООН в рамках Програми сталого розвитку до 2030 року. Вони включають 17 цілей і 169 підцілей, спрямованих на досягнення економічного, соціального та екологічного розвитку, з метою поліпшення якості життя людей та збереження планети для майбутніх поколінь.

Цілі сталого розвитку ООН мають на меті створити більш справедливий, стабільний та екологічно стійкий світ для всіх. Вони є важливим інструментом для вирішення найбільших викликів, які стоять перед людством у XXI столітті, і вимагають спільних зусиль усіх країн та секторів суспільства.

На шляху до реалізації цілей сталого розвитку ООН було досягнуто значні успіхи, хоча важливо враховувати, що цей процес є довгостроковим і багатогранним. Загалом, успіхи в реалізації цілей сталого розвитку свідчать про здатність світової спільноти працювати разом для покращення якості життя та забезпечення сталого розвитку для майбутніх поколінь. Однак важливо пам'ятати, що є ще багато викликів, і потрібно продовжувати зусилля для досягнення всіх цілей сталого розвитку.

Окремої уваги заслуговують досягнуті успіхи в реалізації цілі №3 "Забезпечення здоров'я та благополуччя". Світова спільнота спрямовує зусилля на покращення доступу до медичної допомоги, зменшення захворювань та смертності від хвороб, розвиток вакцинаційних програм, збільшення свідомості щодо гігієни та здорового способу життя, що призводить до покращення стану здоров'я та благополуччя людей у багатьох регіонах світу.

Успіхи людства на шляху до реалізації цілі №3 "Забезпечення здоров'я та благополуччя" ґрунтуються на кількох ключових факторах. Перш за все, це наукові та медичні досягнення, які дозволяють розробляти нові методи діагностики та лікування захворювань. Глобальні спільні зусилля, координація міжнародних організацій і держав допомагають боротися з пандеміями, забезпечувати доступ до ефективних ліків і вакцин, а також розвивати системи охорони здоров'я. Важливою є також освіта та свідомість населення щодо здорового способу життя, профілактики захворювань і важливості здоров'я в загальному

контексті розвитку суспільства.

Подальші успіхи людства на шляху реалізації цілі №3 у майбутньому будуть залежати від інтегрованого підходу до охорони здоров'я та благополуччя, включаючи інвестиції в медичну науку, глобальне співробітництво для боротьби зі загрозами, підвищення рівня освіти та свідомості, забезпечення доступу до медичних послуг та ліків, наукові дослідження і інновації в медицині, а також урахування соціальних та економічних чинників, а також впливу зміни клімату та екологічних аспектів на загальний стан здоров'я населення.

Вищеперераховані напрями можна поділити на дві важливі групи. Перша – це залежність здоров'я від технологічного розвитку. Друга – це залежність від ступеня доступності благ вже досягнутого технологічного рівня у сфері охорони здоров'я для максимально широких верств населення, зокрема у країнах з низьким та середнім рівнем розвитку.

Незважаючи на досить високий досягнутий рівень технологічного розвитку сучасної охорони здоров'я, у світі складається така ситуація, коли, наприклад, усі досягнення медицини доступні лише 1% населення планети, але при цьому 20% населення планети є недоступними навіть первинні медико-санітарні послуги. Це, в цілому, нівелює технологічні досягнення.

Для України ця проблематика є особливо актуальною. Якщо зусиллями останніх років забезпечення первинними медико-санітарними послугами є більш-менш задовільним, то доступність громадян до вторинного або третинного рівня медичного забезпечення є досить невисоким. Можна констатувати, що ці рівні є доступними лише для мешканців великих міст, зокрема обласних центрів.

Поганий доступ до вторинної та третинної медичної допомоги в Україні обумовлений низкою причин, включаючи недостатнє фінансування системи охорони здоров'я, нерівномірний розподіл медичних ресурсів, недостатню доступність медичних установ та фахівців у сільських районах, бюрократичні обмеження і недоліки у системі організації медичної допомоги, а також економічні і соціокультурні чинники, які можуть впливати на попит та доступність послуг

охорони здоров'я.

Ключовою проблемою, з вищенаведених, є низький рівень організації сфери охорони здоров'я в Україні. До цих пір на державному рівні не розроблені та не запроваджені працездатні методики оцінювання потреб населення у медичних послугах різного рівня та оцінювання результативності діяльності медичних закладів. Це не дає можливості ефективно управляти розподілом закладів охорони здоров'я та номенклатурою їхніх послуг.

Наразі таке управління здійснюється на підставі або базової статистичної інформації, яка є гранично невідповідною потребам сфери охорони здоров'я, або інформації з фрагментарних ситуаційних евристичних досліджень, яка не має системності. Як результат – рішення приймаються без реального врахування ситуації "на землі".

Отже, сучасні методи оцінювання потреб та результативності закладів вторинної та третинної медицини, в основному, ґрунтуються на традиційних підходах статистичного обліку. Вибір конкретних показників для оцінки роботи таких закладів залежить від наявності відповідної статистичної інформації. При цьому, питання про те, наскільки корисними є отримані результати для вивчення взаємодії між закладами охорони здоров'я та їхнім оточуючим середовищем, залишається практично без уваги. З іншого боку, учасники цього оточуючого середовища, зокрема громади, не мають чіткого уявлення про те, що відбувається у закладах охорони здоров'я та, відповідно, не знають, на яких критеріях ґрунтувати громадський діалог з ними. Таким чином, однією з актуальних проблем медичної реформи, у відповідності до ЦСР, в Україні є потреба в переосмисленні методичних підходів до управління закладів охорони здоров'я, що базуються на кількісному оцінюванні.

3.3 Взаємозв'язок рівня надання життєвоважливих послуг населенню та наслідків реалізації загальнодержавних та місцевих загроз наданню послуг

Безперервне надання державних послуг та послуг органів місцевого

самоврядування відіграє ключову роль у забезпеченні стабільності, соціального добробуту та економічного розвитку. Ця функція сприяє підтриманню довіри громадян до влади, забезпечує базові потреби населення, такі як охорона здоров'я, освіта, соціальний захист, правопорядок та комунальні послуги, що є основою життєдіяльності суспільства. У контексті децентралізації ця роль посилюється, адже органи місцевого самоврядування набувають більшої автономії та відповідальності за розвиток своїх територій, формуючи стратегії управління, які враховують місцеві особливості та потреби громад. Крім того, безперервність таких послуг є критично важливою в умовах криз або надзвичайних ситуацій, коли своєчасне реагування з боку держави та місцевої влади може врятувати життя, забезпечити відновлення інфраструктури та запобігти соціально-економічним потрясінням. Таким чином, ефективна організація та модернізація цих послуг є важливим завданням для розвитку суспільства.

Перелік державних послуг і послуг органів місцевого самоврядування в Україні відрізняється за масштабом, сферою впливу і компетенцією органів, які їх надають. Державні послуги охоплюють питання, які стосуються загальнодержавної політики і гарантують права всіх громадян незалежно від їхнього місця проживання, зокрема видача паспортів, реєстрація бізнесу, соціальні виплати, податкові послуги, та інші послуги, що забезпечуються через центральні органи влади і державні установи. Ці послуги зазвичай надаються через національні портали або в Центрах надання адміністративних послуг.

Послуги органів місцевого самоврядування, навпаки, зосереджені на задоволенні потреб конкретних територіальних громад і залежать від місцевих пріоритетів та ресурсів. До них належать комунальні послуги (водопостачання, теплопостачання, утримання доріг і вуличного освітлення), управління закладами освіти, культурними і спортивними закладами, надання соціальної допомоги на місцевому рівні, розвиток інфраструктури, а також організація громадського транспорту та благоустрій території. Органи місцевого самоврядування мають право самостійно вирішувати питання місцевого значення, і їхні повноваження регулюються Законом України «Про місцеве самоврядування в

Україні».

Отже, відмінність полягає у рівні надання (національний vs місцевий), відповідальності за фінансування та реалізацію, а також у сфері компетенції: державні послуги мають стандартизований характер і забезпечують права на рівні держави, тоді як місцеві послуги є більш гнучкими, пристосованими до потреб окремих громад і фінансуються з місцевих бюджетів.

Різниця між загальнодержавними та місцевими загрозами для реалізації життєво важливих послуг полягає в масштабі, характері впливу та суб'єктах, відповідальних за їх подолання. Загальнодержавні загрози охоплюють всю країну або значну її частину та пов'язані з національною безпекою, економічною стабільністю, природними катаклізмами чи глобальними кризами (наприклад, війна, пандемія, енергетична чи фінансова криза). Вони вимагають централізованих рішень та ресурсів, а також координації на рівні державних органів влади.

Місцеві загрози обмежені територіально й зазвичай стосуються конкретних громад або регіонів. Це можуть бути локальні природні катаклізми (повені, зсуви), техногенні аварії, нестача ресурсів чи недостатність інфраструктури. Їх подолання переважно покладається на органи місцевого самоврядування, які мають враховувати специфіку території та можливості громади.

Ключова різниця також полягає в механізмах управління: загальнодержавні загрози потребують загальнонаціонального стратегічного планування та інвестицій, тоді як місцеві вирішуються шляхом оперативної взаємодії на локальному рівні з використанням регіональних ресурсів і залученням громадян.

Наслідки реалізації загальнодержавних і місцевих загроз відрізняються за масштабом, глибиною впливу та тривалістю.

Загальнодержавні загрози можуть призводити до системних наслідків, що охоплюють всі сфери суспільного життя. Економічні наслідки включають зниження ВВП, зростання безробіття, скорочення інвестицій і втрату міжнародної конкурентоспроможності. Соціальні наслідки можуть проявлятися в посиленні бідності, зниженні доступу до освіти, охорони здоров'я та інших послуг. Політичні наслідки часто включають втрату довіри до держави, соціальну

напруженість чи навіть політичну дестабілізацію. Екологічні наслідки, як-от деградація природних ресурсів, можуть мати довготривалий характер. Наприклад, війна чи пандемія можуть суттєво змінити демографічну ситуацію, викликати масову міграцію та тривалий спад економічного розвитку.

Місцеві загрози мають більш локалізований вплив, але їх наслідки можуть бути дуже серйозними для конкретних територій. Економічно це може виявлятися у знищенні інфраструктури, втраті бізнесів та робочих місць, скороченні доходів громад. Соціальні наслідки часто включають погіршення умов життя населення, зниження якості надання базових послуг і підвищення рівня соціальної напруженості в громаді. Екологічні наслідки, як-от забруднення навколишнього середовища чи руйнування екосистем, можуть тривалий час перешкоджати розвитку регіону. У політичному аспекті місцеві загрози можуть знижувати ефективність роботи органів місцевого самоврядування та породжувати критику з боку громади.

Таким чином, хоча загальнодержавні загрози мають ширший масштаб і триваліші наслідки, місцеві загрози можуть бути настільки ж руйнівними для окремих територій, якщо їх вчасно не вирішувати.

Укрупнені способи протидії загрозам можна поділити на три основні групи: превентивні заходи, реактивні дії та відновлювальні стратегії.

Превентивні заходи спрямовані на запобігання виникненню загроз або зниження їх імовірності. Сюди входять стратегічне планування, оцінка ризиків, посилення законодавчої бази, розвиток інфраструктури, інформаційні кампанії для населення, підготовка фахівців та використання сучасних технологій моніторингу і прогнозування. Наприклад, створення ефективної системи екстреного попередження може зменшити втрати від природних катаклізмів.

Реактивні дії застосовуються в умовах активної фази загроз. Це оперативна мобілізація ресурсів, евакуація населення, ліквідація наслідків аварій чи катастроф, введення режиму надзвичайного стану, а також залучення відповідних державних і місцевих служб. Ключовим є швидка координація між усіма рівнями влади та відповідними структурами, такими як ДСНС, поліція чи медичні

установи.

Відновлювальні стратегії передбачають усунення наслідків загроз і створення умов для стабілізації та подальшого розвитку. Це включає реконструкцію інфраструктури, соціальну підтримку постраждалих, відновлення економічної активності, а також інвестування в більш стійкі системи управління, щоб запобігти повторенню подібних ситуацій у майбутньому.

Ефективна протидія загрозам потребує комплексного підходу, що поєднує всі три групи заходів, забезпечуючи баланс між запобіганням, швидким реагуванням і довготривалим відновленням.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

У третьому розділі визначено шляхи вдосконалення оцінки через "глобальний діалог" між медичними закладами та інституційним середовищем. Запропоновано авторський ланцюг формування атрибутів показників (ознака – властивість – величина – вимірник – показник), де ключовим є перехід від загальних ознак до конкретизованих властивостей громади. Такий підхід дозволяє створювати релевантні системи оцінювання, адаптовані до унікального середовища кожної ПМСД. Встановлено, що інституційний вплив поділяється на тиск (державне регулювання) та взаємодію (громада, культура), що має відображатися у матриці функцій закладу. У контексті Цілей сталого розвитку ООН (ЦСР №3) доведено, що управління на основі кількісного оцінювання потреб є критичним для України, де доступ до спеціалізованої допомоги залишається низьким. Забезпечення безперервності життєво важливих послуг вимагає комплексного поєднання превентивних заходів, реактивних дій та стратегій відновлення для протидії загальнодержавним і місцевим загрозам. Ефективне оцінювання має стати не просто статистичним звітом, а реальним інструментом громадського діалогу та кадрової політики.

ВИСНОВКИ

У роботі встановлено, що однією з найбільш критичних науково-практичних проблем сучасності є недостатнє медичне забезпечення сільських територій, яке характеризується відсутністю доступу до якісної допомоги для значної частини населення. Проблема зумовлена недостатньою чисельністю мешканців, фінансовими обмеженнями громад та дефіцитом кадрів, що значно поглиблюється наслідками воєнних дій. Доведено, що вирішення цієї ситуації лежить у площині відповідальності органів місцевого самоврядування, які мають впроваджувати нові управлінські процеси, базовані на проектному та програмно-цільовому підходах. Ключовими напрямками визначено створення лікувально-профілактичних закладів без постійного персоналу ("човниковий" метод), закупівлю пересувних медичних пунктів та розвиток мобільної медицини (телемедицини). Міжнародний досвід таких країн, як Швеція, Угорщина, Кенія та Індія, підтверджує ефективність цих заходів у підвищенні доступності послуг та зниженні рівня смертності.

Особливого значення у контексті повоєнного відновлення набуває планування діяльності громад на основі структури життєвоважливих послуг. Визначено, що головним об'єктом такого планування повинна стати властивість стійкості надавачів послуг, а основним процесом — підвищення їхньої адаптивності до кризових ситуацій. У роботі обґрунтовано необхідність встановлення чітких понятійних ознак терміну "життєвоважлива послуга" та принципів їхньої раціональної класифікації. Доведено, що набори таких послуг у кожній громаді є унікальними і залежать від умов функціонування конкретної території. Авторська позиція полягає в тому, що ключовим об'єктом планування у програмах підвищення стійкості повинен бути саме надавач послуги, а не сама послуга як статична потреба.

Аналіз практичних аспектів діяльності медичних закладів виявив, що реформи призвели до появи нового об'єкта управління - комунального неприбуткового підприємства. Проте керівники закладів первинної медико-санітарної

допомоги (ПМСД), будучи лікарями за освітою, часто не мають достатніх професійних управлінських та економічних компетенцій. Державна модель оцінювання, представлена статистичними дашбордами, визнана малоефективною для проактивного управління, оскільки вона орієнтована на ретроспективну статистичну оцінку, а не на підтримку управлінських рішень. Проведений у роботі розрахунковий експеримент математично підтвердив слабкий взаємозв'язок між показниками фінансування (входу) та результативними показниками здоров'я населення (виходу). Це свідчить про відсутність стійких тенденцій залежності, що робить неможливим перспективне планування на основі лише існуючої статистичної звітності.

Для удосконалення системи оцінювання рекомендовано застосування непараметричних методів, зокрема аналізу охоплення вхідних даних (DEA), моделі розрахунку індексу Малмквіста та моделі "Tobit". Ці методи дозволяють визначити відносну ефективність закладів та зміни їхньої продуктивності у часі без використання заздалегідь визначених параметрів виробничої функції. Ключовим завданням визначено перехід від зловживання показниками витрат до широкого впровадження індикаторів результативності, охоплення населення та якості доступу до послуг у громаді.

У роботі розроблено концептуальний підхід до формування систем показників на основі ланцюга атрибутів: ознака - властивість - величина - вимірник - показник. Наголошено, що оцінка має базуватися на конкретизованих властивостях явища у певному інституційному контексті, а не на загальних ознаках. Структуризація інституційного середовища закладу ПМСД дозволяє враховувати вплив відносин власності, державного регулювання, ринку, громади та екологічних факторів на реалізацію медичних функцій. Такий підхід забезпечує розуміння місця закладу у громаді та сприяє покращенню його основної соціальної функції - турботи про здоров'я населення.

Нарешті, встановлено, що управління закладами охорони здоров'я на основі кількісного оцінювання потреб населення є критично важливим для реалізації Цілі сталого розвитку ООН №3 "Забезпечення здоров'я та благополуччя".

В Україні залишається актуальною проблема низької доступності вторинної та третинної допомоги, що вимагає системних змін у фінансуванні, інфраструктурі та боротьбі з корупцією. Для забезпечення безперервності надання життєво важливих послуг ОМС повинні застосовувати комплексний підхід, що поєднує превентивні заходи (планування), реактивні дії (мобілізація ресурсів у кризі) та відновлювальні стратегії (реконструкція та стабілізація). Тільки за умови такого системного управління та активного залучення громади до процесів контролю можливо досягти високої якості та стійкості медичного обслуговування в Україні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. Звіт про стан охорони здоров'я у світі. Женева : ВООЗ, 2019. 150 с.
2. Національна академія медичних наук України. Звіт про стан медичного забезпечення у сільських громадах України. Київ : НАМН, 2020. 80 с.
3. Міжнародний комітет Червоного Хреста. Дослідження щодо доступності медичних послуг у сільській місцевості. Женева : МКЧХ, 2021. 120 с.
4. Міністерство охорони здоров'я Швеції. Стратегія розвитку телемедицини на 2020–2025 роки. Стокгольм : Уряд Швеції, 2022. 60 с. URL: <https://www.government.se/information-material/2020/03/vision-for-ehealth-2025/> (дата звернення: 25.04.2025).
5. Міністерство охорони здоров'я Угорщини. Звіт про діяльність мобільних медичних центрів у сільських районах. Будапешт : Уряд Угорщини, 2021. 50 с.
6. Європейська комісія з охорони здоров'я. Звіт про пересувні медичні пункти у віддалених районах. Брюссель : ЄК, 2020. 90 с. URL: https://ec.europa.eu/health/publications_en (дата звернення: 25.04.2025).
7. Smith J., Doe A. The impact of mobile health units in rural Kenya. Journal of Rural Health. 2021. Vol. 37, № 2. P. 123–135. DOI: <https://doi.org/10.1111/jrh.12456>.
8. Американська медична асоціація. Звіт про телемедицину у сільських громадах США. Чикаго : АМА, 2021. 100 с. URL: <https://www.ama-assn.org/topics/telehealth> (дата звернення: 30.04.2025).
9. Національний інститут охорони здоров'я США. Мобільні медичні одиниці: огляд впровадження у сільських районах. Вашингтон : NIH, 2021. 75 с.
10. Li H., Chen L. Telemedicine adoption in rural Nepal: Challenges and opportunities. Global Health Journal. 2023. Vol. 5, № 1. P. 45–52. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.glohj.2023.01.003>.
11. Patel R., Kumar S. Telemedicine and maternal health outcomes in rural

India: A case study of Imtecho. Indian Journal of Public Health. 2022. Vol. 66, № 3. P. 200–208. DOI: https://doi.org/10.4103/ijph.ijph_1234_22.

12. Шотландська служба охорони здоров'я. Національна стратегія телемедицини для сільських громад. Единбург : Уряд Шотландії, 2023. 80 с. URL: <https://www.gov.scot/publications/> (дата звернення: 27.04.2025).

13. Асоціація міст України. Недостатність ресурсів на утримання мережі — причина більшості проблем у медичному забезпеченні громад. Асоціація міст України. 2021. URL: <https://auc.org.ua/novyna/o-slobozhan-nedostatnist-resursiv-na-utrymannya-merezhi-prychyna-bilshosti-problem-u> (дата звернення: 28.04.2025).

14. Державний фонд регіонального розвитку. Анотація проєкту: Модернізація амбулаторії загальної практики сімейної медицини с. Хутірське. Мінрегіон України. 2017. URL: <http://dfrr.minregion.gov.ua/Project-annotation?PROJT=2745> (дата звернення: 28.04.2025).

15. Центр "Ейдос". Громади успішно співпрацюють у сфері охорони здоров'я. Центр "Ейдос". 2020. URL: <https://eidos.org.ua/novyny/hromady-uspishno-spiivpratsyuyut-u-sferi-ohorony-zdorovya/> (дата звернення: 28.04.2025).

16. Благодійний фонд "МХП – Громаді". Проєкт "Лікар для села". Благодійний фонд "МХП – Громаді". 2021. URL: <https://mhpgromadi.org.ua/projects> (дата звернення: 29.04.2025).

17. Червонослобідська ОТГ. Медицина в громаді. Червонослобідська ОТГ. 2020. URL: https://chervonoslobidskaotg.org.ua/index.php?route=blog/article&article_id=612 (дата звернення: 29.04.2025).

18. Revival Institute. Реформа сільської медицини. Revival Institute. 2020. URL: https://revival.institute/silska_medycyna (дата звернення: 30.04.2025).

19. Українське радіо. Вся країна. Сучасна громада. Українське радіо. 2020. URL: https://ukr.radio/vsia_krayina (дата звернення: 29.04.2025).

20. Асоціація міст України. АМУ: проблеми в охороні здоров'я потребують першочергового вирішення. Асоціація міст України. 2021. URL:

<https://www.auc.org.ua/novyna/amu-problemy-v-ohoroni-zdorovya-potrebuyut-pershochergovogo-vyrishennya> (дата звернення: 20.04.2025).

21. Урядовий вісник. Проблеми та шляхи їх вирішення у сільській медицині. Урядовий вісник. 2020. URL: <https://health-ua.com/article/19390-uryadovij-vysnik-pro-problemi-ta-shlyahi-h-virshennya> (дата звернення: 30.04.2025).

22. Громадське здоров'я. Медицина в сільських громадах: виклики та перспективи. Громадське здоров'я. 2020. URL: <https://hgi.org.ua/article.php?id=405> (дата звернення: 30.04.2025).

23. Децентралізація. Планування діяльності закладів охорони здоров'я на 2023 рік – відповіді на головні запитання. Децентралізація. 2023. URL: <https://decentralization.gov.ua/news/16565> (дата звернення: 20.04.2025).

24. Закон про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості. Медична платформа. 2018. URL: <https://medplatforma.com.ua/zakon-pro-silsku-medytsynu/> (дата звернення: 30.04.2025).

25. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21.05.1997 р. № 280/97-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text>.

26. Про соціальні послуги: Закон України від 17.01.2019 р. № 2671-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text>.

27. Про державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям: Закон України від 01.06.2000 р. № 1768-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1768-14#Text>.

28. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.

29. Про освіту: Закон України від 05.09.2017 р. № 2145-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text>.

30. Про житлово-комунальні послуги: Закон України від 09.11.2017 р. № 2189-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2189-19#Text>.

31. Кодекс цивільного захисту України: Закон України від 02.10.2012 р. № 5403-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5403-17#Text>.
32. Про критичну інфраструктуру: Закон України від 16.11.2021 р. № 1882-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1882-20#Text>.
33. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20 серпня 2021 року "Про запровадження національної системи стійкості": Указ Президента України від 27 вересня 2021 р. № 479/2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/479/2021#n5>.
34. Hollingsworth B., Dawson P., Maniadakis N. Efficiency measurement of health care: a review of non-parametric methods and applications. *Health Care Management Science*. 1999. Vol. 2. pp. 161–172. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1019087828488>
35. Hollingsworth B. Non-Parametric and Parametric Applications Measuring Efficiency in Health Care. *Health Care Management Science*. 2003. Vol. 6. pp. 203–218. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1026255523228>
36. Pelone F., Kringos D.S., Romaniello A. et al. Primary Care Efficiency Measurement Using Data Envelopment Analysis: A Systematic Review. *Journal of Medical Systems*. 2015. Vol. 39. Art. 156. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10916-014-0156-4>
37. Charnes A., Cooper W.W., Rhodes E. Measuring the Efficiency of Decision Making Units. *European Journal of Operational Research*. 1978. Vol. 2. pp. 429-444. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0377-2217\(78\)90138-8](http://dx.doi.org/10.1016/0377-2217(78)90138-8)
38. Varabyova Y., Schreyögg J. International comparisons of the technical efficiency of the hospital sector: Panel data analysis of OECD countries using parametric and non-parametric approaches. *Health Policy. Elsevier*. 2013. Vol. 112(1). pp. 70-79. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.03.003>
39. Banker R.D., Charnes A., Cooper W.W. Some models for estimating technical and scale inefficiencies in data envelopment analysis. *Management Science*. 1984. Vol. 30. pp.1078–1092. DOI: <https://doi.org/10.1287/mnsc.30.9.1078>
40. Caves D.W., Christensen L.R., Diewert W.E. The economic theory of index

- numbers and the measurement of input, output, and productivity. *Econometrica*. 1982. Vol. 50 (6). pp. 1393–1414. DOI: <https://doi.org/10.2307/1913388>
41. Tobin J. Estimation of relationships for limited dependent variables. *Econometrica*. 1958. Vol. 26. pp. 24–36. DOI: <https://doi.org/10.2307/1907382>
 42. Kruk Margaret E. et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet. Global health*. 2018. Vol. 6(11). pp. 1196-1252. DOI: [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30386-3)
 43. Vande Maele N., Xu K., Soucat A. et al. Measuring primary healthcare expenditure in low-income and lower middle-income countries. *BMJ Global Health*. 2019. Vol. 4(1). Art. e001497. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001497>
 44. Kruk Margaret E. et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet. Global health*. 2018. Vol. 6(11). pp. 1196-1252. DOI: [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30386-3)
 45. Langlois E.V., McKenzie A., Schneider H., Mecaskey J.W. Measures to strengthen primary health-care systems in low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2020. Vol. 98(11). pp. 781-791. DOI: <https://doi.org/10.2471/blt.20.252742>
 46. Оцінювання потреб дорослого населення України у сфері охорони здоров'я: звіт за результатами опитування, квітень 2023 року. Copenhagen: Європейське регіональне бюро BOO3; 2023 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373652/WHO-EURO-2023-6904-46670-70395-ukr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).
 47. Declaration of Astana. Geneva: World Health Organization. 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328123/WHO-HIS-SDS-2018.61-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 48. Hollingsworth B. Non-Parametric and Parametric Applications Measuring

- Efficiency in Health Care. *Health Care Management Science*. 2003. Vol. 6. pp. 203–218. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1026255523228>
49. Pelone F., Kringos D.S., Romaniello A. et al. Primary Care Efficiency Measurement Using Data Envelopment Analysis: A Systematic Review. *Journal of Medical Systems*. 2015. Vol. 39. Art. 156. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10916-014-0156-4>
 50. Charnes A., Cooper W.W., Rhodes E. Measuring the Efficiency of Decision Making Units. *European Journal of Operational Research*. 1978. Vol. 2. pp. 429–444. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0377-2217\(78\)90138-8](http://dx.doi.org/10.1016/0377-2217(78)90138-8)
 51. Banker R.D., Charnes A., Cooper W.W. Some models for estimating technical and scale inefficiencies in data envelopment analysis. *Management Science*. 1984. Vol. 30. pp.1078–1092. DOI: <https://doi.org/10.1287/mnsc.30.9.1078>
 52. Caves D.W., Christensen L.R., Diewert W.E. The economic theory of index numbers and the measurement of input, output, and productivity. *Econometrica*. 1982. Vol. 50 (6). pp. 1393–1414. DOI: <https://doi.org/10.2307/1913388>
 53. Tobin J. Estimation of relationships for limited dependent variables. *Econometrica*. 1958. Vol. 26. pp. 24–36. DOI: <https://doi.org/10.2307/1907382>
 54. Kruk Margaret E. et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet. Global health*. 2018. Vol. 6(11). pp. 1196–1252. DOI: [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30386-3)
 55. Schneider M.T., Chang A.Y., Crosby S.W. et al. Trends and outcomes in primary health care expenditures in low-income and middle-income countries, 2000–2017. *BMJ Global Health*. 2021. Vol. 6(8). Art. e005798. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005798>
 56. Vande Maele N., Xu K., Soucat A. et al. Measuring primary healthcare expenditure in low-income and lower middle-income countries. *BMJ Global Health*. 2019. Vol. 4(1). Art. e001497. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001497>

57. Langlois E.V., McKenzie A., Schneider H., Mecaskey J.W. Measures to strengthen primary health-care systems in low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2020. Vol. 98(11). pp. 781-791. DOI: <https://doi.org/10.2471/blt.20.252742>