

Є. І. Ходаківський,

д. е. н., професор, професор кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління, Поліський національний університет, м. Житомир

ORCID ID: 0000-0001-9459-9816

О. Ф. Присяжнюк,

к. е. н., доцент кафедри менеджменту організацій і адміністрування імені М. П. Поліщука, Поліський національний університет, м. Житомир

ORCID ID: 0000-0003-0066-9065

М. Ф. Плотнікова,

к. е. н., доцент кафедри інноваційного підприємництва та інвестиційної діяльності, Поліський національний університет, м. Житомир

ORCID ID: 0000-0003-2852-3009

О. О. Суботенко,

магістр публічного управління, Поліський національний університет, м. Житомир

ORCID ID: 0000-0003-2861-2642

DOI: 10.32702/2306-6814.2021.13—14.14

ІНВЕСТИЦІЙНО-ПРОЄКТНЕ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: АДМІНІСТРАТИВНІ ТА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ

Ye. Khodakovsky,

Doctor of Economic Sciences, Professor, Professor of the Department of Economic Theory, Intellectual Property and Public Administration, Polissia National University, Zhytomyr

O. Prysiazhniuk,

PhD in Economics, Associate Professor of the Department of Organizations and Administration Management (named after M. P. Polishchuk), Polissia National University, Zhytomyr

M. Plotnikova,

PhD in Economics, Associate Professor of the Department of Innovative Entrepreneurship and Investment Activities, Polissia National University, Zhytomyr

O. Subotenko,

Master of Public Administration, Polissia National University, Zhytomyr

INVESTMENT AND PROJECT MANAGEMENT OF PRIMARY CARE DEVELOPMENT: ADMINISTRATIVE AND SOCIAL-PSYCHOLOGICAL ASPECTS

Первина медико-санітарна допомога є однією з фундаментальних складових системи охорони здоров'я. Передумовою її ефективного функціонування є узгодженість державної політики, стратегічних орієнтирів розвитку територіальних громад у сфері охорони здоров'я та управлінських рішень і ресурсного потенціалу закладів охорони здоров'я. Соціально-психологічний аспект діяльності первинної медико-санітарної допомоги полягає у першочерговій орієнтації на людину, забезпечення її здоров'я та довголіття. Дослідження підтверджують наявність проблем, що є типовими майже для всіх закладів охорони здоров'я. Серед них: потреба в удосконаленні планово-фінансової, проєктно-інвестиційної діяльності та бізнес-планування. Проблемним залишаються питання матеріально-технічного та кадрового забезпечення закладів. Ефект діяльності первинної медико-санітарної допомоги може бути досягнуто традиційними методами, зокрема збільшенням цільового та спеціального фінансування за участю людей і спільнот, а також забезпечення їх участі у процесі отримання доступу до інформації про реалізовані державою проєкти. Локальна діяльність закладів охорони здоров'я та системна діяльність первин-

ної медико-санітарної допомоги може бути досягнута завдяки розробці та впровадженню проєктів кільцевих маршрутів виїзду лікарів до сільських населених пунктів (СНП).

Primary health care is one of the fundamental components of the health care system. It is based on the idea of socio-psychological approaches, adherence to the principles of justice and recognition of the fundamental right of everyone to the highest attainable standard of health. The prerequisite for its effective functioning is the coherence of state policy, strategic guidelines for the development of local communities in the field of health care and management decisions and resource potential of health care institutions. The socio-psychological aspect of the activity of primary health care is the primary focus on the person, ensuring his health and longevity. Research confirms problems that are common to almost all health care facilities. Among them: the need to improve planning and financial, project and investment activities and business planning.

Activities in the field of health care at the regional level include treatment, prevention practices and sanitary-epidemiological surveillance, which are financed from various sources (national, regional and municipal, as well as on a self-financing basis, such as paid services, pharmacy, sanitation services), prophylactic and pharmaceutical nature, etc.). Issues of logistical and staffing of institutions remain problematic. The effect of primary health care can be achieved by traditional methods, including increasing targeted and special funding with the participation of people and communities, as well as ensuring their participation in the process of gaining access to information about state-implemented projects. The local activities of health care facilities and the systemic activities of primary health care can be achieved through the development and implementation of projects of circular routes of doctors to rural settlements (SNP). If necessary, the village elders of territorial communities organize transportation of the doctor to the countryside. Additional financial income for the implementation of this project can be provided by inventorying the use of all categories of land and registration of tenants in the community and by formalizing relations for shares, the lease of which is not formalized in the contract.

Ключові слова: адміністрування, управлінські рішення, заклад охорони здоров'я, проєкт, інвестиції, соціально-психологічний підхід.

Key words: administration, management decisions, health care facility, project, investment, socio-psychological approach.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Первинна медико-санітарна допомога являє собою загальнонаціональний підхід до здоров'я і благополуччя, заснований на потребах і перевагах окремих людей, сімей і спільнот. Вона охоплює більш широкі детермінанти здоров'я і основну увагу приділяє цілісним і взаємопов'язаним аспектам фізичного, психічного і соціального здоров'я і благополуччя. Первинна медико-санітарна допомога передбачає комплексну турботу про здоров'я людини протягом усього її життя, а не лікування набору окремих захворювань. Вона забезпечує отримання людьми всебічного обслуговування — від заходів по зміцненню здоров'я і профілактики хвороб до лікування, реабілітації та паліативного догляду — якомога ближче до свого повсякденного середовища. Первинна медико-санітарна допомога заснована на ідеї соціальної справедливості та визнанні основного права на володіння найвищим досяжним рівнем здоров'я, задекларовані як основні права людини.

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

Потреба формування механізму системного управління охороною здоров'я досліджуються у працях М. Білинської, В. Грабовського, Н. Еккертма, П. Кли-

мента, В. Кучеренка, В. Лехан, Л. Мельника, І. Рожкової, Н. Солоненка, Р. Солтмана, Дж. Фігейроса й ін., в яких увагу приділено проблемам рівня державних гарантій та якості надання медичних послуг, забезпечення конкурентних відносин, маркетингу, фінансування медичної допомоги, проблемам становлення нових економічних відносин і ризик-менеджменту в умовах ринку, охорони здоров'я та медико-соціальним аспектам, забезпечення базису цінностей з орієнтацією на результати. Водночас недостатньо досліджені локальні особливості первинної медико-санітарної допомоги та можливості її удосконалення завдяки інвестиційно-проєктному управлінню.

МЕТА СТАТТІ

Метою дослідження є визначення впливу фінансово-економічних механізмів функціонування первинної ланки закладів охорони здоров'я на локальному рівні та виявлення резервів підвищення ефективності їх функціонування на засадах проєктного управління з акцентом уваги на соціально-психологічні аспекти.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ

Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) є однією зі складних організаційних систем в охороні

здоров'я, внаслідок чого управління не може не бути однією з її інтегральних частин, без якої неможливе функціонування системи загалом. Управління включає планування, керівництво та контроль, організацію та прийняття рішень. Крім того, сюди входить порядок використання ресурсів, вивчення мотивації людей, які є суб'єктами практичної діяльності системи. Реформи і нововведення в охороні здоров'я є звичайним явищем, їх не слід побоюватися за умови, що вони проводяться з урахуванням можливості досягнення поставлених цілей за цього рівня наявних ресурсів. Концепція ПМСД неодноразово уточнювалася і переглядалася. У деяких контекстах вона трактується як надання амбулаторного індивідуального медичного обслуговування або першої допомоги. В інших контекстах Первинна медико-санітарна допомога розуміється як набір першочергових медико-санітарних заходів для груп населення з низьким рівнем доходу (їх ще називають "вибірковою первинною медико-санітарною допомогою"). Первинну допомогу також можна розглядати як необхідну складову людського розвитку з акцентом на економічні, соціальні та політичні аспекти [1, с. 35].

Попри помітне поліпшення показників рівня здоров'я населення в епоху Цілей сталого розвитку, як і раніше наявні серйозні і хронічні проблеми. Близько половина світового населення не має доступу до необхідних послуг; показники здоров'я непропорційно гірші у групах населення, схильних до впливу несприятливих соціальних та інших детермінант здоров'я, що посилює нерівність в галузі охорони здоров'я як всередині країн, так і між ними. Питання здоров'я займають центральне місце в порядку денному на період до 2030 р. [2], оскільки вони пов'язані із забезпеченням здорового способу життя, сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці, зобов'язанням дотримуватися принципу справедливості і не залишити нікого без уваги. Загальне охоплення послугами охорони здоров'я означає, що всі люди отримують необхідні медико-санітарні послуги достатньої якості, в тому числі у сфері зміцнення і охорони здоров'я, профілактики, лікування, реабілітації та паліативної допомоги, не відчуваючи у зв'язку з цим фінансових труднощів. Взаємозв'язок між ПМСД і поліпшенням показників здоров'я населення, зменшенням нерівності, підвищенням безпеки в галузі охорони здоров'я та економічної ефективності очевидний. Тому, на нашу думку, вона є базисом системи зміцнення та охорони здоров'я. Саме тому системі ПМСД приділяється пріоритетна увага (тридцята загальна програма роботи ВООЗ на 2019—2023 рр. трьома основними цілями передбачає зміцнення здоров'я, підтримання безпеки у світі та охоплення послугами вразливих груп населення [3]; пропонує глобальний план дій щодо забезпечення здорового способу життя і благополуччя для всіх. ПМСД відведено роль 1) активатора співпраці між партнерами для прискорення прогресу у досягненні цілей в галузі сталого розвитку на рівні країн; 2) комплексного механізму медико-санітарного обслуговування, орієнтованого на людину; 3) програми дій ВООЗ у сфері зміцнення систем охорони здоров'я та поліпшення його показників).

Важелі первинної медико-санітарної допомоги операційного механізму, необхідних для перетворення гло-

бальних зобов'язань у практичні дії і заходи, що є тісно взаємопов'язаними, доповнюють і підсилюють один одного. Як частина національної стратегії у галузі охорони здоров'я, ці принципи встановлюють пріоритетність загального охоплення населення послугами охорони здоров'я. Чотири ключові стратегічні важелі включають політичну волю та керівництво, основи стратегічного управління та політики, фінансування та розподіл ресурсів, а також залучення громад та інших зацікавлених сторін [4]. Без ключових стратегічних важелів дії та заходи, що здійснюються з використанням операційних важелів не призведуть до створення системи ефективної первинної медико-санітарної допомоги. Дії та заходи, пов'язані з усіма важелями, що стосуються стратегічного управління та фінансування, повинні розроблятися на основі широкого та безперервного політичного діалогу із залученням місцевих громад. Передбачається, що країни будуть вибирати ті важелі, які найбільшою мірою відповідають їх умовам, виходячи з потреб, можливостей систем і моделей управління охороною здоров'я, а конкретні дії, заходи і стратегії, використовувані для забезпечення помітного поліпшення ПМСД, будуть варіюватися залежно від конкретних умов, їх впливу на стан справ у сфері зміцнення здоров'я, профілактики захворювань і надання лікувальної, реабілітаційної та паліативної допомоги. Факторами успіху операційного механізму є підтримка первинної медико-санітарної допомоги через забезпечення "здоров'я для всіх" на основі міжсекторальних дій, розширення прав і можливостей людей і спільнот [6—10]. Особливі зусилля повинні бути спрямовані на охоплення і залучення до повноцінної участі вразливих і неблагополучних груп населення, які страждають від поганого стану здоров'я, не маючи можливості брати участь у традиційних механізмах взаємодії. Залученню спільнот сприятимуть заходи щодо посилення соціальної відповідальності. Актуальною залишається потреба технічної та / або фінансової підтримки поліпшення системи ПМСД з метою досягнення загального охоплення послугами охорони здоров'я, відповідальне керівництво і ведення інформаційно-роз'яснювальної роботи для узгодження дій донорів і технічних партнерів, політичної підтримки та діяльності органів влади, міжнародне партнерство в галузі охорони здоров'я в інтересах забезпечення загального охоплення послугами охорони здоров'я до 2030 р.

Наразі відчизняні лікувально-профілактичні заклади, маючи все більшу автономію, здійснюють стратегічне та оперативне планування своєї діяльності, визначають необхідні для цього ресурси та вирішують завдання фінансової стійкості й конкурентоспроможності. Тому все більш актуальними стають заходи впорядкування планово-фінансової та організаційно-технічної структури лікувально-профілактичних закладів та закладів надання первинної медико-санітарної допомоги, що пов'язане як з комплексом програми стратегічного розвитку, бізнес-плануванням та активізацією використання проєктно-інвестиційного підходу в управлінні.

Здоров'я населення, як пріоритетний напрям державної та регіональної політики та якісна характеристика ефективності соціально-економічного розвитку соціуму, передбачає діяльність закладів охорони здо-

Таблиця 1. SWOT-аналіз КНП "Попільнянський центр первинної медико-санітарної допомоги"

Сильні сторони організації	Слабкі сторони організації
Проходить процес впровадження інформаційних технологій, формування робочих місць лікаря, покращено якість роботи мережі Інтернет ПМСД має компактну і ефективну структуру управління, інформаційного забезпечення. Достатній рівень укомплектованості матеріально-технічної бази. Передбачено фінансування для забезпечення механізму фінансової мотивації. Наявність інформаційної сторінки закладу на національних медичних ресурсах	Рівень кваліфікації персоналу потребує подальшого підвищення. Амбулаторія потребує вдосконалення приміщень. Неукомплектованість штату. Недосконалий штатний розпис. Рівень сервісного обслуговування клієнтів має бути поліпшено. Недостатній рівень фінансової системи мотивації персоналу. Недостатній рівень знань щодо використання телемедичних технологій
Зовнішні можливості	Зовнішні загрози
Наявна інформаційна система обмежує можливість впровадження високошвидкісного обладнання для впровадження телемедицини. Висока частка літнього населення у сільській місцевості потребує системного підходу у діагностиці та наданні первинної невідкладної допомоги й пільговому забезпеченні медикаментами. Значна підтримка з боку органів влади та місцевого самоврядування. Великою є частка мешканців району, які живуть у сільській місцевості, а працюють у місті. Низький рівень конкуренції між закладами ПМСД на районному рівні	Ріст конкуренція за рахунок відкриття у районі приватних центрів ПМСД та лікувальних закладів. Недостатньо високою є частка населення, яка є активною до вибору лікаря. Наявна недовіра до первинної ланки медичної допомоги з боку частини населення району. Недостатньо ефективні відносини з департаментом ОЗ ОДА

ров'я соціально-економічної, громадської та медико-санітарної спрямованості. Орієнтація на такі індикатори, як рівень здоров'я населення, здатність забезпечити його працездатність та довголіття передбачає реалізацію таких принципів, як територіальний (забезпечує розміщення закладів охорони здоров'я на всіх територіях, де це є необхідним), галузевий (наявність власних медичних закладів у окремих відомств), рівності та доступності медичних послуг незалежно від вікової, гендерної, релігійної чи іншої відмінності. Діяльність у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні включає лікування, профілактичну практику та санітарно-епідеміологічний нагляд, які фінансують з різних джерел (національного, регіонального та муніципальних, а також на засадах самофінансування, наприклад, внаслідок надання платних послуг, реалізації послуг аптечного, санітарно-профілактичного та фармацевтичного характеру тощо).

Управління системою охорони здоров'я, у тому числі закладами ПМСД здійснюється через механізми розробки політики нормативно-правового регулювання, організації питань медичної профілактики, організації допомоги та реабілітації, розробки та реалізації медичних технологій, контролю якості та ефективності лікарських препаратів, санітарно-епідеміологічного нагляду. Виявлені у ході дослідження невідповідності між потребою у профілактичній, лікувальній, реабілітаційній допомозі та фінансуванням галузі, зниження ефективності (співвідношення між витратами і результатами) робить вторинну (спеціалізовану) допомогу більш дорогою. Практична відсутність профілактичної роботи та система фінансування за надані послуги охороні здоров'я більш вигідним робить зростання кількості хворих, що збільшує грошові асигнування, які надходять до лікувального закладу. Водночас організація амбулаторно-поліклінічної допомоги майже не регулює потоки пацієнтів, дільнична служба недостатньо укомплектована лікарями, значна частина яких є пенсійного віку, недостатньою залишається забезпеченість закладів охорони здоров'я сучасною апаратурою та матеріально-технічною базою (до 70% застарілої медичної техніки, потреба в повсякденних витратних матеріалах задовольняється на 30—40 %). Не є оптимальною за фінансуванням співпраця у сфері спільних дій швидкої та невідкладної допомоги, росте дефіцит медичних кадрів. Через низьку оплату праці і зниження престижності з професії йдуть лікарі і середній медичний персонал. Система медичного страхування, особливо у період пандемії, не забезпечує захист пацієнтів і їх прав, а також контроль якості медичної допомоги. Базова програма страхування не гарантує населенню отримання всіх видів допомоги, а використовувані для їх оплати критерії не передбачають покриття реальних витрат. Тому реформа ПМСД більшою мірою необхідна на му-

ніципальному рівні охорони здоров'я (поліклініки, відновлення, реабілітація та ін.). Головний напрям цієї реформи — перенесення основної частини медичних послуг із стаціонарного сектора до амбулаторно-поліклінічного. Вирішальне значення в реформуванні ПМСД мають планування і управління, які ускладнюються в умовах децентралізації внаслідок неготовності місцевих адміністрацій самостійно планувати масштабні заходи та відсутністю фахівців з проєктного управління. Результатом нашого дослідження стала пропозиція щодо підготовки нормативно-правових документів на регіональному рівні, основні з них: розпорядчо-виконавчі акти органу управління охорони здоров'я та лікувально-профілактичних закладів Попільнянського району [5]. Маючи довіру з боку місцевих мешканців завдяки доброзичливому вмотивованому колективу, комфортним умовам та якісному наданню послуг 85% Попільнянської селищної ради обирають КНП "Попільнянський центр первинної медико-санітарної допомоги", як заклад надання невідкладної допомоги (табл. 1).

Подальшого дослідження потребують питання управління знаннями, включаючи поширення найкращої вітчизняної практики та зарубіжного досвіду, а також використання знань для прискореного розширення масштабів використання успішних стратегій по зміцненню систем, орієнтованих на ПМСД. Проведені дослідження засвідчили, що питання, пов'язані з ПМСД, мають вирішувати такі завдання як розробка стратегій, спрямованих на задоволення потреб населення і вирішення пріоритетних завдань у сфері охорони здоров'я; визначення оптимальних шляхів взаємодії з людьми, спільнотами та іншими зацікавленими сторонами різних секторів суспільно-економічного буття з метою поліпшення показників здоров'я населення; приділення більше уваги питанням рівності, у тому числі розриву між міськими та сільськими районами або гендерним аспек-

Таблиця 2. Глобальний план дій із забезпечення здорового способу життя та добробуту для всіх: спільні дії у системі ПМСД

Дії на рівні держави	Дії на рівні регіону
Надання підтримки регіонам за рахунок спільних колективних дій у таких сферах: - підтримки ПМСД на рівні закладів; - використання спільного підходу до оцінки системи охорони здоров'я; - надання цільової скоординованої підтримки з метою посилення системи ПМСД через визначення національних пріоритетів, планування та складання бюджету, мобілізації фінансування та розвитку кадрів системи охорони здоров'я з метою кращого охоплення ситуації як умови забезпечення соціальної справедливості, у тому числі в умовах нестабільності та вразливості; - надання допомоги у виявленні тих, хто залишився без уваги, а також визначення пріоритетів інтеграції з іншими суспільними секторами для надання впливу та детермінанти та результати щодо здоров'я	Забезпечення послідовної ефективної підтримки за рахунок активної діяльності у питаннях створення суспільних благ у сферах: - співпраця трьох компонентів ПМСД з використанням існуючих механізмів, включаючи фінансування; - удосконалення інформаційно-комунікаційної політики закладів, зміцнення потенціалу партнерів з метою їх ефективної участі, прискорення, узгодження звітності ПМСД з використанням загальних інструментів, механізмів та підходів; - розробка та розширення інструментів та підходів в межах принципу «нікого не залишити поза увагою»

там охорони здоров'я; забезпечення надання послуг в умовах надзвичайних ситуацій; визначення оптимальних способів ефективного реагування на загрози (як заходів у відповідь, так і профілактики); розуміння складових якості послуг охорони здоров'я (включаючи ефективність, орієнтованість на людину, своєчасність, інтеграцію, результативність і безпеку); проведення прикладних досліджень для оцінки впливу заходів щодо поліпшення цих складових; оцінка впливу та поширення найбільш ефективних форм надання послуг у сфері охорони здоров'я; розробка моделей передачі знань і надання їм підтримки з метою сприяння поширенню знань під час впровадження ПМСД.

До традиційних механізмів підвищення ефективності первинної медико-санітарної допомоги можна віднести такі заходи, як збільшення цільового та спеціального фінансування ПМСД за участю людей і спільнот, а також забезпечення їх участі у процесі отримання доступу до інформації про реалізовані державою проекти (співпраця громадськості та пацієнтів, наприклад, через громадські консультативні ради) (табл. 2).

Для активізації локальної діяльності закладу на місцях та системної роботи ПМСД на території ОТГ доцільною є розробка кільцевих маршрутів виїзду лікарів до сільських населених пунктів (СНП), як формату прийому хворих безпосередньо в селах. Цей напрям удосконалення роботи закладу охорони здоров'я доцільно впровадити використовуючи аспекти проєктного підходу, що передбачає поставлених цілей, робіт, виконавців, фінансових витрат. Для впровадження пропонуваного проєкту необхідно насамперед обладнати відповідним чином приміщення ФАПів, ФП. У СНП, де наразі немає таких приміщень, використати приміщення бувших сільрад, пристосовавши їх відповідним чином. Інші СНП бувших сільрад, розташовані по сусідству, будуть у межах досяжності для населення. Відомий заздалегідь графік дозволяє лікареві знаходитися у призначений час у відповідному населеному пункті, де організовано прийом відвідувачів. Протягом робочого дня слід передбачати таку роботу у межах 3—4 СНП з урахуванням часу на переїзд та обідню перерву. Кільцеві маршрути варто формувати з урахуванням наявних

об'єктів інфраструктури, зокрема дорожньо-транспортної мережі.

Старости округів ОТГ організовують, за необхідності, підвезення лікаря до місця прийому людей свого округу. Додаткові витрати на проєкт "кільцевий" режим роботи лікарів, у тому числі транспортні витрати, передбачати за рахунок інвентаризації використання усіх категорій земель та реєстрацію орендарів на території ОТГ (їх представництв або дочірніх підприємств), спрямовуючи додаткові кошти до місцевого бюджету. Також додатковим джерелом фінансування може бути за рахунок формалізації відносин щодо паїв, оренда яких не оформлена договором. У масштабах району інвентаризація використання усіх категорій земель спроможна сформувати грошовий потік розміром близько 2—3 млн грн щорічно. Наведемо приклад розрахунку надходжень за використання земельних ділянок в районі з кількістю людей 15 тис. осіб (середній район), які отримали земельні паї.

1. Близько 10% населення не оформило договори оренди (середні цифри за дослідженнями в різних регіонах країни).

2. Це становить 1500 осіб (земельних паїв).

3. Середній розмір земельного паю в Україні — 5 га.

4. Середній розмір орендної плати за 1 га — 3 тис. грн.

5. Розмір орендної плати за 1 пай (5 га*3 тис. грн) — 15000 грн.

6. Розмір податку на дохід фізичних осіб (18%) від орендної плати — 15000 грн*18% = 2700 грн.

7. Додаткове надходження до місцевого бюджету від інвентаризації використання тільки земельних паїв громадян може становити (1500 осіб * 2700 грн) понад 4 млн грн. Цього буде достатньо для додаткового відшкодування транспортних витрат організованих кільцевих маршрутів лікарів за програмою забезпечення прийому хворих у старостинських округах.

ВИСНОВКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Попри помітне поліпшення показників рівня здоров'я населення світу, досягненню вищого рівня здоров'я відповідно до Цілей сталого розвитку перешкоджають серйозні і хронічні проблеми: а) близько половина світового населення не має доступу до необхідних послуг; б) показники здоров'я непропорційно гірші у групах населення, що мають несприятливі соціальні проблеми та інші детермінанти здоров'я. Це посилює нерівність можливостей у сфері охорони здоров'я у країні. Загальне охоплення означає, що всі люди отримують необхідні їм медико-санітарні послуги достатньої якості, в тому числі у сфері зміцнення і охорони здоров'я, профілактики, лікування, реабілітації та паліативної допомоги, не відчуваючи у зв'язку з цим фінансових труднощів.

2. Взаємозв'язок між ПМСД та поліпшенням медико-санітарних результатів, зменшенням нерівності, підвищенням безпеки у сфері охорони здоров'я та

економічної ефективності є базисом, який визначає перспективи зміцнення систем охорони здоров'я в країні. Тому метою подальшого розвитку системи охорони здоров'я є досягнення загального охоплення послугами охорони здоров'я та необхідної первинної медико-санітарної допомоги. Стратегія забезпечення здорового життя і благополуччя для всіх надає ПМСД роль каталізатора, який активізує співпрацю між партнерами з метою прискорення прогресу у досягненні цілей сталого розвитку.

Наразі позначилася тенденція до зростання фінансування системи охорони здоров'я, в тому числі амбулаторної допомоги, що обумовлене а) скороченням обсягів стаціонарної допомоги, б) тарифною політикою, спрямованою на фінансове зміцнення первинного сектора охорони здоров'я, що свідчить про деяке підвищення пріоритетності ПМСД у фінансовому забезпеченні. Водночас варто відмітити, що на амбулаторну допомогу витрачається приблизно третина державного фінансування, тоді як на стаціонарну — більше половини, визнає пріоритетність стаціонарної допомоги. Також має місце стійке скорочення частки лікарів, зайнятих в амбулаторному секторі (з 55% у 1995 р. до 51% у 2019 р.). Процес розширення складу первинної допомоги йде, головним чином, за рахунок збільшення числа середнього медичного персоналу і працівників соціальних служб, як наслідок, відбувається перевантаження лікарів дільничної служби і обмеженості їх клінічного функціоналу. Є підстави вважати, що сьогодні в Україні діє проміжна модель, що допускає пряме звернення пацієнтів до великого числа фахівців, причому всупереч встановленому порядку звернень. Відповідно, можливості сімейних лікарів впливати на обсяги спеціалізованої допомоги стають все більшими.

Література:

1. Bryndin E. G. Culture of a healthy lifestyle. Horizons of civilization. 2012. Vol. 1. P. 32—40.
2. Health at a Glance: OECD Indicators. P.: OECD Publishing, 2017. 216 p.
3. Recommendations to OECD ministers of health from the high level reflection group on the future of health statistics — Strengthening the international comparison of health system performance through patient-reported indicators. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2017. URL: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Recommendations-from-high-level-reflection-group-on-the-future-of-health-statistics.pdf> (дата звернення 10.06.2021).
4. Kruk M.E., Gage A., Arsenault C., Jordan K., Leslie H.H., Roder-DeWan S., et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. Lancet Global Health. 2018. Vol. 6 (11). P. 1196—1252. doi:10.1016/S2214-109X(18)30386-3
5. Попільнянський центр первинної медико-санітарної допомоги Попільнянської районної ради. URL: <https://www.c3n.info/registration/index.php?Id=1381> (дата звернення 20.12.2020).
6. Ткачук В.І., Кільницька О.С., Плотнікова М.Ф. Диверсифікація підприємництва як стратегія розвитку сільських територій. Сталый розвиток економіки: світовий досвід та перспективи України: монографія / за ред.

проф. В. І. Ткачука. Житомир: Поліський національний університет, 2021. С. 52—72.

7. Buluy O., Plotnikova M., Prysiazhniuk O., Ramanauskas J. Trends of asymmetries and imbalances in rural development. Scientific Horizons, 2020. № 02 (87). P. 66—74. doi: 10.33249/2663-2144-2020-87-02-66-74
8. Ходаківський Є.І., Іванюк О.В., Плотнікова М.Ф. Парадигма гештальтів управлінських систем. Інтелект XXI. 2018. № 1. С. 206—210.
9. Ходаківський Є.І., Якобчук В.П., Плотнікова М.Ф. Публічне управління у процесі децентралізації. Наукові горизонти. 2018. № 6. С. 28—35.
10. Ходаківський Є.І., Якобчук В.П., Захаріна О.В., Плотнікова М.Ф., Іванюк О.В. Формування європейської системи Q-менеджменту в децентралізованих громадах. Наукові горизонти. 2019. № 3. С. 10—18.

References:

1. Bryndin, E. G. (2012), "Culture of a healthy lifestyle", Horizons of civilization, Vol. 1, pp. 32—40.
 2. OECD (2017), Health at a Glance: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, France.
 3. Organisation for Economic Cooperation and Development (2017), "Recommendations to OECD ministers of health from the high level reflection group on the future of health statistics — Strengthening the international comparison of health system performance through patient-reported indicators", available at: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Recommendations-from-high-level-reflection-group-on-the-future-of-health-statistics.pdf> (Accessed 10 June 2021).
 4. Kruk, M. E. Gage, A. Arsenault, C. Jordan, K. Leslie, H. H. and Roder-DeWan, S. (2018), "High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution", Lancet Global Health, vol. 6 (11), pp. 1196-1252. doi:10.1016/S2214-109X(18)30386-3
 5. Popilnyansky primary health care center of Popilnyansky district council (2021), available at: <https://www.c3n.info/registration/index.php?Id=1381> (Accessed 10 June 2021).
 6. Tkachuk, V. Kilnitska, O. and Plotnikova, M. (2021), "Diversification of entrepreneurship as a strategy of rural development", Stalyj rozvytok ekonomiky: svitovyy dosvid ta perspektyvy Ukrainy [Sustainable development of the economy: world experience and prospects of Ukraine], Polissya National University, Zhytomyr, Ukraine, pp. 52—72.
 7. Buluy, O. Plotnikova, M. Prysiazhniuk, O. and Ramanauskas, J. (2020), "Trends of asymmetries and imbalances in rural development", Scientific Horizons. № 02(87), pp. 66—74. doi: 10.33249/2663-2144-2020-87-02-66-74
 8. Khodakivsky, Ye. Ivanyuk, O. and Plotnikova, M. (2018), "Gestalt paradigm of control systems", Intelligence XXI, vol. 1, pp. 206—210.
 9. Khodakivsky, Ye. Yakobchuk, V. and Plotnikova, M. (2018), "Public administration in the process of decentralization", Scientific Horizons, vol. 6, pp. 28—35.
 10. Khodakivsky, Ye. Yakobchuk, V. Zakharina O. Plotnikova, M. and Ivanyuk O. (2019), "Formation of the European system of Q-management in decentralized communities", Scientific Horizons, vol. 3, pp. 10—18.
- Стаття надійшла до редакції 12.07.2021 р.