

МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ШЕВЧУК Роман Володимирович

УДК 351.773(477)

ДИСЕРТАЦІЯ

**РОЗВИТОК МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ
У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СУЧАСНІЙ УКРАЇНІ**

25.00.02 – механізми державного управління

281 – Публічне управління та адміністрування

Подається на здобуття наукового ступеня доктора наук з державного управління
Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Р.В. Шевчук

Науковий консультант:
д.держ.упр., проф.
І.А. Семенець-Орлова

КИЇВ – 2023

АНОТАЦІЯ

Шевчук Р.В. Розвиток механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в сучасній Україні. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 – механізми державного управління. – Міжрегіональна Академія управління персоналом, Київ, 2023.

Дисертація присвячена розробці концептуальних засад у сфері розвитку механізмів публічного управління в галузі охорони здоров'я в сучасній Україні. Дослідження включає систематизацію теоретичних та методологічних положень, які регулюють державне управління в цій галузі, з акцентом на виклики та можливості, пов'язані з європейською інтеграцією. У дисертації визначено вплив історичних подій, політичних рішень та соціально-економічних змін на розвиток системи охорони здоров'я в Україні, а також розглянуто процеси переходу від радянської моделі до незалежної системи охорони здоров'я.

Особливу увагу приділено аналізу механізмів публічного управління, які включають децентралізацію, залучення громадськості та впровадження інноваційних технологічних рішень. Результатом дослідження стало формулювання науково-практичних рекомендацій, спрямованих на удосконалення управління в сфері охорони здоров'я в Україні, зокрема через оптимізацію фінансових механізмів та розвиток ефективної системи управління, що відповідає як місцевим, так і європейським стандартам.

Проведено аналіз та удосконалення законодавчих та нормативних основ охорони здоров'я в Україні з метою підвищення ефективності системи в умовах сучасних викликів. Особливий акцент зроблено на адаптацію законодавства до потреб інтеграції новітніх медичних технологій та практик, включаючи телемедицину, електронні медичні записи, а також захист даних пацієнтів. В

дослідженні визначено ключові аспекти, які потребують законодавчих змін для покращення механізмів громадського контролю та залучення громадянського суспільства до прийняття рішень у сфері охорони здоров'я. У результатах дослідження відображені основні проблеми та виклики, з якими зіштовхується система охорони здоров'я України, особливо в контексті фінансування, нестачі кваліфікованих медичних кадрів, відсутності ефективної координації між різними рівнями медичної допомоги, бюрократії та непрозорості управління. Окрім того, наголошується на важливості оновлення застарілої законодавчої та нормативної бази.

У ході дисертаційного дослідження було розроблено комплексні стратегії та науково-практичні рекомендації для подолання існуючих проблем. Ці стратегії включають збільшення фінансування охорони здоров'я, реформування системи медичної освіти та підготовки кадрів, впровадження ефективних систем управління та координації, підвищення рівня прозорості та відповідальності у процесі прийняття рішень, а також актуалізацію законодавчого поля. Обґрунтовано шляхи вдосконалення системи охорони здоров'я в Україні, що включає в себе як законодавчі зміни, так і практичні кроки для забезпечення її ефективності, доступності та адаптації до сучасних викликів.

У дослідженні здійснено глибокий аналіз сучасного стану публічної політики в галузі охорони здоров'я в Україні, виявляючи як позитивні досягнення, так і сфери, що потребують подальшого вдосконалення. Особлива увага приділена позитивним зрушенням у впровадженні електронних медичних систем та залученні громадськості до прийняття рішень. Проте, виявлені виклики, такі як недостатнє фінансування, необхідність оновлення законодавчої бази, вдосконалення

координації між рівнями медичної допомоги, та усунення бюрократичних перешкод, вимагають додаткової уваги дослідників.

У дослідженні здійснено порівняльний аналіз зарубіжного досвіду, виявлено значний потенціал для адаптації та впровадження міжнародних успішних практик і моделей у вітчизняних умовах. Це включає удосконалення системи управління та фінансування, особливо з використанням гнучких підходів та комбінації державного і приватного фінансування, а також підходи до медичної допомоги, використання цифрових технологій, вдосконалення кадрової політики та залучення громадськості, пацієнтів до управління системою охорони здоров'я.

Підкреслено важливість адаптації та впровадження успішних міжнародних практик у вітчизняній системі охорони здоров'я, що сприятиме підвищенню її ефективності та якості, враховуючи при цьому специфіку та потреби українського контексту.

Зосереджено увагу на аналізі практик формування кадрового забезпечення у системі охорони здоров'я України та виявленні ефективних методів кадрової політики для підвищення якості медичних послуг. У дослідженні здійснено акценти на важливості професійного розвитку, навчання, стимулювання та мотивації медичного персоналу через конкурентну заробітну плату та системи бонусів, а також на залученні молодих спеціалістів, розвитку міжнародного обміну досвідом. Окрема увага приділяється ефективному управлінню персоналом та впровадженню сучасних систем оцінки продуктивності.

Додатково, дослідження включає аналіз державної політики європейських країн у сфері охорони здоров'я, виявляючи стратегії, які сприяють досягненню цілей сталого розвитку. Важливими аспектами є забезпечення доступності

медичних послуг, пріоритетність первинної медичної допомоги, інвестиції у підготовку кадрів, використання цифрових технологій, співпраця з громадськістю та пацієнтами, профілактика та просвіта населення, міжсекторальна співпраця та фінансування на основі результатів.

Дослідження зосереджується на аналізі механізмів публічно-приватного партнерства (ППП) у сфері охорони здоров'я в Україні, демонструючи їх потенціал для підвищення ефективності та якості медичних послуг. Залучення приватного сектору через PPP дає змогу використовувати інноваційні технології, залучати додаткові інвестиції, оптимізувати витрати та розподіляти ризики. Ефективність PPP проявляється у покращенні доступності медичних послуг, особливо в віддалених регіонах, та підвищенні клієнтоорієнтованості послуг. Рекомендується встановлення чітких правових та регуляторних рамок, забезпечення прозорості та підзвітності у процесах ухвалення рішень та планування проєктів PPP.

У дослідженні визначені шляхи оптимізації організаційної структури управління в сфері охорони здоров'я для підвищення оперативності та ефективності управлінських процесів. Важливими елементами модернізаційних процесів у цьому напрямку виступають: спрощення бюрократичних процесів, впровадження цифрових технологій, створення гнучкої організаційної структури, розвиток персоналу, а також ефективне стратегічне планування та моніторинг.

Також в роботі висвітлюється значення механізмів участі громадян в процесі управління охороною здоров'я. Підкреслюється важливість створення громадських рад та комітетів, проведення громадських обговорень, використання цифрових платформ для залучення громадськості, забезпечення прозорості інформації та залучення представників різних соціальних груп. Усе це спрямовано на створення

більш ефективної, прозорої та відповідальної за реалізацію публічного інтересу системи охорони здоров'я.

Визначено напрями удосконалення фінансового механізму публічного управління в сфері охорони здоров'я в Україні. Основні аспекти включають диверсифікацію джерел фінансування, ефективне бюджетування та контроль за витратами, фінансування на основі продуктивності та якості, використання публічно-приватного партнерства для залучення додаткових ресурсів, транспарентність та підзвітність у фінансових процесах. Також розглядається застосування технологій для оптимізації управління фінансами, стимулювання відповідального споживання медичних послуг, інтеграція медичного страхування, та довгострокове планування фінансування.

Дослідження також охоплює систематизацію викликів реформування системи управління в умовах децентралізації, визначаючи ключові аспекти для розробки оптимальних підходів до реформ. Важливі аспекти включають ефективну координацію між різними рівнями влади, забезпечення рівного доступу до послуг, оптимізацію розподілу ресурсів, розвиток місцевих кадрових ресурсів, підвищення обізнаності, залучення громад, моніторинг, оцінку впливу децентралізації, адаптацію законодавчої та нормативної бази. Рекомендується комплексний підхід до реформ, що включає стратегічне планування, залучення всіх зацікавлених сторін, постійний моніторинг та оцінку результатів.

У дисертації визначені важливі напрями для удосконалення фінансового механізму публічного управління в охороні здоров'я, а також стратегічні підходи для ефективного реформування системи управління в умовах децентралізації, що є критично важливим для підвищення ефективності, якості та доступності медичних

послуг в Україні.

Дослідження включає глибокий аналіз кейсів публічної політики у контексті децентралізації з різних країн світу, ідентифікацію ефективних стратегій та підходів, які можуть бути адаптовані для вдосконалення місцевого управління в Україні. Особлива увага приділяється ефективній координації між різними рівнями влади, забезпеченню фінансової автономії та відповідальності місцевих органів влади, активному залученню громадськості, органів місцевої влади у процеси прийняття рішень. Також розглядаються шляхи розвитку потенціалу місцевих громад через навчання та професійний розвиток місцевих лідерів, регулярний моніторинг, оцінку впливу децентралізаційних реформ, можливості адаптації зарубіжного досвіду з урахуванням локальних особливостей.

Крім того, дослідження охоплює проблемне поле розробки концептуальних засад створення єдиного медичного простору в Україні, який відповідає вимогам інтегрованості, ефективності та доступності. Розглядаються такі аспекти, як створення єдиної інформаційної системи охорони здоров'я, інтеграція медичних послуг на різних рівнях, уніфікація медичних стандартів, забезпечення доступності медичних послуг для всіх громадян, розвиток та підтримка медичних кадрів, впровадження принципів доказової медицини. Цей комплексний підхід сприятиме створенню ефективної та доступної системи охорони здоров'я, здатної відповідати на сучасні виклики та потреби населення.

Ключові слова: механізми державного управління, розвиток, механізми, публічне управління, охорона здоров'я, моніторинг, координація, громадське здоров'я, якість життя громадян, система охорони здоров'я.

ANNOTATION

Shevchuk R.V. Development of public management mechanisms in the field of health care in modern Ukraine. - Qualifying scientific work on the rights of manuscripts.

Dissertation for obtaining a scientific degree of the Doctor of Sciences in Public Administration in specialty 25.00.02 – Mechanisms of Public Administration. – Interregional Academy of Personnel Management, Kyiv, 2023.

The dissertation is devoted to the development of conceptual foundations in the field of development of public management mechanisms in the field of health care in modern Ukraine. The study includes the systematization of theoretical and methodological provisions that regulate public administration in this field, with an emphasis on challenges and opportunities associated with European integration. The dissertation defines the impact of historical events, political decisions and socio-economic changes on the development of the health care system in Ukraine, and also examines the processes of transition from the Soviet model to an independent health care system.

Special attention is paid to the analysis of public management mechanisms, which include decentralization, public involvement, and the implementation of innovative technological solutions. The result of the study was the formulation of scientific and practical recommendations aimed at improving management in the field of health care in Ukraine, in particular through the optimization of financial mechanisms and the development of an effective management system that meets both local and European standards.

The analysis and improvement of the legislative and regulatory foundations of health care in Ukraine was carried out in order to increase the efficiency of the system in the conditions of modern challenges. Special emphasis is placed on the adaptation of the

legislation to the needs of the integration of the latest medical technologies and practices, including telemedicine , electronic medical records, as well as the protection of patient data. The study identified key aspects that require legislative changes to improve mechanisms of public control and involve civil society in decision-making in the field of health care. The results of the study are also in include the identification of the main problems and challenges faced by the healthcare system of Ukraine, especially in the context of financing, lack of qualified medical personnel, lack of effective coordination between different levels of medical care, bureaucracy and lack of transparency of management. In addition, the importance of updating the outdated legislative and regulatory framework is emphasized .

Within the framework of the dissertation, comprehensive strategies and scientific and practical recommendations were developed to overcome existing problems. These strategies include increasing health care funding, reforming the system of medical education and personnel training, implementing effective management and coordination systems, increasing the level of transparency and accountability in the decision-making process, as well as updating the legislative framework. Ways to improve the health care system in Ukraine are substantiated, which includes both legislative changes and practical steps to ensure its effectiveness, accessibility and adaptation to modern challenges.

The study conducts an in-depth analysis of the current state of public policy in the field of health care in Ukraine, revealing both positive achievements and areas in need of further improvement. Special attention is paid to positive developments in the implementation of electronic medical systems and public involvement in decision-making. However, identified challenges, such as insufficient funding, the need to update the legislative framework, improve coordination between levels of medical care, and

eliminate bureaucratic obstacles, require attention.

The study also includes a comparative analysis of foreign experience, revealing significant potential for adaptation and implementation of international successful practices and models in domestic conditions. This includes improving governance and funding, particularly with flexible approaches and a combination of public and private funding, as well as approaches to health care, the use of digital technologies, improved staffing policies, and the involvement of the public and patients in the management of the health care system.

The importance of adaptation and implementation of successful international practices in the domestic health care system is emphasized, which will contribute to increasing its efficiency and quality, taking into account the specifics and needs of the Ukrainian context.

Attention is focused on the analysis of the practices of formation of human resources in the health care of Ukraine and the identification of effective methods of personnel policy to improve the quality of medical services. The study emphasizes the importance of professional development and training, the stimulation and motivation of medical staff through competitive salaries and bonus systems, as well as the attraction of young professionals and the development of international exchange of experience. Special attention is paid to effective personnel management and implementation of modern performance evaluation systems.

In addition, the study includes an analysis of the public health policies of European countries, identifying strategies that contribute to the achievement of sustainable development goals. Important aspects are ensuring the availability of health services, prioritizing primary care, investment in training, use of digital technologies, collaboration

with the public and patients, prevention and education of the population, intersectoral collaboration and results-based financing.

The study focuses on the analysis of public-private partnership (PPP) mechanisms in the field of health care in Ukraine, demonstrating their potential for improving the efficiency and quality of medical services. Involvement of the private sector through PPP makes it possible to use innovative technologies, attract additional investments, optimize costs and distribute risks. The effectiveness of PPP is manifested in improving the availability of medical services, especially in remote regions, and increasing the client-orientation of services. It is recommended to establish a clear legal and regulatory framework, ensure transparency and accountability in the decision-making and planning processes of PPP projects .

Separately, the study covers the optimization of the organizational structure of management in the field of health care to increase the efficiency and effectiveness of management processes. Important elements are the simplification of bureaucratic processes, the introduction of digital technologies, the creation of a flexible organizational structure, the development of personnel, as well as effective strategic planning and monitoring.

The work also highlights the importance of citizen participation mechanisms in the process of health care management. The importance of creating public councils and committees, conducting public discussions, using digital platforms to engage the public, ensuring transparency of information and involving representatives of various social groups is emphasized. All this is aimed at creating a more efficient, transparent and responsible health care system.

The areas of improvement of the financial mechanism of public administration in

the field of health care in Ukraine have been determined. Key aspects include diversification of funding sources, effective budgeting and cost control, performance and quality-based funding, use of public-private partnerships to attract additional resources, and transparency and accountability in financial processes. It also considers the application of technology to optimize financial management, encourage responsible consumption of medical services, integrate health insurance, and long-term financing planning.

The study also covers the systematization of the challenges of reforming the governance system in the context of decentralization, identifying key aspects for developing optimal approaches to reforms. Important aspects include effective coordination between different levels of government, ensuring equal access to services, optimizing resource allocation, developing local human resources, raising awareness and engaging communities, monitoring and evaluating the impact of decentralization, and adapting the legislative and regulatory framework. A comprehensive approach to reforms is recommended, including strategic planning, involvement of all stakeholders, and ongoing monitoring and evaluation of results.

The dissertation provides important directions for improving the financial mechanism of public management in health care, and also defines strategic approaches for effective reform of the management system in conditions of decentralization, which is critically important for improving the efficiency, quality and availability of medical services in Ukraine.

The research includes an in-depth analysis of public policy cases in the context of decentralization from different countries around the world, identifying effective strategies and approaches that can be adapted to improve local governance in Ukraine. Special attention is paid to effective coordination between different levels of government,

ensuring financial autonomy and responsibility of local authorities, active involvement of the public and local structures in decision-making processes. Ways to develop local capacities through training and professional development, regular monitoring and evaluation of the impact of decentralization reforms, and adaptation of foreign experience to local conditions are also considered.

In addition, the study covers the development of conceptual foundations for the creation of a single medical space in Ukraine that meets the requirements of integration, efficiency and accessibility. Aspects such as the creation of a single health care information system, the integration of medical services at different levels, the unification of medical standards, ensuring the availability of medical services for all citizens, the development and support of medical personnel, and the implementation of the principles of evidence-based medicine are considered. This comprehensive approach will contribute to the creation of an effective and affordable health care system capable of responding to modern challenges and needs of the population.

Keywords: public administration mechanisms, development, mechanisms, public administration, health care, monitoring, coordination, public health, quality of life of citizens, health care system..

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у наукових фахових виданнях:

1. Шевчук Р. В. Проблеми реформування системи охорони здоров'я в сучасній Україні. *Публічне урядування*. 2022. № 3 (31). С. 95–101. URL: [https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-3\(31\)-13](https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-3(31)-13).

2. Шевчук Р. В. Аналіз зарубіжного досвіду публічного управління у сфері охорони здоров'я. *Публічне урядування*. 2022. № 4 (32). С. 80–86. URL: [https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-4\(32\)-11](https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-4(32)-11).

3. Шевчук Р. В. Механізми розвитку національної системи охорони здоров'я в контексті забезпечення національної безпеки в Україні. *Публічне урядування*. 2022. № 5 (33). С. 127–131. URL: [https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-5\(33\)-18](https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-5(33)-18).

4. Шевчук Р. В. Шляхи удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні. *Експерт: парадигми юридичних наук і державного управління*. 2022. № 6 (24). С. 87–93. URL: <http://journals.maup.com.ua/index.php/expert/article/view/2426>.

5. Шевчук Р. В. Державно-приватне партнерство як механізм підвищення якості медичних послуг у європейських країнах. *Експерт: парадигми юридичних наук і державного управління*. 2023. № 1 (25). С. 62–67. URL: [https://doi.org/10.32689/2617-9660-2023-1\(25\)-62-67](https://doi.org/10.32689/2617-9660-2023-1(25)-62-67).

6. Шевчук Р. В. Аналіз нормативно-правового забезпечення у сфері охорони здоров'я. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Політичні науки та публічне управління*. 2023. № 1 (67). С. 65–70. URL: [https://doi.org/10.32689/2523-4625-2023-1\(67\)-9](https://doi.org/10.32689/2523-4625-2023-1(67)-9).

7. Шевчук Р. В. Сучасний стан публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Політичні науки та публічне управління*. 2023. № 6 (66). С. 79–85. URL: [https://doi.org/10.32689/2523-4625-2022-6\(66\)-11](https://doi.org/10.32689/2523-4625-2022-6(66)-11).

8. Шевчук Р. В. Проблеми щодо впровадження інноваційних механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я. *Наукові праці Міжрегіональної*

Академії управління персоналом. Політичні науки та публічне управління. 2023. № 5 (65). С. 97–103. URL: [https://doi.org/10.32689/2523-4625-2022-5\(65\)-14](https://doi.org/10.32689/2523-4625-2022-5(65)-14).

9. Шевчук Р. В. Особливості реалізації механізмів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Політичні науки та публічне управління.* 2023. № 4 (64). С. 109–114. URL: [https://doi.org/10.32689/2523-4625-2022-4\(64\)-14](https://doi.org/10.32689/2523-4625-2022-4(64)-14).

10. Шевчук Р. В. Система охорони здоров'я України як об'єкт державного контролю. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Політичні науки та публічне управління.* 2023. № 3 (63). С. 128–132. URL: [https://doi.org/10.32689/2523-4625-2022-3\(63\)-17](https://doi.org/10.32689/2523-4625-2022-3(63)-17).

11. Шевчук Р. В. Нормативно-правове забезпечення у сфері охорони здоров'я. *Публічне управління та адміністрування в Україні.* 2023. № 33. С. 141–145. URL: <http://pag-journal.iei.od.ua/archives/2023/33-2023/26.pdf>.

12. Шевчук Р. В., Руденко М. Л. Роль публічного управління у поліпшенні якості та доступності медичних послуг в Україні. *Електронне наукове видання «Публічне адміністрування та національна безпека».* 2023. № 2. URL: <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-2-9031>.

Особистий внесок: визначено значимість діяльності органів публічної влади для поліпшення якості медичних послуг.

13. Шевчук Р. В. Ефективність публічного управління у забезпеченні безпеки та якості лікарських засобів і медичного обладнання в Україні. *Електронне наукове видання «Публічне адміністрування та національна безпека».* 2023. № 4. URL: <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-4-9028>.

14. Шевчук Р. В. Глобальні виклики та міжнародне співробітництво у публічному управлінні охороною здоров'я. *Електронне наукове видання «Публічне адміністрування та національна безпека».* 2023. № 3. URL: <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-3-9032>.

15. Шевчук Р. В. Роль публічного управління у поліпшенні якості та доступності медичних послуг в Україні. *Держава та регіони*. 2023. № 2. С. 66–70. URL: http://pa.stateandregions.zp.ua/archive/2_2023/12.pdf.

16. Шевчук Р.В. Завдання і виклики реформування системи управління сферою надання медичних послуг в умовах децентралізації. *Публічне управління та адміністрування в Україні*. 2023. № 35. С. 87–91. URL: <http://pag-journal.iei.od.ua/archives/2023/35-2023/16.pdf>.

17. Шевчук Р. В. Державна підтримка розвитку мережі закладів охорони здоров'я: зарубіжний досвід. *Публічне урядування*. 2023. № 1 (34). С. 79–84. URL: [https://doi.org/10.32689/2617-2224-2023-1\(34\)-9](https://doi.org/10.32689/2617-2224-2023-1(34)-9).

Статті у закордонних виданнях, проіндексованих у базах даних

Web of Science Core Collection та/або Scopus:

18. Semenets-Orlova I., **Shevchuk R.**, Plish B., Moshnin A., Chmyr Y., Poliuliakh R. Human-centered approach in new development tendencies of value-oriented public administration: Potential of education. *Economic Affairs (New Delhi)*. 2022. Vol. 67 (5). P. 899–906. URL: doi:10.46852/0424-2513.5.2022.25. **Scopus**.

Особистий внесок: обґрунтовано концептуальні напрями впровадження людиноцентричного підходу у систему публічного управління.

19. Semenets-Orlova I., **Shevchuk R.**, Plish B., Grydiushko I., Maistrenko K. Innovative approaches to development of human potential in modern public administration. *Economic Affairs*. 2022. Vol. 67 (4s). P. 915–926. URL: <https://ndpublisher.in/admin/issues/EAv67n4sy.pdf>. **Scopus**.

Особистий внесок: обґрунтовано підходи щодо розвитку людського потенціалу у системі публічного управління у сфері охорони здоров'я.

20. Malachynska M., **Shevchuk R.**, Plish B., Yaremenko I., Tolchiev H. The influence of public administration on democratic changes in the perinatal sphere and healthcare. *Journal of interdisciplinary research*. 2022. Vol. 12 (2 (XXXI)). P. 122–127.

URL: <https://www.magnanimitas.cz/ADALTA/120231/PDF/120231.pdf>. **Web of Science.**

Особистий внесок: обґрунтовано підходи щодо управління змінами в процесі реформування сфери охорони здоров'я.

Статті, які додатково відображають результати наукового дослідження:

21. Шевчук Р. В. Виклики та міжнародне співробітництво у публічному управлінні охороною здоров'я. *Публічне управління та адміністрування в Україні*. 2023. № 3. С. 166–170. URL: <http://pag-journal.iei.od.ua/archives/2023/33-2023/31.pdf>.

22. Шевчук Р. В. До проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Експерт: парадигми юридичних наук і державного управління*. 2023. № 2 (26). С. 61–66. URL: [https://doi.org/10.32689/2617-9660-2023-2\(26\)-61-66](https://doi.org/10.32689/2617-9660-2023-2(26)-61-66).

Тези конференцій:

23. Шевчук Р. В. Проблеми публічного управління у сфері охорони здоров'я у вимірі реформи децентралізації влади. *Конституція України: держава і право в умовах воєнного стану: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції* (Київ, 28 червня 2022 р.). Київ: Міжрегіональна Академія управління персоналом, 2022. С. 167–172.

24. Шевчук Р. В. Зарубіжний досвід публічного управління у сфері охорони здоров'я. *Проблеми і перспективи соціально-економічного розвитку в умовах модернізаційних процесів в Україні та світі: матеріали VI Всеукраїнської звітної науково-практичної конференції* (Київ, 8 грудня 2022 р.). Київ: Міжрегіональна Академія управління персоналом, 2022. Вип. 15. С. 358–360.

25. Шевчук Р. В. Актуальні проблеми публічного управління у сфері охорони здоров'я. *Методологія сучасних наукових досліджень: збірник наукових праць за результатами XIX Міжнародної науково-практичної конференції* (Харків, 23–24 лютого 2023 р.). Харків: ХНПУ імені Г. С. Сковороди, 2023. С. 245–247.

26. Шевчук Р. В., Семенець-Орлова І. А. Виклики реформування системи охорони здоров'я в сучасній Україні. *Трансформація українського суспільства в цифрову еру*: матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції (Одеса, 23 березня 2023 р.). Одеса: Нац. ун-т «Одес. юрид. акад.», 2023. С. 158–161.

Особистий внесок: визначено виклики реформування системи охорони здоров'я.

27. Шевчук Р. В. Аналіз зарубіжного досвіду публічного управління сферою охорони здоров'я. *Економіко-правові аспекти формування моделі інвестиційної привабливості територіальних громад*: збірник Всеукраїнської науково-практичної конференції (Чернігів, 11 квітня 2023 р.). Чернігів: Північноукраїнський інститут ім. Героїв Крут ПрАТ «ВНЗ «МАУП», 2023. С. 322–329.

28. Шевчук Р. В. Інноваційні напрями вдосконалення галузі охорони здоров'я в Україні. *Інноваційні рішення в економіці, бізнесі, суспільних комунікаціях та міжнародних відносинах*: матеріали III Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (Дніпро, 20 квітня 2023 р.). Дніпро: Університет митної справи та фінансів, 2023. С. 169–171.

29. Шевчук Р. В. Зарубіжний досвід публічного управління сферою охорони здоров'я. *Розбудова інноваційних економіки, менеджменту та освіти в умовах нової соціальної реальності*: матеріали VIII Міжнародної науково-практичної конференції (Київ, 25 травня 2023 р.). Київ: Міжрегіональна Академія управління персоналом, 2023. Вип. 16. С. 449–452. URL: https://maup.com.ua/assets/files/science/conf/problemi-modernizacii_vipusk-16.pdf.

ЗМІСТ

ВСТУП..... 22

РОЗДІЛ 1.....

1.1 Особливості розвитку публічного управління системи охорони здоров'я.....	34
1.2 Теоретичні підходи до аналізу публічного управління у сфері охорони здоров'я.....	63
1.3 Механізми, інструменти та методи публічного управління у сфері охорони здоров'я.....	76
Висновки до розділу 1.....	103
РОЗДІЛ 2 МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	106
2.1 Аналіз нормативно-правового забезпечення у сфері охорони здоров'я.....	106
2.2 Проблеми та перешкоди реформування системи охорони здоров'я.....	131
2.3 Емпіричне дослідження сучасного стану реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я.....	150
Висновки до розділу 2.....	160
РОЗДІЛ 3 ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ ТА ДОСВІДУ УКРАЇНИ З ПИТАНЬ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	163
3.1 Дослідження практики формування кадрового забезпечення у галузі системи охорони здоров'я європейських країн.....	163
3.2 Державна політика європейських країн в галузі охорони здоров'я в контексті забезпечення цілей сталого розвитку.....	175
3.3 Механізми публічно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я в європейських країнах.....	196
Висновки до розділу 3.....	223
 РОЗДІЛ 4	 225
4.1 Оптимізація організаційної структури публічного управління у сфері охорони здоров'я.....	226

4.2 Реалізація механізму участі громадян у процесі публічного управління в охороні здоров'я.....	264
4.3 Удосконалення фінансового механізму публічного управління у сфері охорони здоров'я.....	283
Висновки до розділу 4.....	310
РОЗДІЛ 5 МЕДИЧНА РЕФОРМА В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ РЕФОРМИ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ ВЛАДИ.....	313
5.1 Завдання і виклики реформування системи управління сферою надання медичних послуг в умовах децентралізації.....	313
5.2 Кейси публічної політики в контексті децентралізації управління системою охорони здоров'я у зарубіжних країнах.....	323
5.3 Створення єдиного медичного простору в Україні.....	330
Висновки до розділу 5.....	344
ВИСНОВКИ.....	346
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	360
ДОДАТКИ.....	404

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ І СКОРОЧЕНЬ

Альянс	– Міжнародний благодійний фонд “Альянс громадського здоров’я”
ВВП	– валовий внутрішній продукт
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров’я
ДКВС	– Державна кримінально-виконавча служба України
ЗОЗ	– заклади охорони здоров’я
КМУ	– Кабінет Міністрів України
МОЗ	– Міністерство охорони здоров’я України
УНС	– Universal Health Coverage
НСЗУ	– Національна служба здоров’я України
ПМД	– первинна медична допомога
Політична декларація	– Політична декларація із загального охоплення послугами охорони здоров’я
ЦСР	– Цілі сталого розвитку
ЦГЗ	– Державна установа “Центр громадського здоров’я Міністерства охорони здоров’я України”
ПМСД	– перша медико-санітарна допомога
ЛПУ	– лікувально-профілактична установа
ЕСОЗ	– електронна система охорони здоров’я

ВСТУП

Актуальність теми. Дослідження проблематики розвитку механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні зумовлена потребою адаптації та вдосконалення системи охорони здоров'я відповідно до сучасних викликів і глобальних тенденцій. Охорона здоров'я як сфера потребує ефективного управління, що забезпечує якісні та доступні медичні послуги для населення. Перед країною поставлені складні завдання модернізації системи охорони здоров'я, які передбачають упровадження новітніх технологій, поліпшення умов надання медичних послуг, реформування фінансових механізмів та залучення громадськості до процесу управління. Важливо враховувати міжнародний досвід та адаптувати кращі практики до українських реалій.

Сучасний етап розвитку українського суспільства характеризується низкою викликів у сфері громадського здоров'я, серед яких старіння населення, зростання хронічних захворювань, потреба в інтеграції інноваційних медичних технологій та необхідність ефективного реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я. Ці виклики потребують глибокого переосмислення та застосування новітніх підходів у сфері публічного управління.

Війна, що триває, значно вплинула на систему охорони здоров'я в Україні. Мережу закладів охорони здоров'я складають лікарні загального профілю, клініки первинної медичної допомоги, відділення невідкладної допомоги, дитячі лікарні, пологові будинки та амбулаторні установи. Актуальність цього дослідження полягає у необхідності розробки ефективних механізмів публічного управління, що враховують специфіку українського контексту та сприяють створенню сталої, гнучкої та респонсивної системи охорони здоров'я.

Військовий стан в Україні спричинив значне навантаження на систему охорони здоров'я, поставивши під загрозу її стійкість та спроможність. Війна

призвела до руйнування інфраструктури охорони здоров'я, втрати медичного персоналу та припинення надання основних медичних послуг. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ) з 24 лютого 2022 року було підтверджено 1 301 атаку на 267 закладів охорони здоров'я України. Ці атаки призвели до значних збитків: 230 закладів пошкоджено та 37 повністю зруйновано.

Дисертаційне дослідження має важливе значення для розуміння векторів стратегічного розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні; дослідницький задум передбачає пошук відповідей на сучасні виклики щодо забезпечення потреб суспільства у якісних медичних послугах. Обрана тема є актуальною у контексті реформ, що відбуваються в Україні. Реформування системи охорони здоров'я є одним з ключових пріоритетів країни, і ефективне публічне управління – критично важливе для успіху цих реформ. На особливу увагу заслуговують можливості адаптації міжнародного досвіду в українських умовах, впровадження інновацій у медичній практиці та забезпечення фінансової стійкості системи охорони здоров'я.

Крім того, в контексті світових викликів, таких як пандемія COVID-19, стала очевидною потреба в гнучких та адаптивних механізмах публічного управління, здатних забезпечити швидку реакцію органів влади на зміни та непередбачувані ситуації. Наукове дослідження окресленої проблеми має практичне значення, створює основу для розробки політики, законодавчих ініціатив та стратегій управління, які сприятимуть підвищенню ефективності системи охорони здоров'я в Україні.

Проблеми публічного управління у сфері охорони здоров'я, зокрема й нормативно-правове регулювання, були об'єктом наукових досліджень і привертали увагу фахівців, які працюють у галузях, пов'язаних із державним управлінням, правом, історією та сферою медицини. Окремі аспекти становлення суспільних відносин у контексті розвитку науки державного управління

проаналізовано у працях таких учених як Ф. Мельник, Н. Нижник, Г. Ситник. Ця проблематика, розглянута крізь призму системи охорони здоров'я, також стала об'єктом наукових досліджень О. Баєва, І. Демченка та ін. Міждисциплінарний підхід до розвитку системи охорони здоров'я досліджували теоретики державного управління (Ф. Мельник та О. Оболенський), а також фахівці у сфері охорони здоров'я (М. Білинська, О. Гудзенко та ін.).

У наукових публікаціях Н. Васюк, Л. Руснак, Д. Карамішева, З. Мнушка, В. Лехана, З. Надюка, Н. Паршина, Г. Панфілова, М. Пасічника, Я. Радиша проаналізовано процес медичного забезпечення, його складових частин, новітніх управлінських технологій у сфері охорони здоров'я України. Крім того, деякі аспекти цієї теми розкрито також у працях інших науковців – В. Волошина, С. Гур'єва, С. Зброжека, В. Москаленка, А. Немченка, Г. Рощіна, І. Тарасова, В. Шаповалова та ін. Однак, незважаючи на досягнення і результати проведених досліджень, питання розвитку механізмів публічного управління в сфері охорони здоров'я залишається недостатньо обґрунтованим у сучасних умовах, особливо через постійні зміни в економічному і соціальному середовищі системи громадського здоров'я. Ці та інші проблеми обумовлюють потребу в комплексному аналізі теоретичних і практичних аспектів цієї теми, що й обґрунтовує її важливість та актуальність.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертацію виконано відповідно до наукової теми Міжрегіональної Академії управління персоналом «Дослідження теоретико-методологічних основ розвитку української державності в контексті світових модернізаційних процесів формування національних громадянських суспільств: політичний, юридичний, економічний, соціальний, психологічний та управлінський аспекти» (ДР № 0119U100492). Внесок автора полягає в аналізі нормативно-правової бази у сфері охорони здоров'я, виокремленні пріоритетних державних проєктів у сфері розвитку

охорони здоров'я та основних напрямів їх реалізації, зокрема: створення оперативного інформаційного механізму раннього попередження ризиків для здоров'я, інтегрованого з іншими структурами, залученими до реагування на надзвичайні ситуації, та міжнародними системами раннього попередження (ВООЗ, ЄС); спільне виробництво у партнерстві з міжнародними виробниками модульних лікарень європейського зразка для оперативного відновлення медичної допомоги населенню під час відбудови інфраструктури зруйнованих закладів охорони здоров'я (Довідка від 28 квітня 2023 р. № 5607/1).

Мета і завдання дослідження. *Метою* дисертаційної роботи є теоретико-методологічне обґрунтування розвитку механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я та розробка рекомендацій, стратегічних рішень для органів влади, які допоможуть оптимізувати процеси управління у сфері охорони здоров'я в сучасній Україні, зокрема в умовах змін та нестабільного розвитку.

Для реалізації зазначеної мети необхідно виконати такі *завдання*:

- здійснити темпоральний аналіз системи охорони здоров'я в Україні з метою оцінки впливу минулих політичних, соціальних та економічних факторів на сучасний стан системи охорони здоров'я в країні;
- детермінувати механізми, інструменти та методи публічного управління для визначення найбільш ефективних практик та інноваційних підходів до розвитку організаційного потенціалу закладів системи охорони здоров'я;
- виявити прогалини в законодавстві та запропонувати можливості для його оновлення з метою розбудови силового поля змін, спрямованих на підвищення ефективності надання послуг у сфері охорони здоров'я в Україні;
- дослідити проблеми та перешкоди у реформуванні системи охорони здоров'я з метою визначення ключових викликів та розробки стратегій їх подолання для підвищення якості медичного обслуговування;

- проаналізувати сучасний стан реалізації публічної політики з метою оцінки ефективності наявних управлінських підходів у сфері охорони здоров'я в Україні;
- провести порівняльний аналіз іноземного досвіду та досвіду України з метою адаптації кращих практик та моделей забезпечення організаційного розвитку закладів охорони здоров'я у нестабільних умовах довкілля;
- проаналізувати дієві інструменти кадрового забезпечення з метою виявлення найкращих методів кадрової політики та їх адаптації для покращення якості медичних послуг в Україні;
- визначити особливості державної політики досягнення цілей сталого розвитку у сфері охорони здоров'я в європейських країнах;
- проаналізувати механізми та розробити рекомендації щодо впровадження ефективних моделей публічно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я в Україні;
- з метою підвищення оперативності та ефективності управлінських процесів у сфері охорони здоров'я, визначити можливості оптимізації організаційної структури управління;
- обґрунтувати механізми участі громадян у публічному управлінні сферою охорони здоров'я для забезпечення залучення громадян до процесу прийняття рішень, підвищення прозорості та відповідальності системи;
- визначити напрями удосконалення фінансового механізму публічного управління з метою підвищення ефективності фінансування та використання матеріальних ресурсів у сфері охорони здоров'я;
- систематизувати виклики реформування системи охорони здоров'я в умовах децентралізації з метою розробки оптимальних підходів для використання нових можливостей розбудови регіональних систем громадського здоров'я, що з'явилися внаслідок реалізації реформи децентралізації влади;

- здійснити аналіз кейсів місцевої мікрополітики для розробки рекомендацій органам місцевої влади щодо управління системою громадського здоров'я, з урахуванням локальних особливостей та контексту децентралізації;

- розробити концептуальні засади створення єдиного медичного простору в Україні з метою формування інтегрованої, ефективної та доступної системи охорони здоров'я для всіх громадян.

Об'єктом дослідження є суспільні відносини, що виникають у процесі публічного управління у сфері охорони здоров'я.

Предмет дослідження – розвиток механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в сучасній Україні.

Методи дослідження. У ході роботи було використано такі методи дослідження: *метод історичного аналізу* – для вивчення історичного розвитку та еволюції системи охорони здоров'я в Україні; *теоретичного аналізу* – з метою виявлення особливостей та визначення можливостей застосування теоретичних підходів, концепцій та моделей у сфері публічного управління охороною здоров'я; *компаративного (порівняльного) аналізу* – для порівняння підходів та практик у сфері охорони здоров'я іноземних країн; *контент-аналізу* нормативних актів – з метою нормативно-правового забезпечення сфери охорони здоров'я та новел законодавства; *методи кількісного соціологічного дослідження, зокрема анкетування*, – з метою збору та аналізу первинних даних серед спеціалістів публічного управління у сфері охорони здоров'я; *метод статистичного аналізу* – для обробки та аналізу емпіричних даних, пов'язаних з різними аспектами стану сфери охорони здоров'я; *кейс-стаді аналізу* – з метою дослідження конкретних, особливих прикладів, проєктів, ініціатив у сфері охорони здоров'я.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у теоретичному та методологічному обґрунтуванні розвитку механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я та розробці пропозицій, стратегічних рішень для органів

влади з метою оптимізації процесів управління у сфері охорони здоров'я в сучасній Україні, зокрема в умовах змін та нестабільного розвитку. Робота містить аналіз наявних моделей та підходів у сфері громадського здоров'я, рекомендації щодо впровадження інноваційних стратегій та методів, що можуть бути використані для підвищення ефективності системи охорони здоров'я, на основі врахування викликів та можливостей, пов'язаних з процесом європейської інтеграції. Особливу увагу приділено розвитку інтелектуального капіталу в сфері охорони здоров'я, зокрема й питанню підвищення кваліфікації медичного персоналу та впровадження сучасних управлінських практик.

У результаті дослідження сформульовано низку наукових положень і висновків, зокрема:

вперше:

– розроблено концептуальні засади для створення єдиного медичного простору в Україні, що передбачає інтеграцію, ефективність та доступність медичних послуг для всіх громадян. Ключовим нововведенням є створення єдиної інформаційної системи охорони здоров'я, яка об'єднає медичні дані пацієнтів, історію лікування, доступ до медичних записів та електронних рецептів. Це дасть змогу забезпечити більш ефективну координацію між медичними закладами та спеціалістами. Інтеграція медичних послуг на різних рівнях забезпечує інноваційний плавний перехід пацієнта між первинною, вторинною та третинною медичною допомогою. Установлення єдиних стандартів якості медичного обслуговування та лікування по всій країні є важливим фактором підвищення гарантій забезпечення права людини на якісні послуги у сфері охорони здоров'я;

– розроблено багаторівневу структуру управління для системи охорони здоров'я, яка оптимізує взаємодію між різними рівнями та забезпечує компенсацію недоліків одного рівня управління за рахунок сильних сторін іншого. Така структура охоплює конституційний рівень (органи влади, які здійснюють

управлінські функції на різних етапах безпосередньої діяльності служб охорони здоров'я), колективний рівень (громадські групи та місцеві органи охорони здоров'я з активною участю спільноти) та оперативний рівень (індивідуальні особи та постачальники послуг на місцевому ринку);

– розроблено комплексний підхід до підвищення ефективності та автономії управління в медичній сфері, який реалізується через законодавчі, управлінські та стратегічні зміни. Інноваційність рішення полягає у підвищенні рівня автономії районних лікарень через реформування інституційної структури управління. Рекомендація делегування керівним кадрам лікарень більшої свободи у прийнятті рішень та забезпечення гнучкості в їхній роботі мотивуватиме їх до високої продуктивності. Окрім того, роль медичної ради у визначенні стратегічного напрямку розвитку лікарень виокремлено як ключовий елемент, який може забезпечити довгострокове планування та інноваційний розвиток закладів охорони здоров'я;

удосконалено:

– організаційний механізм публічного управління у сфері охорони здоров'я, що передбачає інструменти реорганізації медичних закладів з метою підвищення ефективності та доступності медичних послуг, зокрема створення Національного фонду громадського здоров'я, що займатиметься фінансуванням ініціатив, спрямованих на профілактику та мінімізацію впливу хронічних незаразних хвороб на здоров'я населення;

– механізми участі громадськості у виробленні та реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я, розробці та аналізі комплексної системи нормативно-правових та організаційних інструментів, за допомогою яких громадяни отримують законні можливості для активної участі в управлінні громадськими справами, зокрема у сфері громадського здоров'я;

- підхід мультирівневого управління, що полягає у належній координації між різними органами влади і медичними інституціями, встановлення чітких механізмів відповідальності органів влади та медичних установ, з регулярною звітністю, прозорістю щодо виконання поставлених завдань для забезпечення гарантій прав людини на якісне і доступне медичне обслуговування;

- систему фінансування охорони здоров'я, зокрема й розробку ефективних механізмів фінансового контролю та розвитку інвестиційної привабливості сфери, через упровадження стимулів для залучення приватних інвестицій у сферу охорони здоров'я, оптимізацію процесів закупівлі, логістики медичних товарів, послуг для зниження витрат;

дістали подальшого розвитку:

- механізми впровадження інновацій у діяльність медичних установ, зокрема через застосування передових методик лікування та профілактики, які базуються на останніх наукових досягненнях та передових технологічних розробках. Інтеграція інноваційних підходів, таких як персоналізована медицина, цифрові технології в діагностиці та лікуванні, а також розвиток нових фармацевтичних препаратів і терапевтичних методик потребує співпраці медичних установ з науково-дослідними інститутами та університетами для спільного розроблення нових лікувальних стратегій. Крім того, важливим є створення умов для розвитку інноваційного середовища всередині самої медичної установи, що передбачає навчання персоналу, оновлення технічного оснащення та стимулювання дослідницької діяльності;

- особливості розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я, зокрема й реагування на пандемічні загрози, зміну демографічної ситуації та дедалі більшу потребу в інтегрованих медичних послугах, що передбачає комплексний міждисциплінарний підхід: фундаментальні принципи та моделі управління охороною здоров'я, конкретні механізми й інструменти, що знайшли застосування

на національному та місцевому рівнях, інноваційні підходи у публічному управлінні (цифрові технології, дані великого обсягу (Big Data), штучний інтелект для підвищення ефективності медичних послуг та управлінських рішень);

– порівняльний аналіз іноземного досвіду щодо рівня кадрового забезпечення, державної політики та механізмів публічно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я (порівняння систем кадрового забезпечення у сфері, підходів до навчання, кваліфікації, мотивації, професійного зростання медичного персоналу, вирішення проблем нестачі кваліфікованих фахівців) та можливості їх адаптації в українському контексті;

– комплекс інтегрованих рішень, що сприяють збереженню, покращенню здоров'я населення та передбачають широкий спектр ініціатив – від профілактичних програм до інформаційних кампаній, які спрямовані на підвищення обізнаності та зміну поведінки населення щодо здорового способу життя; розробка ефективних профілактичних програм, які мають за мету регулярні медичні огляди, вакцинацію, скринінгові тести, а також популяризація програм здорового харчування та фізичної активності; обґрунтування вивчення, впровадження інноваційних підходів у профілактиці, таких як використання цифрових технологій для моніторингу здоров'я та надання персоналізованих порад.

Практичне значення одержаних результатів. У дисертаційній роботі сформульовані теоретичні положення та обґрунтовані практичні рекомендації, спрямовані на розвиток механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в сучасній Україні. Результати дослідження містять обґрунтування напрямів розбудови системи охорони здоров'я, зокрема, шляхом впровадження інноваційних підходів та ефективного використання ресурсів. Особлива увага приділяється важливості адаптації системи охорони здоров'я України до стандартів Європейського Союзу та вимог європейської інтеграції. Дослідження містить цінні

вказівки для органів державного управління, органів місцевої влади, медичних закладів та громадських організацій.

Основні результати дисертаційного дослідження впроваджено у: професійній діяльності народного депутата Савченко Ольги Станіславівни, зокрема при обговоренні проєктів розвитку регіональної системи охорони здоров'я та розбудові мережі центрів громадського здоров'я (Довідка від 17 травня 2023 р. № 05-01/02); Інституті експериментальної онкології і радіобіології ім. Р. Є. Кавецького НАН України у процесі визначення пріоритетних проєктів у сфері розвитку системи громадського здоров'я; Благодійній організації «Бердичівський благодійний фонд «Оберіг-26», були використані запропоновані здобувачем інструменти публічно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я для залучення приватного сектору до надання медичних послуг (Довідка від 5 травня 2022 р. № 29/1); Благодійному фонді «Громадянська Енергія» при підготовці практичних рекомендацій щодо регулярної зовнішньої оцінки закладів охорони здоров'я за результатами наукового семінару «Актуальні питання якості медичної галузі» (Довідка від 13 вересня 2023 р. № 48); у Міжрегіональній Академії управління персоналом відповідно до наукової теми НДР «Дослідження теоретико-методологічних основ розвитку української державності в контексті світових модернізаційних процесів формування національних громадянських суспільств: політичний, юридичний, економічний, соціальний, психологічний та управлінський аспекти» (Довідка від 28 квітня 2023 р. № 5607/1).

Особистий внесок здобувача. Теоретико-методологічні обґрунтування, практичні рекомендації, висновки та пропозиції, розроблені в ході проведення досліджень, сформульовано здобувачем самостійно. Особистий внесок здобувача у праці, що опубліковано у співавторстві, конкретизовано у списку публікацій.

Апробація результатів дослідження. Основні теоретичні та практичні положення і результати дисертаційного дослідження оприлюднено автором на

міжнародних науково-практичних конференціях, зокрема на: VI Всеукраїнській звітній науково-практичній конференції «Проблеми і перспективи соціально-економічного розвитку в умовах модернізаційних процесів в Україні та світі» (м. Київ, 2022 р.); Всеукраїнській науково-практичній конференції «Конституція України: держава і право в умовах воєнного стану» (м. Київ 2022 р.); VIII Міжнародній науково-практичній конференції «Розбудова інноваційних економіки, менеджменту та освіти в умовах нової соціальної реальності» (м. Київ, 2023 р.); III Міжнародній науково-практичній інтернет-конференції «Інноваційні рішення в економіці, бізнесі, суспільних комунікаціях та міжнародних відносинах» (м. Дніпро, 2023 р.); XIV Міжнародній науково-практичній конференції «Економіко-правові аспекти формування моделі інвестиційної привабливості територіальних громад» (м. Чернігів, 2023 р.); XIX Міжнародній науково-практичній конференції «Методологія сучасних наукових досліджень» (м. Харків, 2023 р.).

Публікації. Основні результати дисертації, висновки та пропозиції висвітлено у 29 наукових працях, загальним обсягом 17,1 обл.-вид. арк. (15,7 обл.-вид. арк. належить автору), зокрема у 17 статтях у наукових фахових виданнях з державного управління, 3 статтях у закордонних виданнях, проіндексованих у базах даних Web of Science Core Collection та/або Scopus, 2 статтях в інших виданнях, 7 тезах доповідей на науково-практичних конференціях.

Структура та обсяг дисертації. Робота складається з анотації, вступу, п'яти розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг дисертації становить 426 сторінок, з них основного тексту – 359 сторінок. У роботі представлено 22 рисунки та 12 таблиць. Список використаних джерел налічує 387 найменувань і займає 40 сторінок. Додатки (5) розміщено на 22 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Особливості розвитку публічного управління системи охорони здоров'я

Розвиток публічного управління у сфері охорони здоров'я є однією з ключових складових сучасної реформи системи охорони здоров'я в багатьох країнах світу. Ця реформа спрямована на покращення доступності, якості та ефективності медичних послуг для населення. Публічне управління у сфері охорони здоров'я відіграє важливу роль у забезпеченні рівних можливостей для всіх громадян на отримання медичної допомоги та у забезпеченні фінансової стійкості системи.

Для того щоб розглянути ці аспекти більш детально, давайте розпочнемо з огляду основних особливостей розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я та їх впливу на сучасну систему охорони здоров'я. Суть публічного управління у галузі охорони здоров'я полягає в розробці та впровадженні стратегій, політик і механізмів, які сприяють оптимальному функціонуванню системи охорони здоров'я і задоволенню потреб громадян у медичних послугах. Однак, поряд з можливостями в цій сфері, виникають і важкі завдання публічного управління, що стосуються не лише внутрішньої оптимізації процесів, але й забезпечення зручності, ефективності та справедливості доступу до медичної допомоги для всього населення.

Публічне управління в галузі охорони здоров'я відзначається необхідністю вирішення комплексу завдань, які супроводжуються рядом викликів. Перш за все, це стосується обмежених ресурсів, які завжди становлять виклик для системи

охорони здоров'я. Зростання потоку пацієнтів, особливо у випадку епідемій чи пандемій, ставить підвищений тиск на медичні установи та персонал.

Успішне публічне управління також передбачає розвиток передових медичних технологій та методів лікування, що вимагає постійного моніторингу та адаптації до нових досягнень у цій галузі. Гарантування якості медичних послуг включає в себе впровадження ефективних медичних стандартів, визначення процедур та моніторинг якості надання послуг.

У цьому контексті ключовою є необхідність глибокого розуміння специфіки медичної сфери і розробки інноваційних підходів до організації роботи та планування ресурсів. Публічні служби з охорони здоров'я повинні бути готові до викликів, які постійно виникають у сфері охорони здоров'я та реагувати на них швидко та ефективно, забезпечуючи високу якість медичних послуг для населення.

Додатково, публічне управління в охороні здоров'я включає в себе аспекти партнерства з громадськістю, активної участі громадян у процесі прийняття рішень та нагляду за діяльністю медичних закладів. Такий підхід до управління сприяє зміцненню довіри до системи охорони здоров'я та врахуванню реальних потреб населення. У звіті зазначеного, виникає необхідність у ретельному аналізі та узагальненні характерних особливостей публічного управління в галузі охорони здоров'я, виявленні головних тенденцій розвитку системи закладів охорони здоров'я і розробці рекомендацій для подальшого поліпшення цієї системи.

Вітчизняні науковці В. Лехан, Л. Крячкова та М. Заярський вказують на те, що у всіх колишніх радянських республіках, включаючи Україну, почалося перетворення у системах охорони здоров'я. Ці зміни стосувалися організації, фінансування та надання медичних послуг. Вони встановили, що хоча трансформації відбувалися у всіх країнах, темпи, характер та результати змін в системах охорони здоров'я значно відрізнялися.

Згідно з підходом, висловленим авторами В. Лехан, Л. Крячковою та М. Заярським, реформування системи охорони здоров'я в Україні можна розділити на різні етапи, кожен з яких включає в себе певні аспекти цієї сфери:

1. Організація медичної допомоги:

- розмежування первинної та вторинної медичної допомоги – цей аспект передбачає чітке визначення компетенцій та обов'язків між первинними та вторинними медичними закладами. Первинна допомога зазвичай включає в себе загальні амбулаторні консультації та невеликі медичні процедури, тоді як вторинна допомога орієнтована на важкі випадки та може включати складні оперативні втручання. Це розмежування допомагає ефективно розподіляти навантаження на медичні заклади і забезпечувати надання відповідної допомоги;

- маршрутизація пацієнтів в контексті медичної допомоги передбачає оптимізацію потоку пацієнтів для надання їм належної медичної допомоги. Це означає, що пацієнти здійснюють правильні кроки, щоб отримати потрібну допомогу, і що їх направляють до відповідних медичних закладів чи спеціалістів;

- розробка гарантованого державою пакету медичної допомоги – цей аспект включає в себе визначення та розробку переліку медичних послуг та процедур, які держава гарантує надавати своїм громадянам безкоштовно або за пільговими тарифами. Гарантований пакет медичної допомоги допомагає забезпечити рівний доступ до медичної допомоги для всіх громадян;

- впровадження системи забезпечення ліками – ця складова передбачає створення системи, яка забезпечує населення необхідними медичними препаратами та ліками. Це включає в себе процес закупівлі, зберігання, транспортування та розподілу ліків;

- формування стаціонарозамінюючих форм надання медичної допомоги та інші аспекти – ця частина включає в себе розробку та впровадження сучасних методів надання медичної допомоги, які дозволяють уникнути госпіталізації та

забезпечити ефективне лікування пацієнтів поза стаціонаром. До інших аспектів можуть входити питання організації лікування в екстрених ситуаціях, реабілітації тощо.

2. Організація управління закладами охорони здоров'я:

- автоматизація постачальників медичної допомоги означає впровадження сучасних інформаційних технологій та програмних систем для кращого управління закладами охорони здоров'я. Це може включати в себе електронні медичні записи, автоматизовану систему термінового запису до лікарів, облік медичних ресурсів та інше. Автоматизація допомагає підвищити ефективність, знизити бюрократичні процедури та покращити якість медичних послуг;

- впровадження оплати праці за обсяги та якість роботи – ця система оплати заснована на відшкодуванні медичних закладів та працівників за фактично надані послуги та їх якість. Вона надає стимул для забезпечення високих стандартів медичної допомоги та оптимізації витрат. Оплата за обсяги та якість роботи може бути пов'язана з конкретними процедурами, лікуванням або проектами в галузі охорони здоров'я;

- стратегічна закупівля медичних послуг на договірних засадах – цей підхід полягає в тому, щоб держава чи організації в галузі охорони здоров'я укладали договори з провайдерами медичних послуг на основі певних критеріїв та якості, замість традиційного фінансування через розрахунки за кожну послугу окремо. Це дозволяє оптимізувати витрати, стимулювати конкуренцію та підвищувати якість послуг.

3. Фінансування системи охорони здоров'я:

- запровадження нових методів фінансування один із ключових аспектів цього питання полягає в розробці та впровадженні нових методів фінансування охорони здоров'я. Це може включати в себе перехід до більш ефективних систем оплати медичних послуг, таких як оплата за результатом лікування, оплата за

обсягами, або інші моделі, що сприяють стимулюванню якості та ефективності надання медичної допомоги;

- впровадження страхової медицини – введення системи страхування здоров'я може сприяти збільшенню фінансування охорони здоров'я та розширенню доступу до медичних послуг для населення. Страхові програми можуть бути державними або приватними, і вони надають громадянам можливість отримувати медичну допомогу в обмежених рамках страхового покриття;

- цільове фінансування охорони здоров'я з державного бюджету у вигляді медичної субвенції – державне фінансування охорони здоров'я у вигляді медичних субвенцій може бути спрямоване на покриття певних видів медичних послуг, лікування конкретних захворювань, або фінансування конкретних медичних закладів. Ця модель фінансування може сприяти покращенню доступу до конкретних видів медичної допомоги та забезпеченню фінансової стабільності для важливих галузей охорони здоров'я.

4. Регулювання системи охорони здоров'я: регулювання цін на лікарські засоби.

Автор А. Барзилович пропонує інший підхід до періодизації реформування системи охорони здоров'я в Україні, включаючи такі напрями реформ (див. рис. 1.1.).

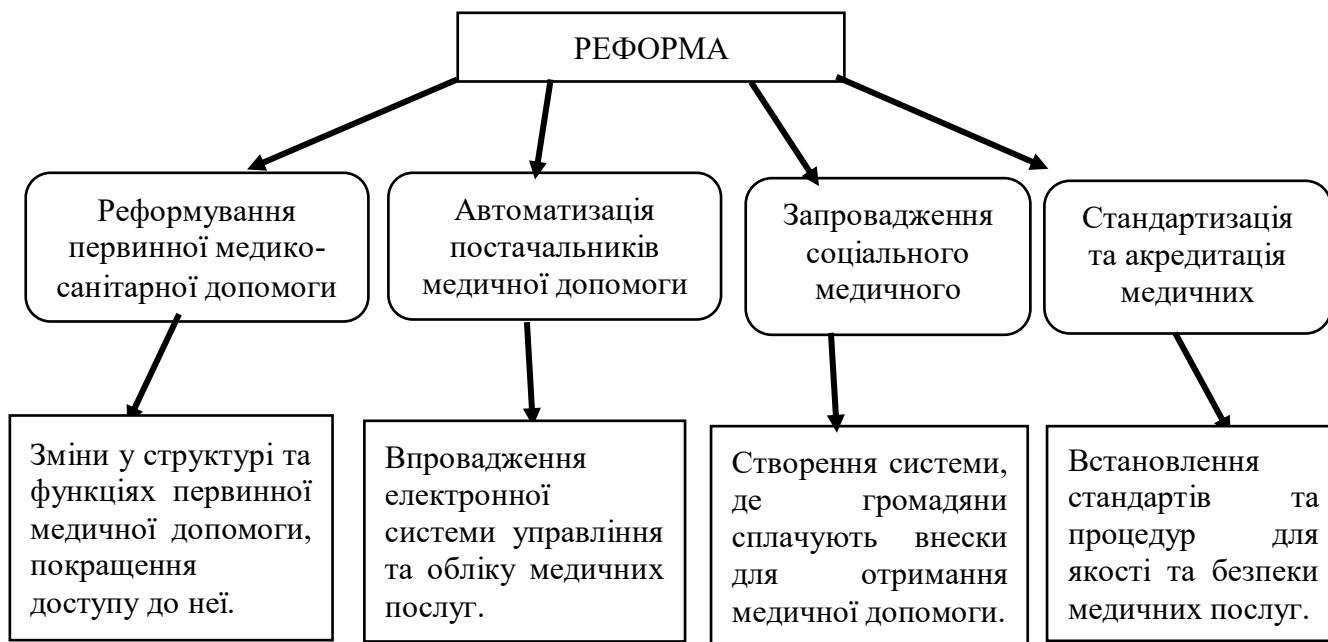


Рис. 1.1. Періодизація реформування системи охорони здоров'я в Україні на думку А. Барзилович (Розробка автора).

Автор структурує нормативно-правову базу за кожним етапом і у їх межах визначає основні напрями реформи; виділяє 4 рівні її державного регулювання – конституційне, загальне, спеціальне і концептуальне;

- зазначає, що 2008–2014 рр. є етапом кардинальних нормативно-правових зрушень, які визначили вектор подальшого втілення нової СОЗ в Україні;
- наголошує на системних прогалинах, зокрема щодо покращення медичної допомоги (далі – МД), підвищення якості медичних послуг;
- стверджує, що починаючи з 2018 р. формування нової СОЗ стає передбачуваним, узгодженим з європейськими стандартами.

Отже, кожен етап реформування системи охорони здоров'я визначався змінами в економічних, соціальних, правових та організаційних аспектах цієї галузі.

Узагальнюючи підходи науковців щодо розвитку системи охорони здоров'я в Україні, можемо виділити наступні етапи: 1) 1991–1999 роки; 2) 2000–2013 роки; 3) 2014–2013 роки; 4) з 2017 року і до сьогодення.

Таблиця 1.1

Основні етапи розвитку системи
публічного управління системи охорони здоров'я України

Етап	Роки	Нормативно-правові акти	особливості
1. Початковий етап	1991-1999 роки	- Постанова Верховної Ради України "Про заходи щодо охорони здоров'я населення"	На цьому етапі Україна перейшла від радянської моделі медичної системи до медичного обслуговування за принципами ринкової економіки. Суттєвою була декомунізація та розширення прав власності.
2. Реформа первинної медичної допомоги	2000-2013 роки	- Закон України "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворюваннях" - Концепція реформування системи охорони здоров'я	Один із ключових етапів реформування охорони здоров'я було створення системи загальної медичної практики, яка мала полегшити доступ громадян до медичної допомоги на рівні місця проживання.
3. Створення Національної служби здоров'я України	2014-2016 роки	- Закон України "Про медичні відомості та їх захист" - Закон України "Про основи державного нагляду у сфері охорони здоров'я"	На цьому етапі було створено Національну службу здоров'я, яка отримала більше повноважень у регулюванні медичного сектору та контролю за його якістю.
4. Медична реформа	з 2017 року по т.ч	- Закон України "Про державне фінансове забезпечення медичної та фармацевтичної допомоги" - Закон України "Про медичні товариства"	Головною особливістю цього етапу було створення системи закупівель медичних послуг на конкурентній основі та розвитку медичних товариств. Спрямовано на підвищення якості та доступності медичної допомоги.

(Розробка автора).

Отже, процес формування системи охорони здоров'я в Україні пройшов кілька ключових етапів, починаючи з переходу від радянської системи до ринкової моделі. Нормативно-правові акти кожного етапу визначали нові засади фінансування та організації медичної допомоги, права та відповідальність, ініціювали реформи у сфері первинної медичної допомоги та створювали нові органи управління охороною здоров'я. Остаточна послуга цього процесу є полегшенням доступу до якісної медичної допомоги для всього населення України та покращення її якості.

Варто наголосити, що наразі процес реформування сфери охорони здоров'я під впливом двох ключових факторів: Глобального договору, який визначає зобов'язання країни дотримуватися світових цілей сталого розвитку, та євроінтеграційних процесів, що вимагають виконання ряду обов'язкових дій з імплементації Угоди про асоціацію з Європейським Союзом (ЄС). Крім того, системі охорони здоров'я додається додаткова напруга через пандемію COVID-19, яка внесла зміни до напрямів Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, яка наразі знаходиться на стадії розробки.

Основоположним документом є Саміт “Перетворення нашого світу: порядок денний сталого розвитку до 2030 року”, в рамках якого було прийнято 17 Цілей Сталого Розвитку (ЦСР) та 169 підзадач, виконання яких потребує безпрецедентних зусиль всіх секторів суспільства: влади, бізнесу та громадянськості [52]. Цілі та підзадачі адаптовані до національних умов, спроможностей та рівня розвитку, а також національних стратегій і пріоритетів. Кожна країна встановлює свої національні завдання відповідно до глобальних орієнтирів, але з урахуванням своєї ситуації.

Крім того, уряд кожної країни самостійно приймає рішення щодо впровадження глобальних завдань у національні процеси планування, політичних дій та стратегій, оскільки враховується специфіка кожної країни. Кожна країна має

доступ до різноманітних підходів, стратегій, моделей і інструментів для досягнення сталого розвитку, при цьому з урахуванням національних особливостей та пріоритетів. Важливо, щоб кожна країна розробляла свої унікальні стратегії та пристосування їх до конкретних умов та потреб громадян, забезпечуючи гнучкість та ефективність дій в галузі охорони здоров'я та інших аспектів сталого розвитку.

Основу Цілей Сталого Розвитку (ЦСР) складають п'ять ключових принципів:

- взаємозв'язок та неподільність означає, що досягнення всіх 17 цілей є важливим для успішної реалізації, оскільки вони взаємодіють та впливають одна на одну. Наприклад, вдосконалення доступу до освіти (Ціль 4) може сприяти зменшенню бідності (Ціль 1) і поліпшенню здоров'я (Ціль 3);

- інклюзивність - досягнення цілей потребує широкого підходу та включення всіх рівнів уряду, суспільства та громадян. Інклюзивний підхід передбачає залучення різних груп населення, включаючи найвразливіші;

- доступність - забезпечення доступності означає, що всі люди, особливо найвразливіші, повинні мати можливість вигідно користуватися результатами Цілей Сталого Розвитку. Важливим елементом є збір та аналіз дезагрегованих даних на місцевому рівні, що дозволяє відстежувати реальний прогрес та вплив заходів;

- партнерство між зацікавленими сторонами - досягнення Цілей Сталого Розвитку потребує співпраці та партнерства між усіма учасниками, включаючи уряди, громадянське суспільство, галузеві організації, приватний сектор та міжнародні організації. Обмін ресурсами, експертизою та досвідом сприяє ефективному впровадженню;

- універсальність - порядок денний Цілей Сталого Розвитку на 2030 рік застосовується до всіх країн та контекстів, незалежно від їхнього рівня розвитку чи інших характеристик. Це вимагає від кожної країни зобов'язання впроваджувати

заходи для досягнення цих цілей, при цьому забезпечуючи адаптацію до конкретних умов.

Крім цього, важливо відзначити людиноорієнтований підхід, який враховує гендерні аспекти, дотримання прав людини та фокус на потребах найбільш вразливих, найуразливіших і найменш розвинених верств населення. На національному рівні кожна держава розробляє значущі національні заходи для досягнення цілей, включаючи стратегії національного та сталого розвитку. Реалізація враховує думки корінних народів, громадськості, приватного сектору та інших сторін, зокрема відповідно до національних умов, стратегій та пріоритетів. На регіональному рівні надають можливості для взаємного навчання через добровільні огляди, обмін передовою практикою та обговорення спільних завдань.

Глобальний рівень забезпечує взаємодію з органами та форумами, зокрема з Генеральною Асамблеєю, Економічною та Соціальною Радою, з урахуванням чинних мандатів та нормативних актів. Цей рівень координує обмін досвідом, надає настанови щодо наступних заходів, оцінює прогрес, досягнення та проблеми, з якими стикаються країни розвинутого та ті що розвиваються. Систему імплементації ЦСР викладено в щорічній Національній доповіді “Цілі сталого розвитку: Україна”, а порядок моніторингу відповідних показників затверджений розпорядженням КМУ від 21 серпня 2019 р. №686-р “Питання збору даних для моніторингу реалізації цілей сталого розвитку” [196].

Структуру державних стратегічних документів для врахування адаптованих до України Цілей Сталого Розвитку до 2030 року, зокрема, Цілі 3 “Міцне здоров'я і благополуччя”, можна розглядати наступним чином:

- Конституція України – найвищий рівень правового забезпечення, що визначає загальні принципи та цінності сталого розвитку. Вона містить основні положення, що гарантують права та свободи громадян та зобов'язують державу діяти в інтересах сталого розвитку;

- державні стратегічні документи - I рівень, включає в себе загальнонаціональні стратегії та програми, в яких враховуються глобальні цілі та пріоритети, включаючи Цілі Сталого Розвитку. Зазвичай ці документи розробляються на рівні уряду або парламенту і містять загальні стратегічні напрями для всієї країни;

- міжгалузеві державні стратегічні документи - II рівень, на цьому рівні розглядають широкий спектр сфер, що охоплюють загальні підходи до досягнення Цілей Сталого Розвитку. До цих документів можуть входити стратегії щодо економічного розвитку, освіти, охорони здоров'я, житлово-комунального господарства та інших сфер;

- галузеві державні стратегічні документи - II рівень, деталізують аспекти, специфічні для конкретних сфер, включаючи охорону здоров'я. Наприклад, галузеві стратегії охорони здоров'я можуть визначати конкретні заходи для поліпшення доступу до медичних послуг, покращення якості лікування та інші аспекти, пов'язані із Цілями Сталого Розвитку;

- регіональні та місцеві стратегічні документи - III рівень, адаптовані до конкретних регіональних та місцевих умов. Вони враховують особливості кожного регіону та містять конкретні заходи для досягнення цілей на місцевому рівні;

- територіальні документи - IV рівень, охоплюють найменші адміністративні одиниці, такі як міські райони або села, та забезпечує зв'язок з кінцевими бенефіціарами. Тут розробляються конкретні плани та проекти, що сприяють досягненню Цілей Сталого Розвитку на локальному рівні.

Відносно перспектив трансформаційних процесів Цілей Сталого Розвитку, вони мають три ключові виміри: економічний, екологічний та соціальний. В межах Цілі 3 “Міцне здоров'я і благополуччя”, особливо в реформі системи охорони здоров'я, виділяються певні кроки:

- зниження материнської смертності - цей крок веде до покращення стану здоров'я жінок і дітей. Економічно, це може призвести до зменшення витрат на медичне обслуговування внаслідок меншої кількості ускладнень під час вагітності та пологів. З екологічної точки зору, зниження материнської смертності може сприяти підвищенню ставлення до використання ресурсів та підтримки сталого розвитку. Соціальний вимір включає покращення життя жінок та підтримку сімей;

- запобігання смертності новонароджених і дітей до 5 років - цей крок відображає соціальний вимір поліпшення дитячого благополуччя та здоров'я. Економічний вимір включає в себе економію витрат на лікування хворих дітей, а екологічний аспект - дбайливе відношення до майбутнього покоління;

- боротьба з інфекційними захворюваннями - соціальний вимір полягає у забезпеченні здоров'я та благополуччя населення шляхом зниження захворюваності. Економічний вимір включає зменшення витрат на лікування та утримання хворих. З екологічної точки зору, це може призвести до зменшення викидів відпрацьованої медичної техніки;

- зменшення передчасної смертності від неінфекційних захворювань - цей крок веде до покращення загального стану здоров'я населення, зокрема, зниження смертності внаслідок хвороб серця, діабету тощо. Економічно, це може призвести до менших витрат на лікування та медичне обслуговування. З екологічної точки зору, зменшення інфраструктурних витрат на лікування може призвести до зниження споживання ресурсів;

- протидія залежності від психоактивних речовин та алкоголю - соціальний вимір включає в себе поліпшення психічного здоров'я та соціального благополуччя осіб, залежних від речовин. Економічно, це може призвести до зменшення витрат на реабілітацію та лікування залежностей. З екологічного точки зору, боротьба з наслідками залежності може зменшити вплив субстанцій на навколишнє середовище;

- зменшення кількості смертей та травм від дорожньо-транспортних пригод

- цей крок веде до поліпшення безпеки на дорогах, що важливо як для соціального, так і для екологічного виміру. Зменшення кількості дорожньо-транспортних пригод може призвести до зменшення витрат на медичне лікування і лікування травм, а також зменшення викидів автомобілів;

- забезпечення доступу до послуг охорони сексуального та репродуктивного здоров'я - соціальний вимір цього кроку включає в себе поліпшення сексуального та репродуктивного здоров'я населення. Економічний вимір включає зниження витрат на лікування ускладнень та зменшення витрат на діагностику та лікування сексуальних захворювань;

- гарантування всезагального доступу до послуг охорони здоров'я та захист від фінансового ризику - соціальний вимір включає в себе гарантії доступу всіх громадян до послуг охорони здоров'я та захисту від фінансового навантаження. Економічний вимір включає зниження витрат сімей на медичне обслуговування та зменшення витрат держави на компенсацію медичних послуг для населення;

- скорочення впливу небезпечних хімічних речовин та забруднення на здоров'я - цей крок веде до покращення якості довкілля і зменшення впливу хімічних речовин на здоров'я. Економічний вимір включає в себе зменшення витрат на лікування хвороб, пов'язаних із забрудненням навколишнього середовища. Екологічний вимір передбачає зменшення викидів небезпечних хімічних речовин та поліпшення стану довкілля.

Цілі Сталого Розвитку 2030 визначають основну мету як “Забезпечення здорового способу життя та добробуту людей будь-якого віку”.

Планується також активізація та, якщо потрібно, впровадження Рамкової конвенції Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) для боротьби з тютюновою промисловістю у всіх країнах. Також передбачається сприяння дослідженням і розробкам вакцин та медичних препаратів для лікування

інфекційних та неінфекційних хвороб, особливо тих, що відбуваються в країнах з низьким рівнем розвитку. Це включає забезпечення доступності доступних основних лікарських засобів та вакцин відповідно до Дохійської декларації “Угода про торговельні аспекти прав інтелектуальної власності і суспільна охорона здоров’я”. Ця угода дозволяє країнам з низьким рівнем розвитку використовувати гнучкість в правах інтелектуальної власності, щоб забезпечити доступ до лікарських засобів для всіх.

Додатково, планується суттєве збільшення фінансування в сфері охорони здоров’я, а також розвиток, набір, професійна підготовка та забезпечення медичних фахівців в країнах з низьким рівнем розвитку. Це сприятиме зміцненню потенціалу всіх країн, зокрема країн з низьким рівнем розвитку, у галузі раннього попередження, зниження ризиків та регулювання національних та глобальних загроз для здоров’я.

Реалізація Цілей сталого розвитку (ЦСР) в Україні відбувається як на національному, так і на регіональному рівнях. На національному рівні можна виділити досягнення, пов’язані з Указом Президента від 30 вересня 2019 року № 722 “Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року”. Цільові орієнтири для розроблення прогнозних та програмних документів, нормативно-правових актів з метою забезпечення збалансованого розвитку України у економічному, соціальному та екологічному вимірах визначені з урахуванням ЦСР [104]. Моніторингові звіти з виконання ЦСР підготовляються Державним комітетом статистики України щорічно за 183 показниками відповідно до 86 завдань, включаючи 67 завдань та 217 заходів у галузі охорони здоров’я. Перший моніторинговий звіт щодо ЦСР був опублікований у 2019 році, і уряд продовжує цю ініціативу щорічно [34].

Також було затверджено розподіл цілей та завдань ЦСР для центральних органів виконавчої влади (ЦОВВ). У Стратегії національної безпеки України

“Безпека людини – безпека країни” також визначено сталий розвиток національної економіки як інструмент для втілення пріоритетів національних інтересів.

Щодо реалізації ЦСР на регіональному рівні, виникають труднощі у визначенні певних показників. Національним інститутом стратегічних досліджень була підготовлена аналітична записка, що стосується вдосконалення координації та моніторингу реалізації ЦСР в Україні. В цьому документі було зазначено, що Програмою розвитку державної статистики до 2023 року, що визначена постановою Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2019 року №222, передбачено збір даних для моніторингу ЦСР лише на державному рівні. Індикатори, які були затверджені розпорядженням Кабінету Міністрів України від 21 серпня 2019 року №686-р для збору даних для моніторингу реалізації ЦСР, в основному не мають деталізації на рівні регіонів та громад. Більше того, вказані документи не надають належного опису системи моніторингу на різних рівнях та не надають органам влади на регіональному та місцевому рівнях належні інструкції щодо збору, аналізу та звітування даних [114].

Державною стратегією регіонального розвитку на 2021–2027 роки (постанова Кабінету Міністрів України від 5 серпня 2020 року №695 "Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на 2021-2027 роки") було визначено основний курс на сталий розвиток регіонів, проте відсутні індикатори Цілей сталого розвитку [168]. Зміни до Бюджетного кодексу України, спрямовані на відображення пріоритетів для досягнення Цілей сталого розвитку, не були внесені. Процес стратегічного планування соціально-економічного розвитку на регіональному та місцевому рівнях вимагає згоди з секторальними стратегіями та Цілями сталого розвитку [135].

Пілотний проєкт GIZ/ПРООН “Підтримка впровадження Цілей сталого розвитку в Україні”, який успішно було реалізовано в Волинській та Дніпропетровській областях, спрямований на впровадження Цілей сталого

розвитку на регіональному рівні. Основною метою проекту є збільшення громадської обізнаності та підтримка впровадження Порядку денного сталого розвитку до 2030 року та Цілей сталого розвитку шляхом підсилення системи моніторингу та підвищення спроможності у плануванні реалізації Глобальних цілей та їх інтеграції у регіональні стратегії та програми [212].

Органами, які забезпечують інформацію щодо Цілі 3 “Міцне здоров'я і благополуччя”, є Державний комітет статистики України, Міністерство охорони здоров'я, Національна служба здоров'я України, Інститут демографії та соціальних досліджень Національної академії наук України та Міністерство інфраструктури України.

В галузі охорони здоров'я визначено 9 завдань, 16 індикаторів, а також цілі та дані, які розподіляються на національному рівні (14) та регіональному рівні (5). Згідно з Добровільним національним оглядом щодо прогресу України в досягненні Цілі 3, який підготувало Міністерство економіки України у 2020 році, відзначається, що більшість аспектів Цілі 3 має високу ймовірність досягнення (пункти 3.1.1, 3.2.1, 3.3.2, 3.4.2, 3.4.3, 3.5.2 і 3.6.1). Крім того, існують пункти зі слабкою позитивною динамікою, яка вимагає значного прискорення (3.4.1, 3.4.4, 3.6.2, 3.7.1 і 3.8.2). Негативну динаміку та низьку ймовірність досягнення виявили в пунктах 3.3.1, 3.5.1, 3.8.1 і 3.9.1 [51].

Результати завдань, спрямованих на досягнення Цілі 3 на сьогодні, включають наступне:

- зменшення показників смертності серед дітей до 5 років. Для досягнення цієї мети впроваджуються сучасні перинатальні технології, реорганізація акушерських та неонатологічних відділень, а також створюється мережа перинатальних центрів;
- зменшення кількості випадків активного туберкульозу, встановленого вперше протягом життя. Це досягається завдяки впровадженню нових

рекомендованих ВООЗ методів лікування з використанням спеціалізованих протитуберкульозних препаратів;

- зниження кількості смертей через цереброваскулярні захворювання шляхом реалізації заходів, передбачених Національним планом з боротьби з неінфекційними захворюваннями. Це включає протидію ризиковим факторам, таким як тютюнокуріння, алкоголь, нездорова харчова поведінка, недостатня фізична активність та забруднення повітря;

- зменшення кількості смертей внаслідок дорожньо-транспортних пригод та зменшення кількості постраждалих осіб у таких пригодах. Це досягається за рахунок поліпшення безпеки на дорогах завдяки впровадженню заходів з підвищення рівня безпеки дорожнього руху;

- зменшення показників материнської смертності шляхом реалізації комплексних заходів та розвитку акушерських відділень;

- скорочення кількості смертей серед жінок від злоякісних новоутворень молочної залози. Це досягається шляхом популяризації профілактики, ранньої діагностики та лікування захворювань цієї категорії.

У поточний час, процес впровадження Угоди про асоціацію України з Європейським Союзом (ЄС) є координованим за участю всіх рівнів влади: президентської, законодавчої та виконавчої. В цьому контексті, у 2020 році було створено Комісію з питань координації виконання Угоди про асоціацію під головуванням Прем'єр-міністра України (постанова КМУ від 2 вересня 2020 року №851 “Про утворення Комісії з питань координації виконання Угоди про асоціацію між Україною та ЄС”). Особлива увага приділяється завданням щодо досягнення Цілі 3 “Міцне здоров'я і благополуччя”, яка включає зменшення смертності дітей до 5 років, зниження кількості нових випадків активного туберкульозу, скорочення материнської смертності, зменшення випадків смерті через цереброваскулярні

хвороби, транспортні нещасні випадки та злоякісні новоутворення молочної залози.

Спеціальна Комісія з координації виконання Угоди сформувала карту пріоритетних євроінтеграційних законопроектів, яка служить орієнтиром для роботи Уряду та Парламенту у європейському інтеграційному напрямку, включаючи аспекти, пов'язані з громадським здоров'ям.

Відповідальність за реалізацію завдань в галузі “Громадське здоров'я” покладена на такі органи: Міністерство охорони здоров'я, Міністерство фінансів України, Міністерство економіки України, Міністерство соціальної політики України (особливо щодо реформування фінансування охорони здоров'я), Міністерство молоді та спорту України, Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, а також Центр громадського здоров'я.

Відповідно до розпорядження Кабінету Міністрів України “Про затвердження плану пріоритетних дій уряду на 2021 рік”, передбачено виконання наступних завдань:

- формування дорожньої карти адаптації законодавства України до вимог права Європейського Союзу (ЄС) у галузі реєстрації та обігу лікарських засобів;
- приведення ліцензійних умов та процедур ліцензування та акредитації установ, що працюють з тканинами та клітинами людини, у відповідність до норм ЄС (внесення змін до Закону України “Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини”);
- приведення ліцензійних умов та процедур ліцензування та акредитації закладів системи крові у відповідність до стандартів ЄС (внесення змін до Законів України “Про ліцензування видів господарської діяльності” та “Про донорство крові та її компонентів”);
- впровадження комплексного підходу до діагностики ракових захворювань, заснованого на передових практиках країн ЄС;

- приєднання України до європейської мережі протидії транскордонним загрозам здоров'ю (внесення змін до Законів України “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення” та “Про захист населення від інфекційних хвороб”);
- реалізація комплексної реформи системи фінансування охорони здоров'я відповідно до затвердженої Концепції;
- реалізація Концепції розвитку системи громадського здоров'я та інші.

Цей план є документом, спрямованим на підвищення відповідальності виконавчої влади за виконання Угоди про асоціацію, включаючи сферу реформування охорони здоров'я. Переважна кількість завдань має конкретні індикатори, що спрощує контроль за їх виконанням з боку Уряду та громадськості.

Реалізація Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом передбачає виконання від української сторони близько 8 тисяч заходів, що охоплюють понад 2 тисячі завдань. Всі ці заходи чітко окреслені в інформаційно-аналітичній системі “Пульс Угоди”, яку Уряд використовує для моніторингу прогресу виконання зобов'язань, що випливають з Угоди в цілому та в 24 різних секторах співробітництва. За даними “Пульсу Угоди”, загальний прогрес виконання Угоди про асоціацію складає 54% [210].

Протягом останніх шести років (2015-2020), у сфері охорони здоров'я, яка включає розділ “Громадське здоров'я”, було виконано 47% від заходів, запланованих у рамках цієї угоди. Цей розділ включає 162 конкретних заходи, що відповідають 37 завданням.

1. Одним із ключових досягнень є наближення законодавства України до стандартів Європейського Союзу у наступних сферах:

- боротьба з інфекційними захворюваннями: Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) прийняло список інфекційних захворювань, що підлягають моніторингу, забезпечивши повне втілення Рішення 2000/96/ЄС. Застосування

наказу МОЗ від 30 липня 2020 року №1726 сприяло оновленню нормативно-правових актів, що регулюють процеси реєстрації, обліку, звітності та обміну відповідною інформацією [49]. Відповідно до Рішення №2002/253/ЄС, увійшло в силу зобов'язання стосовно подання звітів про інфекційні захворювання до мережі Співтовариства;

- у 2018 році була розроблена “Дорожня карта” для задоволення інвестиційних потреб у сфері управління системою крові, впровадження прозорого процесу ліцензування, створення нових стандартів безпеки крові та розробки інформаційних технологій відстеження. Це передбачає фінансування модернізації 11 центрів крові, закупівлю тестових наборів та витратних матеріалів, впровадження нових стандартів і протоколів використання крові, створення реєстрів донорів крові та покращення управління постачанням;

- відповідно до розпорядження КМУ від 20 лютого 2019 року №120-р, була схвалена Стратегія розвитку національної системи крові на період до 2022 року та затверджено план заходів щодо її реалізації [23];

- з 1 січня 2019 року набув чинності Закон України “Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людини”, який враховує базові вимоги Директиви 2004/23/ЄС. Уряд затвердив план підготовки підзаконних актів, що необхідні для реалізації цього закону. Було також введено Порядок отримання та надання гемопоетичних стовбурових клітин та обміну інформацією щодо наявних анатомічних матеріалів для трансплантації [66], і створено спеціалізовану державну установу "Український центр транспланткоординації" [78];

- Закон України від 27 грудня 2019 року №418-IX “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, що регулюють питання трансплантації анатомічних матеріалів людини” автоматизує процеси завдяки поступовому впровадженню Єдиної державної інформаційної системи трансплантації органів і тканин [228];

- Постановою КМУ від 10 липня 2019 року №689 було запроваджено порядок проведення моніторингу наркотичної та алкогольної ситуації. Україна починаючи з листопада 2017 року на постійній основі співпрацює з Європейським моніторинговим центром з наркотиків та наркозалежності.

2. Впровадження системи електронної охорони здоров'я - eHealth [83]: Головною метою системи eHealth, яка стартувала разом з медичною реформою в Україні, є наближення стандартів медичної допомоги до рівня країн-членів Європейського Союзу та надання українцям доступу до вищих якісних медичних послуг. Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я та процедура публікації даних з цієї системи Національною службою здоров'я були схвалені постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 року №411 “Деякі питання електронної системи охорони здоров'я”.

Також була проведена реформа державних закупівель шляхом впровадження європейських правил, що має прямий вплив на галузь охорони здоров'я. Зараз державні закупівлі проводяться через електронну систему ProZorro, що допомагає мінімізувати вплив людського фактора та можливість корупції (головним фінансовим розпорядником у сфері охорони здоров'я є Національна служба здоров'я). Незважаючи на виклики пандемії, Україна розпочала процес, відомий як “Євроінтеграція 2.0”, який має за мету перейти від реалізації наявних європейських політик до активної участі України у їх формуванні.

Загалом, можна зробити висновки про ефективний хід реформ та трансформацій у сфері охорони здоров'я згідно з ключовими цілями сталого розвитку та європейської інтеграції протягом останніх трьох років. Однак важливо враховувати, що не всі євроінтеграційні реформи мають миттєвий ефект, і потрібно чекати на інституційні зміни, а також розвиток механізмів публічного управління як на державному, так і на регіональному рівні. Особливу увагу слід приділити

медичному страхуванню, розвитку приватної медицини та веденню бізнесу у цій сфері, а також підготовці професійних кадрів.

З урахуванням комплексності та розмаїття завдань і стратегічних планів щодо подальшої трансформації охорони здоров'я України є важливим забезпечити їх взаємодію з глобальними стратегічними планами та галузевими реформами. Поєднання цього з пріоритезацією на державному рівні та розвитком системи моніторингу охорони здоров'я, включаючи систему регіональних індикаторів, дозволяє своєчасно реагувати на подальші зміни у цій сфері [358].

В процесі дослідження слід надавати спеціальну увагу аналізу загроз для сфери охорони здоров'я в країнах Європейського Союзу, а також розгляду способів їх подолання в умовах пандемії COVID-19. На засіданні в Брюсселі у 2020 році Європейська комісія визначила шість головних напрямків діяльності на 2021 рік. Одним із основних пріоритетів є надалі працювати над збереженням життя та благополуччя громадян, які стали жертвами пандемії коронавірусу. Європейська комісія буде продовжувати докладати зусиль для забезпечення європейців майбутньою вакциною та сприяти відновленню економіки через "зелену" та цифрову трансформацію.

У рамках розвитку європейського способу життя та враховуючи загрози, що походять від COVID-19, Європейська комісія планує підвищувати стійкість системи охорони здоров'я, розвивати існуючі та створювати нові науково-дослідні установи в цій галузі [303].

Незважаючи на варіативність систем охорони здоров'я у країнах Європейського Союзу, на сьогоднішній день існують спільні завдання, які їх об'єднують. Серед таких завдань – забезпечення доступності та ефективності медичних послуг для всіх, раціональне використання ресурсів, підвищення якості надання послуг, а також активне врахування побажань пацієнтів.

Нещодавно в Європі було проведено низку реформ, спрямованих на поліпшення систем охорони здоров'я. Ці пошуки оптимальних рішень сприяли виробленню більш обґрунтованої політики в галузі охорони здоров'я. Важливо відзначити, що Європейський Союз не ставить жорстких вимог до організації системи охорони здоров'я у держав, які бажають приєднатися до співдружності. Основне вимога полягає у тому, щоб всі верстви населення, незалежно від місця проживання та матеріальних можливостей, мали можливість отримувати медичну допомогу. Договір про ЄС містить параграф "Р", який встановлює зобов'язання сприяти досягненню високого рівня охорони здоров'я. Згодом Маастрихтський договір включив охорону здоров'я до реалізації всіх інших політик ЄС та надав йому нові функції, що доповнюють зусилля країн-членів ЄС [293].

Головним спрямуванням цих зусиль була координація заходів, спрямованих на встановлення високих стандартів якості та безпеки медичних процедур, таких як пересадки органів та переливання крові. Також проводилися заходи у сфері ветеринарії та фітосанітарії для забезпечення безпеки здоров'я людей. Стимулювальні заходи для підтримки та покращення здоров'я населення також стали важливими складовими цих дій [304].

Варто відзначити, що всі ці заходи ЄС не передбачають гармонізацію законодавства щодо охорони здоров'я держав-членів. Основна компетенція та головні зусилля в сфері охорони здоров'я залишаються на рівні країн-членів, а ЄС доповнює ці зусилля, наприклад, шляхом запобігання поширенню інфекцій через кордони, раціоналізації руху пацієнтів та зниження відмінностей у якості медичних послуг тощо.

Серед практичних інструментів слід зазначити різноманітні дослідження та оцінки стану здоров'я в ЄС. Деякі з них включають збір даних за різними індикаторами у кожній країні. Європейський Союз має свій перелік з 88 ключових показників здоров'я (The European Core Health Indicators). Ці показники охоплюють

не лише аспекти демографії та захворюваності, а й “детермінанти здоров'я” (наприклад, куріння, фізична активність), доступність медичних послуг, а також відповідні державні політики (обмеження куріння для молодших вікових груп, пропаганда здорового способу життя) [292].

Крім вищезазначеного, країни ЄС приділяють значну увагу нормативно-законодавчому регулюванню безпеки та здоров'я на робочому місці (БЗР), розглядаючи її як важливу та впливову складову сфери охорони здоров'я, особливо через її важливу роль у забезпеченні захисту здоров'я та безпеки для близько 170 мільйонів працівників ЄС.

Захист людей від небезпечних факторів, що можуть загрожувати здоров'ю та безпеці на робочому місці, становить ключовий аспект забезпечення стійких та гідних умов праці для всіх працівників. Це сприяло зниженню ризиків для здоров'я на робочому місці та покращенню стандартів БЗР на рівні ЄС та у всіх секторах економіки. Однак залишаються виклики, а пандемія COVID-19 додала актуальності до ризиків, які потребують усунення. Забезпечення захисту здоров'я та безпеки працівників, як це передбачено міжнародними договорами та Хартією основних прав ЄС, також виступає ключовим елементом економіки ЄС, яка спрямована на добробут людей [299].

Право на здорове та безпечне робоче місце закріплено в Принципі 10 Європейської стовпи соціальних прав (документі, оголошеному інституціями ЄС - Єврокомісією, Радою ЄС та Європарламентом у листопаді 2017 року), який визначає напрямки щодо забезпечення зайнятості та соціального захисту, включаючи гарантії рівних можливостей та доступу до ринку праці, справедливих умов праці, соціального захисту та інклюзивності. Це має фундаментальне значення для досягнення Цілей сталого розвитку Організації Об'єднаних Націй (ООН) та виступає складовою частиною охорони здоров'я ЄС, яка станом на 2021 рік продовжувала знаходитися у процесі створення.

У новій рамковій стратегії з безпеки та здоров'я на робочому місці (БЗР) на період 2021-2027 років визначені основні пріоритети та заходи, які необхідно вжити для покращення стану здоров'я та безпеки працівників у найближчі роки, враховуючи постпандемічний світ, що характеризується екологізацією, цифровізацією, економічними та демографічними викликами, а також зміною підходів до традиційних робочих середовищ. Забезпечення здорових та безпечних умов праці є передумовою для наявності здорової та продуктивної робочої сили та ефективної функціональності всієї системи охорони здоров'я. Крім того, цей аспект важливий для досягнення сталості та конкурентоспроможності економіки ЄС [276].

Процес розробки законодавства ЄС щодо БЗР відбувається в тісному співробітництві з Консультативним комітетом з питань безпеки та здоров'я на робочому місці - тристороннім органом, до складу якого входять представники урядів, профспілок та роботодавців.

Один із показників оцінки можливостей систем охорони здоров'я країн світу - Глобальний індекс безпеки здоров'я (ГІБЗ), розроблений Центром медичних досліджень Джона Гопкінса, Ініціативою зі зменшення ядерної загрози та Economist Intelligence Unit, оцінює можливості глобальної охорони здоров'я в 195 країнах. Головним принципом ГІБЗ є спільна відповідальність за глобальну безпеку охорони здоров'я. Цей індекс може допомогти керівникам країн, державним службовцям у сфері охорони здоров'я розробляти відповідні політики та лікарям-практикам виявляти прогалини та формувати стійку готовність у своїх країнах та регіонах. ГІБЗ може бути використаний як орієнтир для виявлення та усунення недоліків з метою зменшення негативних наслідків для здоров'я та економіки [300].

Індекс надає можливість визначити основні напрямки розвитку сфери охорони здоров'я: країни повинні блокувати фінансування на охорону здоров'я у національних бюджетах та проводити оцінки, використовуючи індекс як вказівку для розробки національних планів дій для ідентифікації ризиків та заповнення

прогалин. Міжнародні організації повинні використовувати Індекс для визначення країн, які потребують додаткової підтримки. Приватний сектор має використовувати Індекс для пошуку можливостей партнерства з урядами. Благодійні організації та інвестори повинні розробити нові механізми фінансування та використовувати Індекс для визначення пріоритетів у розподілі ресурсів.

Індекс включає 140 питань, які організовані в шість категорій, 34 показники та 85 субпоказників. В грудні 2021 року був опублікований звіт Глобального індексу безпеки здоров'я 2021, який показує, що незважаючи на значний прогрес країн у відповіді на пандемію COVID-19, всі країни залишаються недостатньо підготовленими до майбутніх епідемій та пандемічних загроз. Пандемія COVID-19 продовжує негативно впливати на країни через обмежену потужність охорони здоров'я. Це виникає в той час, коли політичні та безпекові ризики зросли практично в усіх країнах, а стійкі фінансові інвестиції, необхідні для забезпечення підтримки системи охорони здоров'я, ще не були виявлені. Це ставить світ у вразливе положення перед майбутніми кризами у галузі охорони здоров'я, включаючи можливо більш руйнівні за COVID-19.

Результати Глобального індексу безпеки здоров'я 2021 є тривожними та гіршими порівняно з 2019 роком: середній бал в категорії системи охорони здоров'я становить 31,5 з 100, при цьому 73 країни знаходяться на нижньому рівні. Ні одна країна не досягла найвищого рівня рейтингу, і жодна не набрала більше 75,9 балів. У 69 країнах недостатньо медичних можливостей у клініках, лікарнях та громадських центрах. 91% країн не мають відповідного регулювання і організаційного підґрунтя - плану, програми чи рекомендацій щодо застосування медичних контрзаходів, таких як вакцини та противірусні засоби, для національного використання під час кризових ситуацій у галузі охорони здоров'я. Усього взята категорія системи охорони здоров'я демонструє незначний прогрес у

порівнянні з 2019 роком та показує важливі прогалини в потенціалі медичних кадрів, закладів та доступу до медичних послуг на національному рівні [83].

Пандемія COVID-19 відкрила те, що деякі країни, які включені у вказаний індекс у 2019 році і мали найвищий рівень підготовки в галузі безпеки охорони здоров'я (наприклад, США та Великобританія), зараз стали найбільше постраждалими від поширення вірусу, включаючи велику кількість випадків та смертей. Це підкреслює, як низька готовність до пандемії та ефективність реагування на неї можуть вплинути на здоров'я та безпеку на різних рівнях – від місцевого до глобального.

Серед країн, які вважаються “найбільш підготовленими”, включають США, Великобританію, Нідерланди, Австралію, Канаду, Таїланд, Швецію, Данію, Південну Корею, Фінляндію, Францію, Словенію та Швейцарію. Наприклад, США очолюють рейтинг з індексом 83,5 із 100. Країни, які потрапили до категорії “найменше підготовлені”, переважно розташовані в Західній та Центральній Африці. Європейський союз активно звертає увагу політиків у всіх країнах-членів на такі тенденції та рекомендує вживати відповідні заходи для їх викорінення. Додатково, в ЄС проводяться добровільні обміни досвідом між державами-членами для синхронізації зусиль.

Європейське агентство з безпеки та здоров'я на роботі (EU-OSHA) забезпечує керівництва та інструменти, які, разом з аналогічними національними засобами, що базуються на інтернет-технологіях, дозволяють отримати інформацію стосовно конкретних галузей, переважно для малих та середніх підприємств, оскільки саме вони займають більшість працівників у ЄС і зазвичай стикаються з більшими викликами з питань забезпечення безпеки та здоров'я на робочому місці. Ці інструменти спрямовані на роботодавців на всіх етапах оцінки ризиків [354].

У червні 2021 року Європейська комісія прийняла Рамкову стратегію ЄС із безпеки та здоров'я на роботі на період 2021-2027 років. В цій стратегії викладені

основні кроки, необхідні для поліпшення стану здоров'я та безпеки працівників у наступні роки (див. рис. 1.2.).

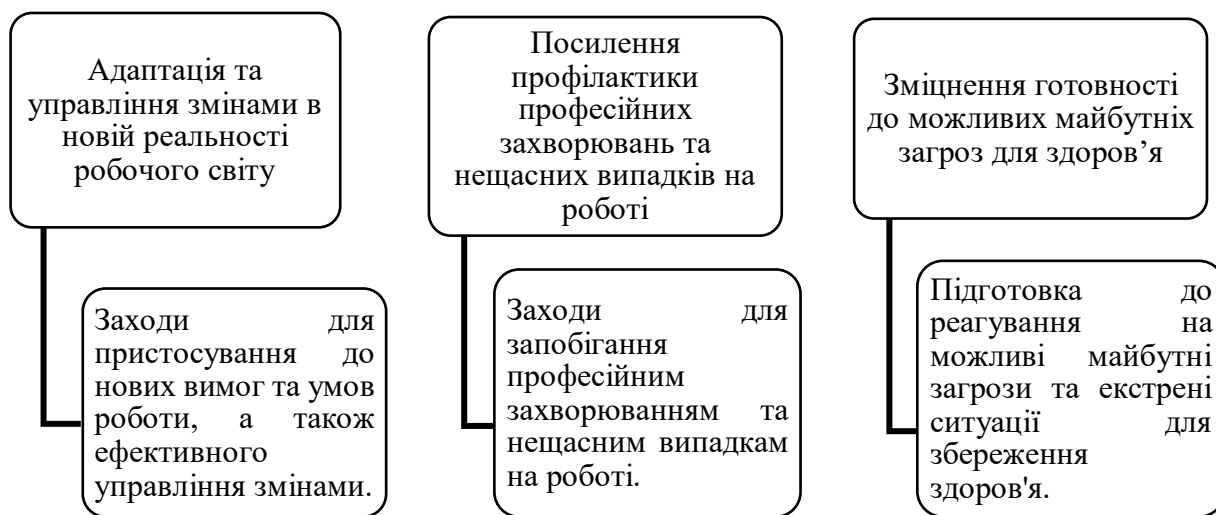


Рис. 1.2. Кроки Рамкової стратегії ЄС із безпеки та здоров'я на роботі (2021-2027), авторська розробка.

Пандемія COVID-19 підкреслила важливість існування загального рамкового зобов'язання для роботодавців виконувати заходи з оцінки ризиків та прийняття запобіжних заходів з метою мінімізації ризиків для здоров'я працівників під час кризових ситуацій в галузі охорони здоров'я. Пандемія, більш як будь-який інший фактор, підкреслила необхідність створення робочого середовища, яке б допомогло зменшити ризик передачі інфекційних хвороб.

Отже, можна зробити висновок, що країни Європейського союзу добре усвідомлюють можливості перетворити високий рівень громадської обізнаності про пандемію на тривалу готовність до нових викликів та загроз у сфері охорони здоров'я. Це передбачає створення нових стратегічних документів, інструментів та розробок, а також внесення змін до існуючої нормативної бази для створення додаткових можливостей для ефективного захисту життя та добробуту в разі майбутніх пандемій.

Серед ключових спільних напрямків, які держави-члени Європейського союзу взяли на озброєння для розвитку системи охорони здоров'я в умовах пандемії COVID-19, можна виділити наступні:

- вакцинація - стала загальноєвропейським інструментом для боротьби з пандемією COVID-19. Кожна держава-член активно вдержує процес вакцинації для зниження рівня захворюваності серед населення. Це вимагає посиленої співпраці між державами-членами ЄС, обміну інформацією, а також спільних закупівель вакцин для ефективного ведення боротьби з пандемією;

- оптимізація медичних витрат - всі країни Європейського союзу шукають ефективні моделі для зменшення витрат на охорону здоров'я. Це включає в себе обговорення та впровадження бюджетних обмежень, оцінку результативності медичних послуг та пошук шляхів раціоналізації витрат. Зокрема, пандемія спонукає до змін у фінансуванні та плануванні медичних ресурсів;

- розробка моделей для забезпечення всезагального доступу - забезпечення всезагального доступу до медичної допомоги є ключовим завданням. Держави-члени ЄС розглядають різні моделі, включаючи публічно-приватне партнерство, реформування системи охорони здоров'я та розширення мережі медичних установ. Метою є підвищення доступності медичних послуг та підтримка стійкого зростання показників середньої тривалості життя населення.

Ці спільні напрямки дозволяють державам-членам ЄС об'єднатися для ефективної боротьби з пандемією та покращення системи охорони здоров'я. Вони спрямовані на забезпечення належних медичних послуг для всіх громадян, зниження захворюваності та спільні зусилля в пандемійних умовах.

1.2 Теоретичні підходи до аналізу публічного управління у сфері охорони здоров'я

У сучасному світі сфера охорони здоров'я відіграє важливу роль у забезпеченні добробуту суспільства. Розвитого публічного управління у сфері охорони здоров'я є складною та багатогранною проблемою, яка потребує системного аналізу та підходів для її ефективного вирішення. Однак існує багато різних теоретичних підходів до аналізу цієї проблеми, які розроблялися в різний час та в різних країнах.

Один із ключових теоретичних підходів до аналізу публічного управління в охороні здоров'я – це “публічний адміністративний підхід”. Цей підхід розглядає систему охорони здоров'я як складну бюрократичну організацію зі своєю ієрархією, процедурами та правилами. Він акцентує увагу на:

- управлінні ресурсами – публічний адміністративний підхід наголошує на управлінні ресурсами, зокрема фінансами та персоналом. Аналіз розподілу бюджету та інших ресурсів допомагає визначити, як ресурси спрямовані на різні аспекти охорони здоров'я, включаючи медичне обладнання, ліки, оплату праці та інші важливі складові;

- бюджетуванні – один із важливих аспектів публічного адміністративного підходу – це аналіз бюджетування та фінансових аспектів охорони здоров'я. Досліджується, як розподіляються кошти, як вони виділяються на різні напрями та програми, і як це впливає на результативність системи;

- плануванні і координації – інший ключовий аспект публічного адміністративного підходу. Аналізується, як держава планує і реалізує політику в галузі охорони здоров'я, які інструменти використовуються для визначення пріоритетів і як здійснюється координація між різними ланками системи, а також зі сторонніми організаціями та постачальниками послуг.

Загалом, публічний адміністративний підхід надає можливість краще розуміти внутрішню структуру та функціонування системи охорони здоров'я, що,

в свою чергу, може допомогти удосконалити управління та ефективність цієї важливої сфери громадського життя.

Однак існують і інші теоретичні підходи, які досліджують охорону здоров'я з різних точок зору, включаючи економічний, соціологічний, політичний та інші аспекти. Аналіз цих теорій допомагає розуміти складність та різноманітність факторів, що впливають на систему охорони здоров'я, і розробляти більш ефективні стратегії управління цією галуззю. У цьому контексті, подальше дослідження та обговорення теоретичних підходів до аналізу публічного управління в охороні здоров'я є важливим завданням для покращення цієї сфери та забезпечення належної якості медичних послуг для всього суспільства.

Національний план дій з реформування системи охорони здоров'я в Україні включає Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років (Стратегію), яка була ухвалена програмою діяльності КМУ (постанова Верховної Ради України від 11 грудня 2014 року №26-VIII) та Указом Президента України від 30 вересня 2019 року 722/2019 “Про Стратегію сталого розвитку “Україна - 2030”. Стратегія виступає як важливий документ, що визначає бачення, контекст, пріоритети, завдання, принципи та наступні кроки реформування вітчизняної системи охорони здоров'я. Вона є основою для прийняття рішень та розробки політики щодо бюджетних ресурсів та фінансування у галузі охорони здоров'я.

У рамках Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року визначено ключові принципи, на яких базується система охорони здоров'я (див. рис. 1.3.).



Рис. 1.3. Ключові принципи системи охорони здоров'я до 2030 року, розробка автора.

Ці принципи визначають орієнтири для подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні.

Система охорони здоров'я в Україні є комплексною сферою, що має спиратися на засади ефективної співпраці між численними центральними органами влади, такими як МОЗ, Мінфін, Мінекономіки, Мінпраці та соціальної політики, Міносвіти і науки, а також органи, відповідальні за надзвичайні ситуації та інші відомства. Сучасна система охорони здоров'я стикається з суттєвими змінами в соціально-економічному контексті, станом здоров'я населення, існуючими недоліками, критичною демографічною ситуацією та несприятливим екологічним станом, що вимагає поліпшення та вдосконалення організації функціонування галузі та негайного вирішення її актуальних викликів [294].

Сприяючи майбутньому розвитку системи охорони здоров'я, важливо встановити три основних принципи, які будуть відображені на кожному етапі реформ та здійснюватимуться в усіх галузях охорони здоров'я:

- орієнтованість на потреби людей та здатність до адаптації: майбутня система охорони здоров'я повинна визнавати пріоритет потреб людей – як працівників, так і пацієнтів. За таких умов, важливо формувати оточення, яке постійно враховує потреби та оцінює діяльність з метою її вдосконалення. Нові моделі фінансування мають бути ефективними та зменшувати фінансові ризики, забезпечуючи доступ до якісних послуг;

- забезпечення безпеки та якості: в умовах трансформацій, головним завданням системи охорони здоров'я є забезпечення якості та безпеки надання послуг, здатності адаптуватися до змінюваних викликів зовнішнього середовища та вимог, а також запобігання ризикам та загрозам, які можуть виникнути в процесі надання медичних послуг. Безпека та якість стають невід'ємною частиною будь-якої сучасної системи охорони здоров'я;

- взаємодія та діалог: система охорони здоров'я складається з соціальних інституцій, що залежать від взаємодії різних учасників – дослідників, управлінців, пацієнтів, постачальників тощо. Забезпечення взаємоповаги, діалогу та довіри між цими сторонами є ключовим для досягнення ефективності та процвітання системи охорони здоров'я.

Розробка державної програми медичних гарантій на 2020 рік стала важливим стратегічним напрямком діяльності уряду. Ця програма, яка вперше була затверджена у 2020 році, запроваджує принцип “гроші йдуть за пацієнтом” для усіх рівнів надання медичних послуг, оплачених НСЗУ в зазначений період. Зміни в медичній освіті є невід'ємною складовою трансформації системи охорони здоров'я в цілому. Ця система повинна базуватися на розумінні відповідальності за загальне благополуччя населення та всіх аспектів життя.

Сучасна національна система охорони здоров'я в Україні стикається зі значними викликами та загрозами, що суттєво впливають на рівень національної безпеки та якість надання медичних послуг. Серед найбільш актуальних загроз можна виділити наступні аспекти, які наведено нижче.

Так, наприклад, нераціональне та недостатнє використання ресурсів фінансування є однією з ключових проблем у системі охорони здоров'я. Ця проблема виникає через відсутність ефективного управління фінансами, яке призводить до деяких негативних наслідків:

- надмірне споживання ресурсів на деякі види послуг: у відсутність чіткого фінансового контролю можуть виникати ситуації, коли значні кошти спрямовуються на обмежену кількість медичних послуг або закупівлю обладнання, тоді як інші важливі сфери залишаються недофінансованими;

- недостатнє фінансування інших видів послуг: завдяки недостатньому фінансуванню може страждати доступність важливих медичних послуг, таких як профілактичні заходи, психіатрична допомога, або надання послуг в сільських районах;

- дисбаланс та невиправдані витрати: відсутність чіткого контролю фінансів може сприяти виникненню дисбалансу в видатках, що, в свою чергу, може призвести до невиправданих витрат та недооптимізованого розподілу ресурсів;

- втрата фінансової стійкості: надмірні витрати та неефективне використання ресурсів можуть підірвати фінансову стійкість системи охорони здоров'я, що ускладнює забезпечення послуг належної якості в майбутньому.

Принагідно, звернути увагу також на недосконалість господарського статусу та організаційної структури медичних закладів, яка становить ще одну значущу проблему в системі охорони здоров'я. Ця проблема виникає через декілька факторів, і її наслідками є низька якість медичних послуг та обмежений доступ населення до них. Основні аспекти цієї проблеми включають наступне:

- застарілі методи управління: багато медичних закладів в Україні залишаються відсталими щодо методів управління, використовуючи застарілі адміністративні та організаційні практики. Це може призвести до неефективного розподілу ресурсів, недостатньої координації та зниження продуктивності медичних закладів;

- низький рівень технологічного оснащення: багато медичних закладів мають обмежені технологічні можливості, що ускладнює проведення сучасних методів діагностики та лікування. Відсутність сучасного обладнання може обмежувати можливості медичних працівників та впливати на якість послуг;

- відсутність маркетингової стратегії: багато медичних закладів не мають розвинутої маркетингової стратегії, яка б допомогла привертати пацієнтів та забезпечувати їхню лояльність. Це може сприяти зменшенню кількості пацієнтів та фінансової стійкості закладу;

- ускладнення доступності медичних послуг: недосконала організаційна структура та низька технологічна оснащеність медичних закладів можуть ускладнювати доступність медичних послуг для населення, особливо в сільських та віддалених районах.

Слід, також наголосити на тому, що проблеми у бюджетних механізмах фінансування та управління коштами у сфері охорони здоров'я становлять серйозну загрозу для стабільності системи. Однією з найактуальніших проблем є відсутність прозорих та ефективних механізмів управління бюджетами, які б дозволили належним чином розподіляти та контролювати фінансові ресурси. Це може призвести до недостатньої фінансової стійкості системи, оскільки непрозорі процеси можуть спричинити витрати без відповідного ефекту.

Більше того, відсутність ефективного управління бюджетами може призвести до затримок у фінансуванні, що в свою чергу загрожує нормальному функціонуванню системи охорони здоров'я. Затримки у виділенні коштів можуть

призвести до неспроможності закупити необхідні медичні засоби, обладнання та ліки, що має серйозні наслідки для пацієнтів та роботи медичних закладів. Такі проблеми в управлінні фінансами в охороні здоров'я потребують негайного вирішення для забезпечення ефективного та стабільного функціонування цієї важливої галузі.

Додатково, важливо відмітити, що державні фінансові ресурси відіграють ключову роль у фінансуванні системи охорони здоров'я в Україні. Саме тому важливим є глибокий аналіз можливих шляхів підвищення ефективності фінансового забезпечення цієї сфери. За п'ять років з моменту розпочаття реформ у галузі охорони здоров'я відбулися суттєві зміни в механізмах фінансування. Створення нової національної системи охорони здоров'я передбачає використання різних джерел фінансування, як визначено у розпорядженні КМУ “Про схвалення Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України” від 14 липня 2014 року [184]. Концепція розвитку системи фінансового забезпечення в сфері охорони здоров'я, затверджена розпорядженням КМУ від 18 вересня 2013 року №776-р [185], була розроблена з урахуванням вказівок Світового банку, Європейської комісії, ВООЗ та інших міжнародних організацій, а також міжнародного досвіду фінансового забезпечення охорони здоров'я.

Системні зміни в сфері охорони здоров'я України також включають зміни у принципах фінансування цієї галузі. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я була затверджена розпорядженням КМУ від 30 листопада 2016 року №1013-р [148]. Це відзначення також дало поштовх для прийняття в грудні 2017 року Законів України “Про внесення змін до Бюджетного кодексу України” та “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”, що стали початком реформи охорони здоров'я в країні [157; 165]. Однією з головних цілей реформи є вирішення проблем в галузі охорони здоров'я, таких як

катастрофічні витрати домогосподарств на медичне обслуговування, неефективне використання бюджетних коштів та низька якість надання медичних послуг.

Під час 2017 року проведено консультації щодо впровадження реформи в усіх регіонах України, з участю міжнародних та громадських організацій та МОЗ. 19 жовтня 2017 року був прийнятий Закон України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”, а також внесені необхідні зміни до Державного бюджету. 14 листопада 2017 року було ухвалено Закон “Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування в сільській місцевості” [165; 177].

3 квітня 2018 року розпочалася національна кампанія з вибору педіатрів, терапевтів та сімейних лікарів без обмеження за місцем реєстрації пацієнтів. Протягом шести місяців понад 20 мільйонів українців підписали декларації про вибір лікарів. Це дозволило кожному другому українцю мати особистого лікаря, до якого можна звертатися з будь-якими проблемами зі здоров'ям, на якого можна покластися та отримувати поради щодо збереження здорового способу життя.

Починаючи з другої половини 2019 року, була запущена програма “Безкоштовна діагностика”, яка є наступним етапом після реформи первинної медичної допомоги. Ця програма надає 80% необхідних діагностичних послуг для пацієнтів, які звертаються до педіатра, терапевта або сімейного лікаря. Вона охоплює послуги спеціалістів з вузького профілю, безкоштовні аналізи та дослідження. Пацієнти можуть проходити різноманітні обстеження за направленням лікаря, включаючи ультразвукову діагностику, рентген, ехокардіографію серця, мамографію та інші обстеження, у будь-якому медичному закладі за умовами договорів з Національною службою здоров'я України (НСЗУ). Ця програма також призводить до зміни фінансування поліклінік, які надають амбулаторну спеціалізовану допомогу [229].

Однією з найважливіших мет цього розділу будь-якого уряду є забезпечення належного рівня здоров'я населення, який визначається стратегічними документами на рівні національному, європейському та міжнародному. У сфері охорони здоров'я головними цілями уряду є забезпечення мікроекономічної ефективності, справедливого та рівного доступу до медичних послуг, а також макроекономічний контроль над витратами в цій сфері (табл. 1.4).

Україна справді потребує впровадження трансформаційних механізмів у системі охорони здоров'я та переорієнтації підходів до управління та фінансування цієї галузі з метою покращення доступності та якості медичного обслуговування в країні. Стан здоров'я населення та якість медичного обслуговування залежать від ефективного використання та належної забезпеченості медичної сфери ресурсами – працездатними, матеріально-технічними та фінансовими. Відповідно, сучасна система охорони здоров'я вимагає створення державної політики, що дозволяє охопити всю популяцію основними формами профілактики, допомоги, лікування та реабілітації, забезпечуючи надання медичних послуг належними фінансовими ресурсами, підвищення ефективності та зменшення фінансових ризиків, пов'язаних з медичною допомогою [333].

Таблиця 1.2

Головні цілі уряду, спрямовані на сферу охорони здоров'я України

Ціль	Результат
Гарантування однакового та справедливого отримання медичних послуг	Громадяни мають забезпечуватися доступом до певного гарантованого мінімального стандарту медичних послуг, де надання медичної допомоги визначається відповідно до медичних потреб хворого, а не на підставі його фінансових можливостей.
Забезпечення оптимальної мікроекономічної продуктивності	Висока якість медичної допомоги та задоволеність пацієнтів повинні бути досягнуті з використанням мінімальних ресурсів.
Контроль макроекономічних витрат у галузі охорони здоров'я	Розмір видатків на охорону здоров'я має відповідати розумній частці валового національного продукту (збільшення витрат на охорону здоров'я).

(Розробка автора).

Метою системи охорони здоров'я населення є забезпечення доступності медичної допомоги, і для цього потрібно збалансувати необхідний обсяг медичної допомоги з ресурсами держави. Якість медичної допомоги, зі свого боку, визначається сукупністю характеристик, які підтверджують відповідність наданої допомоги потребам пацієнта, його очікуванням і сучасному рівню розвитку медичної науки та технології. Основними ознаками якості медичної допомоги є адекватність, доступність, послідовність та безперервність, безпека, результативність, ефективність, відповідність очікуванням та потребам, стабільність процесу та результату, постійне вдосконалення та поліпшення.

На даний момент також розроблений проект Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Цей документ поєднується з Цілями сталого розвитку у сфері охорони здоров'я та демографічними показниками до 2030 року і був розроблений МОЗ за участю ключових зацікавлених сторін сфери охорони здоров'я та у співпраці з міжнародними партнерами [207]. Принципи та цінності цієї Стратегії визначаються як людиноцентричний підхід, підзвітність, міжсекторальна співпраця, запобігання збідненню через погіршення здоров'я, рівність та залученість, універсальний доступ. Щодо людиноцентричності в системі охорони здоров'я та наданні медичної допомоги, то послуги розроблені спільно для того, щоб задовольнити потреби людей. Послуги координуються для забезпечення безперервної допомоги, вони комплексні, безпечні, ефективні, своєчасні та доступні. Всі посадовці, які надають медичну допомогу, мають відповідні знання та навички, працюють у підтримуючому середовищі. Під час розробки стратегії були враховані ключові нормативні документи на міжнародному та національному рівнях (див. таблицю 1.3.) Нормативно-правова база Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року.

Таблиця 1.3

Нормативно-правова база Стратегії
розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року

Міжнародні документи	Національні документи
Цілі сталого розвитку	Національна економічна стратегія (2030)
Угода про асоціацію між Україною та ЄС	Стратегія економічної безпеки (2025)
Оцінки з дотримання прав людини відповідно до механізму Універсального періодичного огляду	Стратегія із створення безбар'єрного простору (2030)
Загальноєвропейська комісія з питань охорони здоров'я	Стратегія людського розвитку
Зобов'язання за Меморандумом про взаєморозуміння між Україною та ЄС	Національна стратегія у сфері прав людини
Зобов'язання України перед МВФ	Державна стратегія регіонального розвитку (2027)

(Розробка автора).

Основними цілями, визначеними в Стратегії-2030, є продовження реформ у сфері охорони здоров'я, враховуючи досягнуті успіхи та набутий досвід; направлення на забезпечення Універсального медичного страхування - Universal Health Coverage; покращення показників здоров'я населення, підвищення рівня задоволеності наданням медичних послуг та зниження фінансових ризиків; забезпечення об'єктивного підходу до процесу, одночасно враховуючи конкретний контекст та потреби; встановлення узгодженості з Цілями сталого розвитку та міжнародними зобов'язаннями України перед своїми партнерами; активна участь громадянського суспільства та інших зацікавлених сторін у процесі розробки Стратегії та проведення консультацій.

При формуванні Стратегії були враховані як короткострокові (наприклад, Програма діяльності КМУ), так і галузеві нормативно-законодавчі акти національного рівня, включаючи Стратегію розвитку системи протитуберкульозної

медичної допомоги населенню, Стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні, Стратегію у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам, Стратегію розвитку імунопрофілактики, Стратегію розвитку національної системи крові, Стратегію розвитку медичної освіти, Стратегію державної політики щодо наркотиків, Національну стратегію контролю онкологічних захворювань, серед інших.

Серед найважливіших короткострокових пріоритетів є підготовка мережі закладів охорони здоров'я до функціонування в умовах особливої ситуації, забезпечення необхідним медичним обладнанням, лікарськими засобами та матеріалами, а також створення додаткових місць для надання медичної допомоги. Також надання медичної допомоги та відновлення ефективності системи протиепідемічного захисту є пріоритетними завданнями.

З точки зору сприяння подальшому розвитку системи громадського здоров'я та гармонізації законодавства України зі світовими та європейськими стандартами у контексті боротьби з інфекційними та неінфекційними захворюваннями, в листопаді 2019 року було прийнято ряд нормативно-правових документів. Серед них:

- Стратегія та план заходів щодо забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту за засадами “Єдиного здоров'я” на період до 2025 року;
- Стратегія та план заходів з розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб;
- Державна стратегія протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року, яка сприятиме подоланню епідемій ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та вірусних гепатитів типу В та С [197].

На основі аналізу завдань галузі охорони здоров'я можна виділити основні принципи та цінності реалізації публічного управління у сфері охорони здоров'я в сучасні Україні.

Таблиця 1.4

Основні принципи та цінності реалізації публічного управління у сфері
охорони здоров'я в сучасні Україні

Принципи та цінності	Сутність	Нормативна база
Прозорість	Забезпечення доступу до інформації та процесів прийняття рішень у сфері охорони здоров'я громадськості та стейкхолдерів.	Закон України "Про доступ до публічної інформації".
Доступність	Забезпечення рівного доступу до медичних послуг можливо для всіх громадян, незалежних від соціального статусу та фінансових ресурсів.	Закон України "Про охорону здоров'я".
Партнерство	Залучення громадськості, громадських організацій та інших стейкхолдерів до управління та прийняття рішень в охороні здоров'я.	Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України.
Якість	Забезпечення високої якості медичних послуг та утримання медичних працівників професійних стандартів.	Норми та стандарти медичної практики та лікування.
Ефективність	Забезпечення раціонального використання ресурсів та досягнення максимальних результатів в охороні здоров'я.	Закон України "Про державну службу в охороні здоров'я".
Достовірність	Постійна перевірка та оцінка результатів діяльності в охороні здоров'я, включаючи дослідження та аналіз.	Положення про моніторинг та оцінку діяльності системи охорони здоров'я.

(Розробка автора).

Узагальнюючи інформацію щодо принципів та цінностей публічного управління в сфері охорони здоров'я, можна відзначити, що ці принципи і цінності є важливими для створення ефективної та гуманної системи охорони здоров'я. Прозорість, доступність, партнерство, якість, ефективність і достовірність є основними керуючими принципами, які сприяють покращенню якості медичних послуг, раціональному використанню ресурсів та забезпеченню рівного доступу громадян до медичної допомоги.

Нормативна база, яка регулює ці принципи та цінності, може відрізнятися в кожній країні, але вона завжди спрямована на забезпечення прав громадян на охорону здоров'я та забезпечення якості медичних послуг. Головною метою цих принципів є забезпечення того, щоб система охорони здоров'я була спрямована на

досягнення найкращих результатів для здоров'я населення та задоволення потреб громадян у медичних послугах.

Проте виклики, що стоять перед Україною у процесі впровадження реформи, мають як галузевий, так і політичний характер. З цієї причини головними завданнями до 2030 року визначені: забезпечення стабільності внесених змін у систему, закріплення досягнутого вже прогресу та активне продовження реформ у відповідності з чинною нормативно-законодавчою базою, а також застосування різноманітних відповідних інструментів.

Основними досягненнями, які має виносити реформа в Україні, будуть ефективна та доступна система охорони здоров'я, підвищення якості життя населення, покращення якості та безпеки надання медичної допомоги, продуктивна зайнятість медичного персоналу, оптимізація соціальної підтримки населення та раціоналізація системи соціальних заходів.

1.3 Механізми, інструменти та методи публічного управління у сфері охорони здоров'я

В контексті стрімкого розвитку реформних процесів в Україні, зокрема з 2015 року, велика увага науковців приділяється можливостям та необхідності перетворень у механізмах публічного управління в різних сферах економіки та суспільства.

Однією з важливих областей, яка перебуває під уважним аналізом та постійним оновленням, є реформа системи охорони здоров'я. Кожні п'ять років переглядаються стратегія та напрями реформ у цій галузі, які передбачають глибокі трансформації системи та, відповідно, всієї системи управління. Держава докладас максимум зусиль для створення ефективних публічних механізмів, що дозволяють реалізувати стратегічні напрями розвитку у сфері охорони здоров'я України.

Згідно з розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року №1013-р “Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров’я”, вказано, що реформа охорони здоров’я повинна передбачати суттєві якісні зміни у всіх аспектах системи – управлінні, забезпеченні ресурсами, фінансуванні та наданні медичних послуг [148]. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров’я фіксує основні положення щодо модернізації системи фінансування охорони здоров’я, що становить ключове завдання плану пріоритетних дій Уряду на 2016 рік, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України (КМУ) від 27 травня 2016 року №418. Ця Концепція є основоположним стартовим пунктом для початку комплексних реформ у цій важливій сфері та для створення сучасної, відповідної європейським стандартам, системи медичної допомоги в Україні. У Концепції описані основні етапи та поетапний план впровадження реформи [148].

Впровадження реформи призведе до створення ефективної та доступної системи охорони здоров'я, яка відповідатиме потребам українського населення. Це сприятиме підвищенню рівня і якості життя мешканців за рахунок розширення доступу, покращення якості та безпеки надання медичної допомоги. Окрім цього, реформа сприятиме продуктивній працевлаштуванні медичного персоналу та забезпеченню їх соціального захисту, а також сприятиме розвитку та оптимізації системи соціальної підтримки.

За даними Національної служби охорони здоров’я, реформа охорони здоров'я створює можливості для сталого розвитку медичних закладів, підвищення рівня заробітних плат та поліпшення умов праці медичних працівників. Руководство закладів та їх власники повинні добре управляти цими можливостями, ефективно розподіляти ресурси та розвивати свої установи відповідно до потреб пацієнтів та інтересів медичних працівників [211].

Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) підкреслює, що процес трансформації охорони здоров'я не є раптовим переходом від системи “Семашко” до європейських стандартів медичної допомоги. Він передбачає послідовну реалізацію складних змін, закріплених у Законі України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” [231].

Реформування системи охорони здоров'я включає в себе комплекс заходів, спрямованих на трансформацію та модернізацію цієї галузі в Україні. Однією з ключових складових цього процесу є впровадження та удосконалення нових організаційно-правових та фінансово-економічних механізмів. Ці зміни спрямовані на покращення якості надання медичних послуг та забезпечення їх доступності для всього населення.

Організаційно-правові зміни включають в себе перегляд структури управління системою охорони здоров'я, вдосконалення регулюючих нормативів і законодавства, що регулює медичну галузь. Це допомагає впорядковувати роботу медичних закладів, забезпечувати стандартизацію та якість медичних послуг. Фінансово-економічні механізми включають у себе реорганізацію системи фінансування охорони здоров'я, зокрема, збільшення виділень на медицину та вдосконалення механізмів розподілу коштів. Це допомагає забезпечити стабільність та фінансову підтримку системи охорони здоров'я, а також стимулювати розвиток новітніх технологій та підвищення кваліфікації медичних працівників.

Важливо враховувати, що ці зміни є стратегічно важливими для подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні, оскільки вони сприяють підвищенню якості медичної допомоги, розширенню доступності медичних послуг та покращенню стану здоров'я нації [179].

На сьогодні вчені, які зосереджуються на галузі охорони здоров'я, пропонують створення та розвиток різних механізмів публічного (державного)

управління для цієї сфери. Зокрема, аспекти публічного управління в сфері охорони здоров'я у правовому контексті розглядає З. Гладун. Вона розрізняє державне управління та державне регулювання у системі охорони здоров'я як два окремі типи державно-владної діяльності. Перше спрямоване на пряме управління об'єктами управління з використанням адміністративних повноважень та директивних методів, тоді як друге передбачає лише встановлення обмежень та меж діяльності об'єктів, в яких вони можуть вільно діяти. Державне регулювання орієнтоване не лише на об'єкт управління, а й на середовище його існування, що відрізняє його від державного управління з точки зору широти владного впливу.

З. Гладун зосереджується на інституційних та правових механізмах охорони здоров'я. Вона вказує, що “інституційний механізм охорони здоров'я” включає всю систему державних органів, органів місцевого самоврядування та інших суб'єктів права, які беруть участь у державному регулюванні відносин у галузі охорони здоров'я. Це охоплює центральні та місцеві органи державної влади, органи місцевого самоврядування та інші суб'єкти, які взаємодіють у політиці охорони здоров'я, а також їх повноваження та взаємовідносини. Правовий механізм охорони здоров'я включає систему правових норм, що формують законодавство про охорону здоров'я та регулюють зміст та процес державно-правового регулювання в цій сфері [46].

Л. Криничко досліджує особливості еволюції кадрового механізму у галузі охорони здоров'я та доводить, що формування кадрової політики держави має відбуватися відповідно до організаційних засад державної кадрової стратегії. Вона пропонує різні рівні державного управління людським потенціалом у системі охорони здоров'я.

Авторка розглядає кадровий механізм державного управління в галузі охорони здоров'я як багатопрофільний, який взаємодіє з різними аспектами державної політики (див. рис. 1.4.)

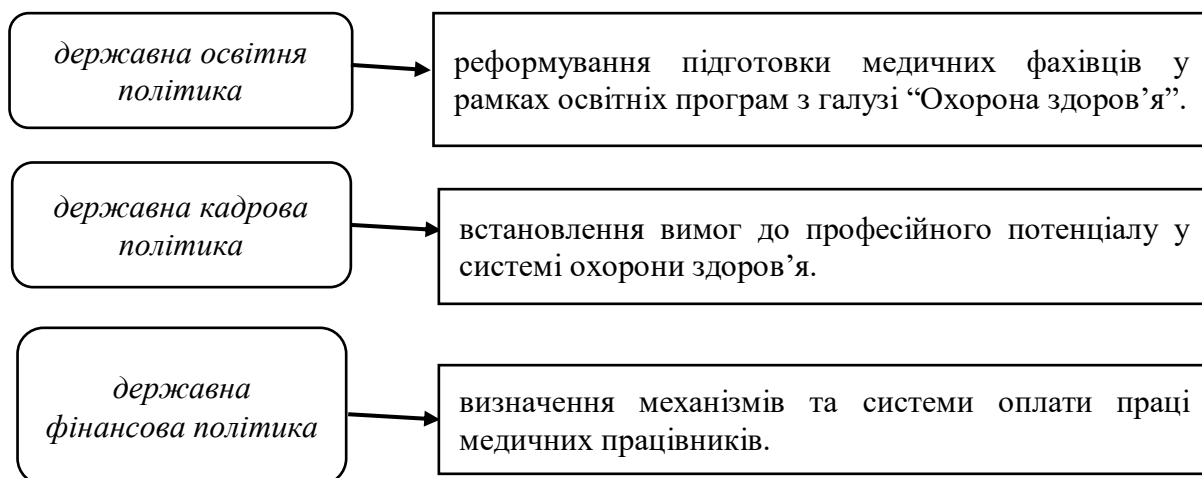


Рис. 1.4. Взаємодія кадрового механізму в системі охорони здоров'я з іншими аспектами державної політики, (розробка автора).

Важливою складовою поліпшення кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я є створення резервів для керівних кадрів та медичних спеціалістів у галузі. Л. Криничко вбачає основну проблему у неефективному фінансуванні охорони здоров'я в Україні, яка виникає з відсутності чітких критеріїв оцінки використання бюджетних ресурсів на різних рівнях державного управління та в медичних закладах. Щоб вирішити це питання, вона пропонує комплекс заходів для поліпшення фінансового механізму державного управління охороною здоров'я на рівні державного управління та регулювання діяльності медичних закладів [117].

С. Вовк розробила теоретико-методологічні засади формування та реалізації механізмів державного управління для системних змін у галузі охорони здоров'я. Вона обґрунтувала структуру механізмів державного управління для системних змін у галузі охорони здоров'я в Україні. Вона розробила концепцію системної трансформації механізмів державного управління в галузі охорони здоров'я в Україні. Вона внесла поняття “ефект конкуренції в системі охорони здоров'я”, яке розглядається як механізм державно-управлінського впливу. Також вона створила

кластерну модель механізмів державного управління охороною здоров'я для здорового та працюючого населення України. Вона запропонувала підходи (діяльнісний, операційний) для дослідження механізмів державного управління для системних змін у галузі охорони здоров'я в Україні.

Вона також представила напрями для розвитку впровадження механізмів державного управління системою якості медичних послуг в Україні. Ці напрями включають політичний механізм, який формує стратегію та визначає підходи для поліпшення якості медичних послуг; нормативно-правовий та організаційно-методичний механізми, які реалізують національну політику через органи влади на всіх рівнях та формують ресурси для медичної галузі, а також соціальний механізм, пов'язаний з удосконаленням управління в лікувальних закладах [35].

О. Корольчук визначила поняття “механізм інформаційного забезпечення державного регулювання охорони репродуктивного здоров'я”. За допомогою цього терміну авторка описує комплексну систему форм, методів, стимулів та інструментів, які спрямовані на управління взаємовідносинами в суспільстві, пов'язаними з охороною репродуктивного здоров'я. Цей механізм об'єднує різні суб'єкти, які регулюють сферу охорони репродуктивного здоров'я, і створює умови для постійного вдосконалення системи цієї охорони.

Важливою особливістю є використання сучасних інформаційно-комунікативних технологій (ІКТ), які дозволяють швидко реагувати та коригувати дії відповідно до реальних потреб і проблем. Це досягається завдяки зворотному зв'язку держави з населенням через моніторинг медико-соціальних показників, показників репродуктивного здоров'я населення та рівня задоволеності населення медичною допомогою. Механізм також враховує функціонування системи охорони репродуктивного здоров'я [112].

Відповідно до З. Надюка, в аналізі механізму державного управління системою охорони здоров'я можна виділити наступні компоненти: нормативно-

правовий, інформаційний, матеріально-технічний, кадровий, фінансово-економічний, організаційний та психологічний. У фінансово-економічній сфері реалізації охорони здоров'я, на думку автора, важливе значення має нормативно-правове регулювання, включаючи загальнодержавні та державні програми розвитку, які визначені Верховною Радою України і Кабінетом Міністрів України.

З. Надюк визначає механізм державного управління системою охорони здоров'я як “сукупність станів і процесів реалізації комплексного впливу держави (через політичні, економічні, соціальні, організаційні та правові інструменти, практичні заходи, стимули) на суб'єкти національної системи охорони здоров'я”. Важливою є також психологічна складова, яка передбачає формування в суспільстві позитивного сприйняття та підтримки цього механізму. За поглядом З. Надюка, систему державного управління охороною здоров'я можна розглядати як складну структуру, що складається з трьох ключових підсистем: керівної, технологічної і керованої. Ця концепція враховує функціональні та галузеві особливості системи охорони здоров'я, віддзеркалюючи її складну природу та постійний розвиток.

Керівна підсистема відповідає за розробку стратегій та політики у галузі охорони здоров'я, а також за визначення основних напрямків розвитку системи. Вона грає ключову роль у координації та моніторингу діяльності всіх інших підсистем. Технологічна підсистема охоплює аспекти, пов'язані з наданням медичних послуг, розвитком технологій у галузі охорони здоров'я та впровадженням інновацій. Вона відповідає за забезпечення високої якості медичних послуг та оптимальне використання ресурсів. Керована підсистема стосується організації та управління медичними закладами, координації медичних послуг та забезпечення доступності для населення. Вона забезпечує виконання стратегічних рішень та політики, розроблених керівною підсистемою.

Додатково, З. Надюк пропонує впровадження правового механізму для державного регулювання ринку медичних послуг. Це дозволить контролювати якість та безпеку наданих послуг, захищати права пацієнтів, а також створювати умови для здорової конкуренції та розвитку в галузі медичних послуг. Такий правовий механізм є важливим кроком у створенні стабільної та ефективної системи охорони здоров'я в Україні [134].

Відповідно до В. Довженка, в якості основних принципів формування механізму реалізації державної політики у сфері інноваційного розвитку системи охорони здоров'я можна виділити такі: орієнтацію на потреби споживачів та впровадження елементів конкуренції; системний підхід та постійне вдосконалення процесів, продуктів та послуг; покращення засобів управління та контролю; активне залучення лідерів та працівників; створення ефективного інформаційного середовища та використання сучасних технологій для управлінських рішень; відповідність принципам програмно-цільового управління та вимогам проєктного управління; використання стратегічного та операційного планування, логістики та партнерських відносин з постачальниками; підвищення якості фінансового управління в галузі охорони здоров'я.

Крім того, В. Довженко наголошує на важливості правового регулювання організаційної, фінансової та господарської діяльності закладів охорони здоров'я. Це включає прийняття загальнодержавних та регіональних цільових програм, які підтримують доступ громадян до якісної медичної допомоги через систему медичного страхування; передачу об'єктів державної власності у власність місцевих громад для надання медичних послуг; організацію конференцій та семінарів з актуальних питань медичної діяльності; підготовку та підвищення кваліфікації медичних кадрів; забезпечення інформаційної підтримки тощо [74].

Колектив науковців, включаючи Я. Радиша, С. Кошову та В. Михальчука, досліджує механізми державного управління в галузі охорони здоров'я як основу

для створення єдиного медичного простору. Вони підкреслюють, що “ефективність медичної допомоги в кінцевому підсумку залежить від організаційних заходів, оптимальної структури медичних підрозділів, високої якості технічних засобів, дієздатності та стійкості управління” [115].

Авторський колектив розглядає систему державного управління в галузі охорони здоров'я в єдиному медичному просторі України не як відокремлену правову сферу, а як структурне поняття, подібне до цивільного чи фінансового права, і основоположний принцип його виділення - функціональний. Вони вбачають, що ця система має об'єднати набір правових норм, які регулюють діяльність з метою відновлення, захисту та підтримки здоров'я людей.

Авторський колектив розглядає можливість внутрішньої перебудови національної системи охорони здоров'я з метою успішної реалізації державної політики в галузі, шляхом формування єдиного медичного простору в Україні. Цей напрямок вважається новою парадигмою розвитку системи охорони здоров'я [115].

І. Фуртак підкреслює, що ефективність правового механізму державного управління в галузі охорони здоров'я безпосередньо залежить від кількох важливих аспектів. По-перше, це повнота правових актів та їх здатність відповідати всім потребам і викликам системи охорони здоров'я. Правове поле повинно бути адаптоване до реалій галузі та урахувати її постійний розвиток. По-друге, важливо забезпечити баланс між правами та обов'язками різних учасників системи охорони здоров'я, щоб забезпечити справедливий та раціональний розподіл ресурсів. По-третє, систематичність у видачі нормативних актів та їхнє постійне оновлення є необхідною для забезпечення сталого функціонування системи.

Крім того, І. Фуртак вказує на те, що державно-управлінські та інформаційно-організаційні механізми в галузі охорони здоров'я в Україні складаються з системи відповідальних суб'єктів. Серед них - органи державного управління, які регулюють та контролюють сферу охорони здоров'я, а також галузеві органи,

спеціалізовані управління, та інші структури, відповідальні за виконання державної політики у цій сфері.

Важливо, щоб ці суб'єкти співпрацювали та взаємодіяли для досягнення загальних цілей системи охорони здоров'я. До того ж, інформаційно-організаційне забезпечення включає в себе систему збору та аналізу даних, які допомагають в прийнятті рішень та формуванні стратегій. Це важливий елемент для ефективного управління системою охорони здоров'я, оскільки надання медичних послуг вимагає точної та актуальної інформації для прийняття обґрунтованих рішень і забезпечення якості медичної допомоги [221].

На погляд Н. Ткачової, впровадження механізму державно-приватного партнерства в медичну галузь охоплює практично всі її аспекти і напрямки. Ця стратегія може застосовуватися в різних сферах медицини, що включає в себе надання медичних послуг та проведення досліджень, таких як ультразвукова діагностика та магнітно-резонансна томографія. Залучення приватних партнерів в ці сфери може сприяти покращенню доступності та якості медичних послуг, а також забезпечити доступ до сучасних технологій та методів діагностики та лікування. Помітно, що реалізація державно-приватного партнерства може також розширити горизонти впровадження сучасного медичного обладнання та лікарських засобів. Це сприятиме підвищенню технічної оснащеності медичних закладів, їхній здатності надавати більше послуг та поліпшити діагностичні та терапевтичні процедури.

Крім того, державно-приватне партнерство може стимулювати перегляд підходу до надання супутніх послуг, таких як харчування та транспортування пацієнтів. Це дозволить забезпечити комфорт та зручність для пацієнтів та підвищити загальний рівень обслуговування в медичних закладах. Основні аспекти управління медичними установами також виявляються на карикюльно зміні під впливом державно-приватного партнерства. Спільна робота державних та

приватних партнерів може сприяти оптимізації управлінських процесів, підвищенню ефективності та забезпеченню фінансової стійкості медичних установ. Завершуючи, механізм державно-приватного партнерства має потенціал покращити якість та доступність медичних послуг, а також зробити систему охорони здоров'я більш ефективною та інноваційною [209].

За словами Д. Самофалова, впровадження електронної системи охорони здоров'я (e-Health) є ключовим фактором оптимізації механізмів публічного управління охороною здоров'я. Однак науковець відмічає, що результати аналізу і узагальнення зарубіжних досліджень e-Health як інструменту комунікації показали, що ризики в публічному управлінні в охороні здоров'я охоплюють ширший спектр питань, включаючи організацію системи охорони здоров'я, захист та конфіденційність інформації, стандартизацію медичних даних та навчання медичного персоналу. Ця система відіграє значну роль у комунікації з громадянами, пацієнтами, бізнесом, політиками, дослідниками, а також у впровадженні фінансових та адміністративних моделей в галузі охорони здоров'я [202].

І. Сазонець виводить наукові положення, що підтверджують структуру інституційного механізму державного управління в галузі охорони здоров'я, яка ґрунтується на інтеграції методів впровадження державної політики в цій сфері, методів управління сектором, використання різних важелів управління та конкретних інструментів управління. Вчений звертає увагу на те, що серед важливих компонентів інституційного механізму державного управління охороною здоров'я виділяються державні політики, які мають вплив та регулюють функціонування системи охорони здоров'я.

Економічна політика здійснює значний вплив, створюючи матеріальну базу для діяльності охорони здоров'я. Соціальна політика формує умови для функціонування системи охорони здоров'я, оскільки вона є однією з ключових

складових суспільного середовища, разом з культурою, освітою та соціальним захистом. Фінансова політика вирішує більш практичні аспекти розподілу коштів у державі та створення системи фінансування охорони здоров'я.

Деяким важливим аспектом інституційного механізму державного управління охороною здоров'я, згідно з І. Сазонцем, є кадрова політика, ефективна реалізація якої відіграє важливу роль на всіх рівнях - від державного управління в даній сфері до місцевого самоврядування та управління медичними закладами [201].

О. Галацан розробив комплексний набір інструментів для організаційно-економічного механізму державного управління з метою створення єдиного простору медичного обслуговування. Ці інструменти спрямовані на те, щоб збалансувати державне регулювання та формування ринкових відносин у сфері охорони здоров'я.

Один з важливих аспектів цього набору інструментів - це нормативно-правовий контроль, який допомагає визначити правила гри на медичному ринку. Нормативно-правові акти регулюють діяльність медичних закладів, встановлюють стандарти якості, та забезпечують дотримання етичних норм та прав пацієнтів. Вони створюють основу для стабільності та довіри в галузі. Програмно-цільове управління також входить до складу цього набору інструментів. Воно дозволяє визначити стратегічні цілі та завдання для розвитку системи охорони здоров'я та встановити механізми для їх виконання. Це сприяє ефективному використанню ресурсів та досягненню поставлених цілей.

Державний замовлення - це ще один важливий інструмент, який дозволяє державі визначити пріоритети в розвитку медичної галузі та забезпечити фінансову підтримку для реалізації цих пріоритетів. Це може включати в себе фінансування медичних програм, закупівлю обладнання, розвиток мережі медичних закладів та інші заходи, спрямовані на поліпшення системи охорони здоров'я. Цей набір

інструментів, розроблений О. Галацаном, створює можливість поєднати державний контроль і регулювання з ринковими механізмами, сприяючи покращенню якості медичних послуг, забезпеченню доступності медичної допомоги та розвитку сучасних структур охорони здоров'я [41].

О. Фірсова вдосконалила механізми геоінформаційного забезпечення державного управління охороною здоров'я в Україні. Вона визначає організаційний механізм геоінформаційного забезпечення охорони здоров'я як сукупність норм, правил і процедур, що регламентують взаємодію учасників системи (організаційно-технічна структура якої базується на геоінформаційних технологіях) з метою покращити оперативне управління, планування медичної допомоги та раціональне використання ресурсів для збереження та зміцнення здоров'я населення [219].

Д. Карамішев проводить дослідження, спрямоване на аналіз державних механізмів регулювання ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я в економічній моделі розподілу фінансів. Його аналіз підтверджує важливість використання прогнозної фінансової моделі як індикатора ефективності будування системи охорони здоров'я. Ця модель дозволяє прогнозувати та оцінювати ефективність витрат ресурсів і розподіл фінансів у галузі охорони здоров'я.

Д. Карамішев особливу увагу приділяє державним механізмом, які спрямовані на формування квазіринкових відносин у системі охорони здоров'я. Це означає, що за допомогою цих механізмів можна створити умови для більш активної участі приватного сектору у наданні медичних послуг та управлінні медичними закладами. Це може сприяти покращенню якості та доступності медичних послуг для населення.

Особливо важливою є ідея можливого механізму створення єдиного медичного простору, який об'єднував би державний і приватний сектори. Цей підхід може сприяти більш ефективному використанню ресурсів та зниженню

фінансового навантаження на державний сектор. В результаті, система охорони здоров'я може стати більш стійкою, конкурентоздатною та здатною задовольняти потреби населення в медичних послугах. У підсумку, дослідження Д. Карамішева вказує на важливість ефективних державних механізмів у системі охорони здоров'я та їхню роль у забезпеченні сталого та ефективного розвитку цієї галузі [102].

Т. Плужнікова та О. Краснова вбачають, що механізм державного регулювання сфери охорони здоров'я є важливою компонентою загального механізму, що керує економікою в цілому. Під механізмом державного регулювання сфери охорони здоров'я авторки розуміють “сукупність цілей, принципів, методів адміністративного, економічного, правового та соціально-мотиваційного характеру, які втілюються державою з використанням різноманітного набору інструментів та спрямовані на досягнення ефективного та динамічного розвитку сфери охорони здоров'я” [116].

Серед ключових складових механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я розглядаються суб'єкт, об'єкт, мета, цілі та принципи, а також засоби, що використовуються для реалізації цього механізму. Дослідники відзначають, що забезпечення населення якісною медичною допомогою відповідає вирішенню ряду економічних завдань, таких як визначення обсягів державного фінансування та розвиток добровільного медичного страхування, удосконалення системи надання платних медичних послуг, підготовка кваліфікованого персоналу та впровадження нових технологій у сфері охорони здоров'я [116].

У науково-аналітичній доповіді “Інституціоналізація публічного управління в Україні” (за загальною редакцією М. Білинської, О. Петроє), група авторів вказує на те, що механізм публічного управління у сфері охорони здоров'я - це “сукупність національних рішень або зобов'язань, спрямованих на збереження та поліпшення фізичного та психічного здоров'я та соціального благополуччя населення, що є ключовою складовою їх національного капіталу, а також на захист генофонду

української нації”. Також звертається увага на важливість фінансових механізмів в даній галузі, а також окреслюються головні напрями подальших реформ у системі охорони здоров'я України:

- завершення впровадження фінансових моделей з урахуванням принципу “гроші слідують за пацієнтом” на рівні первинної медичної допомоги;
- розвиток надання медичної допомоги та впровадження таких змін на рівнях спеціалізованої та високоспеціалізованої амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги;
- впровадження нових фінансових механізмів через реалізацію програми “Безкоштовна діагностика” - в поліклініках, які входять до другого етапу реформи, вартість візитів до лікарів-спеціалістів та інших послуг за направленням сімейних лікарів буде покривати Національна служба здоров'я України (НСЗУ), тощо [18].

В. Григорович пропонує загальний підхід до аналізу механізмів державного управління системою охорони здоров'я, у якому він виділяє п'ять основних та рівноцінних механізмів: організаційний, адміністративний, правовий, інформаційний та фінансовий. Важливим аспектом його підходу є те, що всі ці механізми повинні взаємодіяти між собою та бути адаптованими до конкретних потреб суспільства та можливостей системи охорони здоров'я.

Для ефективного аналізу та формування стратегії розвитку системи охорони здоров'я, В. Григорович вказує на важливість взаємодії всіх цих механізмів на різних рівнях управління, включаючи державний, регіональний та місцевий. Вони повинні доповнювати один одного та спільно сприяти досягненню мети покращення системи охорони здоров'я.

Крім того, В. Григорович підкреслює важливість прийняття відповідних управлінських та організаційних заходів на всіх рівнях управління. Ці заходи повинні бути спрямовані на покращення якості та доступності медичних послуг, оптимізацію витрат, забезпечення сталості та ефективності системи охорони

здоров'я. Завдяки цьому підходу, держава може розробити комплексну стратегію розвитку системи охорони здоров'я, яка враховуватиме всі важливі аспекти та механізми управління, щоб забезпечити найкращі результати для свого населення (див. рис. 1.5).

Згідно з українськими дослідниками, завдання державного регулювання у сфері охорони здоров'я розподіляються на два головних аспекти. З одного боку, регуляторні заходи повинні вирішувати політичні завдання, а з іншого – вдосконалювати механізми управління. Політичний аспект визначається досягненням соціальних і економічних цілей. Цей аспект є нормативним за своєю природою, спираючись на систему цінностей, утвердження в суспільстві, і пов'язаний з політичними завданнями та інтересами суспільства. При цьому соціально-політичні виклики в галузі охорони здоров'я є загальними для всіх країн та стосуються справедливого і рівноправного доступу до медичних послуг, соціальної солідарності через національну службу охорони здоров'я або соціальну медичну страховку, економічності через обґрунтоване фінансування системи охорони здоров'я, створення здорового оточення за допомогою безпечних умов праці, питної води, харчування тощо, підвищення обізнаності та освіченості громадян щодо аспектів охорони здоров'я, індивідуального вибору постачальників медичних послуг [39].

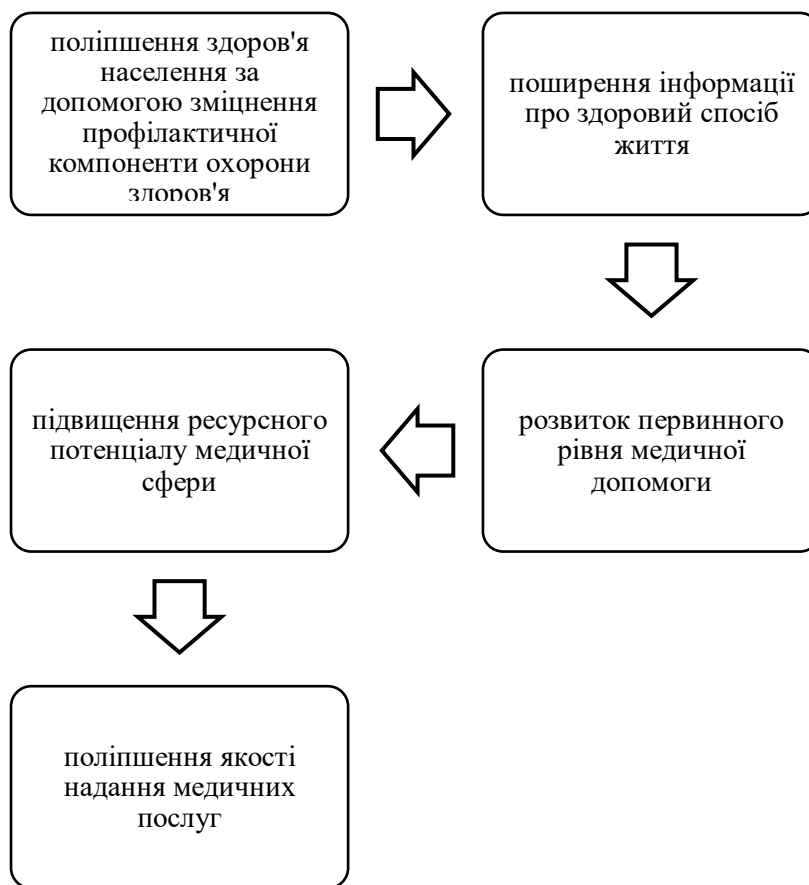


Рис. 1.5. Механізми державного управління в системі охорони здоров'я за підходом В. Григоровича, (складено за джерелом [50]).

Другий аспект управління стосується механізмів управління охороною здоров'я, які мають складну природу і відображають складні взаємозв'язки між різними постачальниками послуг. Ці заходи спрямовані на найефективніше та раціональне використання людських та матеріальних ресурсів і мають переважно технічний характер. Вони передбачають регулювання якості та ефективності (включаючи оцінку економічності клінічних втручань, тобто співвідношення вартості та ефективності послуг), доступу хворих до послуг (зокрема через податкову політику), поведінки постачальників (наприклад, перетворення лікарень на державні підприємства, регулювання лікарняних позик, взаємодія між лікарнями та службами первинної допомоги), поведінки платників (встановлення

правил контрактації, розробка планових ринків для лікарняних служб, встановлення цін на медичні послуги в державному секторі тощо), ринку медикаментів (з встановленням орієнтовних цін, контролем за прибутками тощо), та діяльності лікарів та інших медичних працівників (включаючи встановлення заробітної плати та вимог ліцензування) [198].

При цьому, функції державного регулювання в галузі охорони здоров'я ґрунтуються на правовій основі та включають декілька ключових аспектів. По-перше, це управлінська функція, яка використовується за допомогою прямих і непрямих методів для керування та координації різних аспектів системи охорони здоров'я. Ця функція дозволяє державі встановлювати стандарти та регулювати діяльність медичних закладів та фахівців з метою забезпечення якості та доступності медичних послуг.

Другою важливою функцією є контроль, який полягає в нагляді за виконанням правових норм та стандартів у галузі охорони здоров'я. Держава використовує цю функцію, щоб переконатися, що медичні заклади та фахівці дотримуються встановлених правил і надають якісні послуги. Третьою функцією є застосування адміністративних та господарських санкцій. Ця функція передбачає можливість застосування певних заходів, включаючи штрафи, зупинення ліцензій, чи навіть закриття медичних закладів у разі порушення правових норм.

У сучасний час, головною метою державного регулювання в галузі охорони здоров'я в Україні є створення правової основи для комплексних інструментів правового характеру, зокрема у сфері економічних відносин. Це враховує надмірну роль держави в наданні безоплатної медичної допомоги та дозволяє встановити стабільну систему, яка гарантує право на здоров'я та забезпечує ефективність та доступність медичних послуг для всього населення [239].

Одним з найсуттєвіших понять державного регулювання, через яке держава здійснює контроль за діяльністю суб'єктів громадських відносин та вимагає

виконання своїх ухвалених рішень, є механізм. Механізми державного управління визначаються як система послідовних дій, що базуються на фундаментальних принципах, націлені на досягнення певних цілей, функціонують за певних форм та методів управління - це абстрактне зображення статично-динамічного (структурно-функціонального) змісту управлінського процесу, який представляє взаємодію між суб'єктом та об'єктом, взаємодію діяльності та відносин, функціонування відповідної системи або підсистеми - це також відображення взаємозв'язків явищ, дій і заходів, які націлені на досягнення спільних інтересів, формулювання цілей, створення рішень та їх реалізацію завдяки використанню державних ресурсів (включаючи владу, апарат, методи та засоби управління) [86].

Параметри та характеристики основних механізмів державного управління, визначені Я. Шегединим, наведено в таблиці 1.5.

Таблиця 1.5

Основні характеристики механізмів державного управління

Характеристики	Зміст
Процесуальність як реалізація функцій державного управління	Фази становлення (потреби, обрані напрями, розбіжності, задачі, наміри, побудова мотивації, внутрішні спонукаючі фактори), здійснення (вирішення, активності, наслідки), та модернізації (спостереження, аналіз, корекційні дії).
Порядок функціонування та елементи	Встановлюється у відповідності з цілями, засобами впливу на певний об'єкт, взаємозв'язками між складовими елементами системи, наявністю ресурсів та можливостями конкретної ситуації. Враховуються цілі, принципи, функції, методи, інформаційний контекст, технологічні рішення та технічні засоби.
Структура	Загальний механізм управління, що охоплює всі аспекти суспільства, та специфічні механізми (регулювання певних сфер життєдіяльності суспільства): правовий, політичний, економічний, соціальний, організаційний, а також комплексні механізми, які враховують основні сфери суспільної діяльності.
Людський фактор	На стадії конструювання виявляються компетенції, розуміння принципів демократичного управління, інтереси працівників у конкретних секторах та інституціях різних рівнів ієрархії, які сприяють передовому розвитку країни.
Принципи побудови	Урахування потреб і характерних особливостей всіх учасників відносин у рамках системи; врахування історичних та ситуаційних аспектів; сприяння здійсненню як загальних, так і конкретних функцій, розподілу

	та співробітництву; створення умов для особистісного розвитку та виявлення творчої ініціативи.
Етапи побудови, функціонування чи вдосконалення	Опрацювання цілей для ефективного функціонування механізму; визначення кола учасників відносин, їхніх інтересів, цілей та завдань, спрямованих на досягнення загальної мети; ідентифікація областей взаємних інтересів та основних протиріч; обґрунтування оптимальних методів і форм взаємодії між учасниками; відбір економічних та технологічних процесів та оптимальних методів; створення плану дій для взаємодії; реалізація запланованих кроків; аналіз отриманих результатів; аргументація заходів щодо удосконалення механізму та їх втілення.

(Узагальнено автором за джерелом [226]).

Механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я визначаються як комплексний набір форм, методів, засобів, стимулів і інструментів, які дозволяють здійснювати державно-управлінські та регуляторні впливи на цю сферу. Ці механізми формуються на основі взаємодії політико-економічних, правових, соціально-культурних та ідеологічних факторів, а їх вибір залежить від цілей та завдань, які передбачає держава стосовно охорони здоров'я населення. Ці механізми також відображають взаємозв'язки та взаємодії між різними суб'єктами та рівнями соціально-економічного розвитку країни, включаючи методи, засоби та інструменти, які визначаються в конкретних обставинах.

Аналіз вчених в галузі публічного управління охороною здоров'я України за останні 10 років дозволив виявити основні механізми публічного управління у цій сфері та визначити нові наукові підходи до їх розвитку в умовах реформ та трансформацій. Розробка нових стратегічних напрямів і завдань у сфері охорони здоров'я на рівнях як глобальному, так і національному, може сприяти подальшому вдосконаленню діючих механізмів публічного управління в цій галузі. Крім того, активна співпраця з міжнародною та європейською спільнотою може сприяти зміцненню взаємодій та якісному вдосконаленню механізмів публічного управління в сфері охорони здоров'я України (Додаток Б).

Варто звернути увагу на сучасні публічні механізми трансформацій у сфері охорони здоров'я за кордоном є значущим об'єктом дослідження. Вже успішно впроваджені та вивчені закордонними дослідниками, вони включають в себе використання новітніх технологій, зокрема технології блокчейну (Додаток Б). Шон Мехта відзначає, що блокчейн може ефективно використовуватись для трансформації охорони здоров'я, забезпечуючи безпечну інтеграцію баз даних та дозволяючи пацієнтам контролювати доступ до своєї електронної медичної інформації. Зокрема, модель державного гарантування пакета медичної допомоги може бути оптимізована для доступності всього населення.

Необхідно звернути увагу на той факт, що технологія блокчейну може відкривати можливості для розширення обміну медичною інформацією, забезпечуючи більшу прозорість даних та безпечний догляд за пацієнтами, що може призвести до підвищення ефективності охорони здоров'я та надійних медичних досліджень. Проте, разом з позитивними аспектами, існують фундаментальні проблеми, які потребують вирішення перед широким впровадженням цієї технології. Ці проблеми стосуються не лише технічного аспекту, а й організаційного планування впровадження на рівні держави, яке вимагає використання правових, інституціональних та кадрових механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я [322].

Група вчених, що включала І. Шех Мохамеда, Ж. Спрег Хепберна, Б. Екмана і Дж. Сандволла, здійснила дослідження в 2020 році, спрямоване на аналіз надання медичних послуг під час реформ сфери охорони здоров'я у 45 країнах світу, звертаючи особливу увагу на аспекти економічної компоненти. Вони систематизували послуги відповідно до рівня їх специфічності, деталізації та доступності в залежності від доходів користувачів, увійшли до аналізу 31 країну з низьким рівнем розташування населення та 20 найбільш густонаселених країн згідно з класифікацією доходів Світового банку. Вони підкреслили, що у зв'язку з

різними умовами впровадження реформ, неможливо визначити універсальний (основний) пакет медичних послуг, який би відображав конкретні потреби у сфері охорони здоров'я, забезпечував економічну ефективність та справедливість, а також захищав від фінансових ризиків. В кожній країні такий пакет є унікальним, залежно від віку, захворюваності, доходів та інших чинників. У своїх висновках вчені рекомендують використовувати економічний механізм державного управління при проведенні реформ у сфері охорони здоров'я.

Дослідники з Румунії, Х. Ван, А. Чуквума, Р. Комса, Т. Дмитраченко, Е. Гонг, розглядають процес впровадження медичної реформи відповідно до політичних течій, що сприяли розвитку первинної медичної допомоги в цій країні. Вони визначили три пріоритети для держави на основі досвіду Румунії:

- національні реформи є пріоритетними, коли реформи в охороні здоров'я узгоджуються з політичною агендою (чітка згода на необхідність реформ для підвищення ефективності системи охорони здоров'я через інвестиції та збільшення державного фінансування);
- наявність обґрунтованих технічних та реальних пропозицій щодо політики реформи первинної медичної допомоги в Румунії;
- координація технічної та фінансової підтримки з боку партнерських організацій, яка підвищує пріоритетність реформи в політичній агенді.

Однак вони зауважують, що висновки, засновані на досвіді Румунії, слід узагальнювати з обережністю та враховувати доцільність таких підходів у кожному конкретному випадку [297].

Р. Дебер аналізує проблематичні аспекти впровадження медичної реформи в Канаді, оцінюючи їх через призму державних процесів та аналізуючи актуальні питання фінансування та надання медичної допомоги у цій країні. Вона визначає чотири основних напрямки для зміни політики з метою покращення системи охорони здоров'я:

- забезпечення здоров'я населення та підтримка його здоров'я;
- покращення координації та якості медичних послуг, включаючи безпеку пацієнтів;
- перетворення організаційного механізму надання медичної допомоги, включаючи оплату та доступність (зокрема, регулювання списків очікування та доступу);
- підвищення ефективності системи для досягнення балансу між вартістю та якістю послуг.

Р. Дебер звертає особливу увагу на те, що система національного медичного страхування, яка функціонує в Канаді, отримала підтримку більшості населення країни. Це пояснюється тим, що фінансування здійснюється з трьох джерел:

- страхові внески підприємців (зарахування з доходів);
- страхові внески працюючих осіб (зарахування з заробітної плати);
- кошти з державного бюджету.

Це означає, що фінансові бар'єри для отримання медичної допомоги зазвичай невеликі, і пацієнти можуть вибирати медичних фахівців та заклади для лікування на власний розсуд. Науковиця фокусується на цінності (унікальності) послуг для пацієнтів та платників, впроваджуючи конкурентні механізми закупівель та альтернативні моделі фінансування. Вона розглядає організаційний та фінансовий механізми як головні аспекти для впровадження реформ у системі охорони здоров'я [341].

П. Дінтранс проводить аналіз процесу реформування системи охорони здоров'я, спираючись на результати реформування системи приватного медичного страхування в Чилі. Автор відзначає, що історія реформ охорони здоров'я в Чилі має довгу подорож від початку у 1920-х роках, коли держава вперше взяла на себе важливу роль у цій сфері, до подальших спроб досягнення загального охоплення та поліпшення якості в 2000-х роках. Незважаючи на ці зусилля, чилійська система

охорони здоров'я відчуває кілька труднощів. Однією з особливостей є змішана державно-приватна модель, що вилила в сегментовану систему: 75% населення користується державним страхуванням (FONASA), 18% - приватними страховими компаніями (ISAPREs), а решта 7% - або використовують альтернативні схеми, або залишаються незастрахованими.

Подальше зростання витрат на охорону здоров'я призвело до збільшення вартості медичного страхування, що викликало незадоволення. П. Дінтранс зауважує, що досвід Чилі є цінним для реформування систем охорони здоров'я в інших країнах, особливо враховуючи, що Чилі стало образом для наслідування в сферах охорони здоров'я та соціального забезпечення у своєму регіоні. Звертаючи увагу на інституційний механізм державного управління, автор підкреслює, що реформа охорони здоров'я стала постійною рисою багатьох політичних програм та зацікавлених сторін; країни намагаються впровадити реформи для підвищення ефективності та рівності в своїх системах охорони здоров'я [335].

У своїх дослідженнях М. Мітчелл та Л. Канн висловлюють погляд, що реалізація значущого розширення доступу до високоякісної медичної допомоги для всіх можлива лише завдяки застосуванню цифрових технологій. Вони наголошують, що цифрові інновації змінюють парадигму надання медичних послуг в країнах з низьким рівнем доходу і матимуть позитивний вплив на досягнення всезагального охоплення медичною допомогою протягом наступного десятиліття. Вони визначають п'ять ключових способів, за якими глобальне поширення цифрових технологій змінить системи охорони здоров'я у всьому світі:

- розширення всезагального доступу до інформації через Інтернет;
- впровадження цифрової підтримки для медичних працівників;
- активне надання більшості медичних послуг в домашніх умовах;
- революціонізація управління транспортом та логістикою;

- встановлення центральної ролі даних у всій системі охорони здоров'я [316].

Б. Бурстрьом та його співавтори віддають перевагу шведській системі охорони здоров'я, яка протягом останнього десятиріччя демонструє зростаючу орієнтацію на ринок. Після прийняття у 2008 році Національного закону про свободу вибору громадянам було надано можливість обирати серед різних постачальників, включаючи сферу охорони здоров'я та соціальну допомогу. У 2010 році була внесена поправка до Закону про охорону здоров'я та медичні послуги, що зобов'язувала регіони та ради округів дозволяти громадянам обирати свого постачальника первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), а також давала можливість приватним постачальникам ПМСД вільно створювати свою практику за визначеними критеріями. Головні цілі цієї реформи включали розширення вибору для пацієнтів, збільшення доступу до приватної медичної допомоги, покращення якості та стимулювання інновацій через конкуренцію між постачальниками [374].

Е. Кассельс стверджує, що для вирішення проблем в сфері охорони здоров'я потрібна інституційна реформа та перетворення існуючих організаційних структур та систем управління. На його думку, реформування сфери охорони здоров'я пов'язане з “визначенням пріоритетів, політичною удосконаленістю та перетворенням інститутів, через які здійснюється ця політика” [249].

Дж. Філдінг, В. Дуглас Еванс, В. Фелітті та інші вчені, які стали розробниками державної програми США “Здорові люди 2020”, ввели поняття “якість медичного сервісу”, досліджуючи цей показник через організаційний механізм системи охорони здоров'я. Основною місією цієї програми є визначення загальнонаціональних пріоритетів для покращення здоров'я, підвищення громадської обізнаності і розуміння факторів, що впливають на здоров'я, хвороби та інвалідність, сприяння розвитку можливостей, встановлення вимірюваних цілей

на національному, регіональному та місцевому рівнях, включення різних секторів для впровадження політичних та практичних заходів, ґрунтованих на кращих наявних доказах та знаннях, визначення потреб у критичних дослідженнях, оцінці та зборі даних [235].

На основі аналізу досліджень науковців варто виділити сучасні механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я, а також інструменти, методи та інституції їх забезпечення.

Таблиця 1.6

Сучасні механізми, інструменти, методи та інституції публічного управління у сфері охорони здоров'я

Механізми публічного управління	Інструменти публічного управління	Методи публічного управління	Інституції
Ресурсний	Стратегічні плани розвитку, програми реформ	Системний аналіз, SWOT-аналіз	Міністерство охорони здоров'я
Нормативно-правовий	Нормативні акти, закони, положення	Регуляторний аналіз	Міністерство охорони здоров'я, Національна служба з контролю за лікарськими засобами та медичними виробами
Фінансовий	Бюджетування, фінансові аналізи, страхові фонди	Фінансовий аудит, контроль над витратами	Міністерство фінансів, Державний фонд соціального страхування
Інформаційний	Інформаційні системи, електронні медичні записи	Захист інформації, обмін даними	Державна служба статистики, Центр електронного здоров'я
Організаційний	Кадрова політика, навчання та підвищення кваліфікації	Оцінка працівників, планування кадрових ресурсів	Медичні університети, Комісія з питань медичних кадрів
Соціальний	Системи моніторингу, звітності, аналіз результатів управління якістю	Аудит, оцінка впливу реформ, опитування громадськості	Національний медичний агентство, Агентство з оцінки технологій в охороні здоров'я

(Розробка автора).

На основі таблиці, що містить механізми, інструменти, методи та інституції публічного управління в сфері охорони здоров'я, можна виділити основні складові ефективної реалізації механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я:

–комплексний підхід: публічне управління в охороні здоров'я включає різноманітні механізми та інструменти, що охоплюють планування, регулювання, фінанси, інформаційну політику, кадрове управління та моніторинг. Це вказує на необхідність комплексного підходу для ефективного управління охороною здоров'я;

–значення нормативної бази: нормативні акти та закони грають ключову роль у регулюванні та нормалізації діяльності у сфері охорони здоров'я. Вони забезпечують правову основу для функціонування системи охорони здоров'я та захисту прав громадян;

–доступність інформації: інформаційні технології та системи грають важливу роль у забезпеченні доступності та якості медичних послуг. Електронні медичні записи і системи обміну даними полегшують спільну роботу медичних закладів та покращують звітність.

–громадська участь: важливий аспект публічного управління в охороні здоров'я - це партнерство з громадськістю та громадськими організаціями. Громадська участь сприяє забезпеченню представництва інтересів громади та підвищенню ефективності управління;

–фінансова стійкість: управління фінансами в охороні здоров'я вимагає ефективного бюджетування, контролю над витратами та фінансового аудиту. Це важливо для забезпечення стабільності системи охорони здоров'я.

Так, публічне управління в охороні здоров'я є складним та багатогранним завданням, яке вимагає використання різноманітних інструментів та механізмів для

забезпечення якості медичних послуг, фінансової стійкості та доступності для всіх громадян. Це важливий аспект суспільної діяльності, який впливає на здоров'я та добробут населення.

Отже, помічаючи додаткові роздуми на тему розвитку та вдосконалення механізмів державного управління в сфері охорони здоров'я, важливо враховувати подальшу необхідність сучасних трансформацій та реформ в цій галузі, враховуючи євроінтеграційні процеси, глобальні тенденції та пандемічні виклики. Розвиток публічних механізмів в сфері охорони здоров'я спрямований на формування ефективної та доступної системи охорони здоров'я, яка відповідає потребам населення України та вимогам міжнародних стандартів якості.

Висновки до розділу 1

Зроблені висновки стосовно ключових механізмів впровадження публічної політики в даній сфері (включаючи інституційні, організаційні, економічні, кадрові, фінансові, інформаційні, правові, а також публічно-приватні партнерства). Визначена необхідність вдосконалення цих механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я, враховуючи глобальні виклики (зокрема, у формуванні стратегічних завдань), євроінтеграційні зобов'язання та пандемічні складності останніх років.

Аналіз досягнень зарубіжних дослідників дозволяє ідентифікувати основні публічні механізми, які вже були розроблені або перетворені у процесі реформ: це фінансовий, інформаційний, інституційний та організаційний механізми. Варто підкреслити, що багато уваги вчених приділено фінансовому механізму публічного управління у всіх вказаних країнах, який потребує постійних трансформацій.

Сучасна перспектива зарубіжних дослідників акцентує увагу на ключових напрямках та інструментах публічних трансформацій у сфері охорони здоров'я,

таких як використання технології блокчейн та інших інформаційно-комунікаційних засобів, розвиток первинної медичної допомоги, організаційний механізм надання медичних послуг, поєднання державно-приватного забезпечення та медичного страхування. Додатково були визначені можливості розвитку системи охорони здоров'я в Україні на основі зарубіжного досвіду та відповідно до міжнародних соціальних стандартів, таких як створення ефективної та доступної системи охорони здоров'я, підвищення рівня та якості життя населення, підвищення якості та безпеки медичної допомоги.

Виконання зазначених заходів можливе завдяки реалізації комплексної державної стратегії розвитку сфери охорони здоров'я та впровадженню ефективних публічних механізмів на різних рівнях управління. Такі заходи дозволять гарантувати наявність ефективної та доступної системи охорони здоров'я для українського суспільства, яка відповідає потребам населення України та має відповідний рівень якості відповідно до міжнародних стандартів, та сприятиме успішній реалізації реформи галузі.

Розвиток публічного управління у сфері охорони здоров'я визначається як процес змін та покращень в організації та управлінні охороною здоров'я в державному або публічному секторі. Ця реформа має на меті підвищити доступність медичних послуг для всього населення, зробити їх більш відповідними сучасним стандартам якості та забезпечити ефективне використання ресурсів у системі охорони здоров'я. Публічне управління у цій сфері охоплює питання, пов'язані з розробкою та впровадженням політик та стратегій охорони здоров'я, а також з фінансуванням та координацією медичних послуг. Це також включає в себе забезпечення рівних можливостей для всіх громадян на отримання медичної допомоги, незалежно від їхнього соціального стану чи фінансових можливостей, і забезпечення стійкості фінансування системи, щоб забезпечити її функціонування на довгострокову перспективу. Реформи в публічному управлінні охороною

здоров'я мають значущий вплив на якість медичних послуг та загальний стан здоров'я нації, і їх реалізація є важливою задачею для багатьох країн у сучасному світі.

У сучасному світі, де охорона здоров'я є ключовою складовою загального благополуччя суспільства, розвиток ефективного публічного управління у цій галузі стає важливим завданням. Ця проблема вимагає вдумливого системного аналізу та інноваційних підходів до реформ. Різноманітні теоретичні моделі та практичні досвіди з усього світу можуть служити цінним джерелом інсайтів для покращення систем охорони здоров'я. Важливо злагоджено інтегрувати ці підходи з урахуванням особливостей кожного суспільства, щоб забезпечити ефективну та доступну медичну допомогу всім громадянам.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1 Аналіз нормативно-правового забезпечення у сфері охорони здоров'я

Сьогодні формування та реалізація нормативно-правового забезпечення у сфері охорони здоров'я спрямоване на покращення фізичного та емоційного стану населення, надання доступної та якісної медичної допомоги, стимулювання запиту на державні медичні послуги у сфері охорони здоров'я та ін.

Варто наголосити, що автори монографії “Інформаційні технології у сфері охорони здоров'я” зазначають, що “ефективне функціонування закладів системи охорони здоров'я на ринку медичних послуг залежить від: узгодженого на всіх рівнях нормативно-правового забезпечення, обраної стратегії розвитку медичних установ та організацій, наявності висококваліфікованого персоналу, активної поведінки керівників різного рівня” [98].

Так, слід зазначити, що важливим аспектом в частині ефективного функціонування та розвитку системи охорони здоров'я є сучасне, узгоджене, дієве нормативно-правове забезпечення на всіх рівнях публічного управління. Варто наголосити, що на сьогоднішній день нормативно-правове регулювання сфери охорони здоров'я здійснюється “Конституцією України” [111], Основами законодавства України про охорону здоров'я, Законами України “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення” [167], “Про захист населення від інфекційних хвороб” [174], “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення” [183], “Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз” [153], “Про психіатричну допомогу”

[158], “Про лікарські засоби” [175], “Про систему громадського здоров’я” [182], “Про реабілітацію у сфері охорони здоров’я” [181] та іншими законодавчими актами (постанови КМУ, накази МОЗ, інструкції, стратегії розвитку та ін.), прийнятими відповідно до них.

Згідно ст. 3 Конституції України визначено, що: “найвищою соціальною цінністю є людина, її життя та здоров’я, а також безпека”. Підходи до формування державної політики у сфері охорони здоров’я задекларовано в Конституції України (ст. ст. 43, 45, 46, 48–50)” [111]. Основні нормативні документи в системі забезпечення сучасних змін охорони здоров’я та їх стислий зміст подано у *Додатку В*.

Так, одним із основних нормативних актів, що регулює основні підходи в системі управління охороною здоров’я, є Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров’я”, який був прийнятий 19 листопада 1992 року. За цей тривалий період відбуваються зміни та доповнення до змісту закону, які суттєво трансформовані та модернізовані, особливо ті зміни, які були прийняті у 2017 році в рамках підготовки до реалізації основних механізмів медичної реформи. Основними положеннями цього Закону є: сучасне визначення медичної термінології, яке використовується в практиці ринкових відносин, регулювання прав і обов’язків громадян у сфері охорони здоров’я, економічні та соціальні основи організації охорони здоров’я, медична термінологія, забезпечення здорових і безпечних умов життя, форм і методів надання медичної допомоги, забезпечення лікувально-протезними виробами, охорони здоров’я матері та дитини, медико-санітарного забезпечення санаторно-курортної діяльності та відпочинку, амбулаторно-поліклінічної, медичної та фармацевтичної діяльності, міжнародного співробітництва та інше.

Слід звернути особливу увагу на ту частину Закону, згідно з якою відповідно до Конституції України держава гарантує всім громадянам реалізацію їх прав у

сфері охорони здоров'я шляхом: а) створення розгалуженої системи охорони здоров'я; б) організація та здійснення системи державних і громадських заходів щодо охорони та зміцнення здоров'я; в) фінансування надання гарантованого обсягу медичних послуг і лікарських засобів усім громадянам та іншим особам, визначеним законом, у порядку, встановленому законом; г) здійснення державного і громадського контролю та нагляду у сфері охорони здоров'я; д) організація державного моніторингу, обробки та аналізу соціальної, екологічної та спеціальної медичної статистичної інформації; є) встановлення відповідальності за порушення прав і законних інтересів громадян у сфері охорони здоров'я [141]. Це дозволяє зробити висновок, що основна концепція законодавства відповідає прийнятим пізніше законодавчим та нормативним актам.

Важливим нормативно-правовим актом, який регулює процедури трансформації системи управління охороною здоров'я, є Закон України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” від 19 жовтня 2017 року, який визначає структуру реформи охорони здоров'я. Окрім цих основних положень, Закон регулює контроль та відповідальність за виконання програм охорони здоров'я. У фінансовій сфері така відповідальність поширюється на центральні органи державної влади, які мають відповідні повноваження, а у випадку контролю за якістю медичної допомоги відповідальність покладається на МОЗ України.

Продовженням законодавчого врегулювання змін у системі управління є прийнятий 14 листопада 2017 року Закон України “Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості”. Цей Закон спрямований на регулювання найслабшої ланки медичного обслуговування країни – охорона здоров'я громадян, які проживають у сільській місцевості. Квінтесенцією цього Закону є заходи, які заплановано реалізувати у сільській місцевості.

Серед цих заходів слід виділити наступні: 1) наближення якісної медичної допомоги до населення шляхом сприяння розвитку медичних закладів усіх форм власності у сільській місцевості, удосконалення мережі закладів охорони здоров'я; 2) впровадження сучасних технологій надання медичної допомоги в сільській місцевості, зокрема із застосуванням телемедицини; 3) розроблення та реалізація програм сільського медичного обслуговування з діагностики, лікування, реабілітації та профілактики захворювань населення, особливо дітей, вагітних жінок та людей похилого віку; 4) надання медичних послуг, лікарських засобів та виробів медичного призначення, передбачених програмою державних гарантій надання медичної допомоги населенню, за рахунок коштів державного бюджету в порядку, встановленому законом; 5) розроблення та реалізація програм забезпечення сільського населення ефективними, якісними та необхідними лікарськими засобами та виробами медичного призначення; 6) запровадження ефективних механізмів залучення кваліфікованих медичних та фармацевтичних працівників для надання медичної допомоги у сільській місцевості; 7) розвиток необхідної телекомунікаційної інфраструктури, у тому числі надання послуг закладам охорони здоров'я, а також лікарям загальної практики – сімейним лікарям та лікарям інших спеціальностей, які надають первинну медико-санітарну допомогу; 8) напрями, сприяння розширенню державно-приватного партнерства та здійсненню благодійної діяльності у сфері охорони здоров'я; 9) сприяння проведенню ефективної просвітницької роботи серед населення щодо активної соціальної орієнтації на здоровий спосіб життя шляхом формування традицій і культури здорового способу життя, престижу здоров'я нації, залучення населення до активних занять фізичною культурою і спортом для збереження здоров'я та формування концепції довголіття.

Основним законодавчим актом у сфері надання медичної допомоги населенню є Закон України від 4 квітня 1996 року “Про лікарські засоби”. Цей

Закон визначає лікарські засоби, порядок створення лікарських засобів, організації виробництва лікарських засобів, державного контролю якості лікарських засобів, порядок ввезення в Україну та вивезення з території України лікарських засобів. Виробництво та розповсюдження ліків є дуже централізованим, тому на нього не впливають регіональні, місцеві та демографічні особливості країни.

Серед документів, які відіграють важливу роль у реформуванні системи охорони здоров'я в Україні, слід виділити Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я України на 2015-2020 роки.

У Стратегії аналізуються показники здоров'я та стан системи охорони здоров'я України, цілі, цінності та основні завдання системи охорони здоров'я України, нова архітектура системи охорони здоров'я України та стратегічні можливості, які така архітектура надає. Серед основних стратегічних пріоритетів реформування системи охорони здоров'я у частині надання послуг варто виділити наступні: зміцнення первинної медико-санітарної допомоги, реформування лікарняної мережі, розвиток системи охорони здоров'я, модернізацію екстреної медичної допомоги та ін. У сфері фінансування охорони здоров'я: диверсифікація та переорієнтація джерел фінансування, розподіл функцій споживачів та виконавців послуг, створення закупівельної агенції, консолідація фондів, перехід від постатейного фінансування до системи оплати за надані послуги та ін. У сфері організації управління: реформування МОЗ, забезпечення автономії надавачів послуг, інституційна перебудова системи охорони здоров'я.

Так, у Стратегії наголошується, що “заклади охорони здоров'я та органи місцевого самоврядування проходять процес інституційного розвитку за такими напрямками: 1) розробка власного плану розвитку; 2) оцінка результатів з використанням сучасних інформаційно-комунікаційних технологій; використання медичної інформації; 4) забезпечення якості; 5) співпраця з пацієнтами та залучення до управління представників громадянського суспільства” [136].

Серед основних напрямів реформування системи охорони здоров'я, які є актуальними на сьогодні та відображені в Стратегії (див. рис. 2.1.).

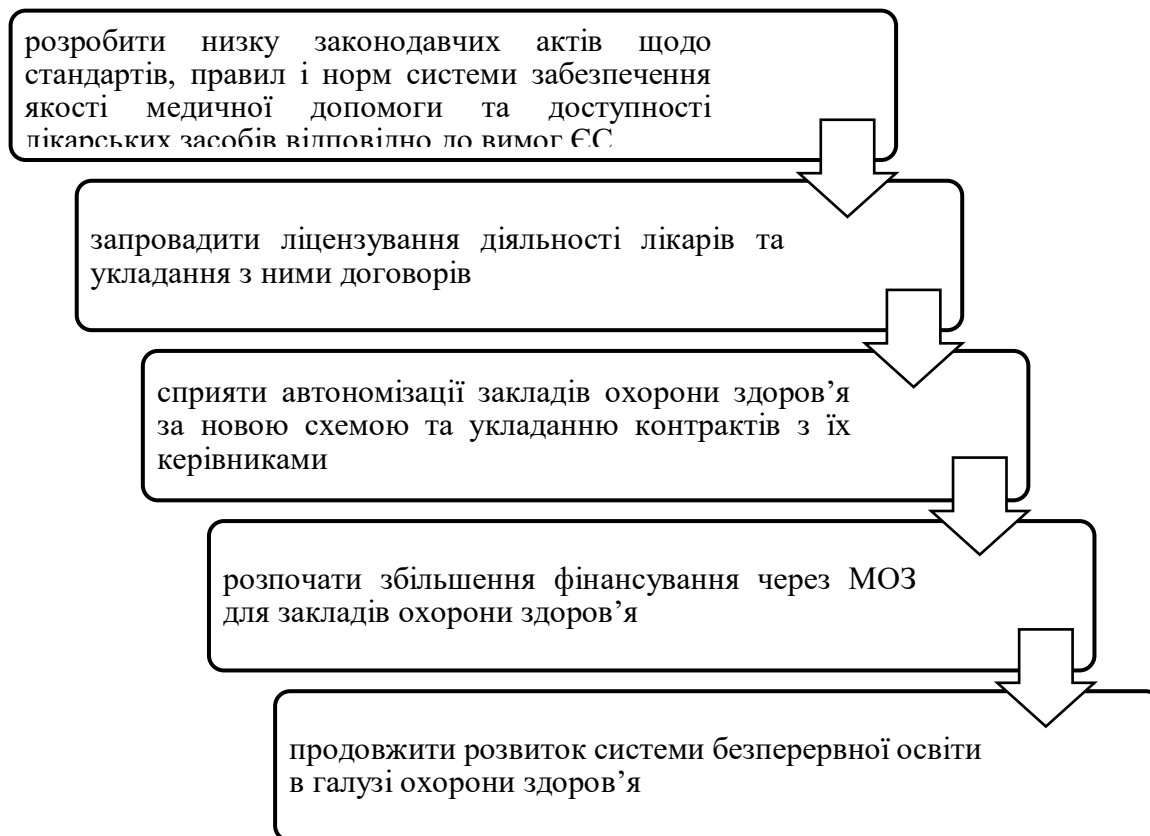


Рис. 2.1. Основні напрями реформування системи охорони здоров'я в Стратегії, авторська розробка.

Ще одним нормативним документом є розпорядження Кабінету Міністрів України “Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми “Здоров’я 2020: український вимір” № 1164-р від 31 жовтня 2011 року. Серед головних результатів, які необхідно досягти в процесі реалізації Концепції відзначимо такі: стабілізувати рівень первинного виходу на інвалідність (насамперед населення працездатного віку) шляхом запобігання ускладненням неінфекційних захворювань серед населення з 52,6 до 50 осіб (на 10 000 осіб); знизити рівень госпіталізації у заклади охорони здоров'я до 17 відсотків; досягти охоплення базовою вакцинацією дитячого населення до рівня 90-95 відсотків; досягти середнього строку доїзду до

пацієнта у місті до 10 хвилин, у сільській місцевості – до 20 хвилин; знизити рівень поширеності основних факторів ризику здоров'я, насамперед куріння, зловживання алкоголем, незбалансованого харчування, надмірної ваги тіла, вживання наркотичних препаратів, низької фізичної активності, артеріальної гіпертензії тощо; знизити негативний вплив соціальних детермінант на розвиток хронічних захворювань; перетворити гігієнічне навчання та виховання населення на державну систему безперервного навчання через сферу загальної та професійної освіти, охорони здоров'я, фізичного виховання, інші соціальні інститути та засоби масової інформації; поступово впроваджувати у навчальних закладах усіх рівнів акредитації стратегії “Здоров'я через освіту” [143].

Розвиток телемедицини має позитивні сторони, зокрема: в умовах недостатнього рівня платоспроможності сільського населення, слабого розвитку інфраструктури в регіонах, мінімального рівня розвитку медичного обслуговування зможуть нівелювати ці недоліки та в окремих аспектах поліпшити якість медичного обслуговування населення, це: по-перше, можливість отримати консультації у висококваліфікованих фахівців та, по-друге доступність послуг у часі. Розвиток телемедицини обумовлений і Законом України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення від 19 жовтня 2017 року і Законом України “Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості” від 14 листопада 2017 року і Національною стратегією реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років затвердженою відповідно до наказу № 522 Міністерства охорони здоров'я України від 24 липня 2014 року.

Основним нормативним документом розвитку цієї сфери є наказ № 681 Міністерства охорони здоров'я України від 19 жовтня 2015 року “Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я”. В наказі визначено, що головною метою телемедицини є

поліпшення здоров'я населення шляхом забезпечення рівного доступу до медичних послуг належної якості. Основними завданнями телемедицини є:

- забезпечення надання медичної допомоги пацієнту, коли відстань є критичним чинником для ефективного та невідкладного лікування. Телемедицина дозволяє консультувати та надавати медичну допомогу в реальному часі, навіть якщо лікар і пацієнт знаходяться на великій відстані один від одного;
- збереження медичної таємниці та конфіденційності медичної інформації про стан здоров'я пацієнта. Важливою складовою телемедицини є забезпечення безпеки та конфіденційності пацієнтських даних під час телемедичних консультацій та обміну інформацією;
- створення єдиного медичного простору, що дозволяє лікарям, медичним установам та пацієнтам спільно працювати та обмінюватися інформацією для забезпечення більш ефективної допомоги та лікування;
- сприяння підвищенню якості медичної допомоги та оптимізації процесів організації та управління охороною здоров'я. Телемедицина може допомогти вдосконалити процеси діагностики, лікування та реабілітації, зменшити час очікування на прийом до лікаря, а також раціонально використовувати медичні ресурси;
- формування системних підходів до впровадження та розвитку телемедицини в системі охорони здоров'я. Це означає створення законодавчої бази, стандартів та регуляторів, які сприяють інтеграції телемедицини у загальну систему охорони здоров'я та забезпечують її сталий розвиток [153].

Отже, проаналізовані законодавчі та нормативні акти є інституційною основою системи законодавчого забезпечення публічного управління системи охорони здоров'я. Вони встановлюють нові принципи регулювання відносин між державою та суб'єктами системи охорони здоров'я в Україні, запроваджують рівні медичного забезпечення, регулюють нові фінансові відносини в системі охорони

здоров'я, гарантують право громадян на безоплатний доступ до медичних послуг, відкривають можливості систем доступу до медичних послуг у сільській місцевості, запроваджують всеохоплюючу мережу інформації у сфері охорони здоров'я та впроваджують кращі світові та європейські практики у вітчизняній системі охорони здоров'я.

Так, важливим корком у сфері розвитку сфери охорони здоров'я України є те, що 2015 року Уряд України започаткував трансформаційну реформу зазначеної галузі, заради забезпечення всіх громадян країни рівним доступом до якісних медичних послуг, організаційної та концептуальної зміни системи охорони здоров'я так, щоб у її центрі уваги був споживач медичних послуг. В основу цього рішення було закладено розробку та затвердження “Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років” (далі – Стратегія) [141], яка стала ключовою складовою “Національного плану дій з реформування системи охорони здоров'я”, проголошеного Указом Президента України від 12 січня 2015 року №5/2015 “Про Стратегію сталого розвитку “Україна – 2020” та урядом України (програма діяльності КМУ), схвалена постановою ВРУ від 11 грудня 2014 року №26-VIII) [191].

Доцільно підкреслити, що Стратегія стала рамковим документом, який визначив подальші кроки реформування української системи охорони здоров'я та створив підґрунтя для розробки нормативно-правових актів та прийняття управлінських рішень у сфері охорони здоров'я, включаючи рішення щодо розміру та напрямів фінансування та розподілу бюджетних ресурсів у сфері охорони здоров'я. Враховуючи важливість сфери здоров'я в концепції людського розвитку Україна, як і інші країни-члени ООН, приєдналася до глобального процесу забезпечення “Цілей сталого розвитку” [191] (далі – ЦСР).

Варто зазначити, що автори Стратегії, розробку якої ініціювало МОЗ у 2014 році з метою дослідження необхідності впровадження змін у даній сфері,

зазначають, що: “за весь період незалежності реформи СОЗ в Україні не проводилися взагалі або проводилися неефективно” [136]. Проте, ще у 2010 році в рамках президентської Програми економічних реформ на 2010–2014 роки “Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава” [192] були започатковані масштабні зміни в українській системі охорони здоров'я.

Так, сучасні дослідники В. Лехан, Г. Слабкий, М. Шевченко та В. Рудий вказують [119; 120], що змістовне наповнення розпочатих у 2010 році реформ в галузі охорони здоров'я базувалося на детальному аналізі та узагальненні вітчизняних та закордонних експертів. Цей аналіз враховував національну специфіку доказових даних у сфері публічного управління та адміністрування. Дослідники також використовували передовий досвід країн з найбільш успішними системами охорони здоров'я, а також аналітичні матеріали проєктів Європейського Союзу та Єврокомісії, які реалізовувалися в Україні протягом періоду з 2003 по 2009 роки. Такий підхід сприяв розробці реформ, які враховували найкращі практики та міжнародний досвід, з метою покращення системи охорони здоров'я в Україні.

У зв'язку з відсутністю в Україні попереднього досвіду проведення глибоких, масштабних та багатоаспектних трансформацій у системі охорони здоров'я, національні влади вирішили здійснювати попередню апробацію основних етапів реформи та мінімізування можливих негативних наслідків, ризиків та загроз. Цей процес був проведений відповідно до спеціального Закону України “Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві” [178].

Для досягнення цієї мети було обрано пілотні регіони, де було проведено апробацію конкретних заходів та реформ. Ці пілотні регіони слугували експериментальними майданчиками, де трансформаційні заходи та нововведення в системі охорони здоров'я були опробовані та оцінені перед їхнім запровадженням

на національному рівні. Такий підхід дозволив владам набрати необхідний досвід та зробити коригування в реформі на основі отриманих результатів в пілотних регіонах. Таким чином, впровадження реформи відбувалося послідовно та обережно з урахуванням специфіки української системи охорони здоров'я.

В якості експериментальних майданчиків було обрано 4 регіони: сільськогосподарський (Вінницька область), два промислові (Дніпропетровська, Донецька області) та столицю (Київ). Кількість осіб, які проживали на території пілотних регіонів, становила 26,7 населення України, що дозволило забезпечити репрезентативність отриманих результатів.

У цьому контексті у 2011–2012 роках Урядом та МОЗ розроблено нормативно-правову базу для здійснення перетворень, яка коригувалась за даними моніторингу з урахуванням думки місцевої влади, медичної спільноти та населення. У процесі реалізації пілотних проектів було доведено доцільність та ефективність:

- розмежування первинної та вторинної медичної допомоги, пріоритетний розвиток первинної медичної допомоги (далі – ПМД) на засадах загальної практики – сімейної медицини. Розмежування первинної та вторинної медичної допомоги передбачає чітке визначення функцій та завдань, які виконуються на рівні первинної медичної допомоги ПМД та вторинної медичної допомоги. ПМД зазвичай орієнтована на надання загальної медичної допомоги пацієнтам, включаючи профілактику, діагностику та лікування загальних захворювань, а також управління хронічними захворюваннями. Розвиток ПМД на засадах загальної практики – сімейної медицини передбачає акцент на наданні інтегрованої та комплексної медичної допомоги з урахуванням сімейного підходу та зосередження на пацієнті. Створення перших медико-оздоровчих центрів (далі – ЦПМСД) передбачає створення централізованих закладів, які надають амбулаторні та поліклінічні медичні послуги у містах та сільській місцевості. Це сприяє

покращенню доступності медичної допомоги та координації між різними рівнями медичної допомоги;

- об'єднання фінансових ресурсів для надання вторинної та невідкладної допомоги на регіональному рівні - цей пункт передбачає об'єднання фінансових ресурсів на регіональному рівні для забезпечення фінансування вторинної медичної допомоги та невідкладної медичної допомоги. Такий підхід дозволяє оптимізувати використання фінансових ресурсів та забезпечити належний рівень медичної допомоги в разі тяжких або невідкладних випадків;

- запровадження системи маршрутизації пацієнтів до закладів охорони здоров'я (далі – заклади охорони здоров'я) за ступенем тяжкості та складності захворювання та створення лікарень інтенсивного лікування як провідних закладів госпітальних округів;

- оплата за обсяг і якість роботи - запровадження системи оплати за обсяг і якість роботи медичних закладів та фахівців має на меті стимулювати надання якісних медичних послуг та зменшити фрагментацію та надмірну медичну допомогу. Це дозволяє забезпечити оптимальне використання ресурсів та підвищити якість медичної допомоги;

- запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування гіпертоніків із застосуванням порівняльних (референтних) цін та реімбурсації - державне регулювання цін на лікарські засоби для лікування гіпертоніків допомагає зменшити витрати пацієнтів на ліки та забезпечити їм доступ до ефективного лікування. Використання порівняльних цін та системи реімбурсації сприяє оптимізації витрат на ліки та забезпеченню належної якості медичної допомоги гіпертонікам.

Разом з тим, на нашу думку, реформування системи охорони здоров'я вимагає широкого спектру заходів та комплексного підходу. До цих заходів слід включити структурно-функціональні перетворення в сфері вторинної та третинної медичної

допомоги. Це включає в себе перегляд організації та функціонування лікувальних закладів, а також оптимізацію їхньої діяльності. Автономізація закладів охорони здоров'я також є важливою складовою реформи, оскільки це дозволяє лікарням та клінікам більш самостійно приймати управлінські рішення, прискорюючи процеси та покращуючи якість медичної допомоги. Договірні відносини та способи оплати медичних послуг також потребують уваги, і вони повинні бути ретельно розроблені та підготовлені для впровадження в реформованій системі охорони здоров'я. Важливо провести пілотні проекти та експерименти, щоб перевірити ефективність нових методів та підходів. Для успішної реформи необхідна підтримка та координація органів державної влади на всіх рівнях управління. Важливо забезпечити сприятливий клімат для впровадження змін та підтримувати фахівців у процесі підготовки та розвитку системи охорони здоров'я в Україні.

Черговий етап реформування системи охорони здоров'я розпочався після певної паузи, яка була зумовлена необхідністю вироблення новою владою підходів до реформування галузі. Вже перші кроки були спрямовані на зменшення впливу адміністративних методів і підвищення гнучкості управління. Наприклад, у 2015 році вперше в історії країни було запроваджено цільове фінансування охорони здоров'я з державного бюджету у формі медичної субвенції [164], Уряд дозволив фінансувати заклади охорони здоров'я одночасно з державного бюджету та місцевих бюджетів та/або одночасно з різних джерел фінансування [69]. МОЗ України скасував наказ, згідно з яким кількість людських ресурсів закладів охорони здоров'я формувався залежно від матеріального забезпечення (наприклад, розміру ліжкового фонду) [161].

Бачення реформи, розрахованої на 2016–2020 роки, було сформовано і схвалено урядом у формі “Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я”, якою фактично було продовжено з істотними корективами курсу реформ попереднього періоду з зосередженням на фінансово економічній компоненті.

Важливо також наголосити що, ґрунтовним чинником до впровадження змін у сфері охорони здоров'я в Україні існує вимога Всесвітньої організації охорони здоров'я [382] (далі – ВООЗ), щодо “обов’язкового виконання зобов’язань ЦСР та розробки і впровадження конкретних кроків для зміцнення здоров'я всіх верств населення країни – зокрема, забезпечення, щоб кожна людина отримала доступ до ключових якісних послуг у сфері охорони здоров'я і не відчувала при цьому фінансових труднощів”.

Враховуючи вищезазначене, Указом Президента України “Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року” [191] підтримано проголошені резолюцією Генеральної Асамблеї ООН глобальні ЦСР та результати їх адаптації з урахуванням специфіки розвитку України. В цьому контексті, ціль 3 – “Міцне здоров'я та благополуччя” визначена ключовою і спрямована на забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччя для всіх у будь-якому віці та є наскрізною, адже прогрес у її здійсненні сприятиме досягненню інших цілей.

Окремо, важливо наголосити, що 23 вересня 2019 року у Нью-Йорку пройшов перший в історії Саміт високого рівня із загальної охорони здоров'я у світі [213]. За його результатами світові лідери ухвалили найбільш масштабну та комплексну з усіх коли-небудь прийнятих політичних декларацій – “Політичну декларацію із загального охоплення послугами охорони здоров'я” (“Universal Health Coverage”) [361] (далі – УНС), яка визначила ключові напрями діяльності для постановки державноуправлінських цілей, організації заходів у галузі охорони здоров'я щодо їх практичного впровадження та прискорення роботи із забезпечення УНС. Також даним документом передбачено низку завдань та індикаторів ефективності, які у сукупності є надійною основою для подальшого моніторингу цієї діяльності.

Далі важливо зазначити конкретні цілі, які визначені у рамках політичної декларації, які наведено на рис. 2.2.

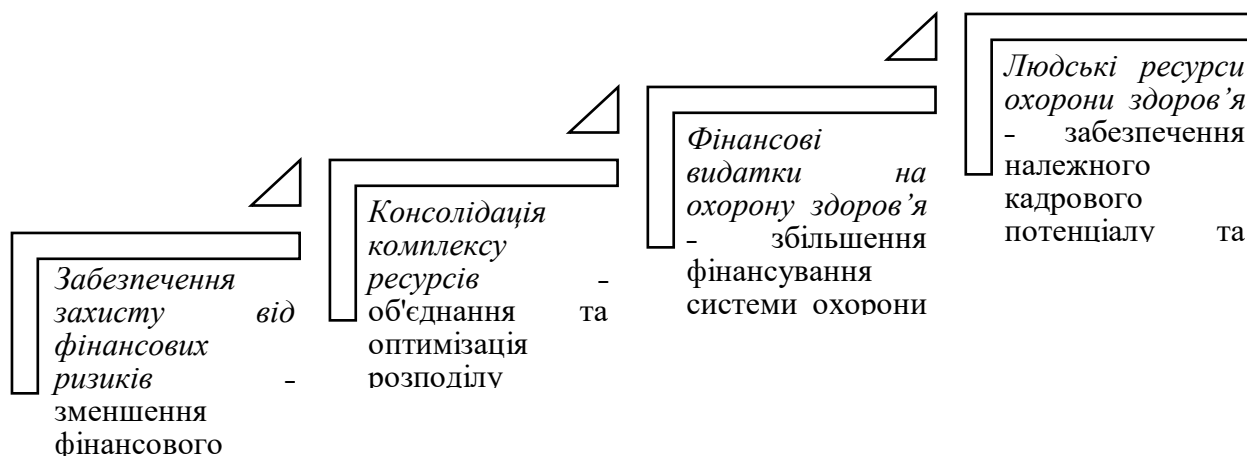


Рис. 2.2. Цілі політичної декларації щодо реформування системи охорони здоров'я, (сформовано за джерелом [361]).

Так, зрозуміло, що загальна концепція реформування системи охорони здоров'я в Україні повинна чітко відповідати визначеним цілям Політичної декларації та стати важливим кроком у забезпеченні доступу всього населення до якісних медичних послуг. Ця концепція має сприяти поліпшенню здоров'я нації та задоволенню потреб громадян у медичному обслуговуванні. Досягнення цих цілей вимагає не лише внесення реформ та змін у систему охорони здоров'я, але й активного залучення громадськості, створення сприятливого середовища для розвитку медичних установ, а також ефективного управління та контролю за використанням ресурсів.

Важливим кроком для успішної реалізації моделі охорони здоров'я, яка ґрунтується на Політичній декларації, полягає в розробці та прийнятті необхідного законодавчого та нормативного базису, що визначатиме стратегічні напрямки для учасників системи охорони здоров'я та забезпечуватиме нормативне регулювання

у цій сфері. Основним принципом цього законодавчого забезпечення повинен бути критерій якості, який виступатиме важливим інструментом для визначення та контролю справедливості, доброчесності та безпеки медичних послуг, а також для забезпечення фінансового захисту споживачів у галузі охорони здоров'я. Ці законодавчо визначені критерії та стандарти стануть основою для розвитку та вдосконалення системи охорони здоров'я, що забезпечує якісне та доступне медичне обслуговування всіх громадян та покращить суспільне здоров'я в цілому.

Отже, дієва та ефективна нормативно-правова база встановлює необхідні принципи щодо того, як повинна функціонувати система охорони здоров'я; раціонально та ефективно розподіляє фінансові ресурси для реалізації поставлених цілей та завдань на рівні всього населення країни, що забезпечує громадянам розширений доступ до послуг сфери охорони здоров'я.

Отже, ключова ідея реформи полягає в остаточному переході від Семашківської моделі фінансування інфраструктури до фінансування за результатами діяльності. До числа основних змін, передбачених реформою належать:

- впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги - зміна системи фінансування та надання медичних послуг, яка передбачає створення переліку медичних послуг та процедур, які гарантовано надаються державою всім громадянам. Це допоможе покращити доступ до якісної медичної допомоги;
- об'єднання бюджетних коштів для фінансування державних гарантій на національному рівні зі створенням центрального органу виконавчої влади – Національної служби здоров'я України (далі – НСЗУ) як єдиного закупівельника медичних послуг;
- перехід від утримання мережі медичних закладів до стратегічної закупівлі медичних послуг на договірних засадах - замість фінансування та утримання конкретних медичних закладів, реформа передбачає закупівлю

медичних послуг на конкурентних умовах. Це сприятиме оптимізації розходів та поліпшенню якості наданих послуг;

- автономізація постачальників медичної допомоги - за реформою, більшість постачальників медичної допомоги отримає статус некомерційних медичних підприємств, що сприятиме покращенню управління та зменшенню корупції. Також, впроваджується електронна система охорони здоров'я для забезпечення ефективної обробки інформації та доступу до неї.

Також було удосконалено систему державного регулювання цін на лікарські засоби та розширено спектр захворювань з включенням серцево-судинних захворювань, бронхіальної астми та цукрового діабету другого типу, на які поширюється механізм реімбурсації – повного або часткового відшкодування вартості ліків [8].

У 2017 році було прийнято пакет законодавчих та нормативних актів, які повинні забезпечити реалізацію реформи, зокрема: закон про “автономізацію ЗОЗ” та методичні рекомендації щодо перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства; закон про державні фінансові гарантії, який визначає фінансові зобов'язання надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України, паралельно внесено необхідні зміни до Бюджетного кодексу, ухвалено створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) [189], визначені вимоги до надавачів медичних послуг та порядок укладення договорів про медичне обслуговування [168], затверджено методику розрахунку вартості медичних послуг.

Зважаючи на існуючі проблеми з доступністю медичної допомоги сільському населенню було прийнято спеціальний закон, який передбачає поряд з розвитком мережі ЗОЗ, транспортної інфраструктури в сільській місцевості також і широке

впровадження телекомунікаційної інфраструктури. Головною метою телекомунікаційної медицини є поліпшення здоров'я населення шляхом забезпечення рівного доступу до медичних послуг належної якості [153].

Ключова форма організації надання медичної допомоги населенню із застосуванням телемедицини – телемедична мережа, яка включає сукупність засобів дистанційного онлайн зв'язку для забезпечення взаємодії медичних працівників і пацієнтів, на рівні “лікар”-“лікар”, “лікар”-“пацієнт”.

Так, пацієнт може обрати у якому форматі комунікувати з лікарем,

- чат-консультацію: пацієнт може обговорити свої симптоми та питання з лікарем в режимі реального часу через текстовий чат, отримуючи швидку відповідь та консультацію; аудіозв'язок: якщо пацієнт віддає перевагу голосовому спілкуванню, він може зв'язатися зі своїм лікарем по телефону або за допомогою спеціальних додатків для голосового спілкування; відеоконференція: для більш детального обговорення або візуального огляду, пацієнт може скористатися відеоконференцією зі своїм лікарем. Це особливо корисно в ситуаціях, коли важливо побачити пацієнта або його симптоми;

- чат-бот, пацієнт може використовувати чат-бота для отримання інформації про свій стан здоров'я, виконання онлайн тестів для оцінки свого стану, а також для запису на онлайн консультацію з лікарем.

Ці різні формати комунікації дають пацієнтам більше можливостей взаємодії з медичними фахівцями, роблять медичну допомогу більш доступною та зручною та сприяють покращенню якості надання медичних послуг.

Також, у березні 2020 року в Україні стартувала безкоштовна для пацієнтів Telemed24 [208] це медичний сервіс, який надає можливість пацієнтам отримувати безкоштовні телемедичні консультації. Він доступний для всіх громадян України та дозволяє отримувати консультації від лікарів за допомогою звичайного смартфона або комп'ютера. Цей сервіс вигідний для пацієнтів, оскільки він

забезпечує швидкий доступ до лікарської допомоги та консультацій, особливо у випадках, коли фізична присутність на консультації у лікаря ускладнена. Telemed24 базується на базі Медичної інформаційної системи “Медстар” [129]. Наступним модулем, який дозволив надавати безкоштовні телемедичні консультації пацієнтів, в медичній інформаційній системі – “Поліклініка без черг” Це модуль, який також внедрено в Медичну інформаційну систему “Медстар”. Він дозволяє пацієнтам уникнути довгих черг в поліклініках та лікарнях, організувати прийоми до лікарів з використанням телемедицини та без зайвого часу. Пацієнти можуть записуватися на консультації через цей модуль, отримувати консультації в онлайн-режимі і навіть обирати лікаря з власного списку медичних фахівців.

Додатковими платформами, де можлива онлайн консультація лікарів є додаток “Doctor Online” та “Медікіт” [128]. Користувачі цих додатків, незалежно від місця перебування, мають змогу проконсультуватися з лікарями та отримати рекомендації, використовуючи чат, відео- або аудіо-дзвінок. За допомогою цього додатку можливо безкоштовно пройти онлайн тест на COVID.

Телемедична мережа “Medinet”, в рамках якої надаються телемедичні консультації у форматі “лікар первинної ланки-лікар-спеціаліст”, з 1 квітня 2020 року дозволяє медичним закладам фіксувати, збирати статистику та робити аналітику, пов’язану з консультаціями щодо захворюваності на коронавірус COVID-19. Це дає можливість передавати актуальну статистику до регіональних ДООЗ та Центрів громадського здоров’я, які використовують її для розробки подальших протиепідемічних заходів.

Ефективно проявили себе також такі інформаційні канали як телеграм-боти. Платформа “Марта Medbot” [125] – медичний чат-бот, який був впроваджений в телемедичну мережу м. Маріуполя, допомагає отримати інформацію щодо медичної реформи в Україні, прав пацієнта, вакцинацію. Медбот надає можливість запису на прийом до лікаря у м. Маріуполь. “Лікар Іван Маск” – медичний чат-бот,

який верифікований Міністерством охорони здоров'я України, допомагає отримати інформацію про статистику щодо захворювання COVID, порадить як правильно діяти, щоб захистити себе і близьких в умовах карантину: гігієни, імунітету, застосування масок та ментального здоров'я.

Крім того, планується продовжити реформування стаціонарного сектору без кардинальних ідеологічних змін попереднього періоду, але з певними поправками, для чого урядом затверджено оновлений порядок формування госпітальних округів, перелік та склад госпітальних округів в кожній області країни, МОЗом прийнято положення про госпітальний округ, розроблені рамкові вимоги до багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування, в яких в визначено вимоги до людських ресурсів, інфраструктури та обладнання, транспорту і комунікацій, вимоги до навантаження тощо.

Попередній аналіз змісту та процесів реалізації запланованих масштабних перетворень системи охорони здоров'я України дозволяє їх оцінити як курс на формування нової сучасної та ефективної моделі охорони здоров'я. Водночас слід відзначити низку недоліків, наявність яких може спотворити очікувані результати.

Так, досягнення ефективного балансу між державними гарантіями щодо безоплатності медичної допомоги і спроможністю держави покриття витрат на їх надання є наріжним каменем реформи в будь якій країні і перш за все в Україні.

Тому законодавче визначення реального, а не декларативного обсягу державних гарантій безоплатної медичної допомоги є надзвичайно актуальним завданням, на вирішення якого й спрямовано прийняття відповідного закону, згідно з яким “держава гарантує повну оплату згідно з тарифом за рахунок коштів Державного бюджету України надання громадянам необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, що передбачені програмою медичних гарантій ...”.

Однак легітимність закону “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування ...” не є однозначною, оскільки він порушує як мінімум три статті

Конституції України [165]: ст. 49, в якій задекларовано, що в Україні “Кожен має право на охорону здоров’я, медичну допомогу та медичне страхування. ...У державних і комунальних закладах охорони здоров’я медична допомога надається безоплатно...”, ст. 22, яка містить норму “При прийнятті нових законів або внесенні змін до чинних законів не допускається звуження змісту та обсягу існуючих прав і свобод”, та частини другої ст. 64, в якій прописано, що конституційні права не можуть бути обмежені інакше як “в умовах воєнного або надзвичайного стану”.

Безпосередньо сама програма державних гарантій, визначена Законом, не підкріплена чіткою методологією її формування та наповнення. Вона охоплює всі види медичної допомоги, включно з їх медикаментозним забезпеченням, без пріоритизації медичних послуг за соціальними та медичними ознаками, не передбачає співоплати медичних послуг пацієнтами, що пов’язано з побоюваннями порушення Конституції у трактуванні Конституційного суду 2002 року у зв’язку з чим вона набуває критично декларативного вигляду [196].

Крім того, нова структура НСЗУ перебирає на себе істотну частину повноважень щодо формування політики в сфері охорони здоров’я. Адже на неї покладено функції і розробника програми державних гарантій та тарифів, і замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, і забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров’я, функції якої не обмежуються обслуговуванням фінансово економічної діяльності в охороні здоров’я (ст. 7 Закону [165]).

Також слід зазначити, що в підзаконних актах стосовно запровадження договірних відносин увага концентрується на процесі укладання договорів, а не на забезпеченні підвищення результативності медичного обслуговування. Також в документах уряду та МОЗ України проявляється тренд переходу до надання ПМД фізичними особами підприємцями, що є архаїчною і не ефективною формою

обслуговування. Крім того виникають сумніви щодо можливостей НСЗУ кваліфіковано працювати з такою значною кількістю постачальників ПМД в умовах договірних відносин.

Слід зазначити, що передача визначення штатного розпису на розсуд керівника ЗОЗ в рамках автономізації медичних закладів [50] не підкріплена методичними рекомендаціями щодо порядку формування штатного розпису в змінених умовах. Це істотно ускладнює роботу управлінців, оскільки вони звикли до нормативного підходу (жорсткої директиви “зверху”), і може спровокувати конфлікти між керівним персоналом та працівниками.

Зміни в підходах до стандартизації, затверджені у 2016 року наказом МОЗ [162], який скасовує поняття “уніфіковані клінічні протоколи” і дозволяє лікарю за його рішенням обрати клінічний протокол з визначених в наказі електронних ресурсів різних країн та застосовувати без адаптації так звані “нові клінічні протоколи”, створюють загрози для наступності та інтегрованості медичного обслуговування населення України.

Певні загрози створює і новий порядок акредитації, який законодавчо (стаття 16 Основ законодавства про охорону здоров'я [141]) перевів її з 30 січня 2018 року з державної і обов'язкової для ЗОЗ процедури в добровільну. Такий підхід є характерним для більшості європейських країн, але в Україні він не підкріплений мотиваційними механізмами, до числа яких належить укладання контрактів на фінансування лише з акредитованими установами.

У загальному контексті варто відзначити, що в реформі системи охорони здоров'я в Україні присутня певна поспішність, фрагментарність і непослідовність. Наприклад, скасування МОЗ України без попередньої ретельної підготовки та впровадження електронної системи документообігу може призвести до втрати керованості над процесами медичного обслуговування, особливо на першому рівні

медичної допомоги. Ця дія наголошує на важливості виважених та послідовних кроків у процесі реформування.

Наявність зазначених та інших прогалин в реформі, ймовірно, пов'язана з відсутністю єдиної і широко підтриманої стратегії реформ, яку б прийняли всі зацікавлені стейкхолдери. Відсутність такої стратегії створює недостатню системність в реформуванні, а також обмежує можливість застосування проєктного підходу в практиці перетворень системи охорони здоров'я. Це важливий аспект, оскільки системні та комплексні підходи є необхідними для забезпечення зручності та ефективності реформ у галузі охорони здоров'я, а також для забезпечення якості медичних послуг та задоволення потреб населення. У майбутньому необхідно виробити узгоджену стратегію та вжити заходи для усунення зазначених недоліків, щоб забезпечити послідовний та успішний перехід до модернізованої системи охорони здоров'я в Україні.

Важливо також підкреслити, що згідно із законопроектом “Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів” № 6327 меддопомога завжди і в повному обсязі надається громадянам за рахунок коштів державного бюджету. На первинному рівні та в разі настання екстреної ситуації держава оплачуватиме 100% всього необхідного лікування та медикаментів. Первинна медична допомога покриватиме близько 80% усіх звернень за медичною допомогою. На вторинному і третинному рівнях держава гарантує 100% оплату медичної допомоги та інших медичних послуг та лікарських засобів, що входять до лікування та визначені програмою медичних гарантій [165].

Отже, що одним із концептуальних принципів у сфері охорони здоров'я це відсутність стягнення з громадян жодної плати за необхідну їм медичну допомогу. Гарантії, що подані в статті 49 Конституції України повністю залишаються в процесі реалізації заходів медичної реформи. У відповідності до – Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних

депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України “у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно” (справа про безоплатну медичну допомогу) система охорони здоров'я визнана такою, що носить цілеспрямований соціальний характер [111].

Отже, реальні реформи системи охорони здоров'я в Україні розпочалися з великим запізненням порівняно з іншими пострадянськими країнами – майже через два десятиліття після проголошення незалежності. Розпочаті реформи характеризуються недостатньою системністю та наступністю і мають фрагментарний характер, що значною мірою пов'язано з політичним контекстом; відсутністю затвердженої стратегії реформування, яка враховує існуючі та потенційні ризики при здійсненні перетворень; наявністю істотних прогалин в нормативно правовому забезпеченні реформ, перш за все недостатнє їх погодження з конституційними нормами, а також нестачею підготовлених фахівців у сфері управління змінами охорони здоров'я.

Таким чином, нормативно-правове забезпечення у сфері охорони здоров'я населення в Україні в сучасний період характеризується системністю у здійсненні і плановістю у формуванні чинного законодавства. Важливим кроком для його вдосконалення стало прийняття єдиної довгострокової державної програми реформування галузі системи охорони здоров'я. ЦСР України на період до 2030 року є орієнтирами для розроблення проєктів прогнозних і програмних документів, проєктів нормативно-правових актів з метою забезпечення збалансованості економічного, соціального та екологічного вимірів сталого розвитку країни. Орієнтовні пріоритетні державні проєкти у сфері розвитку охорони здоров'я та основних напрямів їх реалізації у контексті нормативно-правового регулювання представлено у *Додатку Г*.

Окремо слід зазначити, що нині переважна державна нормативно-правова діяльність у сфері охорони здоров'я розвивається відповідно до цілей, завдань і принципів Політичної декларації. Аналіз результатів показує, що заходи щодо законодавчої реформи зосереджені на окремих законах, а не на створенні сприятливого нормативно-правового середовища для імплементації УГС, досі існує конфлікт та відсутні системні зв'язки між законодавчими та підзаконними актами. Окреслені недоліки правового регулювання сфери охорони здоров'я суттєво впливають на ефективне запровадження СОЗ в Україні. Усунення зазначених прогалин та колізій правового регулювання буде спрямоване на продовження започаткованої реформи у сфері охорони здоров'я та забезпечення її цілісного унормування для досягнення поставлених цілей.

Враховуючи вищезазначене, далі варто більш детально узагальнити та проаналізувати наявні в Україні основні проблеми та перешкоди щодо реформування системи охорони здоров'я.

2.2 Проблеми на перешкоди реформування системи охорони здоров'я

У процесі побудови соціально захищеної та політично стабільної моделі суспільства в Україні важливе місце посідає впровадження реформ у сфері охорони здоров'я, що є основою збереження соціального потенціалу держави. Тому, дослідження та виокремлення проблем на перешкод щодо реформування системи охорони здоров'я є пріоритетним, а на результатах таких досліджень має бути побудований дієвий механізм для прийняття ефективних публічно-управлінських рішень та для одночасного використання адміністративних інструментів і технологій, які, в подальшому, сприятимуть поліпшенню роботи усіх елементів такої системи.

Важливо відзначити, що публічне управління адмініструванням у сфері охорони здоров'я відіграє одну з ключових ролей в здійсненні внутрішньої

політики країни. Його завданням є прийняття державно-управлінських рішень, спрямованих на реалізацію концепції надання доступної медичної допомоги усім громадянам країни, без винятку [104]. На сьогоднішній день в Україні існує комплекс проблемних питань у різних сферах, пов'язаних з системою охорони здоров'я. Ці питання стосуються політичних, технологічних, демографічних, соціальних та екологічних аспектів і вимагають комплексного підходу та системних рішень для поліпшення ситуації в галузі охорони здоров'я.

За останні десять років, а особливо з лютого 2022 року в Україні відбулися складні соціальні, економічні, політичні, інфраструктурні та демографічні зміни. Проблеми та перешкоди, що виникли, значним чином позначились на діяльності всієї системи охорони здоров'я, регіональних органів управління охороною здоров'я, кожної лікувально-профілактичної установи (далі – ЛПУ). Одним із найважливіших пріоритетів публічної політики України є збереження та зміцнення здоров'я населення країни на підставі формування здорового способу життя, забезпечення доступності до медичних послуг та підвищення якості роботи усієї системи охорони здоров'я.

Важливо наголосити, що з 24 лютого 2022 року через повномасштабну війну за кордон виїхало понад 14,5 мільйонів українців різних, серед яких і, значна кількість медичних працівників різних кваліфікацій. Однак, статистичні дані НСЗУ щодо кількості медичних працівників різних рівнів, які виїхали за кордон від початку війни, відображають суперечливі показники. Так, Нацслужба здоров'я стверджує, що з 1 січня по 1 листопада 2022 року в Україні (рис. 2.3). Негативні дані зазначені лише у Донецькій, Луганській та Чернігівській областях. Найбільше збільшення лікарів-спеціалістів зафіксовано у Києві – 1010 та Львівській області – 499 осіб (*див. Додаток Д*). Статистичні показники збільшення кількості медичного персоналу за різними категоріями на підконтрольній Україні території у період з 1 січня по 1 листопада 2022 року наочно представлено на рис. 2.4, 2.5, 2.6 [135].

Також важливо підкреслити, що з початку повномасштабної війни на всій території України, під впливом нападів з боку російських військ, постраждало 869 медичних закладів в Україні. З них 123 об'єкти, на жаль, не піддаються відновленню через велику руйнівну дію війни. Росія не припиняє обстрілювати українські лікарні, амбулаторії та аптеки, порушуючи міжнародні норми та права на захист медичних установ.

З початку війни, з 24 лютого, країна-терорист вбила щонайменше 18 медичних працівників, а понад 50 отримали поранення під час виконання своїх обов'язків. Ця агресія створює надзвичайно складні умови для надання медичної допомоги населенню і поглиблює гуманітарну кризу в Україні, роблячи важчим завдання з реформування системи охорони здоров'я [МОЗ].

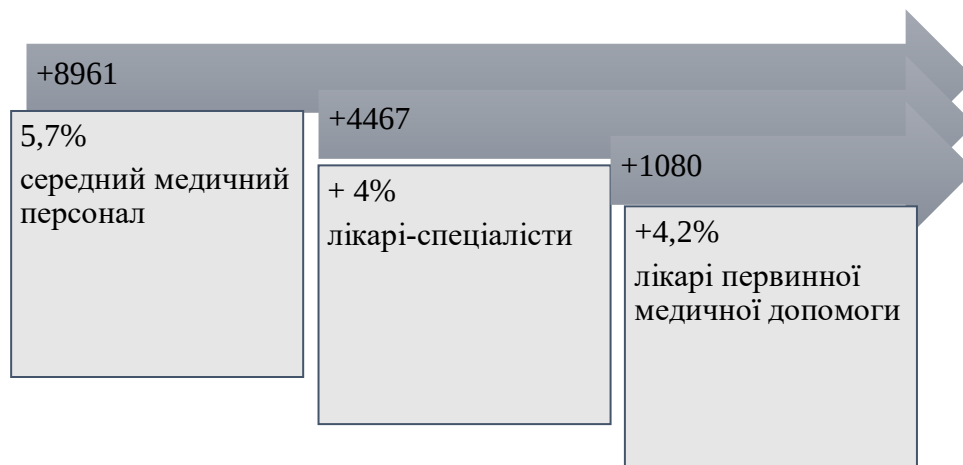


Рис. 2.3. Відсоткові та кількісні показники збільшення лікарів на підконтрольній Україні території у період з 1 січня по 1 листопада 2022 року [135].

Проте, міністр охорони здоров'я В. Ляшко у червні 2022 року під час інтерв'ю для національного телемарафону зазначив, що: “в Україні до повномасштабної війни нараховувалося близько 143 тисячі лікарів та 261 тисяча середнього медичного персоналу. Після 24 лютого 2022 року, за даними реєстрів, виїхали 2273 медпрацівники, серед яких лікарі та медсестри, без урахування санітарок” [34].

Так, сучасна дослідниця і аналітикиня у галузі охорони здоров'я А.Котляр стверджує, що: “статистика НСЗУ свідчить про те, що установа не володіє інформацією про реальну кількість лікарів в Україні, тому не може правильно сформулювати ефективну Програму медичних гарантій для населення” [56].

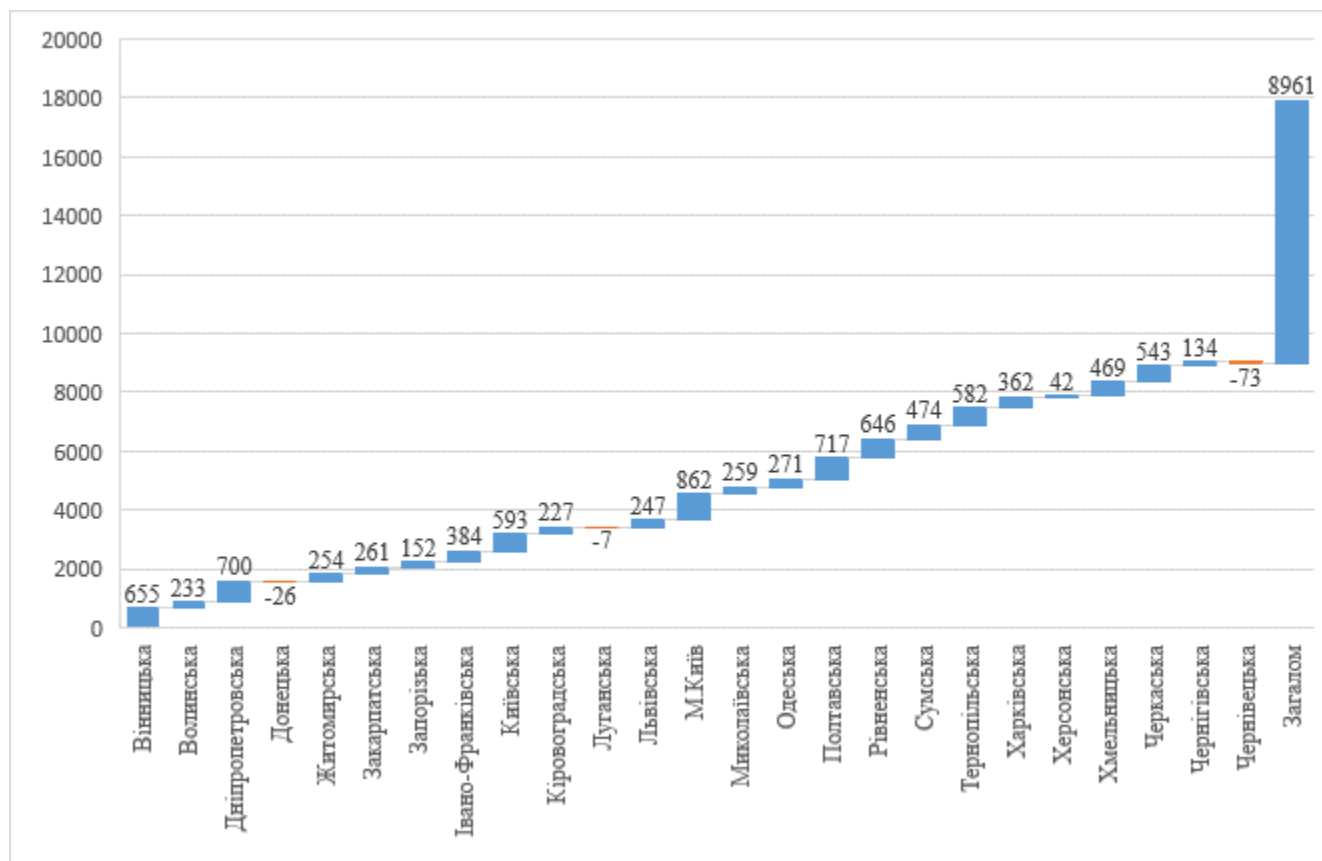


Рис. 2.4. Статистичні показники збільшення кількості середнього медичного персоналу на підконтрольній Україні території у період з 1 січня по 1 листопада 2022 року [135].

Отже, такі показники можуть означати, що договори отримують лікарні, які не відповідають вимогам до надавачів медичних послуг, які є обов'язковими для укладення договорів про медичне обслуговування населення (Постанова КМУ “Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення”, № 391 від 28 березня 2018 року

[168]). Тобто, медичні заклади не мають необхідного медперсоналу для надання тієї чи іншої послуги, а бюджетні кошти за пакетами все одно надходять до медичного закладу. Керівник аналітичного управління НСЗУ В. Півень обґрунтував збільшення лікарів у статистиці на 13,9%: “переважно, збільшення відбулось через обов’язкову дореєстрацію в електронній системі охорони здоров’я (далі – ЕСОЗ) середнього та молодшого персоналу, зокрема того, який не надає безпосередньо послуги відповідно до договору НСЗУ” [135].

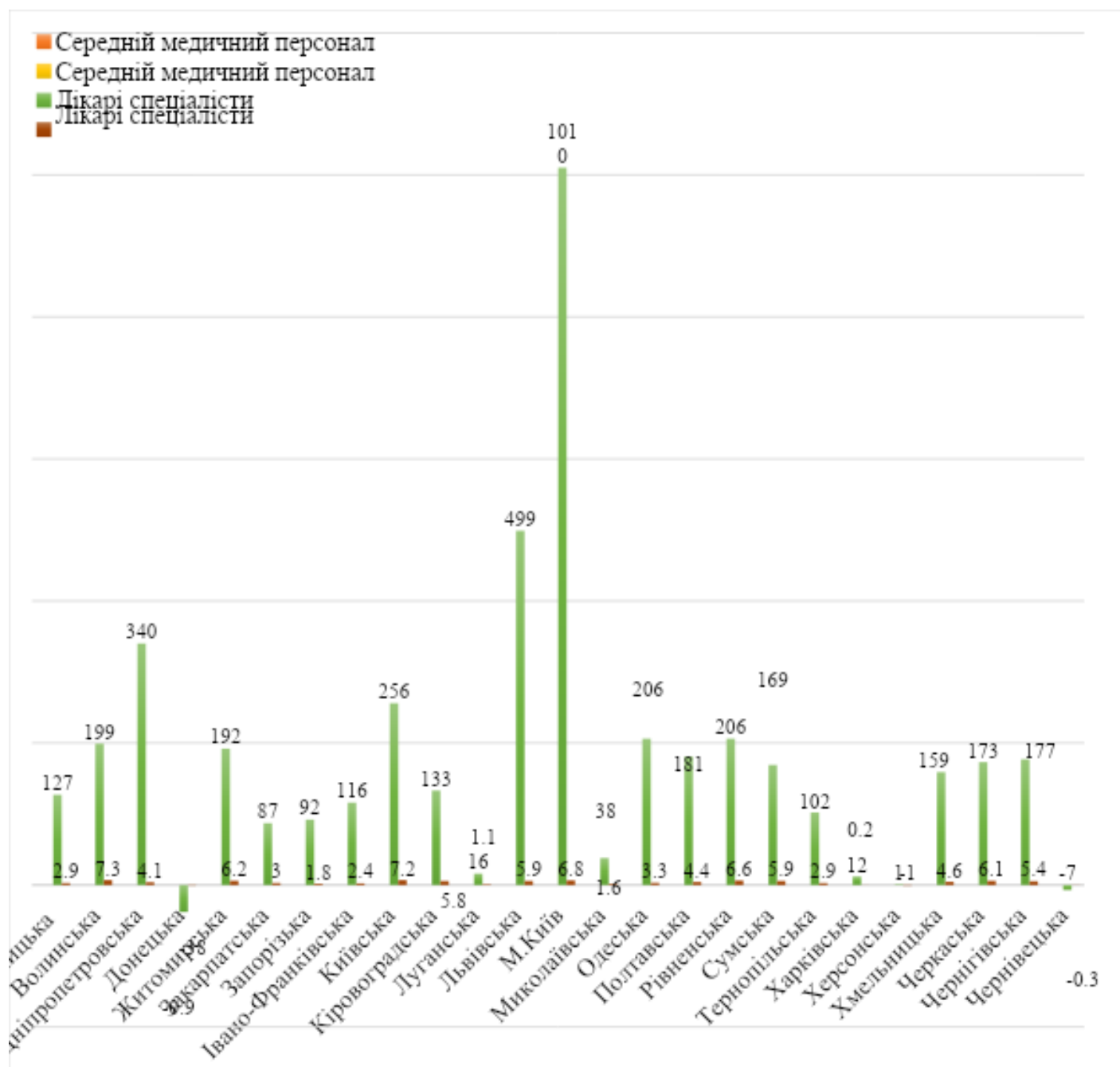


Рис. 2.5. Статистичні показники збільшення кількості лікарів-спеціалістів на підконтрольній Україні території у період з 1 січня по 1 листопада 2022 року [135].

Також, В. Півень зазначив, що: “протягом 2022 року у деяких областях також збільшилася кількість медпрацівників, адже там працювали медики з тимчасово окупованих територій та зон ведення бойових дій. Зокрема, за його

даними, у Рівненській, Черкаській, Полтавській, Вінницькій, Хмельницькій та Кіровоградських областях за 2022 рік кількість медичних працівників зросла на понад 20%.

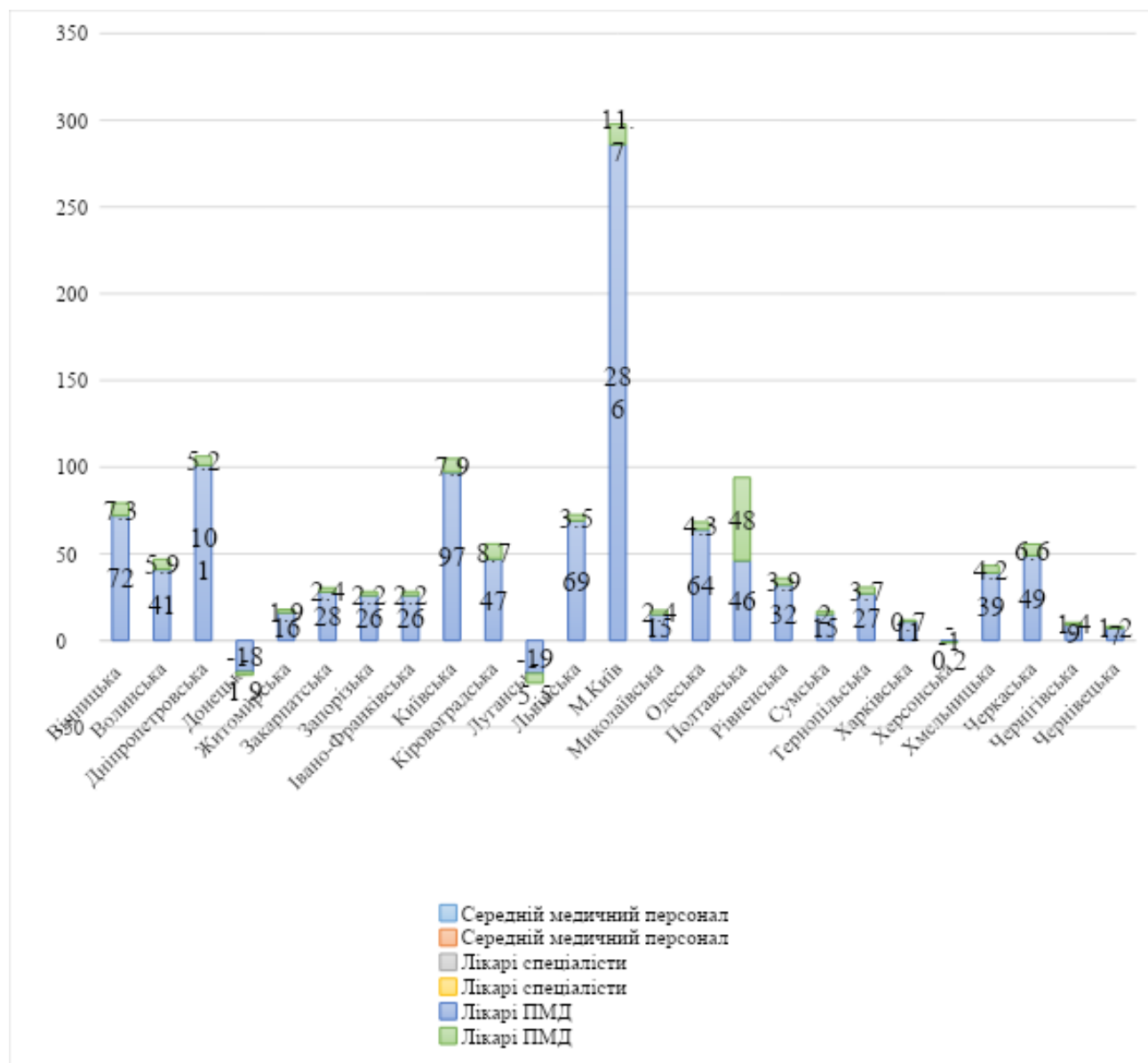


Рис. 2.6. Статистичні показники збільшення кількості лікарів ПМД на підконтрольній Україні території у період з 1 січня по 1 листопада 2022 року [135].

У НСЗУ очікують, що кількість користувачів в ЕСОЗ зростатиме і надалі, доки не буде зареєстровано всі 100% медичних закладів і відповідно 100% медичних працівників, що в них працюють” [135].

Слова В. Карлаша відображають актуальний стан справ в галузі охорони здоров'я України [104]. Зростаюча потреба громадян в якісному медичному обслуговуванні від держави підкреслює важливість вдосконалення системи охорони здоров'я та забезпечення доступності медичних послуг для всіх шарів населення. Цей ріст вимагає значних бюджетних витрат і ресурсів через низку факторів. Зокрема, зростання середнього віку населення призводить до збільшення захворюваності та потреби в дорогоцінній медичній допомозі. Недотримання громадянами здорового способу життя сприяє поширенню хвороб, що також потребує більших зусиль та ресурсів для їх лікування та профілактики.

До того ж, спостерігається тенденція до підвищення вартості медичних послуг у зв'язку із підвищенням кваліфікації медичних працівників та впровадженням інноваційних технологій в лікувальній практиці. Це, з одного боку, підвищує якість медичних послуг, але, з іншого боку, ставить підвищені вимоги до фінансового забезпечення системи охорони здоров'я. Особливо важливою є інша особливість: темпи збільшення витрат на охорону здоров'я переважають темпи зростання валового внутрішнього продукту (далі - ВВП) України. Ця диспропорція вимагає ретельного аналізу та пошуку ефективних рішень для забезпечення фінансової стійкості та доступності медичних послуг у майбутньому.

Тому можна побачити нагальну потребу в пошуку ефективних шляхів для зниження рівня таких витрат та раціонального використання наявних ресурсів [Карлаш]. Такі фактори, з усіх сторін, провокують появу конфлікту інтересів, які виникають у розбіжностях між наявними обмеженими фінансовими ресурсами держави та забезпечують підвищення якості та доступності медичних послуг для громадян. З 2018 року було розпочато впровадження медичної реформи в Україні. У першу чергу, була оновлена законодавча база системи охорони здоров'я. Наступним кроком стала реалізована програма щодо функціонування абсолютно нової системи надання первинної медичної допомоги.

Суть функціонування такої системи виникне за наступними: пацієнт обирає лікаря загальної практики сімейної медицини, або педіатра, разом вони складають укладання електронної декларації про надання медичної послуги. Після цього з державного бюджету здійснюється фінансування на розрахунковий рахунок лікарні, у повному розмірі, за надання медичних послуг та певного комплексу аналізів. Здійснення пакета медичних послуг може проходити при наданні двох послуг [212]:

– “червоний” пакет – включає в себе широкий спектр медичних послуг, оплата за які здійснюється пацієнтом. До цих послуг відносяться стоматологічне обслуговування, за винятком надзвичайних ситуацій, естетична хірургія, прийом у висококваліфікованих спеціалістів без лікарського направлення від лікаря загальної практики – сімейної медицини та інші подібні медичні послуги, які не входять до переліку безкоштовних послуг загального медичного обслуговування. Пацієнти зобов'язані оплачувати ці послуги особисто, і вони не покриваються загальною системою обов'язкового медичного страхування чи іншими державними програмами;

– “зелений пакет” – охоплює широкий спектр медичних послуг, оплата за які в повному обсязі здійснюється з державного бюджету для всього населення. Цей пакет включає в себе послуги первинної медичної допомоги та невідкладної медичної допомоги, які гарантовано надаються безкоштовно усім громадянам. Держава витрачає бюджетні кошти на фінансування цих послуг для забезпечення населення доступною і безкоштовною медичною допомогою в невідкладних ситуаціях та для основного медичного обслуговування. “Зелений пакет” є важливою частиною системи охорони здоров'я, що гарантує доступ до основних медичних послуг для всіх громадян.

Відмінності нової реформованої системи охорони здоров'я від старої системи укладаються в тому, що держава, замість утримання за рахунок бюджетних коштів

закладів медичного обслуговування, які надають безоплатні послуги, переходять до бюджетних закупівель відповідних послуг у таких закладах. Отже, тепер з державного бюджету не виділяються витрати на утримання закладів з надання медичних послуг населенню, згідно із затвердженим кошторисом, а використовується абсолютно новий принцип фінансування.

Необхідно зазначити, що на думку таких дослідників як Ю. Гринчук, О. Шемігон та М. Вихор: “проведення реформування у сфері охорони здоров’я спрямоване на модернізацію процесів публічного адміністрування нею та вдосконалення правового забезпечення її державно-управлінських відносин” [51]. Так, існує ряд негативних факторів, які можуть вплинути на результати впровадження такої реформи, порушити ефективність заходів та призвести до незадоволення серед медичних працівників та громадян.

Слід оцінити, що теоретично комплексні зміни моделі, пов’язані зі споживчим вибором громадян, повинні позитивно вплинути на тенденцію підвищення якості надання медичних послуг. Але в рамках обмеженості галузі бюджетних коштів на розвиток охорони здоров’я, є характерна специфіка переходу до вищезазначеної моделі: необхідна реалізація заходів для раціоналізації потреби на послугах медичного обслуговування, що збільшує подовження терміну очікування на деякі їх види. Обмеження доступу до деяких видів послуг може сприяти підвищенню рівня незадоволеності населення та прискорити темпи розвитку альтернативних варіантів фінансування з високим “розмахом”.

Слова Т. Авраменко розкривають ще один важливий аспект в сфері охорони здоров’я. Затягування процесів реформування системи охорони здоров’я може призвести до небажаного необ’єктивного розподілу фінансових ресурсів, що впливає на оплату медичних послуг. Це може виникнути через вплив різноманітних факторів та необ’єктивних рішень, які стосуються призначення фінансування в певних напрямках охорони здоров’я. Ця ситуація створює ризик того, що деякі

групи пацієнтів можуть отримувати переваги на користь інших, що може бути недопустимим в контексті справедливого та рівного доступу до медичної допомоги. Це також може порушити принципи справедливості та ефективності в системі охорони здоров'я [2].

Отже, доцільно констатувати, що ситуація сьогодення в Україні з обмеженістю обсягів бюджетних коштів, що виділяються для фінансування ефективного функціонування системи охорони здоров'я, може призвести до неможливості підвищення якості надання медичних послуг громадянам. Далі, необхідно визначити головні, причини зниження ефективності функціонування системи охорони здоров'я, систематизовані у табл. 2.1.

У своїй дисертаційній роботі “Адміністративно-правове забезпечення права на охорону здоров'я в Україні” науковець Л. Руснак зазначає, що: “особливо нагально відчувається проблема недостатньої кількості спеціалістів за лікарськими спеціальностями в усіх медичних закладах України, переважно в малих містах і селах. Також тривалий час вітчизняна система охорони здоров'я супроводжується дефіцитом бюджету, що, у свою чергу, зумовлює високе навантаження на лікарів, відсутність спеціального обладнання або наявність застарілого обладнання. Така ситуація зумовлює створення та розвиток приватних закладів охорони здоров'я, які надають медичні послуги населенню на вищому рівні, ніж державні. Характерною особливістю приватних медичних кабінетів є наявність сучасного медичного обладнання для лікування та діагностики захворювань, що підвищує високий рівень ефективності та швидкості процесу лікування” [199].

Погоджуючись з думкою В. Ровенської та Є. Саржевської, важливо відзначити, що на сучасному етапі розвитку України система охорони здоров'я стикається з серйозними викликами в плані матеріально-технічних ресурсів. Велика частина медичного обладнання та техніки застаріла, що обмежує якість та ефективність медичних послуг.

Таблиця 2.1

Причини зниження ефективності
функціонування системи охорони здоров'я

Причина низької ефективності функціонування системи охорони здоров'я	Характеристика
Недостатня кількість спеціалістів	Якість наданих послуг знижується через високу завантаженість медперсоналу
Низький рівень кваліфікації медичного персоналу	При одних і тих же симптомах і скаргах пацієнта різні лікарі можуть поставити різні діагнози і призначити різні методи лікування, що може призвести до лікування без очікуваного ефекту
Недостатня кількість медичного обладнання та його зношеність	Сьогодні більшість діагностичних і лікувальних процесів проводиться на обладнанні радянських часів, яке менш точно і менш функціонально, ніж сучасне, а обстеження на інноваційному обладнанні в рази дорожче.
Низький рівень заробітних плат та відсутність дієвої системи стимулювання та мотивації	Через низький рівень оплати праці, відсутність ефективної системи стимулювання та мотивації, недостатню соціальну захищеність кваліфіковані медичні кадри їдуть за кордон. Також існує проблема підготовки кадрів, яка не відповідає потребам сучасної системи охорони здоров'я.
Недостатність фінансової підтримки з боку держави	Відсутність фінансів спричиняє дефіцит медичного персоналу, що в свою чергу позначається на завантаженості спеціалістів, їх нестачі необхідного обладнання тощо.
Неможливість своєчасного надання медичної допомоги громадянам	Наслідок недостатньої кількості спеціалістів, сучасного обладнання, а також подорожчання ліків та оплати медичних послуг.

Таблицю складено автором (на основі аналізу джерела [2]).

Паралельно з цим, конкурентоспроможність вітчизняних виробників медичного обладнання низька через відсутність інноваційних технологій. Ця ситуація ускладнює внутрішній ринок медичного обладнання та залежність від імпорту, що може вплинути на доступність та якість медичних послуг для громадян. Для покращення ситуації в сфері охорони здоров'я України необхідно звернути увагу на модернізацію обладнання, стимулювання інновацій в медичній галузі та розвиток внутрішнього виробництва, що сприятиме підвищенню якості медичних послуг та забезпеченню потреб громадян у сучасному лікуванні [197].

І. Сенюта наголошує, що: “важливим питанням у сфері охорони здоров’я слід вважати дотримання прав людини після реформування галузі, зокрема, права на отримання доступної медичної допомоги або права на вільний вибір лікувального закладу чи лікаря” [203]. Ці права закріплені законодавством, але деякі нормативно-правові документи просто суперечать один одному, що часто створює конфліктні ситуації при їх застосуванні на практиці. На рис. 2.7. систематизовано фактори, які перешкоджають досягненню оптимального рівня публічного управління у системі охорони здоров’я.

Таким чином, сьогодення ситуація свідчить, що державні органи влади не зуміли створити дієву та ефективно функціонуючу систему охорони здоров'я, замість застарілої радянської системи. Це призвело до того, що значна частина населення країни не отримує необхідного якісного медичного обслуговування та необхідних медичних препаратів. Однак у той же час, держава поки що не здатна запропонувати чіткі та ефективні шляхи виходу з цієї складної ситуації, і не існують чіткі плани реформування галузі охорони здоров'я. Необхідно невідкладно звернути увагу на цю проблему і розробити комплексні стратегії та реформи, спрямовані на покращення системи охорони здоров'я та забезпечення належного доступу до медичної допомоги для всіх громадян.

Положеннями статті 49 Конституції України [111] визначені: обов’язок створення державою відповідних умов для надання доступного та ефективного медичного обслуговування для всіх, без винятку, громадян; гарантована безоплатність надання медичної допомоги у державних і комунальних медичних установах, мережа яких не має бути скорочена. При цьому, держава має сприяти розвитку закладів охорони здоров’я усіх форм власності. На практиці, здається, що державні органи влади порушують конституційні норми, існуючі питання та виклики у сфері охорони здоров'я залишаються нерозв'язаними. Виникають ситуації, де приймаються рішення щодо закриття існуючих медичних установ,

скорочення кількості лікарень та відділень, звільнення медичних працівників у містах і регіонах.

Також відбувається вивезення кваліфікованих медичних кадрів за кордон, а в державних і комунальних медичних установах запроваджуються платні медичні послуги, що порушує принцип доступності медичної допомоги. Порушення санітарно-гігієнічних норм і стандартів також стає важливою проблемою. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я залишається в руках представників державної влади, які не завжди мають достатній досвід роботи та необхідний рівень знань у даній галузі. Внаслідок цього рівень освіти та кваліфікації медичних працівників знижується, що може впливати на якість надання медичних послуг та загрожувати здоров'ю населення.

Так, можна констатувати, що на сьогоднішній день триває процес реформування медичної галузі, але важливо відзначити, що ця концепція стикається з рядом перешкод, які вже зараз призводять до прогалин і суперечностей в функціонуванні медичної системи. Запровадження реформ вимагає ретельного аналізу та вирішення цих проблем, щоб забезпечити ефективну та доступну систему охорони здоров'я для всіх громадян.

Ми погоджуємося з думкою сучасного дослідника С. Вовка, який відзначає, що на практиці існує проблема недоотримання бюджетних коштів на рахунки медичних закладів. Це створює серйозні обмеження для медичних установ у наданні гарантованих державою безкоштовних медичних послуг в повному обсязі. Такі фінансові труднощі можуть негативно впливати на якість медичних послуг, доступність лікування та загальний стан охорони здоров'я в країні. Необхідно звернути увагу на цю проблему і вдосконалити фінансову систему, щоб забезпечити стабільне фінансування медичних установ і надавання якісних медичних послуг всім громадянам [35].



Рис. 2.7. Визначення основних перешкод щодо вдосконалення сфери охорони здоров'я (на основі джерела [124]).

Далі, необхідно більш детально узагальнити та обґрунтувати основні проблеми у діючій на сьогодні системі охорони здоров'я України в контексті медичного обслуговування населення країни (табл. 2.2).

Також варто, звернути увагу на інші проблемні питання діяльності лікарів та іншого медичного персоналу, серед яких: відсутність захисту, з юридичної точки зору, а, також, фізичного захисту від дій неадекватних пацієнтів. Важливою проблемою є неповна забезпеченість сільської місцевості лікарями, банальна відсутність приміщень для їх роботи та недостатня соціальна захищеність.

Тож, можна зробити висновок, що, на сьогоднішній день, здійснюється ряд дій, фактично злочинних, що порушують законодавчі норми. Порушників необхідно притягти до особистої відповідальності за нанесену шкоду системі охорони здоров'я та населенню країни, а державним органам влади необхідно

посилити контроль за дотриманням законності дій відповідальних осіб. Значні прогалини у функціонуванні вітчизняної системи охорони здоров'я та недоліки у державному реагуванні на виникнення надзвичайних ситуацій стали особливо помітні на початку поширення коронавірусної інфекції 2019-nCov в Україні та тривають досі в умовах військового стану країни [209].

Таблиця 2.2.

Основні проблеми забезпечення якісного
обслуговування споживачів медичних послуг у системі охорони здоров'я
України

Існуюча проблема	Характеристика
Імовірність тривалого очікування на прийом до сімейного лікаря в електронній черзі	Значна кількість часу, проведеного пацієнтом в очікуванні, може спровокувати розвиток важких ускладнень деяких захворювань, що вимагають оперативного втручання.
Щоб отримати направлення до спеціаліста, необхідно відвідати сімейного лікаря	Втрата часу пацієнта через необхідність отримати направлення від сімейного лікаря до вузького спеціаліста, адже раніше можна було відвідати будь-якого вузького спеціаліста без направлення.
Кваліфікація сімейного лікаря не дозволяє лікувати спеціалізовані захворювання	Завдяки досить загальному уявленню про деякі захворювання може проводитися сліпе лікування, яке може призвести до серйозних наслідків, або до переходу захворювання в хронічну форму.
Неможливість своєчасного надання екстреної медичної допомоги	Зайнятість лікарів, відсутність технічно справного транспорту для доставки лікарів на місце тощо призводять до можливості надання консультацій лише по телефону.
Залежність надання медичної допомоги від якості комп'ютерного обладнання, його відсутність у деяких пацієнтів, низька стабільність Інтернет-з'єднання	Недостатній рівень інноваційного комп'ютерного обладнання медичних закладів для обробки великих обсягів інформації сприяє нестабільній роботі Інтернет-провайдерів, які надають доступ до електронної системи медичному персоналу.
Відсутність національного моніторингу сучасних методів лікування поширених захворювань	У процесі лікування серцево-судинних захворювань, туберкульозу, раку тощо не використовуються прогресивні підходи міжнародного рівня, систематично не пропагується здоровий спосіб життя.
Обмеження на придбання ліків для пільгових категорій населення в аптечних мережах	Пільгові ліки для деяких категорій громадян відпускаються в обмеженій кількості аптек; перелік препаратів, які надаються безкоштовно або зі знижкою за державною програмою, досить обмежений

Існуюча проблема	Характеристика
Низький рівень профілактичних заходів щодо зниження захворюваності населення	Відсутність стимулів у медичного персоналу щодо мотивації пацієнтів до профілактики захворювань та направлення пільгових категорій населення на санаторно-курортне лікування, що призводить до стрімкого розвитку важковиліковних та хронічних захворювань у громадян і, відповідно, до зростання вартості лікування

Таблицю складено автором на основі аналізу джерела [121].

Важливо наголосити, що позитивним є те, що в умовах бойових дій та військового стану на території всієї країни, відчувається покращення ставлення населення до лікарів та інших медичних працівників, своєрідна переоцінка їх ролі в житті кожного громадянина. Проте, за весь період незалежності України, чітко простежується пряма залежність виникнення негативних наслідків для життя та здоров'я населення від дефіциту виділених коштів з Державного бюджету України у сферу охорони здоров'я та від неналежного виконання органами державної влади своїх функціональних обов'язків у питаннях забезпечення потреб даної галузі.

Дослідниця О. Гончарова наголошує що: “на жаль, за програмою медичних гарантій, більшість установ охорони здоров'я отримали набагато менший обсяг бюджетних коштів у порівнянні з обсягами медичної субвенції, які надавались закладам до впровадження медичної реформи. Гостріше став відчуватися дефіцит бюджетних коштів у спеціалізованих медичних закладах (онкологічних, психіатричних, паліативних, фтизіатричних тощо). Так, замість запланованого підвищення заробітної плати медичному персоналу та покращення умов його роботи для якісного надання медичної допомоги пацієнтам, в тому числі, гарантування її безоплатності та доступності для кожного без винятку громадянина України, з'явилась загроза закриття багатьох лікувальних закладів, значного скорочення їх штату та, відповідно, хвилі масових звільнень персоналу. Також, з'явилась проблема різкого підвищення цін на медикаменти (у середньому у 2.3 рази в усіх аптечних мережах країни). Тому, розв'язання такого питання можна

вважати у посиленні заходів державного регулювання цін на лікарські та медичні засоби” [49].

З іншої сторони, обіцяне підвищення рівня заробітної плати медичним працівникам просто не можливе за умови повного державного забезпечення пацієнтів безкоштовними медикаментами з урахуванням діючих на сьогодні підвищених цін на ліки. Пріоритетним питанням, все ж таки, є утримання так потрібного на сьогодні медичного персоналу на робочих місцях, від цього напряму буде залежати здоров'я та життя багатьох громадян, особливо в умовах повномасштабної війни на території України.

Також, в умовах війни актуальна проблема щодо готовності лікувальних закладів до впровадження другого етапу медичної реформи. Наразі, навіть не сформований чіткий алгоритм для надання невідкладної медичної допомоги пацієнтам (наприклад, відсутній чіткий маршрут руху автомобіля екстреної допомоги для підвезення пацієнта з місця його перебування у необхідний лікувальний заклад). Таке становище, також, уповільнює процес впровадження інноваційного порядку фінансування лікувальних установ.

Варто відзначити помітні недоліки у функціонуванні електронної системи охорони здоров'я: відсутня можливість запису пацієнтів, які не мають підписаної декларації з лікарем загальної практики сімейної медицини, а також відсутній робочий алгоритм розмежування таких пацієнтів. особи з числа громадян, які задекларували співпрацю з НСЗУ. Варто зазначити, що передбачається ґрунтовна перебудова роботи автоматизованих інформаційних систем та доповнення їх необхідними функціями реєстрації всіх груп пацієнтів, незалежно від наявності чи відсутності підписаної декларації [135].

Відповідно до вищезазначених фактів та наявних проблем можна зробити висновок, що реалізація процесу реформування існуючої системи охорони здоров'я України має відбуватися як у практичному, так і в теоретичному напрямках,

координація між якими має бути чітко регламентована. Це, у свою чергу, стає можливим за умови ефективного державного управління у сфері охорони здоров'я. На жаль, сучасна ситуація в цій сфері свідчить про невідповідність напрямів впровадження інноваційних підходів до сфери охорони здоров'я реаліям і вимогам сучасного світу.

Ключова проблема реформування медичної галузі України полягає у відстороненості від життєвих проблем населення та зосередженні уваги на тимчасових труднощах, а не на досягненні основної мети впровадження реформ. Сучасний стан вітчизняної системи охорони здоров'я пригнічений відсутністю професійного підходу до вирішення проблемних питань, стабільної та впевненої позиції, стійких засад для реалізації стратегічних цілей реформування цієї сфери, непорушних пріоритетів ефективних перетворень, промисловості та належного контролю з боку суспільства.

Отже, логічним та необхідним кроком для покращення ситуації в Україні є впровадження чіткого конкурсного відбору на керівні посади Міністерства охорони здоров'я України та його структурних територіальних органів управління. Важливо, щоб цей відбір здійснювався на конкурентній основі та сприяв призначенню кваліфікованих фахівців з вищою медичною освітою, високим рівнем кваліфікації та значним досвідом роботи у вітчизняних медичних закладах. Цей захід створить умови для ефективного реформування системи охорони здоров'я України, спрямованого на покращення її функціонування та забезпечення надання якісних медичних послуг для всіх громадян країни.

Крім того, для збереження та поліпшення продуктивності функціонування системи охорони здоров'я країни, запобігання закриттю лікувальних установ на різних рівнях, скороченню штатів медичного персоналу та відтоку кваліфікованих медичних кадрів за кордон, можна реалізувати низку дієвих заходів: збільшення обсягів бюджетних призначень для державних та комунальних медичних закладів

різного рівня за рахунок підвищення тарифів на надання медичних послуг в межах програми медичних гарантій. Це сприятиме підвищенню фінансування системи охорони здоров'я та покращенню доступності медичної допомоги для населення; введення щомісячної медичної субвенції для стимулювання діяльності та розвитку комунальних закладів охорони здоров'я. Ця ініціатива сприятиме покращенню інфраструктури медичних установ та підвищенню якості надання медичних послуг; введення цільових надходжень до бюджету з метою підвищення рівня оплати праці медичного персоналу лікувальних закладів. Цей захід сприятиме збереженню та приверненню кваліфікованих медичних працівників, що є важливим для забезпечення якості медичної допомоги.

Застосування цих заходів може сприяти покращенню фінансування та функціонування системи охорони здоров'я України та запобігти загрозі її деградації.

2.3 Емпіричне дослідження сучасного стану реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я

Сучасні реалії галузі охорони здоров'я, яка вже має численні проблеми, такі як низький рівень фінансового та матеріального забезпечення, технічно відстала інфраструктура, недосконалий менеджмент, відсутність належної системи мотивації персоналу, високий рівень корупції в усіх сферах та комунікацій, характеризується також появою нового чинника, а саме вимушеного переміщення медичного персоналу через військову ситуацію в країні.

Отже, існуючі проблеми у галузі охорони здоров'я, що перебуває на стадії реформ, підкреслюють важливість невідкладних і рішучих дій. Ці дії мають бути спрямовані не лише на впровадження конкретної стратегії розвитку медичної системи, але й на захист і поліпшення якості життя всього населення. На практиці стало очевидним, що держава не може самотійно вирішити всі існуючі проблеми

в цій галузі. У боротьбі за виживання та покращення умов життя населення державі слід співпрацювати з бізнес-сектором, громадськими організаціями та враховувати активну участь та свідомий підхід громадян. Тільки взаємодія всіх зацікавлених сторін може допомогти досягти успіху в реформуванні системи охорони здоров'я та забезпечити здоров'я і добробут усім громадянам.

Оскільки реформа, як відомо, є оптимізаційним процесом, який передбачає вибір найкращого варіанту з можливих альтернатив, або процесом приведення системи до оптимального стану, видається доцільним розглянути процес реформування системи охорони здоров'я через аналіз реалізації державної політики охорони здоров'я. І шляхом проведення емпіричного дослідження.

З метою оцінки стану надання медичних послуг, ефективності державної політики, доступу населення до медичної інфраструктури та системи заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я в Україні, було проведено опитування з використанням дистанційних інформаційних технологій. Це дозволило зібрати великий обсяг даних та отримати відгуки від громадян, медичних працівників та інших зацікавлених сторін щодо функціонування системи охорони здоров'я.

Опитування було спрямоване на визначення рівня задоволеності громадян наданими медичними послугами, виявлення проблем у доступі до лікування та діагностики, а також оцінку якості надання послуг і прозорості системи. За допомогою дистанційних інформаційних технологій, опитування може бути проведено на велику кількість учасників і аналіз результатів може допомогти у вдосконаленні системи охорони здоров'я на основі реальних потреб та вимог громадян.

У дослідженні взяли участь 2794 респонденти. Вибірка квотна (за гендером, віком та освітою), гніздова (за типом населеного пункту). У тому числі розподіл опитаних відбувався за наступними категоріями: споживачі медичних послуг –

2502 особи; публічні службовці медичної галузі – 116 осіб; медичні працівники середнього рівня – 176 осіб (табл.2.3).

Таблиця 2.3

Репрезентативність вибірки та методологія проведення дослідження

Загальна кількість опитаних респондентів	2794
Репрезентативність дослідження	$\geq 2,5\%$.
Метод опитування	Інтерв'ю за допомогою комп'ютера
Метод зважування	Без зважування
Розподіл респондентів за категоріями	2502 особи (89,5 %) – споживачі медичних послуг; 116 осіб (4,15 %) – публічні службовці медичної галузі; 176 осіб (6,3 %) медичні працівники різних рівнів та кваліфікацій

Таблиця розроблена автором за результатами проведено дослідження.

Вибірка респондентів була сформована з переважної кількості споживачів медичних послуг – опитування через соціальні мережі та цільові групи у менеджерах; публічних службовців медичної галузі, зокрема Міністерства охорони здоров'я та інші; медичних працівників різного рівня кваліфікації та напряму діяльності.

Емпіричне дослідження проводилось за допомогою анонімного електронного анкетування. Анкета розроблена за допомогою Інтернет-сервісу “Google Forms”, який дозволяє акумулювати дані респондентів, формувати відповіді у вигляді таблиць “Excel”, додатків та форм. Доступ до анкети можливий за допомогою різних типів електронних пристроїв: ПК, планшет, смартфон. Опитування відбувалось у період: 15 грудня 2022 року – 18 лютого 2023 року. Розподіл вибірки респондентів представлено в табл. 2.4

Таблиця 2.4

Розподіл вибірки дослідження

Розподіл респондентів		Вибірка, %	Кількість респондентів
Вибіркові групи	споживачі медичних послуг	89,5	2502
	публічні службовці медичної галузі	4,15	176
	медичні працівники середнього зв'язу	6,3	116
Стать	чоловік	44,12	1233
	жінка	55,86	1561
Вік	18 – 24 роки	14,45	404
	25 – 34 роки	17,25	482
	35 – 44 роки	39,72	1110
	45 – 54 роки	19,93	542
	55 – 64 роки	8,9	249
	65 +	0,25	7
Місцевість проживання	сільська місцевість	11,81	330
	місто з населенням до 50 тис. осіб	16,5	463
	місто з населенням 50 – 99 тис. осіб	15,31	428
	місто з населенням 100 – 500 тис. осіб	26,27	734
	місто з населенням понад 500 тис. осіб	31,96	839

Таблиця сформована автором за результати дослідження.

Одним із пріоритетних напрямків нашого дослідження є розвиток галузі охорони здоров'я, тому нашим респондентам було запропоновано відповісти на питання “Чи медичній установі, де ви проходите обслуговування надається підтримка з бюджету (державного або місцевого)?”

Відповіді розподілилися наступним чином: на дане питання отримано 1307 відповідей. Так, лише 4% респонденти вважають, що “з бюджету забезпечуються усі потреби медичного закладу”; 12% відповіли, що “кошти бюджету покривають більшу частину витрат”. Водночас, 28% респондентів вважає, що “з бюджету надходить дуже мало” та найбільша кількість респондентів – 56 % відповіли, що “підтримка з бюджету не надається”. Розподіл відповідей представлено на рис. 2.8.

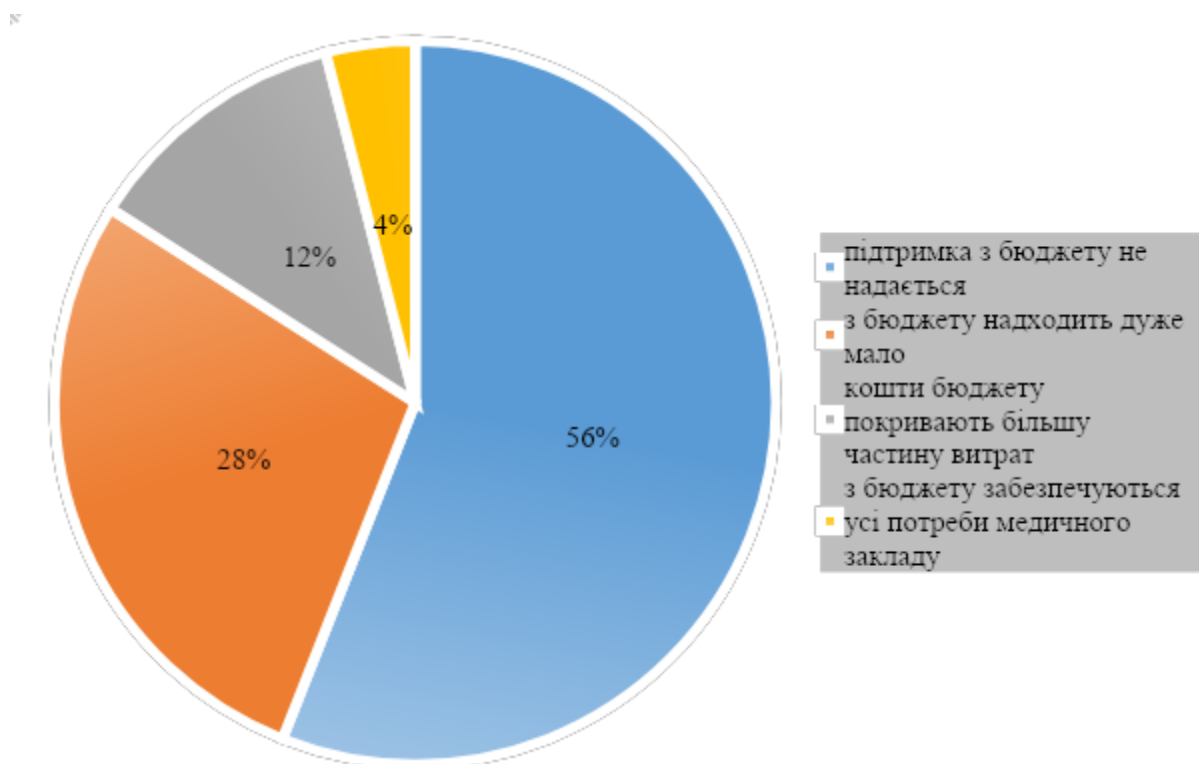


Рис. 2.8. Наявність фінансової підтримки з бюджету (державного або місцевого) спортивній секції, на думку респондентів в категорії “Споживачі медичних послуг”. (Діаграма складена автором на основі проведеного дослідження).

З ілюстративного матеріалу рис. 2.8. зрозуміло, що 56 % респондентів зазначили про відсутність бюджетної підтримки на розвиток медичних закладів. Важливо наголосити, що особливо важливу роль в розвитку системи охорони здоров'я відіграє політична та фінансова підтримка Уряду, органів місцевого самоврядування та соціально відповідального бізнесу. Тому для збільшення обсягу інвестицій у медичну інфраструктуру необхідно об'єднати зусилля всіх зазначених сторін, в тому числі через модель державно-приватного партнерства.

Погоджуємось із думкою авторів колективної монографії “Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку”, що: “громадське здоров'я – це комплексна політична, економічна, соціальна й медична

категорія, що інтегрує індивідуальне здоров'я громадян, обумовлене дією сукупності політичних, економічних, соціальних і біологічних чинників, визначає демографічний, соціальний, економічний потенціал суспільства, є фактором національної безпеки та об'єктом соціальної політики держави" [66] .

Науковці О. Дорошенко та М. Шевченко [78] слушно зазначають, що "кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я".

З точки зору Я. Шегедина, сферу охорони здоров'я та відповідну публічну політику доцільно розглядати системно й процесуально: системно як відкриту, динамічну, складну суспільну систему, яку утворюють комплекси (підсистеми) "різноманітних державних і недержавних органів і організацій, діяльність яких здійснюється на основі міжгалузевих відносин і спрямована на збереження, зміцнення і відновлення здоров'я населення"; процесуально в напрямках державно-управлінської діяльності, а саме державного будівництва, яке охоплює визначення й правове закріплення форми державного правління; політичного режиму; державнотериторіального устрою; основних цілей і функцій держави, їх пріоритетності; розподілу повноважень між гілками та вищими органами державної влади; стратегії розвитку держави; структури органів державної влади відповідно до функцій держави та її стратегічних цілей; формування державної політики з різних галузевих напрямів діяльності держави; реалізації державної політики, яка передбачає виконання функцій державного управління (оперативне й тактичне управління) для досягнення визначених цілей держави в певний період її історичного розвитку. Згідно з визначенням ВООЗ, система охорони здоров'я – це сукупність усіх організацій, інститутів і ресурсів, головною метою яких є поліпшення здоров'я нації. Для функціонування системи охорони здоров'я необхідні кадрові ресурси, фінансові кошти, інформація, устаткування й матеріали та ін. [226].

У ході обробки соціологічної інформації було виявлено, що в опитуванні

взяли участь переважно респонденти з категорії “Споживачі медичних послуг”, які вчасно проходять перевірки і медичні огляди – 27 % респондентів; 10 % відповіли “не звертаюсь взагалі та недовіряю українським лікарям вчасно проходжу всі перевірки та огляди”; 63 % зазначили “звертаюсь виключно за наявності гострої потреби” (рис. 2.9.).

Спираючись на результати проведеного опитування можна зазначити, що на питання “Визначте стримуючі фактори, які впливають на пасивне ставлення людей до звернення до медзакладу” опитані відповіли наступним чином: на думку респондентів в категорії “Медичні працівники” найбільшим стримуючими факторами, які впливають на пасивне ставлення людей до звернення у медичні заклади є “вартість послуг та ліків ” – 32% та зручність розташування об’єктів медичної інфраструктури – 16 %. Цікавим для дослідження є те, що відповіді в категорії “Медичні працівники” та “Публічні службовці” є протилежними. Публічні службовці медичної галузі, навпаки вважають, що перш за все, стримуючим фактором є якість надання послуг – 25 %, а далі “вартість послуг” – 23 % (рис. 2.10).

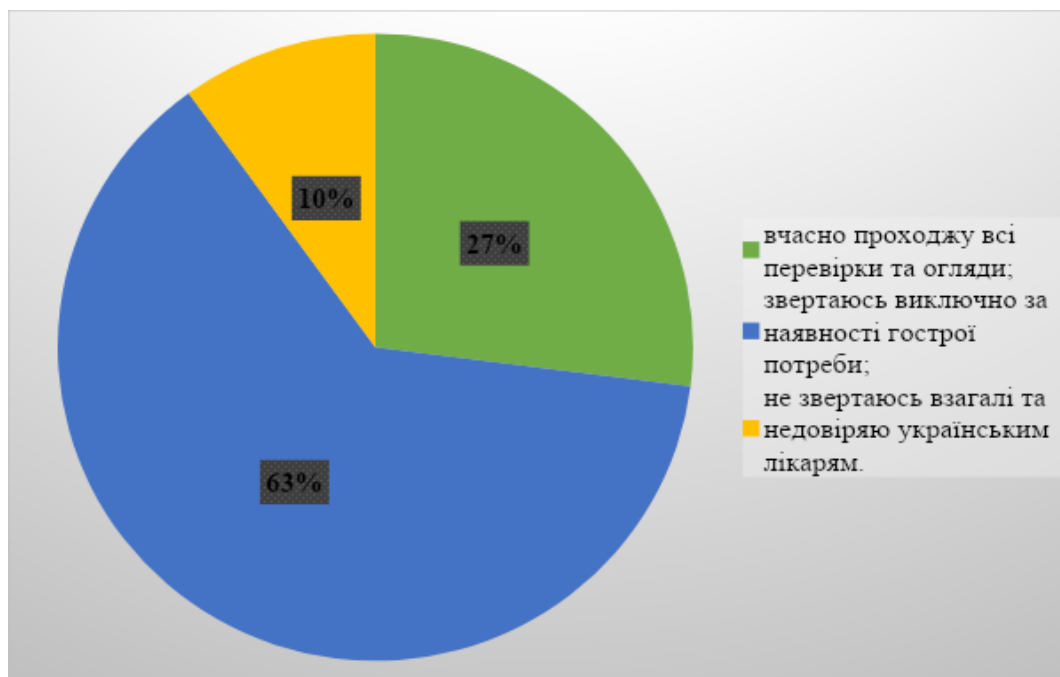


Рис. 2.9. Фактори, що стимулюють звертатися до медичного закладу “Споживачі медичних послуг”. (Діаграма складена автором на основі проведеного дослідження).

У цілому результати соціологічного дослідження свідчать про те, “наскільки доступними для всіх верств населення є отримання медичних послуг різного рівня у вашій громаді”: повністю доступні – 13,7 %; досить доступні – 10,2 %; посередньо доступні – 59,8; мало доступні – 11,2 %; не доступні взагалі – 4,5 % (рис. 2.11.)

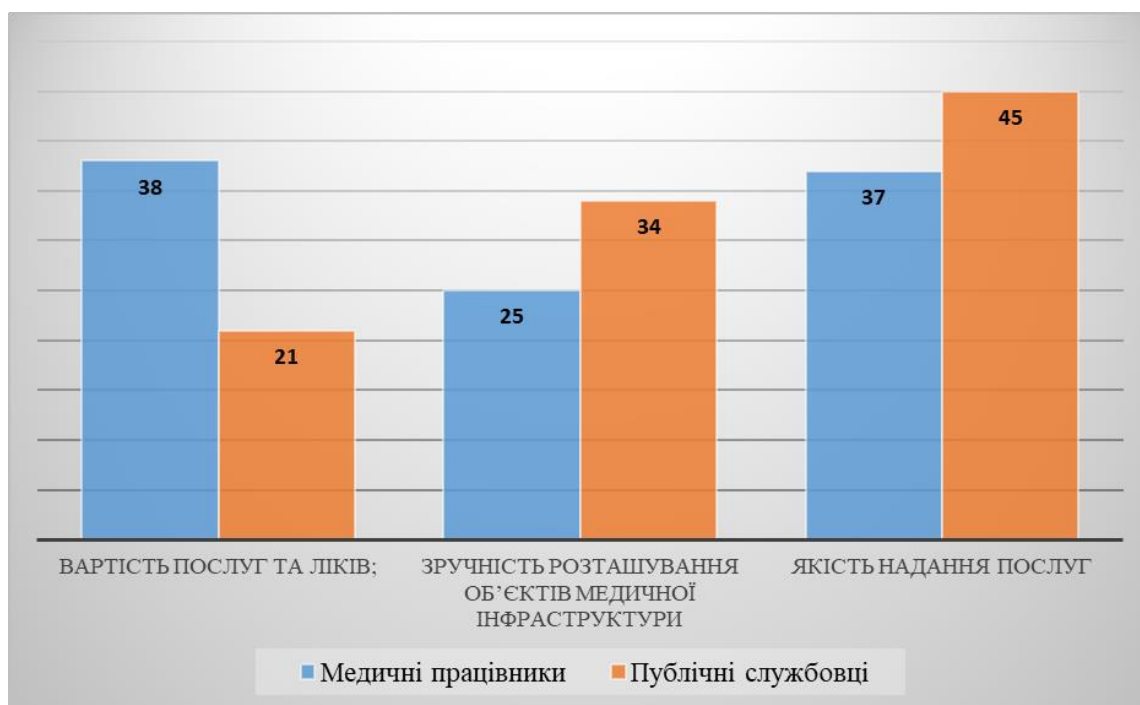


Рис. 2.10. Стримуючі фактори, які впливають на пасивне ставлення людей до звернення до медичного закладу. Гістограма складена автором на основі проведеного дослідження.

Так, в контексті доступності до медичної інфраструктури варто наголосити, що на початку активної стадії війни росія завдала значних втрат медичній системі.

Найбільших руйнувань медична інфраструктура зазнала на території 5 областей: Донецької, Харківської, Миколаївської, Чернігівської та Київської областей. Також складною залишається ситуація з медичною інфраструктурою Луганської області. Україна фактично не має доступу до медичних закладів на цій території і не може повністю оцінити масштаби руйнувань.

Загальні потреби у відновленні медичної інфраструктури вже оцінюють у 6,4 мільярда доларів. Щоб привести систему охорони здоров'я в цілому до кращих європейських практик, потрібно понад 15 мільярдів доларів [193].

Щоб відновлення проходило комплексно, необхідно розробити Стратегічний плану відновлення медичної інфраструктури, який має включати чіткі напрями та завдання, а також можливі фінансові ресурси для відновлення

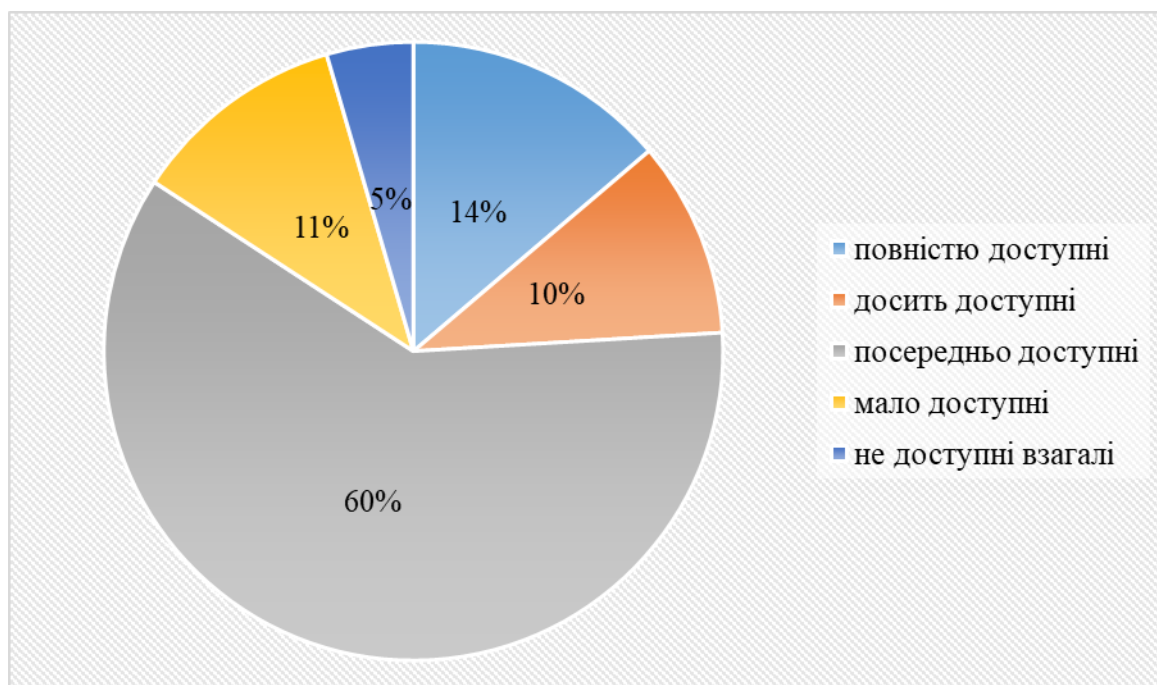


Рис. 2.11. Загальні показники за всіма категоріями респондентів щодо доступності до медичної інфраструктури. (Діаграма складена автором на основі проведеного дослідження).

Перший напрям – моніторинг пошкодженої інфраструктури на всій території України, та розробка кроків щодо її відновлення.

Другий напрям – реконструкція медичних закладів, а й посилення реабілітаційних служб, надання послуг психіатричної допомоги, гармонізація законодавства з ЄС тощо.

Третій напрям – модернізація медичної системи відповідно до кращих світових практик, підвищення якості медичного обслуговування та розвиток кадрового потенціалу.

Важливим питанням дослідження для категорій “Споживачі медичних послуг” та “Медичні працівники” було: *“Як Ви в цілому оцінюєте реалізацію державної політики у галузі охорони здоров’я?”*.

Відповіді розподілилися наступним чином: найбільший показник відповідей в обох категоріях це – “частково не схвалюю”, зокрема 48,7 % респондентів в категорії “Споживачі медичних послуг” та 60,3% – “Медичні працівники”; майже схожий показник щодо відповіді “не схвалюю” – 22,9 % респондентів в категорії “Споживачі медичних послуг ” та 21,6 % серед респондентів в категорії “Медичні працівники ”.

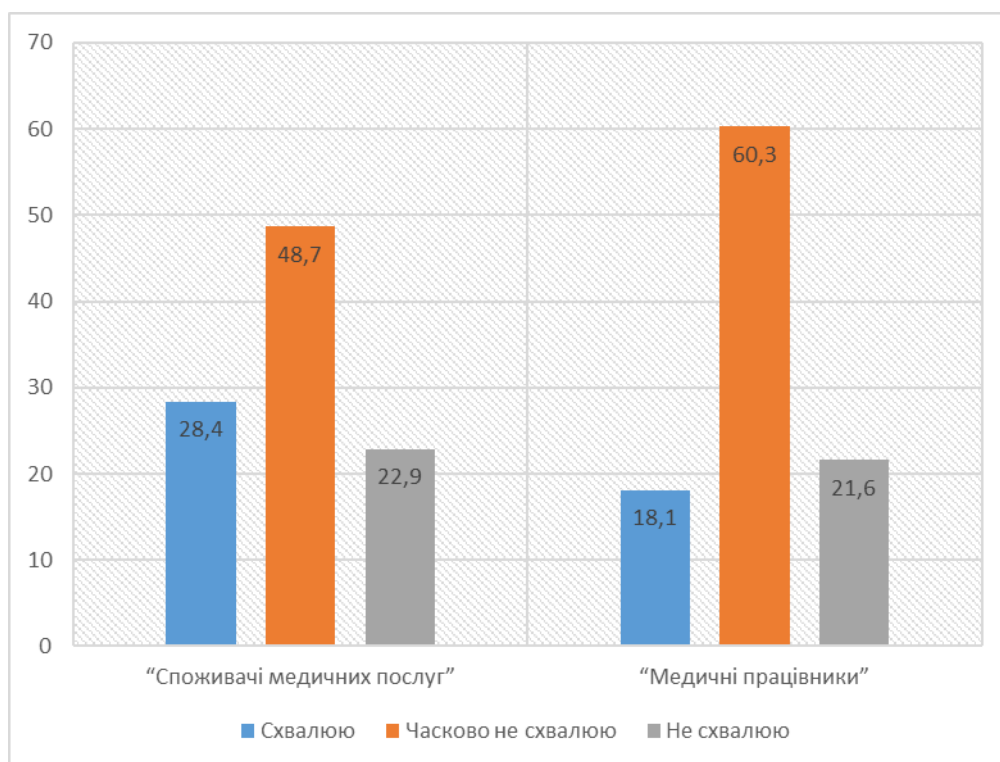


Рис. 2.12. Порівняння показників щодо оцінки реалізації державної політики у галузі фізичної культури та спорту (Категорії "Споживачі медичних послуг" та "Медичні працівники"), (Гістограма складена автором на основі проведеного дослідження).

Водночас серед респондентів категорії "Споживачі медичних послуг" 28,4 % схвалюють стан реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я, показник з кількості респондентів категорії "Медичні працівники" дорівнює 18,1 %. Ілюстрація даних представлена на рис. 2.12.

З рис. 2.12 зрозуміло, що найбільший показник відповідей знаходиться у полі "частково не схвалюю" реалізацію державної політики у галузі охорони здоров'я. Так, слід зазначити, що сучасні напрями формування публічної політики у зазначеній сфері мають включати комплекс механізмів, зокрема оптимальне поєднання нормативної бази, організаційної структури, економічних методів регулювання, інформаційних систем.

Отже, сучасні реалії сфери охорони здоров'я, яка й без того має численні проблеми, такі як низький рівень фінансового та матеріального забезпечення, технічно відстала інфраструктура, недосконалий менеджмент, відсутність належної системи мотивації кадрів, високий рівень корупції у всіх сферах та ланках. Так проблеми галузі, яка переживає реформування, загострюють потребу швидких та рішучих дій, спрямованих уже не лише на реалізацію визначеної стратегії розвитку медичної системи, але й на боротьбу за виживання населення загалом. Практика показала, що в цій боротьбі держава не спроможна самотужки впоратися з визначеними проблемами, отже, їй мають допомогти бізнес, громадські організації та свідомий підхід громадян.

Висновки до розділу 2

Узагальнено та проведено аналіз нормативно-правової бази забезпечення у сфері охорони здоров'я. Обґрунтовано, що важливим аспектом в частині ефективного функціонування та розвитку системи охорони здоров'я є сучасне, узгоджене, дієве нормативно-правове забезпечення на всіх рівнях публічного управління. Проведений аналіз свідчить, що діяльність з реформування законодавства зосереджена скоріше на окремих законах, ніж на створенні сприятливого нормативно-правового середовища для реалізації міжнародної декларації.

Визначено пріоритетні державні проєкти у сфері розвитку охорони здоров'я та основні напрями їх реалізації у контексті нормативно-правового регулювання, зокрема: створення оперативного інформаційного механізму раннього попередження ризиків для здоров'я та надзвичайних ситуацій, інтегрованого з іншими структурами, залученими до реагування на надзвичайні ситуації, та міжнародними системами раннього попередження (ВООЗ, ЄС та ін.);

стимулювання та розвиток практико-орієнтованої підготовки студентів у галузі охорони здоров'я; виробництво модульних лікарень європейського типу; спільне виробництво у партнерстві з міжнародними виробниками модульних лікарень європейського зразка для оперативного відновлення медичної допомоги населенню під час відбудови інфраструктури зруйнованих закладів охорони здоров'я тощо.

Виявлено перешкоди на шляху впровадження механізмів управління громадським здоров'ям. Основними причинами низької якості та ефективності медичних послуг громадян є: недостатня кількість спеціалістів □ через високу завантаженість медичного персоналу знижується якість послуг; низький рівень кваліфікації медичного персоналу – різні лікарі можуть ставити різні діагнози та призначати різні методи лікування одних і тих же симптомів і захворювань пацієнта, що може призвести до лікування без очікуваного ефекту; недостатнє медичне обладнання та його застарілість, більшість діагностичних та лікувальних процесів здійснюється на обладнанні радянських часів, яке є менш точним і непрацездатним, ніж сучасне, а дослідження на інноваційному обладнанні значно дорожче; низька заробітна плата та відсутність ефективної системи мотивації та стимулювання □ через низьку заробітну плату, відсутність ефективної системи мотивації та мотивації, недостатній соціальний захист, виїзд за кордон кваліфікованим медичним персоналом.

Обґрунтовано, що існує також проблема невідповідності підготовки кадрів потребам сучасної системи охорони здоров'я; нестача фінансових ресурсів □ відсутність коштів призводить до нестачі в медичних закладах кадрів необхідним обладнанням; неможливість своєчасного надання медичної допомоги громадянам є наслідком нестачі спеціалістів та сучасного обладнання, а також зростання цін на ліки та тарифів на медичні послуги.

Проведено та обґрунтоване емпіричне дослідження щодо стану справ в галузі охорони здоров'я. Опитування проводилось через соціальні мережі та цільові

групи у менеджерах. У дослідженні взяли участь три групи респондентів: споживачі медичних послуг, публічні службовці медичної галузі, медичні працівники різного рівня кваліфікації та напрямку діяльності.

РОЗДІЛ 3

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ ТА ДОСВІДУ УКРАЇНИ З ПИТАНЬ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1 Дослідження практики формування кадрового забезпечення у галузі системи охорони здоров'я європейських країн

Порівняння практик української системи охорони здоров'я з практиками різних європейських країн може допомогти виявити успішні стратегії та найкращі практики, які можуть бути застосовані в Україні та інших контекстах. Важливо також з'ясувати виклики та проблеми, з якими стикаються європейські країни щодо кадрового забезпечення в системі охорони здоров'я, і запропонувати рекомендації щодо поліпшення ситуації.

Одним з успішних аспектів, які можна виділити у європейських країнах, є системи набору та рекрутингу медичного персоналу. Багато країн використовують комплексний підхід до набору, що включає активну рекламу вакансій, привернення молодих фахівців до професії, стимулюючі програми для вступу до медичних університетів та спеціалізації у нестачних галузях. Україна може вивчити ці стратегії та впровадити їх для покращення кадрового забезпечення.

Також варто звернути увагу на систему навчання та розвитку медичного персоналу. Деякі європейські країни мають добре розвинені програми післядипломної освіти, стажування та можливостей професійного росту для медичних працівників. Україна може навчатися від цих країн, удосконалюючи свою систему постійного навчання та створюючи можливості для професійного зростання медичного персоналу [385].

Одним з викликів, з якими стикаються європейські країни, є брак кваліфікованих медичних працівників у певних регіонах або спеціалізаціях. Це може бути наслідком нерівномірного розподілу медичного персоналу або недостатнього забезпечення стимулами для роботи у менш привабливих регіонах. Україна може вивчити досвід європейських країн у розв'язанні цієї проблеми, наприклад, шляхом впровадження стимулюючих програм або політик перерозподілу медичного персоналу.

Далі варто порівняти досвід трьох європейських країн, зокрема Нідерландів, Норвегії, Швейцарії, Німеччини, Іспанії, Італії, Бельгії, Франції, Польщі, Швеції, та Австрії з українською системою охорони здоров'я, зокрема щодо практики формування кадрового забезпечення.

Нідерланди мають високу кількість медичних фахівців на 1000 населення, що свідчить про велику доступність медичної допомоги в цій країні. Цей факт говорить не лише про кількість лікарів, але й про глибоку заангажованість у галузі охорони здоров'я в Нідерландах. Однією з ключових рис цієї успішної системи є активна політика щодо залучення молодих фахівців до медичної професії. Нідерланди витратили значні зусилля на створення пропаганди та стимулюючих програм для молодих людей, які розмірковують над обранням кар'єри у сфері медицини. Ці програми можуть включати фінансову підтримку, стипендії та інші інcentиви, які роблять цей вибір більш привабливим для молоді.

Крім того, Нідерланди надають різноманітні можливості для навчання та професійного розвитку в сфері медицини. Медичні студенти та фахівці мають можливість підвищити свої кваліфікації шляхом участі в стажуванні та післядипломних курсах. Це сприяє постійному підвищенню рівня компетентності та професійної майстерності медичних працівників [347]. Завдяки цим ініціативам та підходу, Нідерланди зберігають високий стандарт якості медичної допомоги та мають готовність забезпечити здоров'я свого населення на високому рівні. Ця

модель активної підтримки та розвитку медичних фахівців може слугувати прикладом іншим країнам, які прагнуть поліпшити свою систему охорони здоров'я і забезпечити доступну та високоякісну медичну допомогу для свого населення.

Норвегія відома своїм високим рівнем задоволення медичних працівників своєю професією завдяки кільком ключовим аспектам, які сприяють створенню сприятливих умов для розвитку кар'єри в медицині та забезпечують високу якість медичних послуг у країні. Норвегія впроваджує успішну політику щодо розподілу медичних працівників за регіонами. Це означає, що медичні фахівці розташовані у різних частинах країни, включаючи менш розвинуті райони. Це досягається завдяки стимулюючим програмам, які можуть включати фінансові інcentиви, допомогу у пошуку житла та інші переваги для лікарів і медичних сестер, які обирають працювати в менш заселених або віддалених районах. Це сприяє забезпеченню рівномірного доступу до медичної допомоги для всього населення, незалежно від місця проживання.

У Норвегії велика увага приділяється післядипломній освіті та постійному розвитку навичок медичного персоналу. Лікарі та медичні сестри мають можливість постійно підвищувати свій професійний рівень через різноманітні курси, семінари та спеціалізовані навчальні програми. Це допомагає забезпечити, що медичний персонал завжди знатиме найсучасніші методи та стандарти лікування, що, в свою чергу, позитивно впливає на якість медичних послуг. Країна також надає можливість отримання якісної медичної освіти. Університети та вищі навчальні заклади країни пропонують широкий спектр медичних програм для студентів, які мріють стати лікарями, медичними сестрами чи іншими медичними фахівцями.

Загалом, високий рівень задоволення медичних працівників у Норвегії свідчить про серйозний підхід країни до розвитку сфери охорони здоров'я та підтримку свого медичного персоналу. Це відображається в доступності якісної

медичної допомоги для всього населення та у високій якості медичних послуг, наданих у цій країні.

Швейцарія відзначається високою якістю медичної освіти та стандартами професійної практики. Ця висока якість медичної освіти базується на декількох ключових аспектах, які сприяють розвитку медичного персоналу та підвищенню якості медичних послуг у країні:

- стажування та науково-дослідницька робота: країна активно використовує стажування та можливості для науково-дослідницької роботи для розвитку свого медичного персоналу. Медичні фахівці мають можливість після закінчення основної медичної освіти поглиблювати свої знання та навички під керівництвом досвідчених лікарів та учених. Це дозволяє медичним працівникам отримувати практичні навички та оновлені знання, які важливі для ефективної медичної практики;

- конкурентоспроможна оплата праці: Швейцарія відома своєю конкурентоспроможною оплатою праці для медичних фахівців. Це включає в себе високі зарплати для лікарів, медичних сестер, фармацевтів та інших спеціалістів у галузі охорони здоров'я. Висока оплата праці є мотивуючим фактором для талановитих медичних фахівців і сприяє залученню та збереженню кваліфікованого персоналу;

- привабливі умови праці: Швейцарія також надає медичному персоналу привабливі умови праці. Це включає в себе сучасне обладнання та інфраструктуру в медичних закладах, робочі умови, які відповідають найвищим стандартам, та можливості для професійного розвитку.

Усі ці чинники разом сприяють тому, що медичний персонал в Швейцарії має можливість отримувати якісну медичну освіту, покращувати свої навички через стажування та науково-дослідницьку роботу, отримувати гідну оплату праці і

працювати в комфортних умовах. Це, в свою чергу, позитивно впливає на якість медичних послуг, які надаються на користь населенню країни.

Загальне обов'язкове медичне страхування в Німеччині гарантує покриття медичних послуг для всіх громадян. Ця система допомагає забезпечити доступність медичної допомоги для всього населення країни. Через обов'язкове страхування, яке фінансується як роботодавцями, так і робітниками, німці мають можливість отримати якісну медичну допомогу незалежно від свого соціального статусу чи фінансового стану. Система охорони здоров'я в Німеччині є децентралізованою, і управління несе відповідальність федеральний, регіональний та локальний органи влади. Це дозволяє краще враховувати місцеві потреби і специфіку регіонів. Локальні органи можуть розробляти стратегії надання медичних послуг, що відповідають конкретним потребам свого населення, забезпечуючи ефективну організацію охорони здоров'я.

Професійний розвиток медичного персоналу в Німеччині є важливим аспектом системи охорони здоров'я. Лікарі, медичні сестри та інші фахівці мають можливість постійно підвищувати свої навички через навчання та спеціалізацію. Інновації в медицині та дослідження підтримуються, що сприяє вдосконаленню медичних методів та процедур, а також підвищує якість медичних послуг. Залучення молодих фахівців до системи охорони здоров'я підтримується через стипендії, можливості для стажування та спеціалізовані програми. Це допомагає забезпечити наявність кваліфікованого персоналу для майбутнього і зберегти високий рівень мотивації серед медичних працівників [314].

Усі ці фактори спільно забезпечують високу якість та доступність медичної допомоги в Німеччині, роблячи її систему охорони здоров'я однією з найрозвинутіших та успішних у світі.

Іспанія володіє системою охорони здоров'я, яка ґрунтується на універсальному публічному страхуванні, що гарантує надання медичних послуг

усім громадянам. Ця система дозволяє забезпечити медичне обслуговування незалежно від соціального статусу, доходів чи заняття і, отже, сприяє рівному доступу до охорони здоров'я. Іспанія визначила медичне обслуговування як одну з основних громадських послуг і гарантує його доступність для всіх громадян.

Однією з особливостей системи є регіональний підхід до управління охороною здоров'я. Країна поділена на автономні спільноти, і кожна з них має відповідальність за надання медичних послуг власним мешканцям. Цей регіональний підхід дозволяє краще враховувати місцеві потреби та особливості. Також, ця система сприяє ефективному функціонуванню системи охорони здоров'я, адже дозволяє реагувати на конкретні проблеми і вимоги, які можуть відрізнятися в різних регіонах. Іспанія приділяє значну увагу медичній освіті та науковим дослідженням в галузі охорони здоров'я. Інвестиції у навчання та дослідження сприяють підвищенню рівня професійної підготовки медичного персоналу та розвитку нових технологій у медицині. Це, в свою чергу, позитивно впливає на якість наданих медичних послуг та науковий розвиток сфери охорони здоров'я в цій країні.

Італія має систему загального обов'язкового страхування здоров'я, яка є важливим стовпом системи охорони здоров'я країни. Ця система гарантує доступ до медичних послуг для всіх громадян, незалежно від їхнього соціального статусу, доходу чи заняття. Завдяки обов'язковому страхуванню, італійці мають можливість отримувати якісну медичну допомогу, не стикаючись з фінансовими обмеженнями.

Управління системою охорони здоров'я в Італії децентралізоване та розподілене між різними регіонами. Ця система надає регіонам можливість визначати власні політики та пристосовувати їх до місцевих потреб та особливостей. Це означає, що кожен регіон може розробляти власні стратегії надання медичних послуг, що відповідають конкретним вимогам свого населення.

Італія активно розвиває телемедицину та електронне здоров'я, що сприяє покращенню доступу до медичних послуг та координації між різними провайдерами охорони здоров'я. Це дозволяє пацієнтам отримувати швидку та якісну медичну допомогу, особливо в регіонах з віддаленими або важкодоступними районами. Окрім цього, це сприяє зручним умовам для медичного персоналу, оскільки полегшує їхню роботу та сприяє покращенню обміну інформацією між медичними закладами [314].

Усі ці фактори разом забезпечують високий стандарт медичної допомоги в Італії та роблять систему охорони здоров'я країни досить успішною та доступною для всіх її громадян.

Бельгія розпоряджається системою охорони здоров'я, яка поєднує загальне обов'язкове страхування здоров'я та публічні та приватні страхові компанії. Ця система гарантує доступ до медичних послуг для всіх громадян, незалежно від їхнього соціального статусу чи доходів. Загальне обов'язкове страхування забезпечує базовий рівень медичних послуг, включаючи відвідування лікарів, госпіталізацію та ліки, тоді як приватні страхові компанії доповнюють цей покриття додатковими послугами та вищим стандартом за бажанням пацієнта.

Управління системою охорони здоров'я в Бельгії організовано на двох рівнях: федеральному та регіональному. Федеральний рівень відповідає за координацію та фінансування системи, тоді як регіональні органи влади відповідають за організацію та надання медичних послуг на місцевому рівні. Ця децентралізована модель дозволяє краще враховувати місцеві потреби та специфіку різних регіонів. Бельгія активно сприяє співробітництву між медичними фахівцями та академічними закладами з метою розвитку доказової медицини. Ця співпраця сприяє постійному вдосконаленню медичних стандартів та покращенню результатів лікування. Важливим аспектом цього підходу є дослідження та

інновації в медицині, які допомагають впроваджувати нові методи лікування та діагностики, що поліпшують якість медичних послуг у країні.

Усі ці фактори спільно забезпечують високий стандарт медичної допомоги в Бельгії та роблять систему охорони здоров'я країни досить успішною та доступною для всіх її громадян.

Франція славиться своєю системою загального обов'язкового страхування здоров'я, яка є однією з найрозвинутіших у світі та гарантує широкий спектр медичних послуг для всіх громадян. Ця система сприяє високій якості медичної допомоги та забезпечує рівний доступ до неї незалежно від соціального статусу чи фінансового стану пацієнтів. Франція відома своєю високою якістю медичних послуг та науковими досягненнями в галузі медицини. Країна активно інвестує в медичну науку, дослідження та інновації, що сприяє розвитку нових методів діагностики та лікування. Франція вирізняється інноваційним підходом до медичних технологій та застосуванням передових методів лікування, що робить її однією з лідерів у галузі медичних досліджень та клінічної практики.

Крім того, Франція надає значну увагу післядипломній освіті та спеціалізації медичного персоналу. Професійний розвиток лікарів, медичних сестер та інших фахівців підтримується через навчання та спеціалізацію, що допомагає забезпечити високий рівень професійної компетентності та підтримує високий стандарт медичної практики в країні [259]. Усі ці фактори разом роблять Францію однією з провідних країн у сфері охорони здоров'я та допомагають забезпечувати високий рівень медичних послуг для свого населення.

Ці країни володіють різними підходами до формування публічної політики у галузі охорони здоров'я, включаючи системи страхування, моделі управління та інвестиції в медичну освіту та дослідження. При вивченні їх досвіду, Україна може вибрати та адаптувати певні елементи, які відповідають її потребам та можливостям, для поліпшення системи охорони здоров'я.

Далі варто виділити основні особливості та різноманітність практик, які можуть бути корисними для вдосконалення системи охорони здоров'я в Україні.

Таблиця 2.6

Аналіз підходів до формування публічної політики у галузі
охорони здоров'я в деяких європейських країнах та порівняння з Україною

Країна	Підходи до формування публічної політики в галузі охорони здоров'я	Порівняння з Україною
Німеччина	Загальне обов'язкове медичне страхування	Більша ступінь охоплення медичним страхуванням
Іспанія	Універсальне публічне страхування здоров'я	Забезпечення доступу до медичних послуг для всіх громадян
Італія	Загальне обов'язкове страхування здоров'я	Регулярний доступ до медичних послуг
Бельгія	Загальне обов'язкове страхування здоров'я	Широкий спектр покриття медичними послугами
Франція	Загальне обов'язкове страхування здоров'я	Висока доступність медичних послуг
Польща	Загальне обов'язкове страхування здоров'я	Забезпечення первинної медичної допомоги
Швеція	Загальне обов'язкове страхування здоров'я	Інвестиції в електронне здоров'я та мобільні додатки

Таблицю складено автором на основі аналізу джерела [259].

Аналізуючи підходи до формування публічної політики в галузі охорони здоров'я в деяких європейських країнах та порівнюючи їх з Україною, можна зробити наступні спостереження. Німеччина має загальне обов'язкове медичне страхування, що забезпечує більшу ступінь охоплення населення медичним страхуванням в порівнянні з Україною. Іспанія має універсальне публічне страхування здоров'я, що гарантує доступ до медичних послуг для всіх громадян.

У порівнянні з Україною, це підходить до забезпечення універсальності та доступності медичної допомоги. Італія має загальне обов'язкове страхування здоров'я, що забезпечує регулярний доступ до медичних послуг. Це може бути порівняно з положенням в Україні, де також існує загальне обов'язкове страхування здоров'я, але доступ до медичних послуг може бути нерегулярним та обмеженим.

Бельгія має загальне обов'язкове страхування здоров'я з широким спектром покриття медичними послугами. У порівнянні з Україною, це може вказувати на більш високий рівень доступу до різноманітних медичних послуг у населення Бельгії. Франція має загальне обов'язкове страхування здоров'я, що забезпечує високу доступність медичних послуг. Це може слугувати прикладом для поліпшення доступності медичної допомоги в Україні. Польща має загальне обов'язкове страхування здоров'я, що зосереджується на забезпеченні первинної медичної допомоги. Це може бути корисним прикладом для вдосконалення системи первинної медичної допомоги в Україні. Швеція має загальне обов'язкове страхування здоров'я та інвестує в електронне здоров'я та мобільні додатки. Цей підхід може бути цікавим для розвитку інформаційних технологій у сфері охорони здоров'я в Україні [294].

Загалом, деякі європейські країни мають розвинуті та високоефективні системи охорони здоров'я, що гарантують широкий доступ до медичних послуг та більшу ступінь охоплення медичним страхуванням для своїх громадян. Ці системи ґрунтуються на принципах універсальності, рівності та доступності, що забезпечують надання якісної медичної допомоги в усіх регіонах країни.

Україна має можливість взяти на озброєння кращі практики та досвід з цих країн, зокрема щодо організації системи страхування здоров'я, децентралізації управління, інвестицій у медичну освіту, наукові дослідження та інновації. Це може сприяти покращенню ситуації в галузі охорони здоров'я в Україні, забезпечити більший охоплення населення медичним страхуванням та підвищити якість наданих медичних послуг. Важливою частиною цього процесу є постійне вдосконалення структури системи охорони здоров'я, впровадження технологічних інновацій та підвищення кваліфікації медичного персоналу.

Таблиця 2.7

Особливості фінансування системи охорони здоров'я європейських країн

Країна	Фінансування системи охорони здоров'я	Роль держави в управлінні системою	Виклики та проблеми	Рекомендації
Німеччина	Змішана система фінансування (платниками є держава, страхові компанії, роботодавці та громадяни)	Централізоване управління з декількома рівнями до послуг, старіюче населення, нестача медичного персоналу	Зростання витрат на охорону здоров'я, неоднаковий доступ медичних послуг, забезпечення довгострокової фінансової	Вдосконалення системи контролю за витратами та покриттям
Іспанія	Загальні податки та соціальні внески контролю за якістю послуг та доступом до них	Централізоване управління з децентралізованою діяльністю	Фінансова стійкість системи, недостатнє фінансування	Підвищення ефективності фінансування, вдосконалення системи
Італія	Загальні податки та соціальні внески використання ресурсів	Централізоване управління	Високі витрати на охорону здоров'я, недостатнє фінансування	Забезпечення стійкого фінансування, прозорість та ефективне
Бельгія	Загальні податки та соціальні внески міжрегіональних та міжсекторних систем охорони здоров'я	Децентралізоване управління посилення координації між різними рівнями влади	Довгі терміни очікування на прийом та недостатня координація	Підвищення доступності та якості медичних послуг,
Франція	Загальні податки та соціальні внески використання ресурсів та ефективний медичний менеджмент	Централізоване управління	Зростання витрат на охорону здоров'я, диспаритет доступу	Підтримка інновацій в охороні здоров'я, раціональне
Польща	Загальні податки та соціальні внески	Централізоване управління фінансування, старіюче населення	Недостатня координація між рівнями влади, недостатнє фінансування, покращення доступу до первинної	Зміцнення міжсекторного партнерства та координації між різними рівнями влади, підвищення ефективності

			медичної допомоги	
Швеція	Загальні податки, соціальні внески та власні платежі ефективність медичного персоналу, недостатня координація	Централізоване управління професійний розвиток медичних працівників, ефективна	Витрати на охорону здоров'я, забезпечення якості та	Прозоре фінансування та управління, інвестиції в
Австрія	Загальні податки та соціальні внески	Централізоване управління з децентралізованою діяльністю	Недостатнє фінансування, витрати на медичну технологію	Підвищення фінансування, раціональне використання ресурсів та ефективність управління системою охорони здоров'я

Таблицю складено автором на основі аналізу джерела [294].

Аналізуючи підходи до формування публічної політики в галузі охорони здоров'я в деяких європейських країнах та порівнюючи їх з Україною, можна зробити наступні висновки. Німеччина має загальне обов'язкове медичне страхування, що забезпечує більшу ступінь охоплення населення медичним страхуванням в порівнянні з Україною. Іспанія має універсальне публічне страхування здоров'я, що гарантує доступ до медичних послуг для всіх громадян. У порівнянні з Україною, це підходить до забезпечення універсальності та доступності медичної допомоги. Італія має загальне обов'язкове страхування здоров'я, що забезпечує регулярний доступ до медичних послуг. Це може бути порівняно з положенням в Україні, де також існує загальне обов'язкове страхування здоров'я, але доступ до медичних послуг може бути нерегулярним та обмеженим. Бельгія має загальне обов'язкове страхування здоров'я з широким спектром покриття медичними послугами. У порівнянні з Україною, це може вказувати на більш високий рівень доступу до різноманітних медичних послуг у населення

Бельгії. Франція має загальне обов'язкове страхування здоров'я, що забезпечує високу доступність медичних послуг. Це може слугувати прикладом для поліпшення доступності медичної допомоги в Україні. Польща має загальне обов'язкове страхування здоров'я, що зосереджується на забезпеченні первинної медичної допомоги. Це може бути корисним прикладом для вдосконалення системи первинної медичної допомоги в Україні. Швеція має загальне обов'язкове страхування здоров'я та інвестує в електронне здоров'я та мобільні додатки. Цей підхід може бути цікавим для розвитку інформаційних технологій у сфері охорони здоров'я в Україні [90].

Загалом, деякі європейські країни мають розвинуті системи охорони здоров'я, що забезпечують широкий доступ до медичних послуг та більшу ступінь охоплення медичним страхуванням. Україна може навчитися від їхнього досвіду і прийняти кращі практики, щоб поліпшити ситуацію в галузі охорони здоров'я у країні.

3.2 Державна політика європейських країн в галузі охорони здоров'я в контексті забезпечення цілей сталого розвитку

Державна політика Європейських країн у галузі охорони здоров'я грає важливу роль у забезпеченні цілей сталого розвитку. Цілі сталого розвитку (далі-ЦСР) – це 17 глобальних цілей, прийнятих Організацією Об'єднаних Націй, які спрямовані на поліпшення якості життя людей і збереження планети.

Варто наголосити, що охорона здоров'я є однією з ключових сфер, яка безпосередньо впливає на досягнення багатьох Цілей сталого розвитку (ЦСР) в Європі та у всьому світі. Ці системи охорони здоров'я виступають не лише важливим чинником підтримки загального стану здоров'я населення, але й ключовим каталізатором досягнення різних соціально-економічних та глобальних цілей.

Однією із важливих цілей є покращення якості життя та загального стану здоров'я громадян. Забезпечення якісної медичної допомоги, доступної для всіх, відіграє важливу роль у досягненні цього завдання. Крім того, ефективна система охорони здоров'я сприяє зниженню смертності та захворюваності, що безпосередньо впливає на досягнення цілей здоров'я та добробуту. Економічне зростання також пов'язане зі станом системи охорони здоров'я. Забезпечення належних медичних послуг допомагає зберегти працездатність населення та знижує витрати на лікування внаслідок попередження захворювань та вчасного втручання.

Держави Європи визнають важливість всебічного підходу до охорони здоров'я, який включає в себе доступність медичних послуг, якість цих послуг, фінансування системи, захист здоров'я матерів та дітей, превентивні заходи та боротьбу зі збудниками хвороб. Важливою складовою цього підходу є інклюзивність та справедливість, що передбачає рівний доступ до медичних послуг для всіх верств населення, незалежно від їхнього соціального статусу чи фінансового стану. Постійне вдосконалення системи охорони здоров'я в напрямку врахування цих принципів сприяє досягненню Цілей сталого розвитку та покращенню якості життя громадян [348].

Крім того, Європейські країни приділяють значну увагу забезпеченню універсального доступу до якісних медичних послуг, які є важливим аспектом забезпечення громадського здоров'я. Це досягається завдяки різноманітним механізмам, які включають розвиток систем загального медичного страхування та державного фінансування охорони здоров'я. Ці механізми забезпечують фінансову доступність для населення та допомагають знижувати витрати на медичну допомогу для окремих пацієнтів.

Додатково, країни Європи активно працюють над зменшенням різниці в доступі до медичних послуг між різними групами населення. Це включає в себе

зусилля щодо поліпшення доступу до медичної допомоги для осіб з низьким доходом, інвалідів, мігрантів та інших вразливих груп. Шляхом розробки та впровадження спеціальних програм, реформування системи соціального забезпечення та надання допомоги вразливим групам населення, країни Європи докладають зусиль для того, щоб кожен громадянин мав можливість отримувати необхідну медичну допомогу, незалежно від свого стану та статусу.

Варто розглянути, що державна політика Європейських країн також спрямована на покращення якості медичних послуг. Це охоплює розвиток інфраструктури охорони здоров'я, надання науково-дослідницьких послуг, підвищення кваліфікації медичного персоналу та впровадження сучасних технологій в охорону здоров'я.

Щодо сталого виробництва та споживання, Європейські країни зосереджуються на створенні стійких систем охорони здоров'я, що забезпечують ефективне використання ресурсів та зменшення негативного впливу на навколишнє середовище. Вони працюють над впровадженням екологічно чистих технологій, раціоналізацією використання медичних матеріалів та мінімізацією відходів.

Загалом, Європейські країни також активно сприяють здоров'ю матерів та дітей, забезпечуючи вагітним жінкам належну медичну допомогу, освіту та підтримку. Це сприяє зменшенню смертності серед матерів та немовлят і сприяє покращенню демографічної ситуації в країні.

Крім того, державна політика Європейських країн у сфері охорони здоров'я спрямована на превентивні заходи та боротьбу зі збудниками хвороб. Це охоплює проведення вакцинаційних кампаній, інформаційну роботу з популяризації здорового способу життя, заборону шкідливих речовин та реклами, що сприяють хворобам, та підтримку досліджень в галузі медицини та громадського здоров'я [266].

Узагальнюючи, державна політика Європейських країн в галузі охорони здоров'я активно сприяє досягненню цілей сталого розвитку. Вона спрямована на забезпечення доступності та якості медичних послуг, створення стійких систем охорони здоров'я, захисту матерів та дітей, превентивні заходи та боротьбу зі збудниками хвороб. Ці заходи сприяють поліпшенню здоров'я населення, збереженню довкілля та підвищенню загального рівня життя.

Додатково, Європейські країни приділяють увагу важливим аспектам сталого розвитку, таким як стать та рівність. Вони визнають, що гендерна рівність є необхідною умовою досягнення сталого розвитку в галузі охорони здоров'я. Державні політики спрямовані на забезпечення рівних можливостей для жінок та чоловіків у доступі до медичних послуг, участі у прийнятті рішень та розвитку кар'єри в медичній сфері. Країни також підтримують дослідження гендерних аспектів здоров'я та розробляють спеціальні програми з охорони здоров'я жінок.

Крім того, державна політика Європейських країн у галузі охорони здоров'я спрямована на забезпечення інклюзивності та справедливості. Вони визнають, що всі групи населення мають право на доступ до якісних медичних послуг, незалежно від соціально-економічного становища, етнічної належності, міграційного статусу або інвалідності. Держави здійснюють заходи для забезпечення рівних можливостей та зменшення нерівностей в охороні здоров'я шляхом фінансової підтримки, розробки імунізаційних програм для вразливих груп, створення доступних інфраструктур та послуг для людей з інвалідністю [348].

Важливо зазначити, що державна політика Європейських країн також враховує важливість міжнародного співробітництва у галузі охорони здоров'я як важливого інструмента для досягнення цілей сталого розвитку. Країни активно співпрацюють з міжнародними організаціями, такими як Всесвітня організація охорони здоров'я та Європейська комісія, з метою обміну досвідом, розробки спільних стратегій та реалізації спільних проєктів, спрямованих на поліпшення

охорони здоров'я в регіоні. Ця міжнародна співпраця включає в себе обмін кращими практиками та дослідженнями, спрямованими на розв'язання глобальних проблем в галузі охорони здоров'я, таких як пандемії, резистентність до антимікробних засобів та інші загрози здоров'ю. Країни в регіоні також об'єднують зусилля для розробки спільних стратегій, які б дозволили вирішувати загальні виклики, зокрема забезпечення доступності та якості медичних послуг.

Міжнародне співробітництво також включає в себе фінансування та підтримку проектів у країнах з менш розвиненими системами охорони здоров'я, сприяючи розвитку їхньої інфраструктури та кваліфікації медичного персоналу. Ця взаємодія сприяє досягненню загальних цілей сталого розвитку в галузі охорони здоров'я та впровадженню інновацій, що поліпшують стан громадського здоров'я як на регіональному, так і на глобальному рівнях.

Загалом, державна політика Європейських країн у галузі охорони здоров'я в контексті забезпечення цілей сталого розвитку визнає важливість різних аспектів, таких як доступність, якість, стать, рівність, інклюзивність та міжнародне співробітництво. Це сприяє поліпшенню здоров'я населення та забезпеченню сталого розвитку в регіоні.

Для подальшого розвитку та удосконалення державної політики Європейських країн в галузі охорони здоров'я з метою досягнення цілей сталого розвитку, можна вжити наступні заходи:

- *забезпечення універсального доступу до якісних медичних послуг*: країни можуть розробляти та впроваджувати політики, що гарантують доступність медичних послуг для всього населення. Це може включати розширення мережі медичних закладів, забезпечення фінансової доступності та розробку механізмів соціального страхування;

- *превентивні заходи та просування здорового способу життя*: країни можуть зосередитися на проведенні превентивних кампаній, спрямованих на

попередження захворювань та підвищення свідомості про здоровий спосіб життя. Це може включати надання інформації про харчування, фізичну активність, вакцинацію та інші аспекти здорового життя;

– *розвиток системи електронного здоров'я*: впровадження сучасних технологій, таких як електронні медичні записи та телемедицина, може покращити доступність та якість медичних послуг. Це дозволить ефективніше ведення медичної документації, обмін медичною інформацією та надання консультацій дистанційно;

– *інвестиції в медичну науку та дослідження*: розвиток медичної науки та проведення досліджень є важливими для розуміння хвороб, вдосконалення методів діагностики та лікування, а також впровадження новітніх технологій в охорону здоров'я. Країни можуть збільшити фінансування дослідницьких проектів та створити сприятливу середу для розвитку медичної науки;

– *міжнародне співробітництво*: країни можуть активно співпрацювати з іншими державами та міжнародними організаціями з метою обміну досвідом, розробки спільних стратегій та вирішення глобальних проблем у сфері охорони здоров'я. Співробітництво може стосуватися обміну медичним персоналом, передачі технологій та координації заходів для подолання важливих проблем здоров'я;

– *зміцнення системи первинної медичної допомоги*: розвиток і підтримка системи первинної медичної допомоги є важливим для забезпечення доступу населення до необхідних медичних послуг, раннього виявлення захворювань та проведення превентивних заходів. Інвестиції в навчання та підвищення кваліфікації медичного персоналу, розвиток мережі сімейних лікарів та впровадження інноваційних підходів можуть покращити роботу системи первинної медичної допомоги;

– *забезпечення рівного доступу до медичних послуг*: країни можуть зосередитися на зменшенні нерівностей в доступі до медичних послуг, особливо для вразливих груп населення, таких як мігранти, люди з інвалідністю, літні люди та інші. Це може включати розробку спеціальних програм та ініціатив для цих груп, створення доступних медичних закладів та забезпечення культурної чутливості медичних послуг;

– *інтеграція ментального здоров'я в систему охорони здоров'я*: звернення уваги на ментальне здоров'я населення є важливим аспектом сталого розвитку. Розвиток і покращення доступності ментальної допомоги, проведення освітніх кампаній та створення підтримуючих середовищ можуть сприяти покращенню ментального здоров'я та зменшенню соціального відчуження;

– *сприяння інноваціям та технологічному розвитку*: країни можуть стимулювати інноваційні рішення та використання сучасних технологій в охороні здоров'я. Це може включати розробку електронних платформ для моніторингу здоров'я, використання штучного інтелекту для діагностики та лікування, а також стимулювання досліджень у галузі медичних технологій;

– *забезпечення сталого фінансування системи охорони здоров'я*: для досягнення цілей сталого розвитку необхідне стабільне та стале фінансування охорони здоров'я. Країни можуть шукати нові джерела фінансування, проводити реформи системи охорони здоров'я та покращувати ефективність витрат [103].

Отже, ці заходи спрямовані на покращення охорони здоров'я населення, забезпечення сталого розвитку та досягнення цілей сталого розвитку, включаючи здоров'я та добробут усіх людей (Ціль 3) та забезпечення сталого розвитку (Цілі 17) в рамках Плану розвитку до 2030 року, затвердженого Організацією Об'єднаних Націй.

Таким чином, ці заходи допоможуть зміцнити державну політику Європейських країн в галузі охорони здоров'я в контексті забезпечення цілей

сталого розвитку. Вони спрямовані на поліпшення якості та доступності медичних послуг, зменшення нерівностей у сфері охорони здоров'я та розвиток інноваційних рішень для покращення здоров'я населення.

Слід додати, що для оцінки політики держави щодо доступності медичних послуг, можна проаналізувати рівень доступу до якісних медичних закладів та послуг у всіх регіонах країни. Важливо визначити, чи забезпечуються медичні послуги відповідно до потреб населення, зокрема у вразливих груп, віддалених районах та місцях з низьким рівнем доходів. Також варто звернути увагу на доступність медичних послуг для мігрантів та біженців.

Отож, оцінка якості медичних послуг може включати аналіз показників, таких як виживання пацієнтів, відсоток уникнутих ускладнень, задоволеність пацієнтів та показники безпеки медичного обслуговування. Дослідження можуть включати аналіз медичних статистичних даних, опитування пацієнтів та огляди медичних закладів [348].

Доречно зауважити, що оцінка рівня рівності у доступі до медичних послуг може включати аналіз різниці у доступі до здоров'я між різними соціальними групами, такими як різниця у доступі до освіти про здоров'я, доступ до превентивних заходів та медичних обстежень. Розгляд рівнісних аспектів також допоможе виявити нерівність у доступі до медичних послуг за ознаками, такими як стать, вік, соціальний статус та етнічна приналежність.

Важливим аспектом сталого розвитку є превентивні заходи та підтримка здоров'я населення, оскільки збереження та підтримання здоров'я громадян впливає на загальний стан суспільства та економіку. Аналіз політики в цій галузі включає оцінку наявності та ефективності програм превентивної медицини, які спрямовані на запобігання захворюванням та ранню діагностику ризикових факторів. Оцінка таких програм допомагає визначити, наскільки ефективно система охорони здоров'я запобігає захворюванням та зменшує витрати на лікування.

Крім того, аналіз також включає оцінку наявності та розвитку програм підтримки здоров'я населення. Сюди входять програми по боротьбі з тютюнопалінням, які спрямовані на зменшення вживання тютюну та попередження здоров'я шкідливих звичок. До цього також належить популяризація здорового способу життя та освіта щодо здоров'я, які спонукають громадян до більш свідомого ставлення до свого здоров'я та ведення здорового способу життя. Важливо враховувати, що інвестиції в превентивні заходи та підтримку здоров'я населення ведуть до зменшення витрат на лікування в майбутньому та покращення загального стану здоров'я суспільства. Такі програми виступають важливою складовою стратегії сталого розвитку в галузі охорони здоров'я та сприяють зміцненню громадського здоров'я.

Окрім цього, важливим елементом аналізу є оцінка фінансування системи охорони здоров'я, оскільки фінансування грає вирішальну роль у забезпеченні доступності та якості медичних послуг для населення. Дослідження можуть включати оцінку загальних витрат на охорону здоров'я та їх розподіл між різними секторами, такими як лікування, профілактика, діагностика та адміністративні витрати. Аналіз частки державного та приватного фінансування дозволяє з'ясувати, які джерела фінансування домінують у системі та як вони співвідносяться між собою.

Додатково, оцінка ефективності витрат включає в себе аналіз того, наскільки кожен витратний долар призводить до конкретних результатів в охороні здоров'я. Це може включати оцінку результатів лікування, якість наданих послуг та їх вплив на здоров'я населення. Прозорість у фінансуванні допомагає забезпечити відкритий доступ до інформації про фінансові потоки та використання коштів у галузі охорони здоров'я.

Крім того, важливо розглянути питання доступності медичного страхування та соціального забезпечення для населення. Аналіз доступності медичного

страхування дозволяє визначити, наскільки громадяни мають можливість отримати фінансову підтримку для медичних послуг. Соціальне забезпечення також грає важливу роль у забезпеченні соціального захисту населення, зокрема в умовах захисту від фінансового ризику при захворюванні чи травмі. Аналіз цих аспектів допомагає визначити, наскільки система фінансування охорони здоров'я відповідає потребам та можливостям населення та чи забезпечує вона всебічний захист громадян у галузі охорони здоров'я.

Аналіз державної політики Європейських країн в галузі охорони здоров'я в контексті забезпечення цілей сталого розвитку має велике значення для розуміння того, як країни досягають успіхів та стикаються з викликами у досягненні цих цілей. Цей аналіз дозволяє ідентифікувати кращі практики та стратегії, які довели свою ефективність у покращенні системи охорони здоров'я.

Одночасно, виявлення викликів та обмежень допомагає визначити області, де потрібні подальші зусилля та реформи. Це може включати питання фінансування, доступності, якості послуг, а також соціального забезпечення та прозорості у галузі охорони здоров'я. Здобуті знання можуть бути використані для подальшого вдосконалення державної політики та розробки стратегій, спрямованих на забезпечення сталого розвитку охорони здоров'я. Це важливий крок у покращенні якості та доступності медичних послуг, забезпеченні соціального захисту населення та досягненні цілей сталого розвитку, пов'язаних з охороною здоров'я [266].

Слід додати, що аналізуючи політику держав Європи в галузі охорони здоров'я, важливо розглянути рівень співробітництва та обміну досвідом між країнами. Цей аспект грає ключову роль у досягненні цілей сталого розвитку та поліпшенні системи охорони здоров'я. Спільні дослідження, обмін інформацією про найкращі практики та координація у відповіді на глобальні проблеми здоров'я, такі як пандемії та глобальні захворювання, відіграють важливу роль у

забезпеченні здоров'я громадян та обмеженні поширення захворювань. Аналізуючи таке співробітництво, можна оцінити вплив країн на глобальну охорону здоров'я та їх здатність досягати сталого розвитку в контексті забезпечення глобального здоров'я та благополуччя народів. Посилення співробітництва та обміну досвідом у цій галузі може допомогти країнам досягти більш сталих та раціональних результатів у сфері охорони здоров'я.

Доречно наголосити, що одним з важливим аспектів сталого розвитку є забезпечення екологічно сталих практик у галузі охорони здоров'я. Це аспект, що вимагає уваги, оскільки медичні установи можуть мати значний вплив на довкілля та екологічну стійкість. Зменшення викидів шкідливих речовин у медичних закладах, раціональне використання ресурсів та впровадження екологічно чистих технологій та практик є важливими кроками у створенні зеленої охорони здоров'я. Дослідження можуть проаналізувати заходи, які приймаються країнами Європи у напрямку зеленої охорони здоров'я та їх вплив на сталість і здоров'я людей. Це також відображає важливість інтеграції зусиль у галузі охорони здоров'я та екології з метою досягнення цілей сталого розвитку. Забезпечення екологічно сталих практик у сфері охорони здоров'я може призвести до зменшення негативного впливу на довкілля та покращення загального стану здоров'я населення.

Варто зауважити, що стратегії забезпечення універсального здоров'я є одним зі стратегічних напрямів сталого розвитку та полягають в досягненні універсального покриття медичними послугами та фінансового захисту від витрат на охорону здоров'я. Оскільки системи охорони здоров'я можуть відрізнятися в різних країнах Європи, аналіз політики держав може допомогти вивчити, які конкретні кроки вживаються для забезпечення універсального доступу до медичних послуг та здоров'я. Це може включати реформу системи охорони здоров'я з метою поліпшення доступності та якості послуг, розвиток механізмів соціального забезпечення та страхування, залучення приватного сектору для

забезпечення додаткових можливостей отримання медичної допомоги, а також впровадження інноваційних рішень для підвищення ефективності системи. Аналіз політики держав Європи в цьому аспекті може допомогти ідентифікувати успішні практики та ті області, де можуть бути внесені покращення з метою досягнення цілей універсального здоров'я та сталого розвитку [349].

Важливо дослідити, які заходи приймаються країнами Європи для забезпечення гендерної рівності та інклюзії в охороні здоров'я. Це може включати створення політик, спрямованих на забезпечення рівних можливостей для жінок та чоловіків у доступі до медичних послуг, участь жінок у прийнятті рішень у галузі охорони здоров'я, врахування гендерних аспектів у дослідженнях та політиках охорони здоров'я.

Аналіз політики охорони здоров'я повинен включати оцінку наявності та розвитку інноваційних технологій у цій галузі. Це можуть бути нові методи лікування, медична електроніка, застосування штучного інтелекту та аналітики даних для поліпшення діагностики та лікування. Аналізуючи політику країн Європи, можна визначити їхню стратегію щодо стимулювання інновацій та технологічного розвитку в охороні здоров'я, а також оцінити вплив цих інновацій на стале розвиток галузі.

Отже, одним із важливих аспектів охорони здоров'я є забезпечення високої якості та безпеки медичних послуг. Аналізуючи політику держав Європи, можна оцінити, які механізми та стандарти встановлені для контролю якості та безпеки медичних послуг, включаючи акредитацію медичних закладів, ліцензування медичного персоналу, систему нагляду та контролю. Також слід враховувати заходи, спрямовані на запобігання медичним помилкам та негативним подіям у медичній практиці.

Слід додати, що останній досвід глобальної пандемії COVID-19 підкреслив важливість політики держав у галузі охорони здоров'я щодо пандемічної готовності

та кризового управління. Аналізуючи політику країн Європи, можна оцінити наявність планів пандемічної готовності, реагування на кризові ситуації, механізми координації та співпраці з іншими країнами та міжнародними організаціями. Такий аналіз допоможе визначити сильні та слабкі сторони політики країн у пандемічному контексті та надати рекомендації для покращення готовності та управління кризами [351].

Крім того, аналізуючи політику держав Європи, варто дослідити питання фінансування охорони здоров'я та його відповідність цілям сталого розвитку. Це може включати оцінку рівня державних видатків на охорону здоров'я, системи страхування та соціального забезпечення, механізми розподілу ресурсів та ефективного використання фінансових коштів. Аналізуючи цей аспект, можна визначити, наскільки країни забезпечують фінансову сталість охорони здоров'я та здатність досягати цілей сталого розвитку у цій сфері.

Варто зазначити, що політика охорони здоров'я повинна враховувати принципи соціальної справедливості та забезпечувати доступ до якісних медичних послуг всім верствам населення. Аналізуючи політику країн Європи, можна оцінити, які заходи приймаються для забезпечення рівного доступу до охорони здоров'я, особливо для уразливих груп населення, таких як низькоприбуткові групи, мігранти, люди з інвалідністю тощо. Такий аналіз допоможе виявити нерівності та несправедливості у системі охорони здоров'я та розробити політики, спрямовані на їх вирішення.

Крім того, для досягнення цілей сталого розвитку у галузі охорони здоров'я важливо розглядати не тільки політику охорони здоров'я, але й інтерсекторальну співпрацю з іншими сферами, такими як освіта, соціальний захист, економіка, середовище тощо. Аналізуючи політику країн Європи, можна визначити, наскільки вони впроваджують інтерсекторальний підхід у сфері охорони здоров'я та співпрацюють з іншими секторами для досягнення цілей сталого розвитку. Такий

аналіз може виявити синергії та можливості спільної дії між різними галузями, які сприятимуть поліпшенню охорони здоров'я та досягненню сталого розвитку.

Разом с тим, одним із ключових аспектів державної політики в галузі охорони здоров'я є забезпечення високої якості та безпеки медичних послуг. Аналізуючи політику країн Європи, слід дослідити наявність нормативно-правових актів та стандартів, що регулюють якість та безпеку медичної практики, процедури акредитації та сертифікації медичних закладів. Також варто вивчити механізми контролю якості та нагляду за проведенням медичних процедур. Аналізуючи цей аспект, можна оцінити, наскільки країни дотримуються принципів якості та безпеки в охороні здоров'я, що сприяє досягненню цілей сталого розвитку.

Отже, розвиток інновацій та застосування нових технологій в охороні здоров'я є важливим аспектом політики країн Європи в контексті сталого розвитку. Аналізуючи політику країн, варто дослідити заходи, спрямовані на стимулювання наукових досліджень, розвиток медичної технології, впровадження електронних та мобільних засобів зв'язку в охорону здоров'я, а також сприяння інноваційним проектам та стартапам у галузі медицини. Аналізуючи цей аспект, можна визначити, наскільки країни використовують інноваційні рішення та технологічний прогрес для покращення охорони здоров'я та досягнення сталого розвитку [349].

Слід звернути увагу, що фінансування є одним з ключових елементів державної політики в галузі охорони здоров'я і має прямий вплив на функціонування системи охорони здоров'я та досягнення цілей сталого розвитку. Проведення аналізу політики країн Європи в цьому контексті дозволяє дослідити різні моделі фінансування, які використовуються в цих країнах, і оцінити їхні переваги та недоліки. Один з підходів до фінансування охорони здоров'я включає системи загального обов'язкового медичного страхування, де громадяни сплачують внески на загальний фонд страхування. Цей фонд використовується для покриття

медичних послуг для всього населення. Інший підхід передбачає фінансування з бюджету за рахунок податків та інших джерел державних коштів.

Також важливо вивчити роль приватного медичного страхування та інших джерел фінансування, які можуть доповнювати систему загального страхування. Аналіз може охоплювати питання про доступність та рівність у наданні медичних послуг, ефективність витрат коштів, фінансову стійкість системи та її здатність виконувати завдання сталого розвитку. Цей аналіз може служити основою для вдосконалення моделей фінансування охорони здоров'я та розробки стратегій, спрямованих на забезпечення сталого розвитку системи охорони здоров'я в Європі.

Варто підкреслити, що розвиток інтегрованих систем охорони здоров'я є однією з важливих стратегій, якою деякі країни Європи вдосконалюють свої системи охорони здоров'я. Ці системи об'єднують різні рівні медичної допомоги, починаючи від первинної ланки, яка надає першочерговий догляд, і закінчуючи вторинною та терціарною медичною допомогою для більш складних ситуацій. Аналізуючи політику країн Європи, важливо дослідити, яким чином ці інтегровані системи сприяють покращенню координації та співпраці між різними галузями охорони здоров'я.

Зокрема, можна вивчити наявність програм попереджувальної медицини та їхню ефективність у виявленні захворювань на ранніх стадіях. Такі програми можуть включати скринінгові процедури для ранньої діагностики хвороб, вакцинацію та освіту щодо здорового способу життя. Це допомагає зменшити ризик захворювань та їхнє подальше поширення. Завдяки інтегрованим системам охорони здоров'я та програмам попереджувальної медицини, країни можуть забезпечити всебічне, доступне та ефективне забезпечення здоров'я населення. Це, в свою чергу, сприяє досягненню цілей сталого розвитку в галузі здоров'я та добробуту нації.

Розвиток інфраструктури в сфері охорони здоров'я стоїть перед важливими викликами і завданнями, які безпосередньо впливають на життя громадян. Одним з найсуттєвіших аспектів в цьому контексті є будівництво та модернізація медичних закладів. Забезпечення належних умов для надання медичних послуг - це не лише питання комфорту, але й якості самого лікування. Важливо, щоб медичні заклади були сучасними, оснащеними передовим медичним обладнанням та мали достатньо матеріалів для забезпечення невідкладної допомоги.

При аналізі політики охорони здоров'я у різних країнах, доречно звернути увагу на заходи, що вживаються для розвитку інфраструктури. Слід оцінювати, чи реалізується принцип рівного доступу до якісних медичних послуг у всіх регіонах країни. Розбіжності у доступі до медичної допомоги між великими містами і віддаленими районами можуть бути суттєвими і вимагають уваги від уряду та органів управління охороною здоров'я. Зусилля, спрямовані на стале управління медичними відходами та забезпечення екологічної сталості медичних закладів, мають важливе значення для підтримання екологічної безпеки та збереження навколишнього середовища. Використання зелених технологій та практик у медичних закладах може сприяти зменшенню впливу сфери охорони здоров'я на довкілля.

Отже, розвиток інфраструктури охорони здоров'я - це комплексне завдання, що потребує інтегрованого підходу та уваги до численних аспектів, включаючи доступність медичних послуг, стале управління відходами та збереження екологічної сталості. Досягнення цих цілей може покращити якість життя громадян та ефективність системи охорони здоров'я у будь-якій країні.

Окрім надання лікувальних послуг, політика охорони здоров'я має спрямовуватись на профілактику захворювань та підтримку громадського здоров'я. Аналізуючи політику країн, слід дослідити, які програми пропагуються для попередження поширення захворювань, зокрема захворювань, пов'язаних зі

способом життя (наприклад, протидія хронічним захворюванням, контроль над тютюнопалінням, профілактика ожиріння тощо). Також варто вивчити, які програми забезпечують розвиток громадського здоров'я та підтримку фізичного та психічного благополуччя населення.

Аналізуючи ці аспекти, можна отримати детальніше уявлення про державну політику європейських країн в галузі охорони здоров'я та її вплив на досягнення цілей сталого розвитку. Такий аналіз може сприяти вдосконаленню політики охорони здоров'я, забезпеченню сталого розвитку та підвищенню якості життя населення.

Інтегровані та попереджувальні системи охорони здоров'я є важливими компонентами державної політики європейських країн в галузі охорони здоров'я. Ці системи ставлять за мету поєднати різні рівні догляду та послуги, забезпечуючи координацію та співпрацю між ними.

У свою чергу, Уряди європейських країн активно працюють над удосконаленням співпраці та координації між первинною, вторинною та терціарною охороною здоров'я. Це може включати встановлення механізмів обміну інформацією та здоров'язбережувальними процедурами між різними закладами охорони здоров'я. Аналіз політики країн щодо координації може допомогти виявити ефективні моделі та принципи, які сприяють інтеграції послуг та покращенню надання медичної допомоги на всіх рівнях.

Варто не забувати, що здоров'я населення залежить від ефективних програм попереджувальної медицини, які спрямовані на виявлення захворювань на ранніх стадіях та зменшення ризику їх поширення. Деякі європейські країни реалізують широкомасштабні програми скринінгу на наявність хвороб, таких як рак, діабет, серцево-судинні захворювання та інші. Це допомагає виявляти захворювання на ранній стадії та забезпечувати своєчасну медичну допомогу. Аналізуючи такі

програми, можна оцінити їх ефективність та вплив на покращення здоров'я населення.

Слід також відзначити, що Європейські країни активно впроваджують інформаційні технології в системи охорони здоров'я з метою поліпшення координації та забезпечення високоякісних послуг. Ця ініціатива включає в себе широкий спектр інноваційних рішень, серед яких можна виділити електронні медичні записи, електронний обмін медичною інформацією, телемедицину та інші сучасні технологічні розробки. Аналізуючи політику країн у сфері технологій охорони здоров'я, можна оцінити, які зусилля прикладаються для впровадження та використання цих технологій. Наприклад, інтеграція електронних медичних записів сприяє поліпшенню обміну інформацією між лікарнями та лікарями загалом, що підвищує якість медичної допомоги та допомагає уникнути зайвого дублювання процедур.

Важливим аспектом є також вплив цих технологій на покращення доступу до медичної допомоги та підвищення якості послуг. Телемедицина, наприклад, дозволяє здійснювати консультації та діагностику віддалено, що особливо актуально для віддалених та важкодоступних регіонів. Інформаційні технології створюють передумови для більш ефективної та доступної системи охорони здоров'я, що відповідає потребам сучасного суспільства та сприяє покращенню якості життя населення.

Доцільно зазначити, що забезпечення сталого розвитку охорони здоров'я сьогодні вимагає активної участі громадськості у процесах управління цією сферою. Цей участь може приймати різні форми, але її важливість неоспорима. Деякі країни Європи розвивають механізми залучення громадськості до процесу прийняття рішень у галузі охорони здоров'я. Це може включати створення рад та комітетів з пацієнтського участі, де представники громадськості, пацієнти та інші зацікавлені сторони мають можливість висловити свої думки та рекомендації щодо

покращення системи охорони здоров'я. Ця форма партисипації громадськості допомагає забезпечити, що політика охорони здоров'я відповідає реальним потребам та очікуванням громадськості. Вона допомагає уникнути прийняття односторонніх рішень та сприяє більшому врахуванню інтересів пацієнтів і громадськості в цілому.

Аналізуючи залучення громадськості, можна визначити, як ефективно вона здійснюється та який вплив має на покращення охорони здоров'я та досягнення цілей сталого розвитку. Громадська участь створює можливість для обміну інформацією, врахування різних поглядів і думок, а також розвитку більш прозорих та демократичних процесів в управлінні охороною здоров'я. В результаті це сприяє покращенню доступу до медичних послуг, збільшенню якості надання допомоги та досягненню сталого розвитку в цій важливій галузі [349].

Необхідно звернути увагу на розвиток інфраструктури охорони здоров'я є ключовим аспектом державної політики багатьох європейських країн. В цьому контексті, аналізуючи політику країн, можна проаналізувати детальніше наступні питання:

- *будівництво та модернізація медичних закладів*: Країни звертають увагу на розвиток медичної інфраструктури шляхом будівництва та модернізації медичних закладів. Це може включати розширення лікарень, клінік, поліклінік та інших медичних закладів для забезпечення належного доступу до медичних послуг у всіх регіонах країни;

- *наявність необхідного медичного обладнання та матеріалів*: Політика охорони здоров'я включає також забезпечення належного обладнання та матеріалів для надання медичних послуг. Це може включати закупівлю та оновлення медичного обладнання, яке відповідає сучасним стандартам та технологіям, а також забезпечення наявності необхідних медичних матеріалів;

– *рівний доступ до якісних медичних послуг*: Важливим аспектом політики охорони здоров'я є забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг у всіх регіонах країни. Це означає забезпечення доступності медичних закладів, надання послуг у віддалених та менш розвинених районах, а також врахування потреб маргіналізованих та вразливих груп населення;

– *стале управління медичними відходами та екологічна сталість*: Важливим аспектом розвитку інфраструктури охорони здоров'я є стале управління медичними відходами та забезпечення екологічної сталості медичних закладів. Це включає впровадження ефективних систем сортування, переробки та утилізації медичних відходів, а також зменшення негативного впливу на навколишнє середовище [348].

Аналізуючи політику країн у цих аспектах, можна визначити, які кроки вживаються для розвитку інфраструктури охорони здоров'я, які фінансові ресурси виділяються на ці цілі, які механізми контролю за використанням обладнання та матеріалів існують, а також які програми та політики спрямовані на забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг у всіх регіонах.

Крім того, аналіз екологічної сталості може включати оцінку енергоефективності медичних закладів, використання відновлювальних джерел енергії та ініціативи щодо зменшення впливу на довкілля.

Профілактика та громадське здоров'я є важливими складовими політики охорони здоров'я в багатьох країнах Європи. Країни можуть впроваджувати програми превентивної медицини, спрямовані на попередження поширення захворювань, зокрема тих, які пов'язані зі способом життя. Це можуть бути програми з контролю за хронічними захворюваннями, освітні кампанії щодо здорового харчування та фізичної активності, протидія тютюнопалінню та інші ініціативи, спрямовані на покращення здорового способу життя.

Варто додати, що політика охорони здоров'я також може включати програми розвитку громадського здоров'я, які сприяють покращенню фізичного та психічного благополуччя населення. Це можуть бути програми з просвітництва та освіти населення щодо здорового способу життя, психологічної підтримки, профілактики насильства, соціальної інтеграції та інші ініціативи, спрямовані на підтримку загального благополуччя та якості життя.

Важливим аспектом профілактики та громадського здоров'я є залучення громади до процесу прийняття рішень та впровадження програм. Це може включати створення партнерських взаємин між органами управління охорони здоров'я та громадськими організаціями, проведення консультацій та збору думок громадськості, а також підтримку ініціатив, запропонованих самою громадою.

Щоб забезпечити ефективність політики профілактики та громадського здоров'я, країни можуть встановлювати системи моніторингу та оцінки результатів. Це дозволяє відстежувати ефективність програм, визначати потреби та коригувати стратегії відповідно до отриманих даних [348].

Отже, на останок слід додати, що державна політика європейських країн в галузі охорони здоров'я в контексті забезпечення цілей сталого розвитку орієнтується на кілька ключових аспектів. Розвиток інтегрованих систем охорони здоров'я, сприяючих координації та співпраці між різними рівнями догляду, є важливим елементом політики. Також звертається увага на розвиток інфраструктури охорони здоров'я, забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг та сталого управління медичними відходами.

Профілактика захворювань та підтримка громадського здоров'я є іншою важливою складовою політики охорони здоров'я. Країни реалізують програми превентивної медицини, спрямовані на зменшення поширення захворювань, особливо тих, що пов'язані зі способом життя. Також здійснюються заходи для

підтримки фізичного та психічного благополуччя населення, включаючи програми розвитку громадського здоров'я та психологічної підтримки.

Таким чином, вивчення державної політики в галузі охорони здоров'я в контексті забезпечення цілей сталого розвитку дозволяє виявити успішні практики, виклики та можливості для подальшого покращення. Важливо забезпечити розвиток інтегрованих систем, рівний доступ до медичних послуг, розвиток громадського здоров'я та ефективну профілактику захворювань. Ці заходи сприятимуть досягненню сталого розвитку шляхом забезпечення всебічного, доступного та ефективного забезпечення здоров'я населення.

3.3 Механізми публічно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я в європейських країнах

Публічно-приватне партнерство (далі – ППП) в галузі охорони здоров'я в європейських країнах використовується для поєднання зусиль уряду та приватного сектору з метою забезпечення ефективної та доступної медичної допомоги населенню. Цей підхід може включати різні механізми і моделі співпраці, залежно від конкретних умов та потреб країни.

Доречно зауважити, що один з поширених механізмів ППП в охороні здоров'я - це укладання договорів з приватними медичними провайдерами для надання послуг населенню. Уряд може фінансувати ці послуги або сплачувати певну частину вартості, забезпечуючи доступ до медичної допомоги для людей, які не мають можливості отримати її в державних медичних закладах.

Ще одним підходом є участь приватних інвесторів у будівництві та утриманні медичних закладів, таких як лікарні або поліклініки. Уряд може надати певні пільги чи фінансову підтримку інвесторам, щоб сприяти розвитку і покращенню інфраструктури охорони здоров'я [358].

Крім того, ППП може охоплювати інноваційні проекти, де приватні компанії та університети співпрацюють з урядовими організаціями для розробки нових методів лікування, лікарських препаратів або медичних технологій. Це сприяє прискоренню наукових досліджень та розвитку сучасних засобів діагностики та лікування.

Можна сказати, що уряди також можуть залучати приватний сектор до управління державними медичними закладами, дозволяючи приватним компаніям вести їх операційну діяльність. Цей підхід спрямований на поліпшення управління та ефективності медичних установ шляхом використання комерційного досвіду та експертизи.

Важливо враховувати, що моделі ППП в галузі охорони здоров'я можуть суттєво відрізнятися в різних країнах Європи. Підходи до регулювання, фінансування та організації систем охорони здоров'я різняться залежно від соціально-економічних умов, політичного контексту та потреб населення.

Загалом, публічно-приватне партнерство в галузі охорони здоров'я в європейських країнах використовується для поєднання ресурсів та знань урядових та приватних суб'єктів з метою поліпшення доступу до якісної медичної допомоги та розвитку системи охорони здоров'я [294].

Наведені приклади деяких конкретних механізмів публічно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я в деяких європейських країнах:

— *Велика Британія*: у Великій Британії існує модель Національної служби охорони здоров'я (National Health Service, NHS), яка представляє собою систему громадського забезпечення охорони здоров'я. NHS забезпечує доступ до безкоштовних медичних послуг, надаваних державними медичними закладами, для всіх громадян та резидентів Великої Британії. Ця система включає в себе широкий спектр медичних послуг, від первинної допомоги та екстреної медичної допомоги до спеціалізованої медичної допомоги та госпіталізації. Проте, деякі аспекти

медичної допомоги в Великій Британії також покриваються приватним сектором. Наприклад, індивіди можуть купувати приватні медичні страховки або використовувати послуги приватних медичних провайдерів для отримання швидкої консультації або додаткових медичних послуг. Ця система приватно-публічного партнерства дозволяє пацієнтам мати більший вибір у сфері медичної допомоги і отримувати послуги за плату, якщо вони цього бажають чи потребують;

– *Німеччина:* у Німеччині система охорони здоров'я є унікальною мішаною, де публічні та приватні страхові компанії співіснують та взаємодіють. Всі громадяни зобов'язані мати обов'язкове медичне страхування, яке фінансується як державними внесками, так і внесками від приватних страхових компаній. Ця модель забезпечує широкий спектр медичних послуг, доступних для населення. Одним з ключових аспектів німецької системи є конкуренція між різними страховими компаніями. Це спонукає їх до постійного удосконалення та надання якісних медичних послуг, оскільки страхувальники можуть вибирати між різними страховими планами і компаніями. Така конкуренція стимулює ефективне управління системою охорони здоров'я та постійне покращення якості медичних послуг. Завдяки цій системі, німецькі громадяни мають доступ до широкого спектру медичних послуг і можуть отримувати якісну допомогу за умови обов'язкового медичного страхування. Такий підхід сприяє забезпеченню всебічного охоплення населення медичним обслуговуванням та підтримує високий стандарт охорони здоров'я в Німеччині;

– *Швейцарія:* у Швейцарії існує унікальна система обов'язкового медичного страхування, де громадяни мають значну волю вибору приватних страхових компаній, що надають медичне страхування. Ця система передбачає, що кожен громадянин повинен мати страховку, і це є обов'язковим. Приватні страхові компанії заздалегідь визначають вартість страховки, яка може варіюватися в залежності від компанії та обраного пакету послуг. Для того, щоб забезпечити

доступ до медичної допомоги всім громадянам, незалежно від їхнього фінансового стану, уряд надає субсидії низькодоходним громадянам для оплати страховки. Ця підтримка робить систему обов'язкового страхування більш доступною для тих, хто може бути в іншому випадку вимушений обмежити свій доступ до медичних послуг через високі витрати. Приватні страхові компанії в Швейцарії співпрацюють з державними медичними закладами для надання послуг. Це означає, що пацієнти можуть отримувати медичну допомогу як у приватних, так і в державних лікарнях та клініках, залежно від їхніх потреб і можливостей. Така модель сприяє конкуренції між страховими компаніями та підтримує високу якість медичних послуг у країні;

— *Нідерланди:* у Нідерландах система охорони здоров'я є прикладом моделі загального страхування, де кожен громадянин зобов'язаний мати обов'язкове медичне страхування, яке надається приватними страховими компаніями. Ця система сприяє рівному доступу до якісних медичних послуг для всіх громадян, оскільки навантаження на систему розподіляється між усіма верствами населення. На додаток до цього, уряд Нідерландів відіграє важливу роль у контролі та регулюванні стандартів надання медичної допомоги, забезпечуючи безпеку та якість медичних послуг. Ця комбінація публічного та приватного партнерства допомагає забезпечити громадянам Нідерландів доступ до високоякісної медичної допомоги і збереження загального стану здоров'я на високому рівні;

— *Іспанія:* у Іспанії існує досить унікальна система охорони здоров'я, яка поєднує у собі публічні та приватні аспекти. Публічна система забезпечує універсальний доступ до медичних послуг для всіх громадян, надаючи безкоштовні лікування та консультації. Ця система дозволяє забезпечити базовий рівень медичної допомоги для всіх, незалежно від їхнього соціального становища чи економічних можливостей. З іншого боку, приватні медичні страховки в Іспанії

грають важливу роль у поліпшенні якості та доступності медичних послуг. Люди можуть придбати приватну страховку, що дозволяє отримати додаткові медичні послуги, такі як швидко консультації, хірургічні втручання або фізіотерапію. Це також допомагає скоротити черги до лікарів та отримати більш комфортний доступ до медичної допомоги. Такий дводольний підхід до охорони здоров'я в Іспанії сприяє різноманітності та конкуренції в медичній сфері, що зазвичай призводить до поліпшення якості медичних послуг як у публічних, так і в приватних закладах. Ця гнучкість і можливість вибору для пацієнтів створює різні варіанти отримання медичної допомоги, відповідно до їхніх потреб та уподобань;

– *Франція:* у Франції існує система загального медичного страхування, яка славиться своєю універсальністю та можливістю вибору для пацієнтів. Кожен громадянин має право обирати свого лікаря та медичний заклад, надаючи їм значну свободу у виборі медичних послуг та спеціалістів. Ця система включає як публічні, так і приватні медичні заклади, проте багато приватних закладів отримують фінансування від держави, що забезпечує високі стандарти надання медичної допомоги. Пацієнти у Франції мають право на повернення витрат, що здійснюється через систему загального медичного страхування. Проте багато людей також мають приватні медичні страховки, які можуть допомагати в оплаті додаткових послуг або покращенні комфорту та доступності до медичної допомоги. Ця комбінація загального медичного страхування та приватних страховок дозволяє пацієнтам отримати високоякісну медичну допомогу та більший комфорт, відповідно до їхніх потреб та уподобань, і сприяє загальному забезпеченню охорони здоров'я в країні;

– *Швеція:* у Швеції модель системи загального доступу до медичних послуг в охороні здоров'я вражає своєю унікальністю та ефективністю. Ця система базується на гармонійній співпраці між державними та приватними провайдерами медичних послуг. Державні медичні заклади є основною складовою системи та

надають безкоштовні послуги для всіх громадян. Це гарантує рівний доступ до основних медичних послуг, незалежно від соціального статусу або фінансового стану пацієнтів. Приватні клініки, у свою чергу, діють як доповнення до державної системи. Вони пропонують розширений спектр послуг та дозволяють пацієнтам отримати швидкий доступ до спеціалізованої медичної допомоги, а також забезпечують більший комфорт та індивідуальний підхід. Така співпраця між секторами допомагає забезпечити високий стандарт медичного обслуговування та задоволення потреб усіх пацієнтів, незалежно від їхніх потреб та вимог. Ця модель стала важливим елементом забезпечення якісної медичної допомоги в Швеції [84].

Варто відзначити, що кожна країна має свої власні унікальні особливості, які необхідно враховувати при визначенні механізмів публічно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я. Ці особливості включають в себе рівень розвитку системи охорони здоров'я, фінансові можливості країни та політичний контекст. Наприклад, країни з розвинутою системою охорони здоров'я можуть використовувати ППП для забезпечення додаткових послуг, тоді як країни з менш розвиненою системою можуть шукати співпрацю для поліпшення доступу до основних медичних послуг.

Правильне балансування інтересів публічного та приватного секторів є критичним аспектом в реалізації ППП в охороні здоров'я. Це допомагає забезпечити, що публічна служба залишається доступною та якісною для всього населення, а приватний сектор доповнює систему, надаючи додаткові послуги, а також можливість вибору для пацієнтів.

Слід додати, що наведені приклади ілюструють різні моделі ППП в галузі охорони здоров'я в європейських країнах. Кожна з цих моделей має свої переваги та виклики, і вона відповідає унікальним потребам та контексту країни, в якій вона застосовується. Отже, важливо враховувати ці різниці та навчитися від кращих практик кожної моделі для покращення системи охорони здоров'я в будь-якій

країні [303]. Далі принагідно, звернути увагу на рис. 3.1. в якому наведено переваги ППП в охороні здоров'я.



Рис. 3.1. Переваги ППП в охороні здоров'я, авторська розробка.

Слід також розглянути виклики, пов'язані з ППП в охороні здоров'я, які представлені на рис. 3.2.

Враховуючи ці переваги та виклики, країни впроваджують різні моделі ППП, щоб забезпечити ефективну та доступну медичну допомогу своїм громадянам.

У більшості європейських країн система охорони здоров'я фінансується переважно з державного бюджету та соціальних страхувань. Держава забезпечує базовий пакет медичних послуг для населення. Приватний сектор може бути фінансово залучений через медичне страхування або оплату за додаткові послуги.

Україна також має публічну систему охорони здоров'я, де фінансування забезпечується з державного бюджету та обов'язкового медичного страхування.



Рис. 3.2. Виклики, пов'язані з публічно-приватним партнерством в охороні здоров'я, (складено згідно джерела [303]).

Далі розглянемо, що в багатьох європейських країнах, де використовуються моделі ППП, населення має загальний доступ до базових медичних послуг через державні заклади. Приватний сектор додає додаткові можливості, такі як швидші терміни прийому, комфортні умови та розширені послуги. Україна також забезпечує базовий пакет медичних послуг через державні заклади, але доступ до них може бути обмеженим через недостатній фінансовий ресурс та інфраструктурні проблеми.

У європейських країнах, де використовуються моделі ППП, існують механізми регулювання та контролю якості медичних послуг. Держава встановлює стандарти та норми, а також надає ліцензії приватним провайдерам. Україна також має органи регулювання, але існує потреба у посиленні контролю якості та дотримання стандартів у всіх секторах охорони здоров'я.

Крім цього, в Європі, незалежно від моделі ППП, можуть існувати певні нерівності в доступі до медичних послуг, особливо для менш заможних верств населення. Приватний сектор може бути доступним лише для тих, хто може собі дозволити додаткові витрати. Україна також стикається з проблемою нерівності в доступі до медичної допомоги через фінансові обмеження та недостатню розвиненість сектору охорони здоров'я.

Необхідно також розглянути, що в деяких європейських країнах, особливо тих, де існує активна роль приватного сектору, спостерігається більша швидкість впровадження нових технологій та інновацій в галузі охорони здоров'я. Приватні компанії можуть мати більшу гнучкість і фінансові ресурси для впровадження нових методів лікування. Україна, з свого боку, також залучається до інновацій, але проблемами можуть бути обмежені фінансові ресурси та недостатня координація між публічним та приватним секторами [294].

Крім цього у багатьох європейських країнах, приватний сектор в галузі охорони здоров'я має значний вплив і виконує важливу роль у забезпеченні медичних послуг. В деяких випадках, приватні клініки та страхові компанії можуть надавати більш широкий спектр послуг та більшу зручність для пацієнтів. Україна також спостерігає зростання ролі приватного сектору в охороні здоров'я, але потрібні якісні регуляторні механізми та ефективна співпраця з публічним сектором.

Можна додати, що у багатьох європейських країнах, де моделі ППП застосовуються в охороні здоров'я, виникають питання щодо вартості та

ефективності системи. Приватний сектор може бути пов'язаний з високими витратами на медичні послуги, що може створювати фінансовий тиск на пацієнтів. Україна також стикається з проблемами вартості та ефективності системи охорони здоров'я, але є потенціал для поліпшення через розумне регулювання та управління ресурсами.

У кожній країні контекст, історія та унікальні виклики визначають механізми ППП в охороні здоров'я. У порівнянні з Європою, Україна має свої особливості та потребує системних змін для поліпшення доступу до якісної медичної допомоги та підвищення ефективності системи.

Доречно наголосити, що у багатьох європейських країнах, які успішно використовують моделі публічно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я, існують високорозвинені медичні заклади з сучасною інфраструктурою та передовим обладнанням. Приватні партнери вносять суттєві інвестиції у розвиток та модернізацію цих закладів, що дозволяє покращити якість медичних послуг та забезпечити пацієнтів доступом до передових технологій та лікувальних методів. Ця співпраця сприяє підвищенню рівня задоволеності пацієнтів та поліпшенню результатів лікування.

Україна, як і багато інших країн, також відчуває потребу в розвитку своєї медичної інфраструктури та покращенні наявного обладнання. Співпраця з приватним сектором може бути важливим інструментом для досягнення цих цілей. Це дозволить вивести медичний сектор на новий рівень, забезпечити доступ до сучасних методів діагностики та лікування, а також збільшити конкурентоспроможність українських медичних закладів на міжнародному рівні. Подібні ініціативи можуть сприяти покращенню стану охорони здоров'я в Україні та забезпечити користь для всього населення [303].

Слід звернути увагу, що в багатьох європейських країнах, ППП можуть сприяти впровадженню сучасних інформаційних технологій та цифрових

інструментів в охороні здоров'я. Це може покращити обмін медичною інформацією, електронну медичну документацію та доступ пацієнтів до своїх медичних даних. Україна також працює над розвитком цифрових технологій у сфері охорони здоров'я, але є потреба у подальшій цифровізації та стандартизації системи.

Слід визначити, що успішне впровадження моделей публічно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я може бути суттєвою залежати від наявності достатнього кадрового потенціалу, включаючи медичних працівників та кваліфікований персонал. Україна має значний потенціал у сфері медичної освіти та кадрового забезпечення, і це створює сприятливу базу для розвитку системи охорони здоров'я.

Проте важливо визнати, що існують певні виклики, з якими стикається українська система охорони здоров'я. Один з них - це міграція кадрів, коли молоді фахівці часто виїжджають за кордон на пошуки кращих умов праці та заробітку. Для зменшення цього явища та стимулювання талановитих медичних працівників залишатися в Україні, можуть бути важливими заходи, спрямовані на поліпшення умов роботи, надання конкурентоспроможних зарплат та надання можливостей для професійного росту і розвитку. Збереження та приваблення кваліфікованих медичних кадрів є важливим компонентом будь-якої реформи в галузі охорони здоров'я, і в Україні цей аспект має важливе значення для подальшого розвитку системи медичної допомоги та впровадження моделей ППП.

Результати порівняння механізмів ППП в охороні здоров'я між європейськими країнами та Україною вказують на важливі аспекти, що потребують уваги для покращення системи охорони здоров'я. Україна може взяти на увагу кращі практики та досвід країн Європи, адаптувати їх до свого контексту та розвивати ефективні механізми ППП, спрямовані на покращення доступу до якісної медичної допомоги для всього населення.

Європейські країни, що успішно використовують ППП, мають детально розроблені регуляторні механізми та політичну стратегію, яка забезпечує ефективну координацію між публічним та приватним секторами. В Україні необхідно розробити чіткі правила та стандарти, що регулюють взаємодію між секторами, а також механізми контролю та оцінки якості медичних послуг.

В Європі існують різні моделі фінансування охорони здоров'я, включаючи загальний доступ до медичних послуг, соціальне страхування та комбіновані системи. Україна також має потенціал для реформування фінансової системи охорони здоров'я, зокрема розвитку обов'язкового медичного страхування та ефективного використання фінансових ресурсів [304].

Ефективне публічно-приватне партнерство в галузі охорони здоров'я потребує активного залучення громадськості у прийнятті рішень та контролі за якістю медичної допомоги. Україна має потенціал для розвитку таких механізмів партнерства з громадськістю, що сприятимуть збільшенню прозорості та відкритості в процесі управління системою охорони здоров'я. Забезпечення активної участі громадських організацій та пацієнтських груп у прийнятті рішень є важливим елементом сучасної моделі охорони здоров'я. Це дозволить гарантувати, що інтереси та потреби населення враховуються належним чином. Крім того, взаємодія з громадськістю може сприяти виявленню пріоритетів у сфері охорони здоров'я, поліпшенню доступу до медичних послуг та забезпеченню якості лікування. Зміцнення громадського контролю та участі в управлінні охороною здоров'я сприятиме створенню більш справедливої та ефективної системи медичної допомоги в Україні, де кожен громадянин може бути активним учасником та користувачем системи охорони здоров'я.

Крім цього, Європейські країни акцентують увагу на забезпеченні якості та безпеки медичних послуг у рамках партнерства громадського та приватного секторів (ППП) в сфері охорони здоров'я. Це стає важливим кроком у покращенні

доступності та ефективності медичної допомоги для населення. В Україні також необхідно активно впроваджувати подібні механізми контролю якості та сертифікації медичних закладів, щоб забезпечити високий стандарт надання медичних послуг. Крім того, розробка та впровадження стандартів та протоколів для надання медичної допомоги стане ключовим кроком в удосконаленні системи охорони здоров'я, забезпечуючи якість та безпеку лікування пацієнтів і сприяючи підвищенню довіри до медичної системи в цілому.

Розглядаючи ці аспекти, Україна може використати досвід Європи та адаптувати його до власних потреб і особливостей. ППП в галузі охорони здоров'я може стати інструментом для покращення доступу до якісної медичної допомоги, забезпечення ефективного використання ресурсів та модернізації системи охорони здоров'я в Україні.

Подальший розвиток механізмів публічно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я в Україні може бути досягнутий за допомогою таких кроків:

- *розробка стратегії*: є важливим етапом в плануванні реформ в галузі охорони здоров'я в Україні. Перш за все, така стратегія повинна включати в себе чітко визначені цілі і завдання, спрямовані на покращення доступності, якості та ефективності медичних послуг в рамках ППП. Зазначені цілі повинні бути сформульовані з урахуванням конкретних потреб і викликів української системи охорони здоров'я. Крім того, в стратегії мають бути чітко визначені принципи, які лежать в основі розвитку охорони здоров'я в контексті ППП. До таких принципів можуть входити прозорість, відкритість, ефективність витрат, залучення громадськості до процесів прийняття рішень, та інші. Стратегічні пріоритети повинні бути обрані з урахуванням потреб населення, враховуючи їхні сучасні стан та перспективи. Такий підхід допоможе спрямувати ресурси та зусилля на ті напрямки, де вони будуть найбільш ефективними, і де можливо досягти найкращих результатів для забезпечення здоров'я нації. Отже, розробка стратегії розвитку

охорони здоров'я в Україні, з орієнтацією на впровадження ППП, є кроком у напрямку створення більш ефективної та доступної системи охорони здоров'я, яка відповідає потребам і специфіці нації;

— *регулююча політика* є фундаментальним аспектом розвитку партнерства громадського та приватного секторів в галузі охорони здоров'я в Україні. Уряд України повинен встановити чіткі правила та політику, що регулюють взаємодію цих секторів з метою забезпечення оптимального функціонування системи охорони здоров'я. Ця регулююча політика включає в себе декілька ключових аспектів: встановлення стандартів якості; контроль за фінансовими аспектами; механізми контролю та звітності. Регулююча політика має бути спрямована на досягнення оптимального балансу між публічним та приватним секторами в системі охорони здоров'я, забезпечуючи максимальну якість та доступність медичних послуг для населення;

— *фінансування*: розробка ефективної фінансової моделі є важливою складовою будь-якої системи охорони здоров'я. Ця модель повинна бути здатною враховувати різні джерела фінансування, щоб забезпечити стійкість та доступність медичних послуг для всього населення. Один із ключових аспектів – це врахування ресурсів як публічного, так і приватного секторів. Публічне фінансування може бути важливим засобом забезпечення всім громадянам доступу до необхідних медичних послуг, незалежно від їхнього соціального стану або фінансових можливостей. Обов'язкове медичне страхування також може бути важливим компонентом фінансової моделі, яка дозволяє розподілити витрати на охорону здоров'я між громадянами та забезпечити фінансову стійкість системи. Крім того, розглядаючи інші джерела фінансування, система охорони здоров'я може впроваджувати інноваційні підходи, такі як партнерства з приватним сектором, фонди, спонсорські програми та інші механізми залучення коштів. Загальна мета полягає в тому, щоб забезпечити доступність та якість медичних послуг для всіх

громадян, забезпечуючи при цьому фінансову стабільність системи охорони здоров'я і оптимальне використання ресурсів як публічного, так і приватного секторів;

— *підвищення якості та ефективності* в Україні є надзвичайно важливим завданням, яке вимагає систематичного та комплексного підходу. Для досягнення цієї мети, Україна повинна акцентувати увагу на декількох ключових аспектах. По-перше, важливо розвивати систему контролю якості медичних послуг. Це включає в себе моніторинг якості лікування та діагностики, а також забезпечення дотримання медичних стандартів та протоколів. Чіткі та обов'язкові стандарти допомагають забезпечити консистентну якість медичних послуг та зменшити ризик помилок. По-друге, впровадження медичних стандартів та протоколів є необхідним для забезпечення однаковості та ефективності лікування. Це допомагає медичним працівникам керуватися найкращими практиками та забезпечувати пацієнтам однакову якість обслуговування. По-третє, залучення механізмів оцінки та вдосконалення є важливим етапом у постійному покращенні системи охорони здоров'я. Це включає в себе аудити, облік та аналіз результатів, а також впровадження змін на основі цих даних для оптимізації роботи системи. Всі ці заходи разом допоможуть Україні створити більш ефективну та якісну систему медичних послуг, що відповідає потребам та очікуванням громадян, а також сприяє підвищенню загального рівня здоров'я населення;

— *залучення громадськості та різних зацікавлених сторін, таких як пацієнтські організації та експерти* є надзвичайно важливим кроком для забезпечення успішності системи охорони здоров'я. Цей процес сприяє більшій прозорості і відкритості в управлінні, дозволяючи громадськості бути більш інформованою щодо рішень, які приймаються в сфері охорони здоров'я. Партнерство з пацієнтськими організаціями допомагає враховувати потреби та думку пацієнтів, а також сприяє розвитку пацієнтського центрizmu в системі

охорони здоров'я. Експертне середовище, у свою чергу, може надати необхідний аналітичний підхід і наукове підґрунтя для прийняття обґрунтованих рішень. Ця взаємодія і співпраця всіх сторін сприяє відповідальному управлінню системою охорони здоров'я, її постійному вдосконаленню та забезпеченню найвищої якості медичних послуг для всіх громадян. Врешті-решт, залучення громадськості робить її активним учасником в процесі формування політики та допомагає вирішувати актуальні проблеми в галузі охорони здоров'я [292].

Поступове впровадження ефективних механізмів ППП може допомогти покращити доступ до якісної медичної допомоги, забезпечити більш ефективне використання ресурсів та сприяти розвитку охорони здоров'я в Україні.

Слід також розглянути залучення публічно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я може мати кілька потенційних переваг для України:

- *забезпечення додаткових інвестицій* є надзвичайно важливим аспектом впровадження публічно-приватного партнерства в охорону здоров'я. Однією з ключових переваг цього підходу є можливість залучення приватного сектору для фінансування та розвитку медичної інфраструктури. Завдяки інвестиціям приватних компаній у сферу охорони здоров'я, стає можливим значно покращити стан обладнання лікарських закладів та забезпечити їх сучасними технологіями. Це в свою чергу призводить до підвищення доступності та якості медичної допомоги для населення, а також сприяє розвитку інновацій в галузі охорони здоров'я. Приватний сектор може допомогти залучити нові ресурси та стимулювати конкуренцію, що в свою чергу сприяє покращенню ефективності та якості медичних послуг. Такий партнерський підхід може стати ключовим фактором у вирішенні багатьох сучасних викликів у галузі охорони здоров'я;

- *збільшення доступності медичних послуг* є ще однією значущою перевагою впровадження публічно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я. Через співпрацю з приватним сектором, можна ефективно зменшити

черги та забезпечити швидший доступ до медичних послуг для населення. Приватні лікарські заклади можуть доповнювати публічну систему, надаючи додаткові можливості для отримання медичної допомоги, особливо в тих випадках, коли державний сектор обмежений ресурсами або не в змозі задовольнити зростаючий попит на послуги охорони здоров'я. Такий симбіоз дозволяє громадянам мати більше вибору щодо медичних послуг і лікарів, а також підвищує конкуренцію, що зазвичай спонукає медичні установи до покращення якості та ефективності надання послуг. ППП створює можливість розвивати інноваційні моделі надання медичних послуг, що можуть бути більш гнучкими та відповідати потребам сучасного суспільства. У кінцевому підсумку, це призводить до поліпшення якості медичної допомоги та забезпечення більш швидкого та ефективного доступу до неї для всіх громадян;

– *підвищення ефективності та якості*: залучення приватного сектору може створити сприятливе середовище для розвитку ефективних управлінських практик і інновацій, які не тільки підвищують продуктивність, але й покращують якість надання медичної допомоги на користь пацієнтів. Один з ключових аспектів цього питання – впровадження електронної медичної документації. Це дозволяє медичним закладам ефективно обмінюватися інформацією про пацієнтів, запобігаючи втраті даних та забезпечуючи легкий доступ до медичної інформації. Зменшення паперової роботи та збільшення точності діагнозів та призначень допомагають знизити ризик помилок та підвищити безпеку пацієнтів. Також важливо враховувати роль телемедицини та інших передових технологій у покращенні доступності до медичних послуг. Використання відеоконсультацій та дистанційних діагностичних засобів дозволяє пацієнтам отримувати консультації та допомогу, навіть якщо вони знаходяться в віддалених або важкодоступних місцях. Це підвищує якість медичного обслуговування і зменшує час очікування на призначення. Загалом, залучення приватного сектору для впровадження таких

інновацій може значно покращити систему охорони здоров'я, роблячи її більш доступною, ефективною та орієнтованою на потреби пацієнтів;

— *розширення послуг та інновацій* внесення приватного сектору в систему охорони здоров'я може призвести до значного розширення спектру медичних послуг, доступних для населення, і сприяти інноваціям в цій галузі. Перш за все, приватний сектор може створювати спеціалізовані клініки та медичні заклади, які спеціалізуються на конкретних видах медичної допомоги. Наприклад, це може бути клініка, яка спеціалізується на лікуванні певного захворювання чи процедури. Це дозволяє пацієнтам отримувати більш якісну та спеціалізовану медичну допомогу. Залучення приватного сектору також сприяє впровадженню нових методів діагностики та лікування. Інновації в медицині часто відбуваються в приватному секторі завдяки інвестиціям у дослідження та розвиток. Це означає, що пацієнти мають доступ до сучасних методів та технологій, які можуть покращити ефективність та точність діагностики та лікування. Крім того, розвиток медичного туризму є ще однією перевагою приватного сектору в охороні здоров'я. Це може привертати іноземних пацієнтів, які шукають високоякісну медичну допомогу. Це допомагає збільшити потік коштів в систему охорони здоров'я і сприяє розвитку медичної інфраструктури. Отже, впровадження приватного сектору в систему охорони здоров'я може призвести до розширення послуг і інновацій, забезпечуючи пацієнтам більше можливостей для отримання високоякісної медичної допомоги [292].

Далі слід розглянути впровадження ППП також пов'язано з певними викликами та ризиками, які потрібно враховувати. Для успішного впровадження ППП потрібна чітка регулююча рамка, яка визначає правила та стандарти взаємодії публічного та приватного секторів. Недостатнє регулювання може призвести до нерівного доступу до медичних послуг та недостатньої якості надання медичної допомоги.

Крім цього, впровадження ППП може призвести до нерівності в доступі до медичних послуг. Приватні заклади можуть бути доступні лише для тих, хто має фінансову можливість, тоді як публічна система має бути гарантом доступності медичної допомоги для всього населення.

Необхідно забезпечити ефективний контроль якості надання медичної допомоги в рамках ППП та встановити механізми відповідальності за недобросовісну діяльність приватних закладів. При впровадженні ППП важливо не підірвати суспільний сектор охорони здоров'я та зберегти його роль у забезпеченні універсального доступу та соціальної справедливості.

Враховуючи ці фактори, Україна повинна уважно розглянути можливості впровадження ППП в охороні здоров'я, забезпечуючи баланс між публічним та приватним секторами та забезпечуючи доступність, якість та ефективність медичних послуг для всього населення [294].

Доречно порівняти механізми публічно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я між кількома європейськими країнами та зробити аналіз:

1. Німеччина:

- модель соціального медичного страхування, де публічні та приватні страхові компанії конкурують;
- публічний сектор відповідає за основний пакет послуг, а приватні страхові компанії надають додаткові пакети та покращення;
- забезпечується широкий доступ до медичної допомоги, а приватний сектор надає додаткові послуги та більш швидкий доступ.

2. Велика Британія:

- система охорони здоров'я (NHS) з публічним сектором як основним постачальником послуг;
- використовується ППП для покращення доступу до послуг та надання додаткових медичних послуг;

- партнерства з приватними клініками та залучення приватного капіталу для розвитку та модернізації медичної інфраструктури.

3. Нідерланди:

- система обов'язкового приватного медичного страхування;
- публічний сектор виступає регулятором та гарантом якості та доступності послуг.
- приватні страхові компанії надають додаткові пакети страхування для швидшого доступу та більшого вибору.

Необхідно також розглянути, що у всіх країнах ППП використовується для покращення доступу до медичних послуг та надання додаткових пакетів послуг. В Німеччині приватний сектор має більшу роль у системі охорони здоров'я, забезпечуючи додаткові пакети та покращення. В Великій Британії та Нідерландах публічний сектор залишається основним постачальником послуг, а ППП використовується для доповнення та покращення системи. Німеччина та Велика Британія мають ширший розмах ППП, включаючи партнерство з приватними клініками та залучення приватного капіталу. У Нідерландах приватне страхування має важливу роль, але публічний сектор виступає гарантом доступності та якості послуг. В Швеції існує децентралізована система охорони здоров'я, де регіони та комуни мають велику відповідальність у наданні медичних послуг. У цій моделі використовуються ППП для забезпечення різноманітних медичних послуг, залучаючи приватні клініки та лікарів. У системі охорони здоров'я Іспанії присутній елемент ППП через договори з приватними провайдерами медичних послуг. Це дозволяє забезпечити більшу доступність та скорочення черг на медичні послуги. В Франції приватний сектор також відіграє важливу роль у системі охорони здоров'я. ППП використовується для надання додаткових покращень та послуг, а також для розширення медичної інфраструктури [294].

Зробивши порівняння, видно, що підходи до ППП в різних країнах можуть варіюватись, пристосовуючись до конкретних потреб та умов. Успішна реалізація ППП вимагає чіткої регулюючої рамки, забезпечення доступності та якості медичної допомоги, а також збереження ролі публічного сектору у забезпеченні соціальної справедливості. Україна може вивчити досвід цих країн та зробити належний аналіз, щоб забезпечити ефективне та стійке партнерство між публічним та приватним секторами в галузі охорони здоров'я.

Аналізуючи ці приклади, можна відзначити, що ППП в галузі охорони здоров'я в європейських країнах має різні форми та варіації, але має спільну мету - покращити доступність, якість та ефективність медичної допомоги. При цьому, необхідно уважно враховувати контекст кожної країни, потреби населення та забезпечувати регулюючу рамку, що гарантує справедливість, якість та контроль якості послуг [292].

Варто наголосити, що у порівнянні з Україною, яка також розглядає можливість впровадження ППП в галузі охорони здоров'я, важливо взяти до уваги унікальні особливості та потреби національної системи охорони здоров'я. Аналізуючи досвід європейських країн, Україна може зробити висновки та впровадити найбільш відповідні та ефективні підходи до ППП, забезпечуючи доступність, якість та стійкість медичної допомоги для населення.

Продовжуючи розглядати механізми публічно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я в європейських країнах, можна сказати, що кожна країна має свою власну модель та підходи до використання ППП. В Німеччині приватні страхові компанії конкурують з публічним сектором, надаючи додаткові пакети та послуги. У Великій Британії та Нідерландах ППП використовується для покращення доступу та розширення медичної інфраструктури. Швеція, Іспанія та Франція також використовують ППП для покращення доступності та якості медичної допомоги.

Порівнюючи ці різноманітні підходи до ППП в Європі, можна зрозуміти, що успішна реалізація таких партнерств вимагає чіткої регулюючої рамки, забезпечення якості та доступності послуг, а також збереження ролі публічного сектору у забезпеченні соціальної справедливості.

Зважаючи на цей аналіз, Україна може вивчити досвід Європи та впровадити найкращі практики ППП у галузі охорони здоров'я. Важливо врахувати унікальні потреби та контекст української системи охорони здоров'я, забезпечити ефективний контроль та регулювання, щоб забезпечити доступність та якість медичної допомоги для всього населення [294].

Варто відзначити, що використання механізмів ППП в галузі охорони здоров'я має свої переваги та виклики, які можуть впливати на ефективність та результативність таких партнерств. Деякі переваги ППП включають:

- *забезпечення більшої доступності*: ППП можуть допомогти розширити доступ до медичних послуг, особливо в регіонах, де публічний сектор має обмежені ресурси;
- *покращення якості послуг*: приватний сектор може внести інновації та ефективність в систему охорони здоров'я, що призводить до поліпшення якості медичної допомоги;
- *розширення медичної інфраструктури*: ППП можуть сприяти розвитку нових медичних закладів та інфраструктури, зокрема шляхом залучення приватного капіталу.

Проте, використання ППП також стикається з викликами, які потрібно враховувати:

- *ризик комерціалізації*: впровадження ППП може привести до зростання комерційної орієнтації в системі охорони здоров'я, що може негативно вплинути на принцип доступності та рівність;

– *нерівномірний розподіл ресурсів*: ППП можуть збільшити нерівності в доступі до послуг, оскільки приватний сектор зазвичай спрямований на рентабельніші регіони або послуги;

– *потреба у регулюванні*: правильна регулююча рамка є необхідною для забезпечення ефективності, якості та контролю над послугами, що надаються через ППП [294].

Крім цього Україна, розглядаючи впровадження ППП в галузі охорони здоров'я, повинна врахувати ці переваги та виклики, адаптувати європейський досвід до власних потреб та забезпечити ефективне регулювання, щоб забезпечити доступність та якість медичної допомоги для всього населення.

Необхідно також звернути увагу, що Україна має свою систему фінансування охорони здоров'я, яка базується на загальнодержавних та обов'язкових медичних страхових фондах. У багатьох європейських країнах, де ППП широко використовується, приватний сектор грає важливу роль у фінансуванні, частково або повністю.

Також успішне впровадження ППП вимагає ефективного регулювання та контролю. Європейські країни мають встановлену регулюючу рамку, яка забезпечує якість та стандарти медичних послуг, а також захищає права пацієнтів. Україна повинна створити адекватну регуляторну базу для ППП, щоб забезпечити ефективність та доступність медичних послуг.

Варто наголосити, що у багатьох європейських країнах, приватний сектор грає активну роль у наданні медичних послуг, особливо в амбулаторних та додаткових пакетах. Україна може використовувати цей досвід, залучаючи приватний сектор у ППП, але з необхідним контролем та регулюванням.

Варто розглядати різноманітність та обсяги послуг, які можуть бути включені до ППП. В Європі, ППП застосовується як у загальній медицині, так і в спеціалізованих сферах, таких як онкологія, реабілітація та інші. Україна може

визначити пріоритетні галузі для впровадження ППП, враховуючи потреби населення та існуючі ресурси.

При порівнянні з європейськими країнами, Україна ще має шлях пройти у використанні ППП в охороні здоров'я. Проте, вивчаючи європейський досвід та аналізуючи переваги та виклики, Україна може розробити свою власну модель ППП, що враховує специфічні особливості та потреби національної системи охорони здоров'я.

Для успішного впровадження механізмів ППП в галузі охорони здоров'я в Україні, слід врахувати розроблення та прийняття відповідного законодавства, яке визначає правила, процедури та вимоги для ППП в охороні здоров'я. Це включає механізми регулювання, контролю якості та фінансування.

Також Україна повинна обрати надійних та досвідчених партнерів із приватного сектору, з якими можна побудувати взаємовигідні та довгострокові партнерства. Важливо врахувати їхній досвід у наданні медичних послуг та їхню здатність до інновацій [294].

Нарешті Україна повинна забезпечити стабільне та передбачуване фінансування для ППП проєктів. Це може включати державне фінансування, кошти від обов'язкового медичного страхування та приватний капітал.

Ефективний контроль та моніторинг діяльності ППП проєктів є важливим для забезпечення якості та ефективності медичних послуг. Уряд України повинен розробити механізми контролю та звітності для забезпечення виконання умов партнерства.

Варто підкреслити, що Україна має залучати громадськість, пацієнтські організації та експертів до процесу прийняття рішень та моніторингу реалізації ППП проєктів. Це сприятиме забезпеченню прозорості, врахуванню потреб пацієнтів та підвищенню довіри до таких проєктів.

Аналізуючи європейський досвід та впровадження ППП в галузі охорони здоров'я, Україна може використати успішні практики та уникнути можливих помилок. Важливо створити сприятливу інвестиційну та бізнес-середовище для приватного сектору, забезпечити якість та доступність медичних послуг для всіх громадян, а також здійснювати ефективний контроль та моніторинг реалізації ППП проєктів.

Механізми ППП в галузі охорони здоров'я в європейських країнах мають свої переваги та виклики. Україна, оцінюючи європейський досвід та враховуючи власні потреби, може використовувати ці механізми для поліпшення системи охорони здоров'я в країні.

Доречно наголосити, що Європейські країни, такі як Німеччина, Франція, Велика Британія та Іспанія, успішно використовують ППП в охороні здоров'я. Це дозволяє залучати приватний сектор для надання медичних послуг, покращує доступність та якість допомоги, сприяє інноваціям та ефективному використанню ресурсів [301].

Однак, впровадження ППП потребує адекватного регулювання, контролю та моніторингу. Це забезпечує якість та стандарти медичних послуг, захищає права пацієнтів та запобігає недобросовісній конкуренції. Крім того, фінансування є одним із ключових аспектів успішного впровадження ППП.

Україна, розглядаючи європейський досвід, може використовувати ППП як інструмент для реформування системи охорони здоров'я. Вона повинна створити відповідну законодавчу базу, залучити надійних партнерів, забезпечити стабільне фінансування та здійснювати ефективний контроль та моніторинг.

Враховуючи специфічні потреби та особливості України, реалізація механізмів ППП може сприяти покращенню доступності та якості медичних послуг, стимулюванню інновацій та підвищенню ефективності системи охорони здоров'я в країні.

Отже, успішне впровадження механізмів ППП в галузі охорони здоров'я в європейських країнах підтверджує їхню ефективність у досягненні ряду цілей. Це включає покращення доступності та якості медичних послуг, забезпечення інновацій та розвитку нових технологій, оптимальне використання ресурсів та забезпечення фінансової стійкості системи охорони здоров'я.

У порівнянні з європейськими країнами, Україна поки що має обмежений досвід у використанні ППП в охороні здоров'я. Проте, розглядаючи цей досвід та аналізуючи його переваги та виклики, Україна може взяти на увагу певні ключові аспекти для успішного впровадження ППП в країні [294].

У першу чергу, необхідно розробити чітку та консолідовану законодавчу базу, яка визначатиме правила та процедури для ППП в галузі охорони здоров'я. Це включає механізми регулювання, контролю якості, фінансування та забезпечення додержання стандартів.

По-друге, важливо обрати надійних та досвідчених партнерів з приватного сектору, з якими будуть будуватися взаємовигідні партнерства. Вибір партнерів повинен базуватися на їхньому досвіді, компетенції та здатності до інноваційного мислення.

Третій аспект стосується фінансування, що для успішного впровадження ППП необхідно забезпечити стабільне та передбачуване фінансування проєктів. Це може бути здійснено шляхом розробки ефективних механізмів публічного фінансування, включаючи державні гранти, пільгові кредити або інші форми підтримки.

Нарешті, контроль та моніторинг є невід'ємною частиною впровадження ППП. Урядові та регуляторним органам необхідно встановити ефективні механізми контролю якості та виконання умов угод з приватними партнерами. Це сприятиме забезпеченню дотримання стандартів надання послуг, зменшенню ризиків корупції та захисту прав пацієнтів.

Таким чином, Україна може використовувати європейський досвід у впровадженні механізмів ППП в галузі охорони здоров'я. Забезпечення чіткої законодавчої бази, вибір надійних партнерів, стабільне фінансування та ефективний контроль є ключовими аспектами для успішної реалізації таких партнерств. Правильно впроваджений ППП може сприяти покращенню доступності, якості та ефективності системи охорони здоров'я в Україні.

Висновки до розділу 3

Дослідження практики формування кадрового забезпечення у галузі системи охорони здоров'я європейських країн. Виявлено, що багато європейських країн акцентують на мультидисциплінарному підході до кадрового забезпечення в системі охорони здоров'я. Це означає, що різні професіонали, такі як лікарі, медсестри, фармацевти та інші медичні працівники, співпрацюють для забезпечення повного кола медичної допомоги. Багато європейських країн вкладають значні зусилля в навчання та розвиток медичних працівників. Вони стимулюють набуття досвіду через післядипломну освіту, стажування та обмін програмами для підвищення кваліфікації працівників системи охорони здоров'я. У деяких випадках країни можуть залучати медичних працівників з інших країн для заповнення вакансій та покриття потреб у кадрах. Це стає необхідним, коли виникає нестача внутрішніх кадрів для задоволення потреб системи охорони здоров'я.

Державна політика європейських країн в галузі охорони здоров'я в контексті забезпечення цілей сталого розвитку. Визначено значний вплив на здоров'я населення і сприяє досягненню сталого розвитку. Вивчення політики в цій сфері дозволяє виявити ключові аспекти, включаючи розвиток інтегрованих систем

охорони здоров'я, розвиток інфраструктури, профілактику захворювань та підтримку громадського здоров'я.

Проаналізувавши політику країн, видно, що багато з них звертають увагу на розвиток інтегрованих систем, які об'єднують різні рівні догляду та послуги, забезпечуючи кращу координацію та співпрацю. Розвиток інфраструктури, включаючи медичні заклади та необхідне обладнання, є іншим важливим аспектом політики. Рівний доступ до якісних медичних послуг та стале управління медичними відходами також мають велике значення. Крім того, профілактика захворювань та підтримка громадського здоров'я стають все більш пріоритетними. Країни впроваджують програми для попередження поширення захворювань, зокрема тих, що пов'язані зі способом життя, а також забезпечують розвиток громадського здоров'я та підтримку фізичного та психічного благополуччя населення. Загальний аналіз політики охорони здоров'я в Європі в контексті забезпечення цілей сталого розвитку свідчить про велике значення цієї сфери для покращення здоров'я населення і сталого розвитку. Вивчення і розуміння різних підходів та практик, а також співпраця між країнами можуть сприяти вдосконаленню політики охорони здоров'я та досягненню сталого розвитку національно та міжнародно рівнях.

Механізми публічно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я в європейських країнах. Доведено, що важливим інструментом для поліпшення системи охорони здоров'я. Вони дозволяють залучати приватний сектор для надання медичних послуг, покращують доступність та якість допомоги, сприяють інноваціям та ефективному використанню ресурсів. Україна має можливість використовувати ці механізми, аналізуючи європейський досвід та враховуючи власні потреби. Для успішного впровадження ППП в галузі охорони здоров'я необхідно створити чітку законодавчу базу, вибрати надійних партнерів, забезпечити стабільне фінансування та ефективний контроль. Важливо також

навчитися з позитивного досвіду країн, що успішно впроваджують ППП в охороні здоров'я, але також уникнути можливих помилок та викликів. Правильно впроваджений ППП може сприяти покращенню доступності, якості та ефективності системи охорони здоров'я в Україні.

Доведено, що впровадження механізмів ППП в галузі охорони здоров'я є складним процесом, але може мати значний вплив на покращення системи охорони здоров'я. Правильна розробка стратегії, вибір партнерів, ефективне фінансування та контроль є ключовими факторами успіху. Україна має потенціал використати цей інструмент для покращення своєї системи охорони здоров'я і забезпечення якісних та доступних медичних послуг для своїх громадян.

РОЗДІЛ 4

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

4.1 Оптимізація організаційної структури публічного управління у сфері охорони здоров'я

Удосконалення організаційної структури управління у сфері охорони здоров'я є актуальним завданням, яке стоїть перед багатьма країнами, включаючи Україну. Сфера охорони здоров'я має вирішальне значення для громадського здоров'я та якості життя населення, і вона постійно стикається з новими викликами та змінами. У контексті зростаючої комплексності медичних послуг, змін демографічних показників та розвитку технологій, потрібно забезпечити ефективне управління, яке забезпечує якість медичної допомоги та доступність для всіх громадян. У цьому контексті, удосконалення організаційної структури управління стає стратегічним кроком для забезпечення оптимального функціонування системи охорони здоров'я.

Організаційна структура управління у сфері охорони здоров'я – це невід'ємна складова системи організації та функціонування системи охорони здоров'я, яка має вирішальне значення для забезпечення ефективного та якісного медичного обслуговування населення.

Ця структура визначає, як управляються та координуються різні складові системи охорони здоров'я, такі як лікарні, клініки, аптеки, медичні школи, лабораторії та інші медичні установи. Зазначена структура управління в охороні здоров'я включає в себе такі ключові складові, як центральні та регіональні медичні органи, лікарські об'єднання, медичні комісії, системи фінансування та багато інших. Ці структурні елементи співпрацюють між собою та здійснюють взаємодію

з іншими галузями управління для забезпечення максимальної доступності та якості медичних послуг.

Подолання викликів, пов'язаних із змінами в суспільстві, медичній технології, демографічними змінами, та епідеміологічними загрозами, вимагає постійного оновлення та адаптації організаційної структури управління у сфері охорони здоров'я. Тільки завдяки цьому сфера охорони здоров'я може ефективно відповідати на потреби та виклики сучасного суспільства та забезпечувати високий рівень медичного обслуговування населення.

Враховуючи головні завдання в складі комплексного механізму управління у сфері охорони здоров'я на сучасному етапі реформування структури, можна обґрунтувати використання різних конкретних інструментів. Серед таких інструментів важливі такі, як правовий, фінансово-економічний, адміністративний, інституційний, інформаційний, організаційний та інші.

Правовий механізм включає в себе наступні аспекти:

- законодавча база: розробка та ухвалення законів, нормативних актів і положень, які регулюють функціонування системи охорони здоров'я;
- правозастосування та контроль: забезпечення дотримання законодавства в галузі охорони здоров'я, включаючи контроль за дотриманням правил і стандартів.

Фінансово-економічний механізм охорони здоров'я включає в себе:

- бюджетування та фінансування: розробка бюджетів, виділення коштів для медичних програм і закладів, контроль за використанням цих коштів;
- фінансова аналітика та планування: аналіз фінансової ефективності медичних послуг, розробка фінансових стратегій і планів.

Адміністративний механізм охорони здоров'я включає:

- управління ресурсами: розподіл і ефективне використання ресурсів (людських, фінансових, матеріальних) у медичних закладах;

–процеси прийняття рішень: організація робочих процесів, прийняття рішень і координація дій у системі охорони здоров'я.

Інституційний механізм включає:

–створення та підтримка інституцій: створення та підтримка інституцій, які відповідають за вирішення конкретних завдань у галузі охорони здоров'я, наприклад, ліцензування, реєстрація лікарських препаратів, тощо;

–зміцнення інституційної спроможності: розвиток інституцій та організацій, які виконують ключові функції у системі охорони здоров'я.

Інформаційний механізм включає:

– збір, обробка та аналіз даних: аналіз інформації про стан охорони здоров'я, захворюваність, доступність медичних послуг тощо;

– інформаційна підтримка рішень: надання інформації для прийняття стратегічних і оперативних рішень у галузі охорони здоров'я.

У сучасному світі, коли інформаційні технології розвиваються настільки швидко, не слід недооцінювати інформаційну грамотність населення та їх здатність працювати з інформацією. Сьогодні велика частина людей може самостійно визначити, до якого лікаря звертатися у разі виникнення проблем із здоров'ям, завдяки доступу до інтернету та комунікаційних засобів, таких як Skype, Viber і інші.

Організаційний механізм може бути виражений через структурно-функціональну схему органів державної влади, які несуть відповідальність за проведення реформування. Основними методами управлінського впливу будуть функції цих органів і їх завдання, які можуть підлягати коригуванню у майбутньому (див. табл. 4.1). До організаційного механізму можна також віднести організацію навчання для керівників і менеджерів у сфері охорони здоров'я, призначення кадрів, навчання за рахунок громади та інші аспекти. Усі керівники (генеральні директори) закладів будуть відібрані шляхом конкурсу і укладатимуть

контракти з власниками закладів (наприклад, місцевими радами), що сприятиме створенню прозорого механізму найму персоналу і буде основою для контрактних угод в галузі медицини.

Організаційний механізм у сфері публічного управління охороною здоров'я включає в себе такі складові:

– *структурна організація*: визначення структури та ієрархії органів управління в галузі охорони здоров'я. Включає формування органів, їх функціональні обов'язки та взаємодію між ними;

– *методи управлінського впливу*: визначення і застосування методів та інструментів для здійснення контролю та впливу на функціонування медичних установ і програм. Сюди входять призначення керівників, аудит та моніторинг, розробка політик і стратегій;

– *організація навчання і розвитку кадрів*: розвиток системи навчання та підвищення кваліфікації медичних працівників і менеджерів у галузі охорони здоров'я;

– *кадрове управління*: визначення процесів набору, звільнення, підвищення та оцінки персоналу у медичних закладах.

Таблиця 4.1

Структурні компоненти організаційного механізму
та їх функції у сфері охорони здоров'я в Україні

Назва органу публічної влади	Функції та завдання
Кабінет Міністрів України	- розробка та ухвалення стратегічних політичних рішень у галузі охорони здоров'я. - координація та контроль за реформуванням системи охорони здоров'я. - забезпечення фінансування програм та проектів у сфері медицини.
Міністерство охорони здоров'я	- розробка та впровадження стратегічних і політичних рішень в галузі охорони здоров'я. - регулювання діяльності лікарень, поліклінік, аптек та інших закладів охорони здоров'я. - моніторинг та контроль за якістю та безпекою медичних послуг.

Національна служба здоров'я	- розробка стандартів та клінічних протоколів у лікуванні та діагностиці. організація системи фінансування медичних послуг. забезпечення доступності медичної допомоги населенню.
Державна казначейська служба	- забезпечення фінансування охорони здоров'я та контроль за видатками. оплата медичних закладів та постачальників медичних товарів.
Національне агентство з питань запобігання корупції та ревізійна служба	- контроль за корупційними ризиками в галузі охорони здоров'я. - проведення аудитів та ревізій у медичних установах та програмах.
Органи місцевого самоврядування	- управління місцевими закладами охорони здоров'я. розробка та затвердження бюджетів для медичних закладів на рівні міст, сіл та інших адміністративних одиниць. організація та контроль за наданням медичних послуг на місцевому рівні.

Таблицю складено автором.

Вивчаючи більш детально аспекти організаційного механізму, який впливає на управлінську діяльність в закладах охорони здоров'я, слід відзначити, що в даний час не існує однозначного визначення терміну "організаційний механізм управління діяльністю організації". Різні дослідники розглядають його по-різному: одні вважають його сукупністю процесів, що відбуваються в організації, інші розглядають його як етапи життєвого циклу організації, треті розглядають його як основні правила та норми, які регулюють діяльність організації. Деякі дослідники пропонують розглядати організаційний механізм управління організацією з точки зору конкретних видів діяльності, таких як організаційний механізм конкурентоспроможності, бюджетування, фінансової діяльності і так далі.

Наприклад, Л. Баластрик та Л. Транченко включають до складу організаційного механізму такі елементи:

- інформаційні механізми: охоплює отримання і використання економічної, науково-технічної та маркетингової інформації;
- структурні механізми: включає в себе організацію структури діяльності, організації та ринків.

- механізм організації управління: включає стратегічне, оперативне та цільове управління.

- організаційно-технічний механізм: стандартизація, сертифікація, ліцензування та інші технічні аспекти.

В. Гросул розглядає “організаційний механізм” як внутрішню організацію, яка визначає порядок проведення економічної діяльності підприємства. Він спрямований на прийняття оптимальних управлінських рішень, спрямованих на досягнення поставлених завдань та їхню реалізацію, при цьому мінімізуючи сукупні витрати та максимізуючи якість кінцевого результату.

Отже, поняття “організаційний механізм управління діяльністю організації” може мати різні інтерпретації в залежності від контексту і особливостей дослідження.

Характеристикою “організаційного механізму” є його рівень організованості. Під організованістю розуміється забезпечення цілеспрямованої та узгодженої взаємодії елементів системи під час її функціонування. Більш загальним є визначення організаційного механізму як обґрунтованої послідовності управлінських дій і методів для реалізації функцій і принципів управління.

Після критичного аналізу підходів сучасних авторів, О. Літвінов запропонував розглядати організаційний механізм як сукупність управлінських дій, спрямованих на організацію взаємодії внутрішніх елементів в системі з урахуванням впливу зовнішнього середовища.

Додатково, слід підкреслити, що в сучасних умовах діяльність медичних установ повинна враховувати дію економічних законів. Іншими словами, виключно організаційні заходи впливу на об'єкт управління, без врахування економічних законів і закономірностей, не зможуть забезпечити потрібний результат. Тому підтримуємо погляд авторів, які вважають створення та впровадження

організаційно-економічних механізмів управління головним інструментом досягнення цілей організацій в сучасних умовах.

Підсумовуючи вищезазначене, організаційний механізм управління закладом охорони здоров'я можна визначити як систему:

- механізмів (структурних, інформаційних тощо), яка забезпечує управління цим закладом в умовах змінюючогося зовнішнього середовища. Він базується на порядку здійснення діяльності закладу, спрямованої на прийняття оптимальних управлінських рішень для вирішення завдань при найкращому використанні організаційних ресурсів;

- управлінських дій, спрямованих на організацію взаємодії між елементами закладу охорони здоров'я з метою досягнення ним цілей діяльності, як щодо задоволення потреб населення у якісній медичній допомозі і послугах, так і щодо власних економічних інтересів. Усе це враховує особливості зовнішнього та внутрішнього середовища цього закладу.

Організаційний механізм управління закладом охорони здоров'я, як система управлінських дій, реалізується в процесі організації управлінської діяльності. Ці дії відображаються в роботі фахівців закладів охорони здоров'я, які мають відповідні компетенції.

Організаційний механізм впливу на управлінську діяльність в закладі охорони здоров'я та його змістове наповнення істотно визначаються тенденціями реформування як державного управління, так і сфери охорони здоров'я. Як стверджується в науковій роботі [9], реформування державного управління в Україні має ґрунтуватися на сучасних орієнтирах та ціннісних пріоритетах розвитку світового співтовариства у цій сфері.

Аналіз структури національної системи охорони здоров'я підтверджує, що в Україні вона побудована за принципом ієрархічної організації.

Національною законодавчим органом у сфері охорони здоров'я, є Верховна Рада України. Ця установа визначає правову основу для функціонування та фінансування сфери охорони здоров'я в Україні.

Уряд України є найвищим виконавчим органом, який делегує повноваження з планування стратегії, розробки політики та стратегії розвитку та реформування охорони здоров'я, а також здійснює поточне управління. Він також визначає обсяги фінансування, закупівлю ліків і їх розподіл за деякими програмами через Міністерство охорони здоров'я. Міністр охорони здоров'я призначається Верховною Радою України за рекомендацією Голови Уряду (прем'єр-міністра) і підпорядковується Уряду та Верховній Раді, і його призначення або відставка з посади здійснюються Верховною Радою.

Міністерство охорони здоров'я має в своєму підпорядкуванні вищі та середні навчальні заклади, науково-дослідні установи у сфері охорони здоров'я, а також департаменти охорони здоров'я обласних державних адміністрацій.

Департаменти при обласних державних адміністраціях відповідають за управління та координацію у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні. Вони мають підпорядкованість управлінням/департаментом при районних, міських державних адміністраціях та селищних та сільських органах місцевого самоврядування. Також, до їх відповідальності входять заклади охорони здоров'я третинного рівня, заклади охорони здоров'я у спільній власності територіальних громад та приватної форми власності.

Департаменти при обласних державних адміністраціях відповідають за планування та здійснення поточного керівництва всіма об'єктами, які перебувають у їхній компетенції.

Управлінням та департаментом при районних, міських державних адміністраціях, а також в селищних та сільських органах місцевого самоврядування підпорядковані заклади охорони здоров'я на першому і другому рівнях, а також

заклади охорони здоров'я, що є комунальною власністю, а також заклади, що функціонують у формі приватної власності.

Міністерство охорони здоров'я, обласні та районні департаменти та управління охорони здоров'я відповідають за моніторинг діяльності закладів охорони здоров'я, які їм підпорядковані, і забезпечують контроль за якістю медичної допомоги. Для здійснення контролю за якістю надання медичних послуг використовуються адміністративні засоби державного регулювання, такі як лікувальні протоколи, ліцензування та акредитація закладів охорони здоров'я, а також сертифікація медичного персоналу, включаючи лікарів. Вимоги до якості медичних послуг є однаковими як для приватних, так і для державних закладів.

В Міністерстві охорони здоров'я України діють консультативні та дорадчі органи, а також кваліфікаційні і наукові комісії. Також у Міністерстві працюють науково-дослідні установи, що спеціалізуються на питаннях охорони здоров'я та високоспеціалізованої медичної допомоги.

Суттєвою особливістю національної системи охорони здоров'я є безпосереднє підпорядкування вищим медичним навчальним закладам освіти. Міністерство охорони здоров'я, а також обласні та районні департаменти та управління охорони здоров'я відповідають за моніторинг діяльності закладів охорони здоров'я, які їм підпорядковані, і також несуть відповідальність за якість надання медичної допомоги. Контроль якості переважно здійснюється через адміністративні методи державного регулювання, такі як складання протоколів лікування, процедури ліцензування та акредитації діяльності закладів охорони здоров'я, а також сертифікації медичного персоналу, зокрема лікарів. Вимоги до якості надання медичних послуг однакові як для приватних, так і для державних закладів.

У Міністерстві охорони здоров'я України функціонують консультативні та дорадчі органи, кваліфікаційні та наукові комісії. Також до Міністерства

безпосередньо підпорядковані науково-дослідні установи, які займаються питаннями охорони здоров'я та високоспеціалізованою медичною допомогою.

Українська система охорони здоров'я відрізняється тим, що вищі медичні навчальні заклади належать до компетенції як Міністерства освіти та науки України, так і Міністерства охорони здоров'я. Ці заклади можуть мати власні університетські клініки, які функціонують на третинному рівні надання медичної допомоги і відіграють важливу роль у підготовці медичних фахівців, проведенні наукових досліджень і наданні висококваліфікованої медичної допомоги.

Ще однією особливістю є існування відомчої медицини, яка також фінансується з державного бюджету і обслуговує обмежену професійну групу (наприклад, медичне відділення Державного управління справами). Однак реформа охорони здоров'я передбачає ліквідацію відомчої медицини з метою створення єдиного медичного простору і рівних можливостей для всіх груп населення. Ця ліквідація планується на етапі перетворення механізму фінансування вторинного та третинного рівнів медичної допомоги.

У рамках національної системи охорони здоров'я України також існують профспілкові організації працівників галузі, а також різні лікарські асоціації та товариства, які є членами Національної лікарської ради України. Ці організації представляють інтереси різних професійних груп медичних працівників, встановлюють медичні стандарти, сприяють професійному розвитку медичних кадрів і захищають права медичних працівників. Лікарські асоціації та товариства є механізмом "професійного регулювання медичної діяльності" в Україні і виконують ряд функцій, включаючи сприяння розвитку вітчизняної медичної науки.

Лікарські асоціації, крім названих прізвищ, впроваджують рекомендації та пропонують законопроекти до Ради Верховної Ради щодо охорони здоров'я. Вони також висловлюють офіційну позицію медичної громадськості в своїх зверненнях

до Міністерства охорони здоров'я та уряду стосовно питань і проблем в сфері охорони здоров'я.

У складі національної системи охорони здоров'я функціонують державні організації, які здійснюють соціальне страхування, такі як Пенсійний фонд України, Державна служба зайнятості (виконавча дирекція Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття), Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності (який фінансує санаторно-курортне лікування та оздоровлення застрахованих осіб та їхніх сімей), Фонд соціального захисту інвалідів (який фінансує витрати на медичну і соціальну допомогу потерпілим на виробництві). Оскільки ці організації займаються страхуванням, вони можуть стати основою для впровадження моделі соціального медичного страхування.

Також у складі організаційно-функціональної системи охорони здоров'я діє Національна служба здоров'я України (НСЗУ), яка виконує функції єдиного національного закупівельника медичних послуг. Ця організація була створена на першому етапі реформування системи охорони здоров'я. Ми підтримуємо погляди українських науковців І. Солоненка та С. Пака, які вважають, що "структура управління системою охорони здоров'я на регіональному та місцевому рівнях є недостатньою, а управління системою охорони здоров'я в Україні не відповідає сучасним соціально-економічним умовам". Ці проблеми призводять до відсутності системи надання медичної допомоги, яка б була орієнтована на пацієнта і враховувала його особисті вимоги, потреби і цінності, а також забезпечувала справедливий доступ до якісної медичної допомоги незалежно від соціально-економічного статусу пацієнта та його особистих характеристик.

В такому контексті стає очевидним, що національна система охорони здоров'я України потребує послідовних та глибоких інституціональних та структурних перетворень. Підтримуємо думку І. Солоненка, що "акцент на

пріоритети у реформі охорони здоров'я слід активно перенести на оптимізацію управління на всіх рівнях". Наразі, найбільш актуальним напрямом цих перетворень є розвиток медичного менеджменту за допомогою якісних механізмів удосконалення фінансового, кадрового та стратегічного управління у закладах охорони здоров'я. Все це має на меті створити соціально-орієнтовану, розвинену систему управління, яка зможе гарантувати якість, своєчасність та доступність медичної допомоги для населення.

Так, у контексті реформування системи охорони здоров'я необхідно враховувати не тільки розробку контролю, стандартизації, обмежень і вимог до медичної практики. Дуже важливо також забезпечити захист і безпеку лікарів, особливо в умовах пандемічних загроз та інших важливих ситуацій.

Першочерговим завданням є забезпечення фізичного захисту лікарів від можливості зараження різними хворобами і від фізичних загроз, які можуть виникнути з боку маргінальних пацієнтів. Проблеми в сфері соціального захисту сьогодні поставили медичний персонал на найнижчу сходинку суспільства, що призвело до озлобленості серед медичних працівників та недооцінки суспільством цієї найважливішої і найсвятішої професії.

Згідно з методикою визначення вартості роботи лікаря на основі собівартості, початкова мінімальна заробітна плата лікаря повинна становити не менше 15 тисяч гривень. Такий підхід сприяв би підвищенню поваги до лікарів і, відповідно, довірі до їхніх рекомендацій. Пандемія COVID-19 вкрай актуалізує це питання, виявляє найбільш гострі проблеми в сфері охорони здоров'я і піднімає перелічені завдання на перший план.

На момент створення Національної служби здоров'я (Агенції) зі статусом центрального органу виконавчої влади виникло безліч запитань. У той час, і як і досі, Міністерство охорони здоров'я України було центральним органом виконавчої влади в системі охорони здоров'я. Таким чином, якщо дана Агенція

виступає як центральний орган виконавчої влади, вона фактично заміщує Міністерство охорони здоров'я України. Однак у існуючому на той момент фінансово-правовому контексті ця Агенція не мала повноважень розпоряджатися коштами.

У визначенні прес-служби МОЗ України, Національна служба здоров'я України є центральним органом виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

На підставі факту, що гроші будуть триматися на казначейських рахунках, МОЗ стверджує, що Національна служба здоров'я України (НСЗУ) не буде мати фізичного розпорядження коштами, які виділяються з державного бюджету для оплати послуг медичного обслуговування населення. Однак вони одночасно стверджують, що НСЗУ буде виступати як оператор, який укладатиме контракти для закупівлі медичних послуг та угоди з медичними закладами і лікарями-ФОП. НСЗУ також буде контролювати виконання умов угод.

З питань лікарських помилок контроль залишатиметься у віданні органу, який надає ліцензії, тобто у МОЗ. У той час як щодо якості надання медичних послуг відповідальність ляже на НСЗУ. Важливо відзначити, що межі між якістю обслуговування і лікарською помилкою можуть бути досить розмитими, і розмежувати їх одне від одного в сфері медичної допомоги в сучасних умовах може бути проблематично.

З введенням НСЗУ ми рухаємося в напрямку обов'язкового медичного страхування, що передбачає, насамперед, визначення обсягу медичної допомоги, яка буде надаватися в рамках страхової програми.

Необхідно ретельно враховувати темпи розвитку можливостей медичної допомоги, які в світі значно випереджують фінансові можливості. Визначення обсягів медичної допомоги повинно бути дуже обережним підходом. Підхід "від

можливостей" в умовах крайньої бідності в державі може межувати з геноцидом, і це необхідно завжди пам'ятати. При визначенні обсягів допомоги слід враховувати не наявні кошти, а потребу знайти необхідні ресурси для надання допомоги хворим, які не повинні стати жертвами причин, які можна було уникнути.

Щодо питання нагляду за роботою лікарів, намарне створювати штучні інституції, в яких лікарі будуть контролювати один одного. Досвід авторитарного управління в радянській системі охорони здоров'я показує, що лікар завжди працюватиме в першу чергу на показник, за яким його контролюють, а не на користь пацієнта.

Ключова вимога до лікаря стосовно дотримання медичних протоколів може швидко призвести до того, що лікар буде заміщений комп'ютером. Однак людина – це складна сутність, яка не може бути повністю розкрита алгоритмами, навіть за найсучаснішими технологіями штучного інтелекту. Люди не складаються лише з фізичного тіла, але із душі, і саме ця душа грає важливу роль у видужанні. Деякі провідні наукові установи акцентують увагу на цьому факторі, використовуючи доказову медицину. Лікар, здатний досягти душі хворого і лікувати його словом, має особливу роль у цьому процесі, незважаючи на стандартні протоколи лікування.

Питання того, чи зможе тотальна диспансеризація забезпечити профілактику захворюваності, залежить від якості та організації цього процесу. Формальний підхід до диспансеризації вже був спробований у минулому, але він не завжди був успішним. Неформальний підхід вимагає створення відповідних умов і можливостей, а також інвестицій у систему охорони здоров'я, щоб забезпечити необхідний рівень профілактичних заходів.

Перед реформою важливо провести інвентаризацію матеріальної бази, уникнути дублювання обстежень та розпорошування діагностичного обладнання. Розглядаючи дороговартісне обладнання, слід забезпечити його ефективну роботу,

а не економити на ставках лікарів. Під час реформи слід акцентувати увагу на інтенсифікації системи, а не оптимізації (яка може бути сприйнята як скорочення) сучасного охоронного обслуговування.

На сьогоднішній день, стаціонар повинен відповідати високим стандартам, надавати послуги, які необхідні пацієнту, і бути обладнаним для інтенсивної терапії. Структурна реформа системи охорони здоров'я повинна сильно акцентувати на доступності медичної допомоги для пацієнтів, а не обов'язково на фізичних закладах. Однак, різна густота населення та різні географічні умови в Україні ускладнюють уніфікований підхід до структури медичної мережі, зокрема щодо кількості лікарень на кожних 100-120 тисяч мешканців та часу подорожі до них.

У деяких віддалених районах України відсутні регулярні автобуси та дороги, що ускладнює доступ до медичних закладів. За таких обставин, об'єднання населених пунктів для формування громад може бути проблематичним.

У структурній реформі охорони здоров'я також важливо враховувати рівні надання медичної допомоги, такі як первинна, вторинна та третинна медична допомога, та чітко визначати ці рівні. Це допоможе забезпечити ефективну організацію та надання медичних послуг у відповідності до потреб населення.

Щодо гарантованого рівня медичної допомоги, наявні певні недоліки у визначенні цього рівня в Україні. Від 1992 року стаття 7 Основ законодавства України про охорону здоров'я зобов'язує надавати громадянам гарантований рівень медичної допомоги, обсяг якого встановлюється Кабінетом Міністрів України. На жаль, цей рівень поки не був належним чином розроблений.

Сьогодні можливо варто переглянути ці критерії і розглянути інші аспекти. Важливо встановити, що Кабінет Міністрів має визначити рівень медичної допомоги, який гарантовано має бути доступний на місцях. Зміни у рівні можуть

відбуватися тільки в напрямку збільшення, і лише за рахунок фінансування з місцевих бюджетів.

Визначення такого рівня потребує врахування декількох факторів, включаючи стан здоров'я населення та потреби у покращенні цього стану. Важливо створити рівень медичної допомоги, який забезпечить захист громадян державою та одночасно спонукатиме їх дбати про своє власне здоров'я.

Визначення гарантованого рівня медичної допомоги має декілька ключових переваг, серед яких можна виділити планування витрат в системі, забезпечення гарантійної допомоги хворим та збереження соціальної гармонії в суспільстві. Важливо залишити приватний сектор і фінансування приватними коштами чи шляхом добровільного медичного страхування для покриття всього, що виходить за межі гарантованого рівня медичної допомоги.

Питання конкуренції в системі медичної допомоги потребує обережного підходу. Конкуренція у сфері сервісу може бути допустимою, але важливо оберігати якість надання медичної допомоги, консультативної підтримки та співпраці у складних випадках. Проблема полягає в тому, що якість медичної допомоги оцінюється з різних точок зору: пацієнта, лікаря та держави. Якість з позиції пацієнта визначається тим, чого сам пацієнт очікує від медичної послуги і як його очікування враховуються.

Професійна якість оцінюється тим, чи відповідає медична послуга потребам споживача, і цю оцінку надає практикуючий лікар чи адміністрація лікувального закладу. База стандартів медичної допомоги в Україні (База СМД) є важливим інструментом для визначення якості в медичній сфері, який регламентує клінічні аспекти надання медичної допомоги та норми її надання.

З точки зору держави, якість медичної допомоги передбачає ефективне та продуктивне використання обмежених ресурсів. Оцінювачами якості можуть бути адміністрація закладу, його власники, громадські організації та інші зацікавлені

сторони, які мають інтерес у діяльності цього медичного закладу. Для керівника медичного закладу важливо поєднувати кілька ролей, щоб ефективно впоратися з завданнями реформування системи охорони здоров'я.

Однією з ключових ролей керівника є роль конструктора. Він повинен впорядковувати організаційну структуру закладу, впроваджувати новаторські рішення, змінювати та оновлювати структуру і функції організації. Керівник також має забезпечувати ефективне управління виробничими процесами, налагоджувати інформаційні системи, покращувати якість послуг та ефективно керувати людськими ресурсами.

Керівник також виступає у ролі лідера, який мотивує та направляє команду співробітників для досягнення спільних цілей. Його здатність керувати іншими, вдихати ними довіру та співпрацю, сприяє успішному функціонуванню організації. Керівник також виконує роль стратега, розробляючи довгострокові плани та стратегії для медичного закладу. Він має враховувати зміни в системі охорони здоров'я, потреби пацієнтів та інші фактори для планування майбутнього розвитку організації. Ці ролі керівника можуть варіювати залежно від обставин, рівня розвитку організації та інших факторів, але їх об'єднання дозволяє керівникові ефективно керувати процесами реформування системи охорони здоров'я та досягати покращень у цій галузі.

Реформовані організації системи охорони здоров'я повинні мати високий рівень гнучкості та адаптивності, щоб ефективно реагувати на невизначеність та змінні умови, а також успішно взаємодіяти з оточуючим світом. Крім того, оптимізація взаємовідносин між різними рівнями управлінських органів, як на горизонталі, так і на вертикалі, відіграє важливу роль у реформі управління системою охорони здоров'я. Наразі існує подвійне підпорядкування органів охорони здоров'я: місцевим органам влади (горизонтальна лінія) та вищим

управлінським структурам галузі (вертикальна лінія), і це також потребує певного узгодження під час реформування.

Одним із великих випробувань для керівника є забезпечення злагоджених інтересів лікарів і організації. Це вимагає впровадження нових моделей взаємодії між лікарями та організаціями, переосмислення цих відносин та залучення лікарів до більш активної участі в управлінні та керуванні організаційною діяльністю. Без їх залучення неможливо вирішити такі проблеми, як ефективне управління вартістю, покращення якості медичної допомоги, підвищення продуктивності праці та оптимальне використання ресурсів, а також стратегічне планування.

Лікарі мають важливу роль у визначенні політики, прийнятті рішень та розподілі ресурсів, а також у розробці та виконанні стратегічних ініціатив. Керована медична допомога сприяє усвідомленню організаціями та лікарями того, що спільна діяльність, обмін ризиками та розвиток механізмів для входження на ринок є ключовими аспектами.

У ролі стратега, керівник повинен підтримувати постійний зв'язок із зовнішнім середовищем, щоб вчасно розпізнавати і оцінювати події, які можуть вплинути на організацію. Важливо контролювати та аналізувати будь-які сигнали ззовні та приділяти увагу питанням, що можуть стосуватися як самої організації, так і її партнерів. Керівники, виступаючи як стратеги, повинні не лише сприймати та розуміти оточуючу ситуацію, але й активно впливати на неї. Керуючи медичними закладами, які задовольняють потреби громади, вони повинні брати активну участь у формуванні та реалізації громадської політики.

Незважаючи на впливи ззовні та внутрішні складнощі, керівники, як лідери, повинні активно розвивати свої організації, щоб вони відповідали поточним вимогам і мали перспективи на майбутнє.

Система охорони здоров'я є складною галуззю суспільної сфери, і вона створює виклики для управління, які передбачають подвійну мету: збереження

здоров'я нації та забезпечення процвітання медичних організацій. У сучасних умовах, коли суспільство стикається зі складними соціально-економічними завданнями, керівники галузі стикаються з низкою складних проблем, розв'язання яких вимагає нових знань та навичок у сфері менеджменту, маркетингу, економіки і юриспруденції.

Крім цього, керівники мають бути технічно та інформаційно компетентними та мати навички в області психології, щоб вести ділові перемовини на високому рівні і вирішувати конфлікти. Організації охорони здоров'я представляють собою складні соціальні системи, і управління ними вимагає від керівників ефективного використання внутрішньої структури, методів підвищення продуктивності праці та стимулювання працівників для досягнення мети організації.

Для розуміння сутності та ефективного управління організацією охорони здоров'я важливо застосовувати системний підхід. Незважаючи на унікальність кожної функції та діяльності в системі охорони здоров'я, вони всі взаємозалежні. Більшість функцій і видів діяльності взаємодіють один з одним або впливають на інші аспекти системи.

Організації охорони здоров'я відрізняються від інших типів організацій і є унікальними через складність їхньої діяльності та важкість вимірювання результатів. Робота в охороні здоров'я різноманітна, складна і специфічна, часто термінова та невідкладна, і не допускає помилок. В організаціях охорони здоров'я різні види діяльності тісно взаємопов'язані і вимагають високого рівня координації між різними професійними групами та високої спеціалізації.

Слід враховувати, що висококваліфіковані фахівці, перш за все, прагнуть дотримуватися професійних стандартів і дбати про свою професійну репутацію, а інтереси організації можуть займати другорядне місце для них. Це підкреслює необхідність для сучасних керівників організацій охорони здоров'я володіти новими методами управління, які включають:

- управління ринком чи мережею послуг, орієнтоване на забезпечення охорони здоров'я населення;
- активне управління якістю та постійне вдосконалення роботи організації;
- управління медичним обслуговуванням, яке виходить за межі самої організації;
- управління фінансами з фокусом на ефективність роботи організації.

Важливою складовою успішного управління організацією охорони здоров'я є здатність керівників збалансувати інтереси фахівців і інтереси самої організації. В Україні сьогодні існує певна суперечність між завданнями збереження здоров'я нації і забезпечення процвітання організацій охорони здоров'я, і акценти медичної реформи можуть створювати напруження в цій ситуації.

Ця ситуація дійсно може створити конфлікт і моральні напруги в системі охорони здоров'я, оскільки вона вимагає збалансованого підходу до діяльності, яка має одночасно забезпечити як профілактику, так і лікування хвороб. Проте можливість конфлікту і напруги також може бути зменшена за допомогою правильного управління та ретельного планування.

Один зі способів вирішення цього протистояння полягає в розвитку і впровадженні системи превентивної медицини та публічного здоров'я. Ця система спрямована на запобігання захворювань та підтримання загального стану здоров'я населення. Вона може включати в себе різні програми, які спонукатимуть до здорового способу життя, вакцинацію, регулярні медичні огляди та інші заходи.

Також важливо покращити фінансування системи охорони здоров'я та раціонально використовувати ресурси. Це може включати в себе оптимізацію управління лікарнями та клініками, зменшення адміністративних витрат і впровадження ефективних фінансових стратегій.

Крім того, важливо підтримувати високий професійний рівень медичних працівників і створити сприятливі умови для їх розвитку. Визнання та винагороди

за якість медичної допомоги можуть стимулювати лікарів до відданості своїй професії та покращення рівня послуг. Усі ці заходи можуть допомогти зменшити конфлікти та напругу в системі охорони здоров'я та зробити її більш орієнтованою на забезпечення загального стану здоров'я населення.

Розмежування функцій генерального директора і медичного директора у медичних закладах дійсно сприяє якості управління і медичному обслуговуванню. Проте проблеми, які виникають у контексті мотивації та відповідальності керівництва, можуть залишатися актуальними.

Щодо генерального директора, його відповідальність за фінансово-господарську діяльність і результати включає в себе забезпечення фінансової стійкості закладу, ефективного використання ресурсів, розробку бізнес-стратегії і бюджету. Проте, як ви вказали, якщо фінансові показники в межах закону, то генеральний директор може не нести значної відповідальності. Однак добрий керівник завжди буде спрямовувати свої зусилля на покращення результатів і розвиток організації з метою покращення медичних послуг та задоволення потреб пацієнтів.

У вас також правильно вказано, що мотиваційні чинники генерального директора можуть включати страх, переконання та вигоди. Зазвичай ці чинники є важливими в управлінні будь-якою організацією. Страх перед можливими фінансовими втратами або погіршенням репутації може стимулювати директора до вжиття заходів для покращення ситуації. Переконання в правильності своїх дій і важливості медичних послуг можуть бути сильними мотиваторами для керівника. Також можливість отримання фінансових вигід або бонусів в разі досягнення певних результатів може сприяти покращенню управлінської діяльності.

У кінцевому підсумку, успішне керівництво в медичних закладах вимагає поєднання різних мотиваційних чинників, ефективного управління ресурсами і

забезпеченням якості медичних послуг, а також відповідності вимогам законодавства і професійних стандартів.

Зміни в критеріях оцінки роботи керівника медичного закладу є важливим кроком у напрямку покращення управління та розвитку закладу охорони здоров'я. Замість відсутності порушень, оцінка повинна базуватися на досягненнях і розвитку закладу, а також на якості медичних послуг та відповідності їх потребам громади.

Мотивація керівника генерального директора на досягнення довгострокових стратегічних цілей закладу охорони здоров'я є дійсно важливим аспектом. Гарантування можливості довгострокового зайняття посади може сприяти залученню керівника до розробки та впровадження стратегії, спрямованої на покращення якості послуг і розвиток закладу. Це дозволить уникнути ситуації, коли керівник зацікавлений лише в короткостроковому збагаченні або реалізації власних інтересів.

Генеральний директор також повинен бути активним у розробці і виконанні стратегії, що ґрунтується на потребах громади та ринковій ситуації. Це важливо для забезпечення відповідності медичних послуг потребам споживачів і для забезпечення конкурентоздатності закладу. Крім того, реалізація довгострокової стратегії вимагає планування, контролю та оцінки результатів, що також потребує участі керівника.

Усі ці заходи сприятимуть покращенню управління і розвитку медичних закладів та забезпечать більшу увагу якості медичних послуг та потребам громади.

Виправдано вказувати, що генеральний директор закладу охорони здоров'я має обмежені можливості впливу на фінансові ресурси та фактори ризику захворюваності населення. Справді, багато з цих обмежень пов'язані з фінансовими реаліями та системою охорони здоров'я в країні.

Заклади охорони здоров'я, які не є комерційними прибутковими підприємствами, діють в умовах обмежених фінансових ресурсів і зазвичай залежать від бюджетного фінансування з боку держави або місцевих органів самоврядування. Такі заклади можуть стикатися із складністю фінансового планування і виконання своїх функцій, особливо у ситуаціях, коли фінансування недостатнє для задоволення потреб населення у якісній медичній допомозі.

Дійсно, генеральний директор закладу охорони здоров'я може виконувати свої обов'язки лише в рамках своїх повноважень і можливостей фінансування. У випадках, коли бюджети не відповідають потребам закладу, це може призвести до обмеження надання якісних медичних послуг. Таким чином, вирішення проблем у сфері фінансування та реформування системи охорони здоров'я може бути критичним для забезпечення ефективної діяльності закладів охорони здоров'я і задоволення потреб населення в медичній допомозі.

Це правильно вказано, що генеральний директор та медичний директор закладу охорони здоров'я мають різні функції та відповідальності, але вони взаємодіють і співпрацюють для забезпечення ефективної діяльності закладу та надання якісних медичних послуг.

Генеральний директор зазвичай відповідає за управління господарською та фінансово-економічною діяльністю закладу охорони здоров'я. Це включає в себе розподіл фінансових ресурсів, організацію роботи підрозділів закладу, розвиток стратегії розвитку та інші аспекти, пов'язані з ефективним управлінням ресурсами. Генеральний директор також відповідає за забезпечення дотримання законодавства та стандартів у сфері охорони здоров'я.

Медичний директор, у свою чергу, фокусується на питаннях, пов'язаних з медичною діяльністю закладу. Він відповідає за надання медичних послуг відповідно до встановлених стандартів, координацію роботи медичних

працівників, удосконалення медичних послуг та забезпечення пацієнтоорієнтованого лікування.

Співпраця та взаємодія між генеральним та медичним директорами є ключовими для успішного функціонування закладу охорони здоров'я. Це дозволяє забезпечити баланс між фінансовими та медичними аспектами діяльності закладу та забезпечити надання високоякісних медичних послуг пацієнтам.

Така оцінка ринкових пріоритетів та інвестиційних можливостей в закладах охорони здоров'я в Україні відображає складнощі, з якими стикаються такі заклади в контексті їхньої соціальної орієнтації та некомерційного статусу. Заклади охорони здоров'я дійсно специфічні, і їхні можливості для залучення інвестицій та прибутків обмежені різними факторами.

Основним джерелом фінансування багатьох закладів охорони здоров'я в Україні є кошти від Національної служби здоров'я України (НСЗУ), і це може обмежити їхню фінансову незалежність. Інвестори шукають можливості для заробітку та віддають перевагу галузям, де є більше гарантій на отримання прибутків.

Щодо забезпечення кваліфікованими працівниками, це є важливою складовою ефективної діяльності закладів охорони здоров'я. Генеральному директору дійсно потрібно створювати сприятливі умови для роботи медичного персоналу, забезпечувати їхню матеріальну зацікавленість та створювати морально-психологічний клімат, який би сприяв ефективній роботі та задоволенню пацієнтів. Також важливо враховувати соціальні та професійні потреби медичного персоналу для збереження та приваблення кваліфікованих кадрів.

Усі ці виклики та обмеження підкреслюють важливість ефективного управління в закладах охорони здоров'я та необхідність пошуку та впровадження інноваційних стратегій для забезпечення їхнього сталого розвитку та високої якості медичних послуг. Генеральний директор комунального некомерційного закладу

охорони здоров'я має значну відповідальність за фінансовий стан та стратегічний розвиток закладу. Дійсно, від його професійної компетенції, ефективного управління ресурсами та здатності привертати інвестиції може залежати подальше функціонування закладу.

Система конкурсного відбору генерального директора, має свої переваги, оскільки вона сприяє об'єктивному вибору керівника на основі його кваліфікації та досвіду. Професійна конкурсна комісія, що включає представників різних сторін, може допомогти у забезпеченні об'єктивності та вибору найкращого кандидата для керівництва закладом.

Так, важливо зберегти баланс між економічними інтересами закладу та його медичними функціями, забезпечивши якісну медичну допомогу пацієнтам. Реформи в системі охорони здоров'я мають на меті вирішення цих питань та покращення ефективності та доступності медичних послуг в Україні, а система конкурсного відбору керівників може бути однією зі складових цього процесу.

Система конкурсного відбору може мати свої особливості в різних регіонах та закладах охорони здоров'я, і справедливість цих конкурсів дійсно може порушуватися через суб'єктивний фактор та заангажованість членів комісій. Це може ускладнювати появу нових лідерів та впливати на якість управління закладами.

Об'єктивні показники та критерії оцінки можуть покращити цей процес і зробити його більш об'єктивним. Медична та психологічна експертиза, результати тестів, аналіз попередньої управлінської діяльності, оцінка програм майбутньої діяльності та інші критерії можуть допомогти вибрати керівників, які відповідають вимогам та можуть принести користь медичним закладам та пацієнтам. Важливо, щоб ці критерії були ретельно розроблені, чітко визначені та об'єктивно оцінювали кандидатів. Також важливо забезпечити прозорий і справедливий процес конкурсу та уникнути конфлікту інтересів серед членів комісій.

У покращенні системи вибору лідерів у сфері охорони здоров'я можуть взяти участь фахівці з управління, психології, етики, які сприятимуть створенню об'єктивних та ефективних методів відбору керівників для закладів ПМД.

Через призму теорії управління, управлінська діяльність розглядається як сукупність інтелектуальних основ, що ґрунтуються на віковому досвіді, науковому знанні та індивідуальному таланту людей. Це включає в себе навички, вміння, методи, засоби та дії, спрямовані на управління розвитком суспільних процесів, свідомість, поведінку та діяльність людей. У межах цього контексту важливими характеристиками управлінської діяльності є інтелектуальна складова (розробка, ухвалення та практичне втілення управлінських рішень, спрямованих на зміну розвитку суспільних процесів, свідомості, поведінки та діяльності людей), інформаційна складова (отримання, інтерпретація, систематизація, зберігання та передача управлінської інформації), раціональність та ефективність [368].

Основаючись на функціональній диференціації, управлінська діяльність визначається основними вимогами до організації та передбачає чітке виконання професійних завдань. Вона також характеризується економічністю, плановістю, ритмічністю, надійністю роботи і неприпустимістю помилок і порушень у спільній діяльності, а також створенням умов для ініціативної та творчої праці. Визначення основних функцій управлінської діяльності сприяє досягненню її ефективного соціального впливу, розвитку управлінської культури та готовності до управлінської діяльності, а також вдосконаленню управлінських якостей окремої особистості [368].

Крім того, управлінська діяльність передбачає відповідальність кожної особи за виконання її обов'язків, врахування здібностей фахівців та їх залучення до певного виду діяльності, а також об'єднання інтересів фахівців навколо спільної мети та завдань.

На основі визначених функцій управлінської діяльності та її специфіки в соціальному і особистісному вимірах науковці виділяють такі види управлінської діяльності:

- *за об'єктом впливу*: індивідуальна (спрямована на окрему особу, включаючи проведення співбесід та здійснення психологічного впливу); групова (пов'язана з колективними рішеннями та іншими аспектами групової діяльності);
- *за спрямованістю*: технічне управління (спрямоване на управління технічними аспектами, такими як технічні системи та обладнання); соціальне управління (стосовно людей та соціальних груп) [199].

Зводячи разом різні погляди науковців у галузях теорії управління, психології управління, соціології та педагогіки, щодо визначення функцій управлінської діяльності та видів управлінської діяльності, можна констатувати, що управлінська діяльність є багатофункціональною та специфічною для професійного середовища.

У контексті нашого дослідження важливо розкрити сутність управлінської діяльності у професійному середовищі сфери охорони здоров'я в Україні. Враховуючи це, слід зазначити, що кадровий потенціал в організаціях медичної сфери та процес його формування мають свої особливості.

Таким чином, управлінська діяльність в закладах охорони здоров'я відзначається наступними рисами:

- *багатофункціональність*: управління вимагає вирішення різноманітних завдань та функцій, пов'язаних з організацією та управлінням медичними закладами;
- *динамічність*: управління в охороні здоров'я постійно змінюється та адаптується до нових умов і вимог;
- *умови напруженості*: управлінці часто стикаються з надзвичайними ситуаціями та великими викликами, пов'язаними з охороною здоров'я;

- регламентованість: багато процесів управління медичними закладами регулюються законодавством та стандартами;
- чітке керування: управління вимагає точності та координації дій усіх учасників процесу;
- злагодженість та узгодженість: співпраця та спільна робота важливі для досягнення успіху в організації охорони здоров'я;
- специфіка галузі: охорона здоров'я відіграє ключову роль у соціально-економічному розвитку країни через збереження та відновлення здоров'я людського капіталу;
- сучасні реформи: галузь охорони здоров'я піддається суттєвим змінам та реформам.

Управління в медичній галузі в Україні є складною та відповідальною діяльністю, і його успіх визначається здатністю ефективно вирішувати багато викликів та завдань, пов'язаних із забезпеченням національного здоров'я та організацією медичних послуг.

Управлінська діяльність в закладах охорони здоров'я є системою, що охоплює комплекс дій і практичних заходів на різних рівнях управлінської ієрархії та має значний вплив на суспільство та економіку. Головним суб'єктом формування та реалізації управлінської діяльності в медичній сфері є держава.

Згідно з визначенням С. Вовка, кінцевим результатом якісної роботи медичної системи є особистість, яка здатна забезпечити конкурентоспроможність економіки, розвиток високих технологій виробництва, високі показники внутрішнього валового доходу та підвищення рівня матеріального і духовного життя населення країни. Це вказує на те, що робота медичної системи не обмежується лише наданням медичних послуг, вона також має вплив на економічний та соціокультурний розвиток суспільства.

Отже, управління в медичній сфері в Україні спрямоване на досягнення більш високого рівня якості медичних послуг та підвищення загального рівня здоров'я населення, що в свою чергу впливає на розвиток економіки та соціокультурні аспекти суспільства.

Об'єктним складом управління в сфері охорони здоров'я є як суспільні відносини, так і відносини в організаційній системі. Управлінський вплив включає два основних напрями:

- статичний (структурний): включає в себе створення відповідної організаційної структури управління, яка визначає роль та місце різних підсистем в системі охорони здоров'я.

- динамічний (функціональний): передбачає покладення функціонального завдання на різні підсистеми та визначення їхніх обов'язків та функцій для забезпечення ефективності функціонування системи охорони здоров'я.

Публічне управління в сфері охорони здоров'я спрямоване на забезпечення якісної медичної допомоги та покращення стану охорони здоров'я населення відповідно до встановлених цілей і завдань, і включає в себе вплив на об'єкти та процеси як статичними, так і динамічними методами управління.

Основний зміст управлінських сучасних тенденцій в Європі може бути охарактеризований як “державний менеджеризм”. Ця концепція передбачає перехід до нової парадигми державного управління, формування нової культури та стилю діяльності публічних органів, які орієнтовані на підвищення якості послуг для громадян і відповідальності за розподіл послуг і ресурсів.

Розглядаючи організаційний механізм впливу на управлінську діяльність в закладі охорони здоров'я та його змістове навантаження, важливо відзначити, що управлінська діяльність є синонімом адміністративної діяльності, оскільки організація управлінської діяльності в закладі охорони здоров'я визначає особливості виконання адміністративних завдань.

Адміністративна діяльність є важливою складовою управлінської діяльності і включає в себе всі аспекти, пов'язані з управлінням та організацією функцій у закладі охорони здоров'я. Адміністрація, в цьому контексті, означає сукупність державних органів, які здійснюють функції управління, а також посадових осіб, що займають посади управлінського складу установи, організації чи підприємства. Адміністративна діяльність охоплює усі аспекти управлінської роботи та виконання рішень, включаючи бюрократичні процедури та виконавчу діяльність.

Отже, адміністративна діяльність в закладі охорони здоров'я визначається як управлінська діяльність, спрямована на організацію та виконання функцій цього закладу, а також здійснення адміністративних процедур та виконавчих дій.

У своїй класичній концепції, А. Файоль досліджував поняття адміністрування та управління. Він розглядав управління, що в термінології Файоля включало адміністрування, як сукупність методів, принципів і правил, спрямованих на досягнення ефективної діяльності організації при оптимальному використанні її ресурсів. Ця концепція адміністративного управління була спрямована на розробку загальних принципів та проблем управління організацією.

У межах цієї концепції було сформовано поняття організаційної структури як системи взаємозв'язків з певною ієрархією (принципи ієрархічності). Організаційна структура визначала, як організація має бути організована і які повинні бути взаємовідносини між її складовими частинами.

В Україні термін "адміністративна діяльність" не має чіткого юридичного визначення. У науковій літературі існують різні погляди на сутність цього поняття. Наприклад, для Л. Ковалю, адміністративна діяльність пов'язана головним чином з виданням нормативних та індивідуальних актів. Л. Гордієнко визначає адміністративну діяльність як діяльність працівників апарату управління, яка виконується в рамках визначеної посади і є предметом дослідження

адміністративного менеджменту. Вона розглядає адміністративну діяльність з позиції аналізу системи "посада-працівник".

Отже, поняття "адміністративна діяльність" може мати різне розуміння в залежності від контексту і дослідницької позиції, проте загалом воно вказує на діяльність, пов'язану з управлінням та адмініструванням у певному організаційному середовищі.

Для підвищення кадрового потенціалу та покращення контролю за якістю медичних послуг, а також для сприяння більш ефективній праці медичного персоналу у галузі охорони здоров'я загалом, необхідно провести ряд системних заходів, головною відповідальністю за які є держава. До цих заходів включаються:

- збільшення обсягів та розширення джерел фінансування в системі охорони здоров'я. В цьому контексті, важливо раціонально використовувати різні методи фінансування медичних установ, оптимізувати систему оплати праці медичного персоналу та створити механізм планування та оцінки роботи медичних закладів на основі наданих медичних послуг та відповідного фінансування на їх підтримку. Важливим є перехід від обсягового фінансування до якісного, з пріоритетом на результати надання медичної допомоги, а не лише кількість операцій чи процедур;

- диверсифікація джерел фінансування охорони здоров'я, оскільки на сьогоднішній день більшість коштів виділяється з державного бюджету, але ця сума все ще недостатня для забезпечення всебічної медичної допомоги всьому населенню. Тому важливо розвивати інші джерела фінансування, такі як страхування, благодійність, та інші;

- удосконалення системи контролю та оцінки якості медичних послуг, включаючи впровадження механізмів звітності, обліку та аудиту в медичних закладах. Це допоможе забезпечити відповідність наданих послуг встановленим стандартам та підвищити якість медичної допомоги;

– посилення регулювання інших аспектів системи охорони здоров'я, таких як цінова політика на ліки та медичні послуги, контроль над використанням медичних технологій, інновацій та стандартів, що сприяють вдосконаленню сфери охорони здоров'я.

Загальна мета цих заходів полягає в покращенні доступу до якісної медичної допомоги та забезпеченні ефективної праці медичного персоналу в галузі охорони здоров'я. Це призвело до того, що на сьогодні державні зобов'язання у сфері охорони здоров'я мають лише формальний характер, і подальше їх збереження на об'явлених засадах також є недосяжним. Досвід показує, що навіть в економічно розвинених країнах, до яких Україна не відноситься, неможливо забезпечити такий високий рівень соціальних витрат на надання безкоштовної медичної допомоги.

Таким чином, з метою збереження балансу між економічними інтересами закладів охорони здоров'я та їхніми медичними функціями. Реформи в системі охорони здоров'я спрямовані на досягнення цього балансу, а система конкурсного відбору керівників є однією зі складових цього процесу. Проте, текст також підкреслює, що ця система може бути підвернута суб'єктивним факторам та конфлікту інтересів, що може впливати на якість управління закладами охорони здоров'я.

Для покращення системи вибору лідерів у сфері охорони здоров'я рекомендується використовувати об'єктивні показники та критерії оцінки кандидатів, такі як медична та психологічна експертиза, результати тестів, аналіз попередньої управлінської діяльності та інші. Ці критерії повинні бути ретельно розроблені, чітко визначені та об'єктивно оцінювати кандидатів. Так, ефективне управління в сфері охорони здоров'я потребує збалансованого підходу, об'єктивних методів вибору лідерів та дотримання високих стандартів управління для забезпечення якісної медичної допомоги пацієнтам і досягнення ефективності в галузі охорони здоров'я.

Результати аналізу дали можливість визначити основні риси парадигми державного регулювання у сфері охорони здоров'я. Ця парадигма представляє собою комплекс знань, управлінських рішень і підходів, що стосуються функціонування та модернізації охорони здоров'я. Вона адаптована до реального стану системи охорони здоров'я в умовах переходу до ринкового механізму господарювання та використання ресурсів цієї галузі. Ця сучасна парадигма управління охороною здоров'я спрямована на модифікацію галузі під впливом розвитку ринкових відносин і необхідності раціонального використання обмежених ресурсів. Вона повинна відповідати національній економічній парадигмі. Дослідження підтверджує, що основною метою розвитку цієї парадигми є впровадження управлінських технологій в галузі, які базуються на міжгалузевому підході і сприяють макроекономічному розвитку закладів охорони здоров'я. Перехід до нової парадигми обумовлений формуванням нових соціально-економічних відносин між постачальниками і споживачами медичних послуг.

Використання цієї парадигми як концептуальної моделі, що відображає сучасний стан системи охорони здоров'я і шляхи її розвитку в умовах ринкової економіки, сприяє обґрунтованому стратегічному управлінню наданням медичної допомоги, державному регулюванню ринку охорони здоров'я і раціональному використанню ресурсів цієї галузі. Структура організаційно-функціональної системи охорони здоров'я представлена на рисунку 4.1.

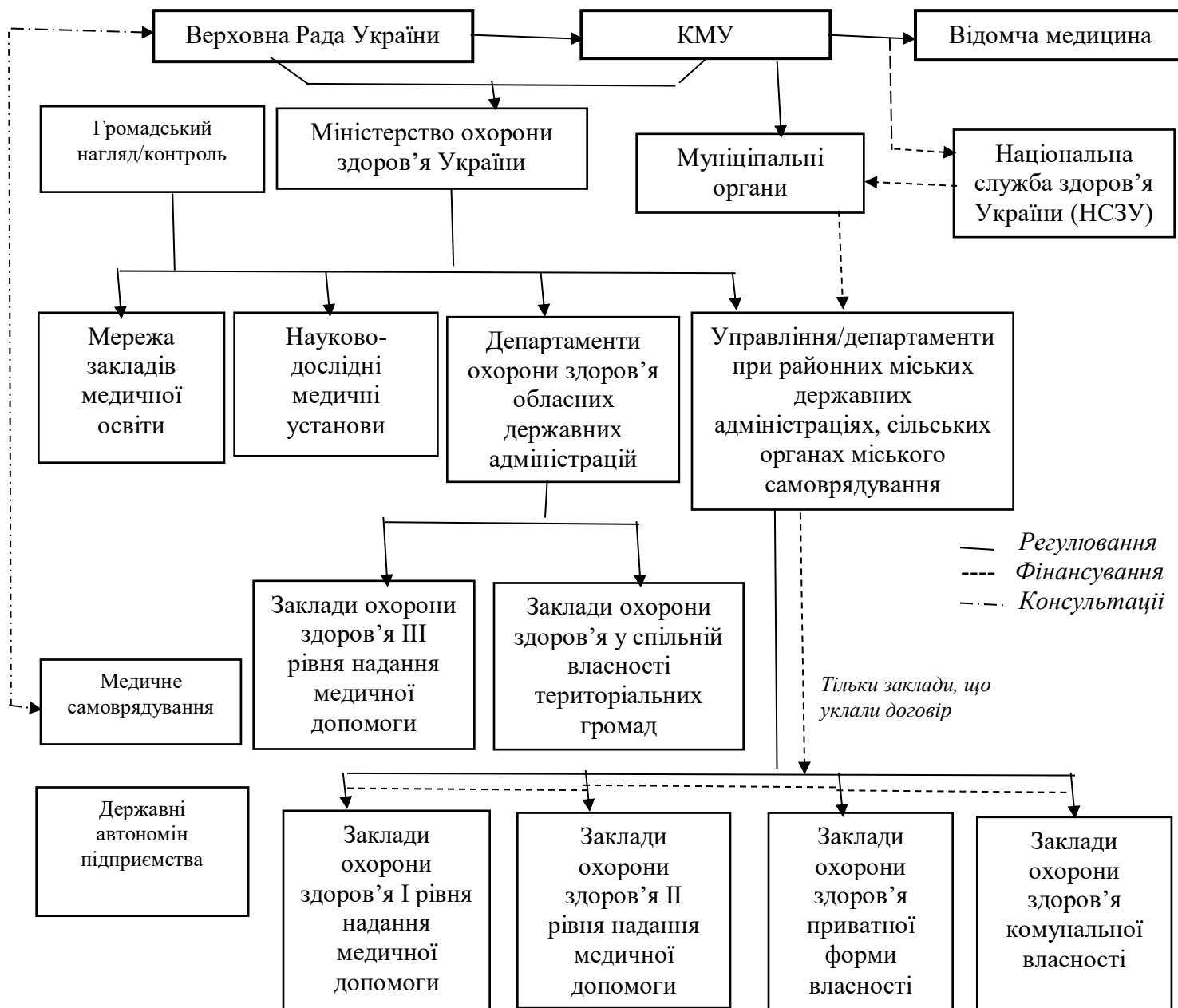


Рис. 4. Організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я України. Джерело: розроблено автором

Міністерство охорони здоров'я України відповідає за формування та координацію політики у галузі охорони здоров'я. Воно також відповідальне за контроль за діяльністю суб'єктів медичної практики в Україні. Потрібно внести

зміни до положення про МОЗ, видаливши з його компетенції ліцензування професійної діяльності медичних працівників. У той же час залишити повноваження МОЗ щодо:

- ліцензування медичної діяльності медичних підприємств, установ і організацій, які перебувають у підпорядкуванні центральних органів виконавчої влади;

- ліцензування діяльності медичних підприємств, установ і організацій, які надають послуги та роботи з надання швидкої та невідкладної медичної допомоги незалежно від форми власності;

- ліцензування медичної діяльності підприємств, установ і організацій усіх форм власності, крім комунальної, які надають стаціонарну медичну допомогу.

Пропонується створити "організацію медичного самоврядування" як недержавне професійне об'єднання медичних працівників, обов'язкове членство в якому є передумовою для здійснення їх професійної діяльності. Ця інституція повинна:

- об'єднувати всіх медичних працівників, які мають ліцензії, зробивши членство обов'язковим для здійснення професійної діяльності;

- видаляти "ліцензії на професійну діяльність медичних працівників"/ дозволи на здійснення медичної діяльності для лікарів та медичних сестер;

- приймати рішення про продовження дії ліцензії на новий трирічний або п'ятирічний строк;

- застосовувати санкції, включаючи відкликання або призупинення дії ліцензії тощо.

Організація лікарського самоврядування має стати недержавною некомерційною професійною організацією, яка об'єднує всіх лікарів України з метою забезпечення реалізації завдань лікарського самоврядування. Цей орган несе відповідальність за забезпечення доступу лікарів до професії та їхнього

безперервного професійного розвитку, гарантує їхню організаційну та професійну незалежність, впроваджує механізми професійної відповідальності і виступає на захист інтересів лікарів. За таким самим принципом були створені органи самоврядування інших фахівців у сфері охорони здоров'я, таких як медичні сестри/брати, реабілітологи, фахівці громадського здоров'я та інші. Запровадження нового органу, яким є орган медичного самоврядування, допоможе знизити лікарів від адміністративного впливу керівництва закладів охорони здоров'я і посадових осіб.

Державне підприємство «Електронне здоров'я» має виступати як адміністратор та координатор розвитку E-Health з ідеологією сталого розвитку та інтероперабельності, що відповідає принципам ВООЗ і найкращим світовим практикам. Завдяки збалансованому участі різних груп (пацієнтів, лікарів, розробників, страхових компаній, МОЗ, Мінцифри, ДП «Електронне здоров'я», ЦГЗ, науковців, волонтерських організацій, кіберполіції тощо) створено постійний запит на функціонал та стандартизацію, що відповідають як ринку, так і державі.

Мережа медичних університетів, що є автономними закладами вищої медичної освіти, виконує основну роль у підготовці лікарів та забезпечує їх післядипломну підготовку. Ці університети використовують університетські лікарні та провідні регіональні лікарні як клінічні бази.

НСЗУ є автономною фінансовою агенцією в системі СОЗ і відповідає за закупівлю медичних послуг у суб'єктів медичної практики.

Державне підприємство «Медичні закупівлі України» є автономною структурою, відповідальною за стратегічні та високовартісні закупівлі державного рівня з прозорими антикорупційними механізмами формування потреб, відповідними медико-технічними вимогами і контролем ефективності використання закуплених товарів та послуг.

Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України» є науково-аналітичною організацією, яка надає підґрунтя для формування політики щодо збереження здоров'я населення, розробляє національні стандарти здоров'я та генерує нові знання в галузі охорони здоров'я та біобезпеки. Вона реалізує ці завдання через регіональні Центри контролю та профілактики хвороб.

Державне підприємство «Державний експертний центр» є автономною експертною агенцією в рамках СОЗ, яка регулює клінічні випробування та державну реєстрацію медичних засобів, здійснює фармаконагляд, стандартизує медичну допомогу і оцінює медичні технології.

Всі місцеві органи влади в Україні несуть відповідальність за покращення здоров'я свого населення, надаючи консультації щодо політики охорони здоров'я та створюючи інфраструктуру здоров'я. Вони також фінансують регіональні/місцеві програми збереження здоров'я населення.

Пропонується створення Національного фонду громадського здоров'я, який буде фінансувати заходи з попередження та зменшення впливу хронічних неінфекційних захворювань на здоров'я людей. Цей фонд буде наповнюватися за рахунок спрямування 1% від надходжень до Держбюджету від акцизу на тютюнові вироби, алкогольні вироби, та вироби, що містять трансжири.

Створення Національного трансфузіологічного центру як спеціалізованої державної установи в управлінні МОЗ України з метою ефективного управління суб'єктами системи крові та координації діяльності системи крові.

Також рекомендується залучати працівників недержавних організацій без медичної освіти для виконання окремих заходів та функцій у системі громадського здоров'я, з визначенням механізмів їх залучення та стандартів оцінки якості.

Отже, удосконалення організаційної структури управління в сфері охорони здоров'я є важливим завданням для багатьох країн, включаючи Україну. Сфера охорони здоров'я має вирішальне значення для громадського здоров'я та якості

життя населення і постійно стикається з новими викликами та змінами. У цьому контексті, удосконалення організаційної структури управління є стратегічним кроком для забезпечення оптимального функціонування системи охорони здоров'я.

Організаційна структура управління в сфері охорони здоров'я визначає, як координуються різні складові цієї системи, включаючи лікарні, клініки, аптеки, медичні школи та інші установи. Вона включає в себе різні елементи, такі як центральні та регіональні медичні органи, лікарські об'єднання, медичні комісії, системи фінансування і багато інших, які співпрацюють для забезпечення доступності та якості медичних послуг.

Подолання викликів, пов'язаних із змінами в суспільстві, медичній технології, демографічними змінами і епідеміологічними загрозами, вимагає постійного оновлення і адаптації організаційної структури управління. Тільки завдяки цьому система охорони здоров'я може ефективно реагувати на потреби та виклики сучасного суспільства і забезпечувати високий рівень медичного обслуговування населення. Для досягнення цієї мети варто використовувати різні інструменти, такі як правовий, фінансово-економічний, адміністративний, інституційний і інформаційний механізми. Кожен з них відіграє важливу роль у забезпеченні ефективного управління і підтримці системи охорони здоров'я.

Таким чином, удосконалення організаційної структури управління у сфері охорони здоров'я є невід'ємною частиною стратегічного планування та реформування цієї галузі, спрямованого на покращення доступності та якості медичних послуг для населення.

4.2 Реалізація механізму участі громадян у процесі публічного управління в охороні здоров'я

Участь громадян у процесі публічного управління в сфері охорони здоров'я є надзвичайно актуальною та важливою темою в сучасному світі. Сприяючи більшому відкриттю, демократії та включенню, цей механізм грає ключову роль у формуванні та впровадженні стратегій, пов'язаних з управлінням системою охорони здоров'я та наданням медичних послуг. У даному вступі ми розглянемо сутність та важливість реалізації механізму участі громадян у цьому процесі, а також основні аспекти та інструменти, що сприяють її здійсненню.

Сфера охорони здоров'я є однією з найважливіших складових суспільного добробуту, оскільки вона безпосередньо впливає на фізичне та психічне здоров'я населення. У зв'язку з цим, важливість забезпечення доступності та якості медичних послуг стає критичною. У цьому контексті участь громадян у процесі публічного управління в охороні здоров'я стає необхідним механізмом для забезпечення транспарентності, обліку громадських потреб та демократичного прийняття рішень.

Так, реалізація механізму участі громадян включає в себе різноманітні аспекти, від публічних слухань та консультацій до утворення громадських рад та використання сучасних технологій для залучення громадської думки. Це допомагає забезпечити рішення, пов'язані з організацією та функціонуванням системи охорони здоров'я, враховують реальні потреби та очікування громадян.

Варто наголосити, що публічна політика охорони здоров'я визначається як послідовність рішень та дій, прийнятих різними дійовими особами, з метою розв'язання колективних проблем, пов'язаних із здоров'ям громадян. Процес розробки та прийняття публічної політики в охороні здоров'я передбачає активну участь зацікавлених сторін на різних стадіях цього процесу.

Механізм ухвалення таких рішень включає в себе не лише оцінку можливого впливу реалізації цих рішень на ключові інтереси громадян, а також визначення, як різні актори можуть впливати на формування та впровадження цієї політики. Це включає в себе розгляд:

- особистих інтересів різних зацікавлених сторін, включаючи відкриті та приховані інтереси, і можливий їх вплив на процес формування та реалізації політики охорони здоров'я;

- ресурсів, які ці сторони можуть використовувати для впливу на формування та реалізацію політики, включаючи можливі конфлікти та співпрацю між ними;

- тактики, які ці сторони розробляють для впливу на процес формування та реалізації політики, включаючи конфлікти, узгодження інтересів, та налагодження стосунків кооперації.

Оскільки у демократичній державі громадяни активно впливають на процес формування та реалізації політики охорони здоров'я через свої інститути та органи громадського контролю, важливо забезпечити ефективну взаємодію між органами публічної влади та громадськістю. Це сприяє створенню умов для участі громадян у формуванні та реалізації політики охорони здоров'я, а також зміцненню довіри громадськості до органів публічної влади.

У сучасних умовах важливо визначити принципи регулювання взаємодії держави з громадянським суспільством у сфері охорони здоров'я:

- соціальне партнерство передбачає конструктивну співпрацю між органами влади, суб'єктами господарської діяльності та інститутами громадянського суспільства при вирішенні соціально значущих проблем в галузі охорони здоров'я;

- встановлення балансу між державними інтересами та інтересами окремих організацій громадянського суспільства, з метою забезпечення оптимальної рівноваги при прийнятті рішень;

–надання рівних можливостей для всіх організацій громадянського суспільства у здійсненні їхньої діяльності, включаючи захист прав і свобод громадян, надання соціальних послуг та створення конкурентного середовища;

–взаємовідповідальності та обов'язку подавати звіт, включаючи обов'язок організацій громадянського суспільства та органів влади надавати інформацію про свою діяльність та витрати громадських коштів.

–невтручання держави у діяльність організацій громадянського суспільства, за винятком випадків, встановлених законом, з метою мінімізації державного контролю;

–участі громадян у формуванні та реалізації політики охорони здоров'я, включаючи можливість громадян висловлювати свою думку та отримувати інформацію про прийняті рішення;

–інформаційної відкритості, яка передбачає прозорість, доступність та активний діалог між органами влади та організаціями громадянського суспільства щодо публічної політики охорони здоров'я;

–визнання різноманітності видів діяльності організацій громадянського суспільства та підтримка співробітництва на професійно-профільній основі;

–забезпечення ефективності та гнучкості управлінських рішень у галузі охорони здоров'я, з урахуванням реальних потреб громадян та оцінки їхнього очікуваного впливу;

–заснування взаємодоповнюючих ролей та взаємодії між органами влади та громадськими організаціями, з повагою та толерантністю до різних точок зору та своєрідності кожної сторони.

Усі ці принципи сприяють покращенню взаємодії між державою та громадянським суспільством у процесі формування та реалізації публічної політики в охороні здоров'я, що сприяє забезпеченню ефективних і справедливих рішень в цій важливій сфері.

У контексті реалізації механізму участі громадян у процесі публічного управління в охороні здоров'я, поняття прав, наданих громадянам на участь у формуванні та реалізації публічної політики, включає в себе важливу взаємодію між громадянами і державою. Ця взаємодія не відбувається випадково, а через певні механізми, які створюють можливості для активної участі громадян у виробленні та реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я.

Механізми участі громадськості у виробленні та реалізації публічної політики включають в себе систему нормативно-правових та організаційних інструментів, які створюють законні умови та можливості для активного включення соціально активних громадян у управління справами громади та системи охорони здоров'я. Ці механізми можуть бути розділені на дві основні групи:

- громадська ініціатива: передбачає активну участь громадян, які ініціюють процеси та беруть на себе ініціативу. Вона включає в себе участь у розробленні і обговоренні проектів нормативно-правових актів, громадські бюджетні ініціативи, створення громадських рад, консультативно-дорадчих органів, експертно-аналітичних структур, комісій, інноваційних платформ, громадський контроль і багато інших інструментів;

- державна ініціатива: передбачає ініціативу з боку держави та органів влади. Сюди входить залучення представників громадськості до організації виборчого процесу, підтримка діяльності громадських організацій, співпраця органів публічної влади з інститутами громадянського суспільства в різних аспектах, включаючи правозастосовчу діяльність, соціальні послуги, моніторинг і багато інших спільних ініціатив.

Ці механізми спрямовані на сприяння взаємодії між громадянами та державою, забезпечуючи обмін інформацією, діалог і спільну роботу з метою вироблення та впровадження ефективних політико-управлінських рішень у сфері

охорони здоров'я. Громадська участь і взаємодія між всіма сторонами визначають спрямування та результати публічної політики в цій області, допомагаючи вирішувати важливі суспільні проблеми та забезпечувати здоров'я громадян.

Так, для забезпечення активної участі громадян у процесі публічного управління в охороні здоров'я і підвищення якості прийняття рішень, необхідно мати відповідні правові механізми і процедури. В Україні діє ряд законів та постанов, які спрямовані на забезпечення цього процесу.

Закон України “Про доступ до публічної інформації” визначає право громадян на доступ до публічної інформації. Цей закон зобов'язує органи державної влади та місцевого самоврядування надавати повну і достовірну інформацію громадськості. Громадяни мають право подавати запити на отримання інформації, і органи влади повинні розглядати ці запити та надавати відповіді у встановлені строки.

Закон України “Про звернення громадян” визначає процедуру звернень громадян до органів державної влади і місцевого самоврядування. Цей закон надає громадянам право вносити пропозиції та рекомендації щодо діяльності цих органів, а також висловлювати думки щодо регулювання суспільних відносин.

Постанови Кабінету Міністрів України “Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики” і “Про затвердження Порядку сприяння проведенню громадської експертизи діяльності органів виконавчої влади” визначають процедури та механізми сприяння активної участі громадськості в формуванні та реалізації державної політики, включаючи можливість проведення громадської експертизи.

Усі ці закони і постанови мають на меті забезпечити відкритість, прозорість і активну участь громадян у прийнятті рішень у сфері охорони здоров'я. Вони часково створюють необхідні правові рамки для взаємодії між органами влади та

громадськістю, щоб спільно працювати над покращенням системи охорони здоров'я та забезпеченням здоров'я громадян.

Згідно з результатами проведених в Україні досліджень, населення розглядає медичних працівників одну з найкорумпованіших груп [200]. Фахівці, з свого боку, підкреслюють нераціональне використання ресурсів у цій сфері, незадовільний стан інфраструктури та обладнання, сумнівну якість ліків і недостатню ефективність інфекційного контролю. Ці фактори значно підвищують ризики негативних явищ у вітчизняній медицині. За оцінками експертів, протидія порушенням у сфері охорони здоров'я може включати такі заходи, як підвищення заробітної плати медичного персоналу, офіційне впровадження платних медичних послуг або часткової оплати пацієнтами послуг у закладах охорони здоров'я, впровадження системи соціального та комерційного медичного страхування та інше [72].

Проте випадки зловживань у цій галузі можуть мати місце не лише на рівні надання конкретних послуг окремим пацієнтам, але й на більш широкому рівні, наприклад, через організацію непрозорих тендерів на закупівлю ліків, нецільове використання коштів міжнародних донорів та прийняття національних та регіональних програм в інтересах зацікавлених груп, зокрема, фармацевтичних компаній. Один з ефективних способів протидії цим негативним явищам - це впровадження громадського контролю. Спочатку слід визначити основні аспекти громадського контролю як суспільно-політичного явища. Згідно з українським дослідником А. Крупником, механізм участі громадян є інструментом оцінки громадськістю виконання завдань органами влади та іншими суб'єктами виконавчої влади їх соціальних обов'язків. Такий контроль є невід'ємною частиною системи публічного управління та необхідним чинником розвитку суспільства в умовах створення демократичної, соціальної та правової держави [118].

О. Полтараков розглядає механізм участі громадян як систему відносин між громадянським суспільством і державою. Ця система ґрунтується на обов'язку звітування органів державної виконавчої влади перед органами державної законодавчої влади (парламентським контролем) і недержавними структурами («третім сектором» та ЗМІ). Отже, механізм участі громадян сприяє встановленню громадянського суспільства, в якому реально забезпечуються всі права та свободи людини і громадянина, а об'єктом контролю є органи влади. Ці концепції відзвучують у монографії «Держава і громадянське суспільство в Україні: проблеми взаємодії», де не тільки уточнені теоретичні та методологічні підходи до аналізу взаємодії держави і громадянського суспільства, але також запропоновано концепцію держави як складової громадянського суспільства [20].

За словами З. Гладуна, суб'єктами громадської участі є, в першу чергу, громадяни і, вдруге, громадські об'єднання (політичні партії, професійні спілки, молодіжні та інші громадські організації). Зазвичай їх контрольні повноваження не мають юридичного характеру і, отже, рішення громадських організацій після проведення перевірок мають характер рекомендацій. Для здійснення громадського контролю можуть створюватися такі інструменти, як: 1) громадські ради при органах державної влади або місцевому самоврядуванні; 2) інститути місцевих уповноважених з прав людини (введення посад місцевих та регіональних омбудсменів); 3) асоціації споріднених структур, які використовують механізми участі громадян для представлення інтересів окремих організацій і впливу на формування та реалізацію державної політики в конкретній сфері [45].

Структурні елементи участі громадян включають у себе мас-медіа і незалежні аналітичні центри. Парламентський контроль, розглядаючи його як один із видів громадського контролю, може включати у себе спеціальні комісії. Важливо відзначити, що деякі українські експерти і політики намагаються розширити поняття громадського контролю і встановити формалізовані вимоги до його

суб'єктів. Зокрема, законопроект "Про механізми громадського контролю", розроблений Всеукраїнською громадською організацією "Громадський контроль", пропонує здійснювати контроль не тільки над органами державної влади та місцевого самоврядування, а також над суб'єктами господарювання, незалежно від їх організаційно-правових форм та форм власності, установами, організаціями і їхніми посадовими особами. При цьому, відповідно до законопроекту, суб'єктами громадського контролю можуть бути лише ті всеукраїнські громадські організації, які зібрали не менше одного мільйона підписів-доручень громадян України, і при цьому не менше як по 50 тисяч підписів-доручень у більш ніж двох третинах областей України, для підтримки надання громадській організації статусу суб'єкта громадського контролю. Перевірка достовірності зібраних підписів мала б проводитися Центральною виборчою комісією, якій доручено надавати громадській організації статус суб'єкта громадського контролю.

Однак ці пропозиції виходять за рамки теоретичних концепцій громадської участі та відступають від зарубіжного досвіду встановлення такого контролю як зовнішнього публічного оцінювання державного управління. Аналіз нормативно-правової бази та міжнародного досвіду дає підстави виділити кілька форм громадської участі:

- звернення громадян: повідомляють органи державної та недержавної влади про виконання, невиконання або неналежне виконання ними або підвідомчими їм органами чи установами соціальних функцій і вимагають вжиття відповідних заходів;

- громадська експертиза: проводиться незалежною групою фахівців (експертною радою), яка діє на підставі офіційно затвердженого положення.

- громадські слухання: організовуються для обговорення проблем важливого суспільного значення, дій або намірів органів державної влади та місцевого самоврядування;

– моніторинг та контрольні перевірки: здійснюються на об'єктах громадського контролю для визначення ступеня відповідності діяльності цих об'єктів встановленим стандартам та правилам [220].

Необхідно врахувати міжнародний досвід у цьому контексті. Наприклад, у Великій Британії існують Громадські ради охорони здоров'я (Community Health Councils), які є автономними та легітимними органами, спрямованими на представництво інтересів громадськості на місцевому рівні у справах охорони здоров'я. Члени цих рад висувуються місцевими громадськими об'єднаннями та організаціями. Ради, які діють в адміністративних одиницях, мають можливість докладно перевіряти всі аспекти системи охорони здоров'я, і їх члени мають право відвідувати лікарняні палати, медичні центри та клініки та вести розмови з будь-якими особами, які перебувають у цих установах.

Україна також спостерігає за міжнародним досвідом і низка громадських організацій фактично здійснює суспільну діяльність, спрямовану на громадський контроль за системою охорони здоров'я. До них входять, наприклад, Всеукраїнська Рада захисту прав і безпеки пацієнтів, яка об'єднує пацієнтів, громадські об'єднання та організації, що створені для захисту інтересів своїх членів і груп самопомогі. Також слід згадати Всеукраїнську громадську організацію "Коаліція захисту прав осіб з інтелектуальною недостатністю", яка об'єднує 84 регіональні суб'єкти, які надають соціальні послуги особам з інтелектуальною недостатністю та їхнім родинам і представляють їхні інтереси, а також активну роль відіграє Всеукраїнський благодійний фонд "Коаліція ВІЛ-сервісних організацій", який об'єднує 82 організації з різних регіонів України та працює у сфері зниження шкоди від вживання наркотиків, профілактики ВІЛ-інфекції, догляду та підтримки людей, які живуть із ВІЛ.

Модель участі громадян у процесі публічного управління в охороні здоров'я має на меті забезпечення активного і повноцінного включення громадян у

прийняття рішень та контроль за функціонуванням системи охорони здоров'я. Ця модель базується на принципах демократії, відкритості, прозорості та громадянського суспільства і має на меті зробити систему охорони здоров'я більш адаптивною до потреб та очікувань населення. Основні компоненти моделі участі громадян у публічному управлінні в охороні здоров'я включають:

- *інформаційна прозорість*: забезпечення громадян доступом до повної та зрозумілої інформації про стан системи охорони здоров'я, бюджетні видатки, медичні стандарти, якість послуг та результати лікування. Це може включати веб-портали, публічні звіти, інформаційні кампанії та інші засоби;

- *консультації та участь громадян*: залучення громадян до обговорення та прийняття важливих рішень в сфері охорони здоров'я. Це може бути реалізовано через публічні слухання, форуми, анкетування, експертні групи та інші форми зв'язку з громадськістю;

- *партнерство з громадянським суспільством*: співпраця з громадськими організаціями, неурядовими організаціями та активістами, що сприяє створенню механізмів нагляду, аналізу та контролю за охороною здоров'я;

- *громадське моніторингове та експертне обговорення*: залучення громадян до моніторингу та оцінки якості медичних послуг, роботи медичних закладів та визначення пріоритетів в розвитку охорони здоров'я;

- *навчання та інформаційна освіта громадян*: підвищення рівня обізнаності та медичної грамотності серед населення для кращого розуміння власних прав та можливостей у системі охорони здоров'я;

- *захист прав пацієнтів*: забезпечення можливостей громадян захищати свої права у відносинах з медичними закладами та медичним персоналом;

- *публічні обговорення та лобіювання*: створення умов для громадських обговорень та лобіювання питань, які важливі для пацієнтів та громадян в цілому;

– *моніторинг та оцінка ефективності реформ*: залучення громадян до процесу оцінки та аналізу ефективності реформ в системі охорони здоров'я.

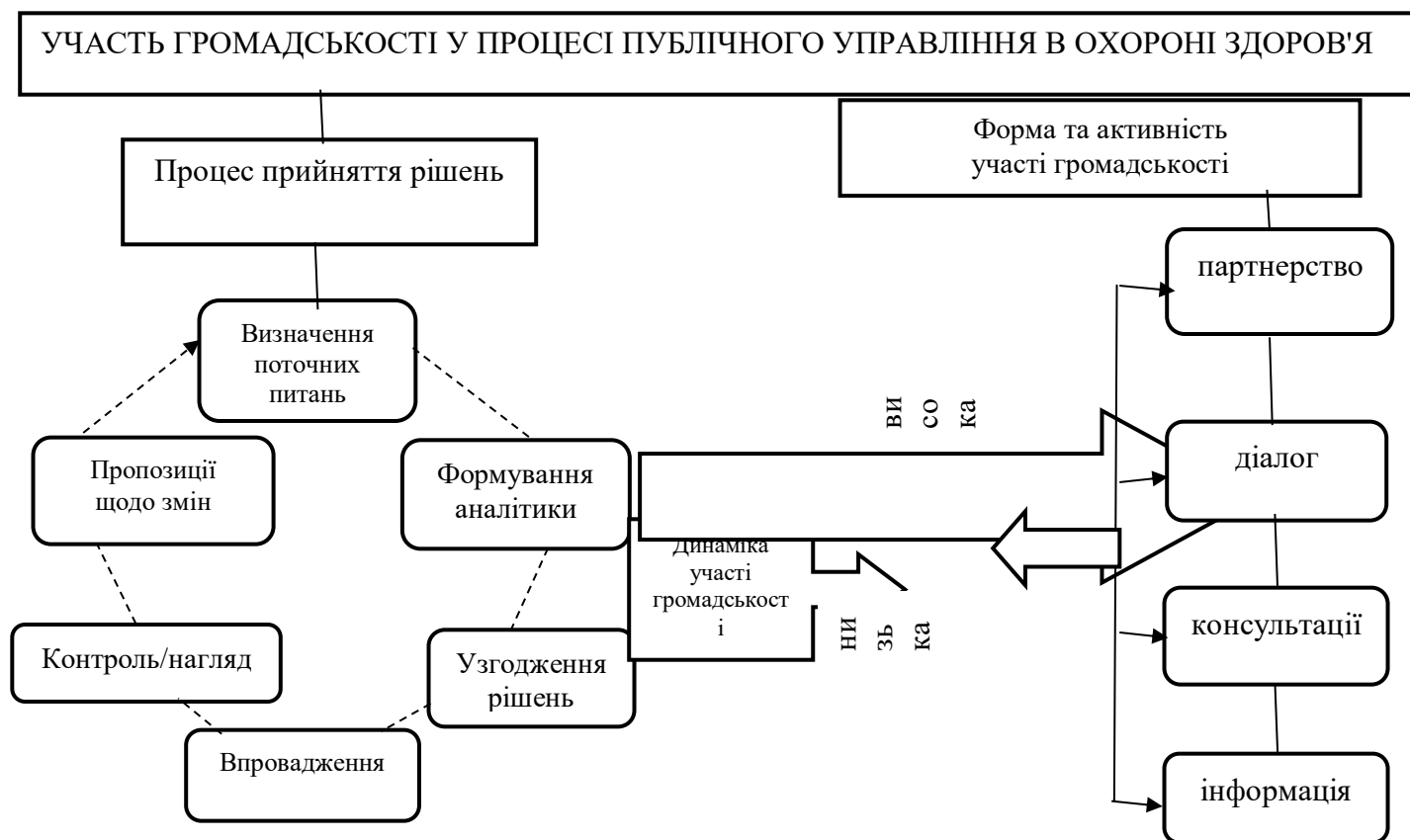


Рис. 4.2 Матриця участі громадськості у процесі публічного управління в охороні здоров'я.

На рис 4.2. представлена матриця участі громадськості у процесі публічного управління в охороні здоров'я. – це інструмент, який визначає різні рівні та форми включення громадян у прийняття рішень та контроль за функціонуванням системи охорони здоров'я. Ця матриця сприяє систематизації та уточненню механізмів взаємодії між владою та громадськістю на різних етапах управлінського циклу.

Нижче наведено розширену інтерпретацію цієї моделі у контексті охорони здоров'я:

1. Інформаційна прозорість:

- забезпечення доступу громадян до повної та зрозумілої інформації про стан системи охорони здоров'я, бюджетні видатки, медичні стандарти, якість послуг та результати лікування;

- оприлюднення інформації на офіційних веб-порталах місцевих органів влади та створення засобів зворотного зв'язку з громадськістю (електронна пошта, інтерактив на сайті).

2. Консультації та участь громадян:

- залучення громадян до обговорення та прийняття важливих рішень в сфері охорони здоров'я через проведення різноманітних івентів, семінарів, конференцій, форумів та онлайн-консультацій;

- використання петицій та інших механізмів для вираження громадської думки щодо розвитку громади та системи охорони здоров'я.

3. Партнерство з громадянським суспільством:

- співпраця з громадськими організаціями та неурядовими організаціями для створення механізмів нагляду, аналізу та контролю за охороною здоров'я.

- участь громадських організацій у робочих групах та комітетах з розробки, моніторингу та оцінки стратегій і програм розвитку.

4. Громадське моніторингове та експертне обговорення:

- залучення громадян до моніторингу якості медичних послуг, роботи медичних закладів та визначення пріоритетів в розвитку охорони здоров'я;

- висвітлення оцінок та результатів моніторингу через доступні інформаційні канали.

5. Навчання та інформаційна освіта громадян: підвищення рівня обізнаності та медичної грамотності серед населення для кращого розуміння власних прав та можливостей у системі охорони здоров'я.

6. Захист прав пацієнтів: забезпечення можливостей громадян захищати свої права у відносинах з медичними закладами та медичним персоналом.

7. *Публічні обговорення та лобіювання*: створення умов для громадянських обговорень та лобіювання питань, які важливі для пацієнтів та громадян.

8. *Моніторинг та оцінка ефективності реформ*: залучення громадян до процесу оцінки та аналізу ефективності реформ в системі охорони здоров'я.

В контексті реалізації механізму участі громадян у публічному управлінні в охороні здоров'я, можна зазначити, що в Україні державна та місцева влада визнають необхідність забезпечення участі громадськості у процесах управління в цій галузі відповідно до рекомендацій Ради Європи. Законодавчо-нормативна база з цього питання існує, і навіть існують спеціалізовані нормативні акти, наприклад, щодо механізмів участі громадськості у бюджетному процесі на місцевому рівні.

Однак на практиці рівень участі громадськості в управлінні охороною здоров'я є низьким, і це стосується як діалогу та партнерства із владою, так і доступу до важливої інформації про діяльність органів місцевого самоврядування. Багато громад, зокрема сільські та селищні, не мають своїх веб-сайтів і навіть не надають базової інформації про свою діяльність громадянам. Це ускладнює можливість громадськості брати активну участь в процесах управління та контролювати розвиток системи охорони здоров'я.

Запровадження програмно-цільового підходу у місцевому самоврядуванні також зустрічає проблеми, оскільки не завжди забезпечується доступ громади до необхідної інформації та можливість висловлювати свої погляди та вимоги. Таким чином, існує потреба в подальших заходах для підвищення рівня участі громадськості в управлінні охороною здоров'я та забезпечення більшої відкритості та доступності інформації для громадян.

Отже, матриця участі громадськості спрямована на збільшення впливу громадян на управління охороною здоров'я, покращення якості медичних послуг та підвищення відповідальності управлінців перед суспільством. Вона сприяє

побудові відкритої та демократичної системи охорони здоров'я, де інтереси та потреби громадян є важливими факторами прийняття рішень.

У контексті реалізації механізму участі громадян у процесі публічного управління в охороні здоров'я, Коаліція представляє неурядові організації України в Національній координаційній раді з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу та активно приймає участь у формуванні та реалізації політики України у сфері протидії ВІЛ/СНІДу. У Міністерстві охорони здоров'я України існує громадська рада, яка діє як громадський консультативний орган та зобов'язана проводити експертизу, аналіз та оцінку діяльності Міністерства, проектів національних, державних і регіональних програм, а також нормативно-правових актів у галузі охорони здоров'я та вести моніторинг і оцінку їх виконання тощо.

Утім, наразі, громадський контроль в охороні здоров'я в Україні має характер спорадичних заходів, і відносини між суб'єктами та об'єктами контролю не мають встановлених правил. Для належної інституціоналізації громадського контролю в даній галузі потрібно враховувати ряд правових, інформаційних і соціальних аспектів.

1. Розробити правові основи для здійснення громадської участі в сфері охорони здоров'я. Правове регулювання повинно визначити обсяг питань, які підлягають громадському контролю, визначити, хто має право на здійснення такого контролю і які механізми реакції органів влади та інших об'єктів контролю слід вживати у відповідь на процес та результати контролю.

За думкою фахівців, щодо здійснення громадського контролю, особливо стосовно діяльності органів державної влади та місцевого самоврядування, державних і комунальних закладів охорони здоров'я, існує певна правова порожнеча. Однією із пропозицій щодо її вирішення є прийняття законів України "Про державний контроль" та "Про механізм участі громадян". У Верховній Раді

України було зареєстровано два різні законопроекти "Про механізм участі громадян" (№ 6358 від 13.07.2001 р., внесений депутатом С. Кириченком, та № 6246 від 11.10.2004 р., внесений депутатами А. Раханським і І. Шаровим). Проте жодна із цих законодавчих ініціатив не отримала відповідної підтримки від депутатського корпусу. На сьогоднішній день, в законодавстві, що регулює питання громадського контролю, існують закони, такі як "Про звернення громадян", "Про об'єднання громадян", "Про політичні партії в Україні", "Про місцеві державні адміністрації", "Про місцеве самоврядування в Україні", а також інші нормативно-правові акти, такі як Постанова Кабінету Міністрів України від 05.11.2008 р. № 976 "Про затвердження Порядку сприяння проведенню громадської експертизи діяльності органів виконавчої влади". Хоча існують спроби впровадження нових, більш ефективних механізмів консультації влади з громадськістю через законопроект "Про внесення змін до деяких законів України щодо участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики, вирішенні питань місцевого значення", розроблений Міністерством юстиції, комітет Верховної Ради України з питань державного будівництва і місцевого самоврядування відхилив цей законопроект. Незважаючи на певну недостатню регуляцію питань здійснення громадського контролю, елементи його вже застосовуються в окремих сферах публічної політики. Це підтверджують спеціальні нормативні акти, такі як "Положення про механізм участі громадян у проведенні в Україні зовнішнього незалежного оцінювання навчальних досягнень випускників загальноосвітніх навчальних закладів і зарахуванням до вищих навчальних закладів", затверджене Міністерством освіти і науки України (№ 284 від 01.04.2008 р.). Схожі документи можна розробити і для Міністерства охорони здоров'я з метою сприяння ефективній співпраці з пацієнтськими радами та іншими громадськими організаціями, при цьому враховуючи таку названу "несиметричність інформації",

яка є в охороні здоров'я через відмінність у рівнях знань між лікарями та пацієнтами.

2. *Забезпечення вільного доступу громадян до інформації щодо діяльності органів влади є надзвичайно важливим.* Тільки повна, об'єктивна та своєчасна інформація надає можливість громадянам оцінювати ефективність дій уряду і використання коштів, що надходять від платників податків [156]. У 2009 році в Україні був прийнятий Закон "Про доступ до публічної інформації" з метою забезпечити прозорість і відкритість суб'єктів владних повноважень. Щоб впровадити цей нормативно-правовий акт, потрібно нового ставлення органів державної влади і управління, державних установ до публічного розголошення інформації про свою діяльність. Досі система охорони здоров'я України, зокрема щодо інформації про фінансування галузі і конкретних закладів, використання ресурсів міжнародних організацій, залишається недостатньо прозорою, як підтверджують дослідження. Впровадження Закону "Про доступ до публічної інформації" в галузі охорони здоров'я повинно включати системні зміни на центральному і місцевому рівнях управління, налагодження внутрішнього та зовнішнього моніторингу ефективності профілактичних заходів і надання медичних послуг. Також важливо активізувати роль засобів масової інформації в висвітленні діяльності органів влади та в сприянні ідеям громадського контролю в сфері охорони здоров'я.

3. *Створення та розвиток соціального капіталу є ключовим елементом становлення та функціонування громадянського суспільства.* Соціальний капітал складається з трьох компонентів: моральних принципів і норм, соціальних цінностей, особливо довіри, і соціальної інфраструктури, включаючи добровільні асоціації. Громадяни, які формують соціальний капітал через участь в громадських організаціях, можуть використовувати його для підтримки демократичних принципів управління країною [219]. Таким чином, процес створення громадського

контролю повинен відбуватися в тісному співробітництві між громадою і владою, що сприяє підвищенню довіри громадян до влади, включаючи органи і заклади охорони здоров'я.

Важливою складовою цього процесу, за словами А. Крупника, є підготовка громадських експертів, які беруть участь у здійсненні громадського контролю, забезпечення їх фаховою підготовкою та необхідною нормативно-методичною інформацією [118]. Незалежні аналітичні центри можуть відігравати важливу роль у розвитку громадського контролю, надаючи професійну оцінку планам і програмам, зокрема в галузі охорони здоров'я. Таким чином, впровадження громадського контролю в систему охорони здоров'я України сприятиме не лише запобіганню зловживань у цій галузі, але й сприяє розвитку громадянського суспільства і демократичного управління, заснованого на ідеях соціального капіталу та громадської участі.

Отже, надання громадянам доступу до об'єктивної та своєчасної інформації щодо діяльності органів влади в охороні здоров'я є важливим аспектом громадського контролю. Закон "Про доступ до публічної інформації" має сприяти прозорості та відкритості у цій галузі. Важливим елементом реалізації механізму участі громадян є громадський контроль, який дозволяє громадянам брати участь у прийнятті рішень та визначенні політики в охороні здоров'я.

Так, розвиток соціального капіталу є важливим для створення і функціонування громадянського суспільства і громадського контролю. Соціальний капітал включає моральні принципи, довіру та соціальну інфраструктуру. Процес створення громадського контролю повинен відбуватися в тісному співробітництві між громадою і владою. Це сприяє збільшенню довіри громадян до влади та підвищенню ефективності управління охороною здоров'я.

Важливою частиною процесу є підготовка громадських експертів, які здійснюють громадський контроль і надають професійну оцінку діяльності органів влади в галузі охорони здоров'я.

Узагальнюючи, реалізація механізму участі громадян у публічному управлінні в охороні здоров'я передбачає створення сприятливого середовища для громадського контролю, доступ до інформації, розвиток соціального капіталу та активну співпрацю між громадою та владою. Це сприяє покращенню ефективності та прозорості в системі охорони здоров'я та сприяє розвитку громадянського суспільства та демократії.

4.3 Удосконалення фінансового механізму публічного управління у сфері охорони здоров'я

Удосконалення фінансового механізму публічного управління у сфері охорони здоров'я є однією з найбільш актуальних та складних задач для багатьох країн у світі, включаючи Україну. Забезпечення доступної, якісної та ефективної медичної допомоги населенню стає дедалі більшим викликом у зв'язку з динамічними змінами в суспільстві, демографічними та технологічними трансформаціями, а також ростом вимог до системи охорони здоров'я.

Фінансовий механізм грає важливу роль у забезпеченні функціонування системи охорони здоров'я та впливає на всі аспекти цієї системи, включаючи фінансування, доступність послуг, якість надання медичної допомоги, мотивацію медичного персоналу і багато інших. Ефективний фінансовий механізм дозволяє оптимізувати витрати, забезпечує справедливий доступ до медичної допомоги та сприяє підвищенню рівня здоров'я населення.

В умовах глибоких змін в сфері охорони здоров'я важливо вдосконалювати фінансовий механізм з метою забезпечення сталого розвитку системи та

відповідності її завданням і потребам сучасного суспільства. У цьому контексті аналіз та удосконалення фінансового механізму стають критично важливими завданнями для досягнення покращень у сфері охорони здоров'я.

Військова агресія Росії проти України призвела до обмеженого доступу до медичних послуг через пошкодження інфраструктури, втрати медичного персоналу, проблеми безпеки, масове переміщення населення та зростання вартості медичних послуг, що в поєднанні із зменшенням платоспроможності населення створило серйозні труднощі. Війна спричинила збільшення попиту на медичні послуги в таких областях, як надання екстреної медичної допомоги, допомога при травмах та опіках (за період з січня 2022 року до липня 2023 року кількість пацієнтів, які потребували такої допомоги, зросла в 14 разів), реабілітація (збільшилася в 1,7 рази), і допомога у справах психічного здоров'я. Розмір підвищеного попиту варіюється в різних частинах України в залежності від ситуації на місцях. Багато людей покинули країну, але більшість залишилися (багато з них стали внутрішньо переміщеними особами); поступово біженці починають повертатися в Україну. Це переміщення населення суттєво вплинуло на попит на основні медичні послуги, і цей попит різний для кожного регіону. Згідно з оцінками ВООЗ, населення регіонів, де тривають активні бойові дії або території, що не підконтрольні Уряду України, звертається до медичних послуг рідше, ніж мешканці регіонів, розташованих подалі від лінії фронту [351].

Перша група населення також стикається з обмеженим доступом до медичної допомоги. Наприклад, тільки 85% з опитаних повідомили, що можуть звертатися до сімейного лікаря, тоді як 32% відзначили, що не змогли отримати необхідні для них ліки з початку конфлікту. Багато дорослих та дітей не мають доступу до послуг з імунізації та інших важливих профілактичних заходів для боротьби з інфекційними захворюваннями, і люди із хронічними захворюваннями страждають від недостатності ліків. Наприклад, кількість виписаних рецептів загалом

зменшилася на 34% порівняно з попереднім періодом до конфлікту (14–20 лютого 2022 року). Особливо це стосується регіонів, що знаходяться ближче до лінії фронту, де цей показник впав на 89% у порівнянні з передконфліктним періодом. Проте у регіонах, що розташовані подалі від зони конфлікту, кількість виписаних рецептів поступово відновлюється до рівня перед конфліктом. Особи зі статусом внутрішньо переміщених осіб (ВПО) також повідомляють про гірший доступ до медичної допомоги порівняно з тими, хто не є ВПО (лише 80% ВПО мали доступ до сімейного лікаря; 29% ВПО не мали доступу до ліків, що в порівнянні з 20% в не-ВПО). Медичні препарати та платні медичні послуги менше доступні в сільській місцевості. Витрати на медичні товари та послуги в охороні здоров'я збільшилися через повномасштабне вторгнення. Ця ситуація також спричинила втрату медичної документації і збільшення кібератак на державні інформаційні ресурси, що свідчить про необхідність покращення кібербезпеки в галузі охорони здоров'я [384].

Для відновлення системи охорони здоров'я потрібні значні інвестиції. Згідно із звітом ВООЗ станом на 14 липня 2023 року було зафіксовано 1014 атак на сферу охорони здоров'я (імовірно, їхню кількість може бути більшою через складність процедури підтвердження кожного інциденту). Отже, необхідна серйозна фінансова підтримка для відновлення сектору охорони здоров'я. За результатами оцінки зазначеної шкоди та потреб у відновленні, попередня шкода для сектору охорони здоров'я на 1 червня 2022 року склала 1,4 мільярда доларів США. Орієнтовні загальні збитки оцінюються в 6,4 мільярда доларів США, включаючи витрати на розчищення завалів, реконструкцію пошкодженої інфраструктури та компенсацію втрат доходів приватних надавачів послуг, а також очікувані додаткові втрати через обмежений доступ до медичних послуг для населення. Загальні потреби для відновлення сектора охорони здоров'я оцінюються в 15,1 мільярда доларів США, включаючи кошти на відновлення інфраструктури та

покриття збитків, а також покращення доступу до важливих медичних послуг для населення України. З моменту проведення цієї оцінки інфраструктура в секторі охорони здоров'я зазнала додаткових пошкоджень, що відразу вплинуло на доступ до медичної допомоги та загальне громадське здоров'я [384].

Після закінчення воєнних дій, одним із головних викликів для України стане реінтеграція ветеранів, які повертаються до цивільного життя, включаючи їхнє включення в систему охорони здоров'я. Разом з іншими населеними групами, які безпосередньо постраждали від війни, ветерани можуть мати особливі потреби у медичному обслуговуванні, зокрема у сфері психічного здоров'я та реабілітації. Українська система охорони здоров'я має враховувати ці потреби та надавати відповідні послуги. Оскільки існуючі медичні заклади для ветеранів, які існували до війни, можуть бути не в змозі задовольнити прогнозований попит, є цілеспрямованою інтеграція потреб ветеранів у загальну систему охорони здоров'я.

Вплив російської агресії на економіку України має величезні наслідки для сектора охорони здоров'я. Прогнозоване зменшення валового внутрішнього продукту (яке, за оцінками, становитиме приблизно 35%, з урахуванням продовження конфлікту) суттєво обмежить доходи державного бюджету, і бюджет для охорони здоров'я стане ще меншим через збільшення видатків на інші пріоритетні сфери, такі як безпека. Протягом наступних 18–24 місяців очікується суттєве скорочення державного бюджету, з поступовим відновленням у середньостроковій перспективі, що може масштабно вплинути на фінансування охорони здоров'я. Наприклад, останній Державний бюджет передбачає дефіцит бюджету в розмірі 20,6% ВВП, інфляцію на рівні 28%, безробіття на рівні 28% та зменшення бюджету на охорону здоров'я на 10% порівняно з 2022 роком. Враховуючи падіння вартості української гривні на 25%, зросла внутрішня ціна на імпортовані медикаменти та інші товари. Це призвело до того, що багато домогосподарств змушені оплачувати медичні послуги з власної кишені. В

поєднанні зі зниженням доходів населення це може призвести до ситуації, коли люди відмовляються від необхідної медичної допомоги або оплачують її самостійно, що може призвести до фінансового напруження.

Система охорони здоров'я в Україні виявляє надзвичайну стійкість. Уряд та національні органи у галузі охорони здоров'я продовжують функціонувати та фінансуватися, навіть при обмежених ресурсах та зменшенні кількості медичного персоналу через міграцію. Із належною координацією з урядом, наявна та потенційна гуманітарна допомога та підтримка міжнародних організацій розвитку можуть частково пом'якшити труднощі, з якими стикається система. Реконструкція деяких закладів вже проводиться в рамках зусиль уряду щодо відновлення системи охорони здоров'я. Наприклад, виділяються кошти на термінові ремонти для відновлення функціонування закладів. Міністерство охорони здоров'я розробило план відновлення системи охорони здоров'я, який передбачає покращення її роботи в середньо- та довгостроковій перспективі. Цей план враховує попередні підходи до медичної реформи в Україні та спрямований на досягнення європейської інтеграції та покращення стійкості системи охорони здоров'я в умовах війни [208].

Україна нещодавно отримала статус кандидата на вступ до ЄС і планує гармонізувати своє законодавство з відповідними європейськими стандартами у середньостроковій перспективі. Це сприятиме зміцненню нормативної бази та стандартів у таких сферах, як контроль інфекційних захворювань, управління транскордонними загрозами для здоров'я, фармацевтична продукція та громадське здоров'я. Ці передумови створюють можливості для направлення інвестицій у відновлення з метою підвищення якості, ефективності, сталості та стійкості системи охорони здоров'я України в довгостроковій перспективі.

Проте існує ризик, що інвестиції в короткострокове відновлення та довгострокову відбудову не будуть належним чином згоджені з баченням реформування системи охорони здоров'я в Україні. Інвестиції в відновлення,

спрямовані лише на відновлення застарілих державних лікарень з надмірною кількістю закладів, можуть негативно позначитися на переході України до більш ефективної, якіснішої та більш орієнтованої на людину системи надання медичних послуг. Наразі іноземні інвестори обговорюють значні потенційні інвестиції, які матимуть довгостроковий вплив на державні видатки в галузі охорони здоров'я. Важливо зрозуміти та узгодити всі інвестиції з національним баченням та стратегією розвитку сектору охорони здоров'я, яка є логічним розширенням реформ у галузі охорони здоров'я, розпочатих у 2016 році, з урахуванням того, що такі плани потребують додаткового вдосконалення та пріоритетизації відповідно до потреб відновлення, викликаними війною [384].

Маючи на увазі ситуацію в Україні та передбачуваний значний обсяг ресурсів, які будуть залучені як для реагування на потреби в умовах війни, так і для довгострокових інвестицій, наша основна увага повинна бути спрямована на забезпечення відповідальності з метою запобігання можливим корупційним ризикам та потенційному неефективному використанню фінансових ресурсів. Також, враховуючи значний тиск на державний бюджет, особливо в контексті швидкого залучення приватного сектору та неприбуткових організацій до реагування на наслідки війни, існує серйозний ризик втрати ключових кваліфікованих спеціалістів з державного сектору. Це може створити загрозу для роботи важливих інституцій, які були створені для проведення реформ в сфері охорони здоров'я та мають важливе значення у плануванні та реалізації процесу відновлення.

Як для першочергового відновлення, так і для забезпечення стабільності системи в найближчій перспективі, необхідно посилити координацію ресурсів з різних джерел, включаючи Уряд України та міжнародних донорів. Це допоможе уникнути критичних прогалин у задоволенні найактуальніших потреб в сфері охорони здоров'я, одночасно розбудовуючи інституційні здатності, які можуть

підтримувати розвиток системи охорони здоров'я в середньостроковій перспективі. Отже, надзвичайно важливо забезпечити належну координацію та спрямування гуманітарної допомоги та зовнішньої підтримки, що виділяються для розвитку системи, найшвидше і найефективніше.

Нещодавні реформи в галузі охорони здоров'я України об'єднали державне фінансування для забезпечення переліку комплексних медичних послуг, передбачених Програмою медичних гарантій (ПМГ), для всього населення. Національна служба здоров'я України (НСЗУ), створена у 2018 році та керована об'єднаними державними фінансами на національному рівні, на сьогодні уклала контракти з близько 3 900 державними та приватними надавачами послуг по всій країні (1 700 лікарнями та 2 200 закладами первинної медичної допомоги). Реформи в охороні здоров'я змінили національну модель фінансування охорони здоров'я, перейшовши від фінансування окремих складових системи охорони здоров'я до оплати реально наданих послуг. Це сприяло модернізації системи та впровадженню більш ефективних моделей надання послуг. Використання цифрових інформаційно-комунікаційних технологій та систем стало необхідною частиною реформи, що істотно покращило нові методи надання та оплати послуг у сфері охорони здоров'я в Україні.

У 2018 році створення ефективної центральної агентури "Медичні закупівлі України" для закупівлі лікарських засобів і товарів медичного призначення принесло значні покращення в ефективності та знизило ціни на більш ніж 40% порівняно з попередньою системою закупівель. Реформа системи громадського здоров'я розпочалася у 2016 році зі створення Центру громадського здоров'я та мережі регіональних центрів для надання послуг у сфері громадського здоров'я, таких як захист здоров'я населення, профілактика захворювань та підвищення здоров'я. Ця реформа є актуальною і продовжується, а новий важливий закон, прийнятий у 2022 році, встановлює правову основу для функціонування системи

громадського здоров'я, визначаючи ключові інституції у сфері громадського здоров'я та їхні ролі та обов'язки у здійсненні основної діяльності в даній галузі.

Однак не всі переваги описаних реформаційних процесів були досягнуті в повному обсязі. Для досягнення очікуваної ефективності, що базується на принципі "гроші йдуть за пацієнтом", необхідні додаткові зміни. Такі зміни включають в себе оптимізацію зайвих низькопродуктивних стаціонарних закладів та відповідних витрат на їх утримання, модернізацію освіти та підвищення кваліфікації персоналу в галузі охорони здоров'я, і подальший прогрес у боротьбі з корупцією на всіх рівнях, включаючи практику неофіційних платежів за медичні послуги. У рамках цієї трансформації потрібно підвищити якість первинної медичної допомоги, поліпшити навички персоналу на першому рівні, а також вдосконалити та розширити послуги на рівні громади у таких галузях, як охорона психічного здоров'я, реабілітація, паліативна допомога та медичний супровід літніх людей. Також важливо вирішити проблему нерівномірності доступу до послуг в закладах охорони здоров'я та наявності кваліфікованого медичного персоналу між регіонами, зокрема, вирівняти географічний розподіл фахівців (якість медичних послуг у великих містах і їхній брак в сільських районах) — це проблеми, які стали актуальними під час війни. Надання медичних послуг у сільських районах потребує використання інноваційних рішень, таких як телемедицина та мобільні медичні послуги.

Бачення, яке міститься у розробленому Міністерством охорони здоров'я плані відновлення, націлене на продовження трансформації системи охорони здоров'я та поліпшення її функціонування. Ця ініціатива продовжує ті реформи в охороні здоров'я, які були розпочаті у 2016 році та відповідають успішним практикам, здійснюваним у інших європейських країнах, а також призначає їх для контексту війни та процесу відновлення. Шляхом визначення ключових напрямків відновлення та вираження відданості подальшій реформі, яка стане фундаментом

національних зусиль з відновлення України, Міністерство виконує важливу лідерську роль. Основною метою є забезпечення населення необхідними якісними медичними послугами, зберігаючи фінансову стабільність у середньостроковій перспективі [384].

Реформи в галузі охорони здоров'я, зокрема ті, які стосуються громадського здоров'я та підвищення стійкості до епідемій та надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я, можуть відіграти ключову роль у прагненні України до європейської інтеграції та вступу до ЄС. Для досягнення цих цілей декілька елементів плану відновлення потрібно розглядати як високопріоритетні заходи для виправлення завданої війною шкоди та задоволення нових потреб у сфері охорони здоров'я в коротко- і середньостроковій перспективах. Важливо враховувати, що можливість відновлення значно варіюватиметься в різних регіонах України залежно від їх відстані від лінії фронту.

Посилання та покращення послуг первинної медичної допомоги (ПМД) є важливими складовими людиноцентричних послуг. Надзвичайно важливо забезпечити відновлення та поліпшення доступу до послуг, які були припинені через війну та переміщення населення. Розширення обсягу та покращення охоплення послугами ПМД, разом із підвищенням кваліфікації персоналу та якістю допомоги, є передумовами для модернізації мережі лікарень та підвищення її ефективності. Це також відповідає стратегіям, обраним багатьма європейськими країнами, включаючи перенесення значної частини стаціонарної медичної допомоги до амбулаторних закладів, послуг на рівні громади та закладів первинної медичної допомоги, а також перерозподіл фінансування для підтримки цих змін.

Також важливо відновити надання послуг охорони здоров'я на територіях, які недавно були звільнені від ворожих сил. У короткостроковій перспективі, для забезпечення доступу до медичної допомоги в місцях, де зруйновані або позбавлені медичні заклади та втрати медичного персоналу ускладнюють швидке відновлення

нормального надання послуг охорони здоров'я, буде необхідно користуватися гуманітарною допомогою та активніше залучати мобільні медичні групи. Також, в цих районах буде важливо приділити увагу відновленню послуг приватного сектора, зокрема аптечних мереж.

Задоволення нових потреб ветеранів і цивільного населення, які постраждали внаслідок конфлікту, може бути здійснене шляхом розширення надання послуг реабілітації та охорони психічного здоров'я в межах існуючої системи надання послуг. Це можливо за допомогою максимального використання потенціалу для розвитку послуг на рівні громади, зокрема шляхом підвищення ролі послуг первинної медичної допомоги (ПМД) у наданні інтегрованих послуг для всіх, включаючи ветеранів. Швидке розширення послуг охорони психічного здоров'я на рівні громади буде вимагати навчання та залучення більш широкого спектру медичних та немедичних фахівців, а також покращення системи керування пацієнтами та їх перенаправлення між центрами надання послуг на рівні громади, первинними лікарями і спеціалізованою психіатричною допомогою. Розширення як послуг реабілітації, так і послуг охорони психічного здоров'я потребуватиме фінансування, підготовки кадрів, внесення змін до законодавства, що регулює діяльність працівників ПМД (а також психологів, фахівців у сфері реабілітації, медсестер/медбратів та соціальних працівників), а також адаптації та розвитку спеціалізованих підрозділів для надання таких послуг у багатoproфільних закладах.

Покращення доступу до послуг первинної медичної допомоги (ПМД), екстреної медичної допомоги, лікарських засобів та інших основних послуг у сільській місцевості, а також сприяння раціональному використанню таких послуг є дуже важливим пріоритетом. Цього можна досягти за допомогою інноваційних моделей надання допомоги. Консультації та лікарські засоби були менш доступними в сільських районах, ніж у містах, навіть перед війною. Війна ще

більше загострила цю проблему. Для забезпечення потреб більш віддалених сільських районів можуть бути прийняті рішення, такі як створення відділень невідкладної допомоги в закладах ПМД або лікарнях, які можуть надавати ПМД в неробочий час, надання допомоги при нетяжких невідкладних станах та забезпечення стабілізації та транспортування пацієнтів із важкими невідкладними станами до спеціалізованих закладів.

Розвиток мобільних та дистанційних послуг, а також використання комунікаційних технологій для відновлення зв'язку між пацієнтами, включаючи переміщених через війну, і послугами охорони здоров'я, може бути досягнутий шляхом інноваційних підходів на основі використання інформаційних технологій. Ці новаторські методи можуть сприяти наданню необхідних послуг для людей, які стикаються з різними труднощами при доступі до медичної допомоги по всій країні. Наприклад, для заповнення існуючих прогалин можна передбачити більш системне використання мобільних бригад. Існують колл-центри, але їхню роботу можна поліпшити і розширити завдяки застосуванню стандартизованих алгоритмів диспетчеризації, телемедицинських рішень і технологій для дистанційного моніторингу та скринінгу. Телеконсультації можна розширити і зробити більш доступними для широкого спектру послуг, надавачів і пацієнтів, підвищуючи якість надання таких послуг і інтегруючи їх з національними системами.

Узгодження планів раціональної мережі медичних закладів в кожній області з метою підвищення ефективності функціонування системи є важливим завданням. Міністерство охорони здоров'я та місцеві органи виконавчої влади вже розпочали стратегічне планування для об'єднання надлишкової та фрагментованої мережі лікарень. Процес планування, який ініціювало Міністерство, має стати відправною точкою для створення ефективної, оптимізованої, якісної та фінансово стійкої мережі закладів. Це вимагатиме технічної допомоги для оцінки потреб населення, розробки методології планування мережі закладів, сучасних стандартів та вимог до

закладів, а також критеріїв для оцінки різних варіантів інвестування. Для об'єднання існуючої інфраструктури та персоналу та, відповідно, для зменшення фінансового навантаження на систему, необхідно організувати процес об'єднання в кластери невеликих спеціалізованих лікарень (відомих як територіальні медичні об'єднання), які обслуговуватимуть більше населення. Планування і розробка розширених послуг первинної медичної допомоги (ПМД) як інтегрованої частини мережі послуг охорони здоров'я є надзвичайно важливими, особливо враховуючи те, що інвестиції в інфраструктуру лікарень, ймовірно, відбудуться в довгостроковій перспективі. При цьому через ПМД можна швидко розширити і поліпшити доступність медичної допомоги. Це дозволить задовольнити критичні потреби в короткостроковій перспективі та створити підготовлену основу для виконання нових завдань у майбутньому. Пріоритети у цій сфері на наступні 2 роки включають нарощування потенціалу персоналу ПМД для надання послуг охорони психічного здоров'я та розширення ролі закладів ПМД у сфері реабілітації.

Підвищення рівня участі медсестер і медбратів, співробітників у суміжних медичних сферах та немедичного персоналу, які працюють в галузі охорони здоров'я, стає важливим завданням. У контексті можливого дефіциту кадрів в галузі охорони здоров'я перерозподіл певних завдань на рівень медичних працівників, які не є лікарями, і спеціально підготовлених працівників, що працюють у громаді, може вирішити ці проблеми без надмірних витрат. Спеціально підготовлені працівники, які діють у громаді, можуть брати участь у наданні послуг, у яких відбулися порушення, а також у послугах, які є особливо популярними (наприклад, імунізація, тестування на інфекційні та хронічні захворювання, охорона психічного здоров'я та психосоціальна підтримка, а також направлення та медичний нагляд). Групу працівників, які надають послуги в громаді, можуть складати особи, які самі пережили схожі проблеми зі здоров'ям у минулому, добровольці з нерозподільних організацій, підготовлені консультанти "рівний - рівному", соціальні працівники та

психологи. Такі заходи можуть покращити ефективність та інтеграцію наданих послуг, але вони також будуть вимагати ініціативи з боку керівництва та політиків для проведення де-медикалізації медичної допомоги та переходу до менш спеціалізованого підходу у наданні послуг охорони здоров'я в Україні. Крім того, для досягнення цієї мети необхідно буде виправити юридичні перешкоди для делегування завдань неспеціалістам або немедичному персоналу та реагувати на можливий опір з боку медичних і професійних асоціацій та інших зацікавлених сторін.

Зміцнення цифрової трансформації в галузі охорони здоров'я спрямовано на поліпшення надання медичної допомоги пацієнтам і забезпечення безпечного доступу до медичної інформації. Наявність та використання стандартизованої інформації про пацієнтів для уникнення дублювання консультацій, лабораторних тестів та інших медичних послуг на різних рівнях медичної допомоги є критично важливими для підвищення якості медичних послуг, підвищення підзвітності та більш раціонального використання ресурсів. У найближчій перспективі можна використовувати дані Національної служби здоров'я для моніторингу якості послуг та надавання фідбеку закладам щодо їхньої діяльності, а також використовувати цифрові інструменти в електронних системах охорони здоров'я для орієнтації медичного персоналу. Ці інструменти важливі для забезпечення безперервності медичної допомоги в умовах збільшення мобільності населення та варіабельності ситуації в різних регіонах. Вони також тісно пов'язані з іншими інструментами, які використовуються для виїзду, дистанційної роботи та комунікації з пацієнтами. Збереження медичних та статистичних даних в електронному форматі допоможе зберегти цю інформацію в разі руйнування медичної інфраструктури та створить основу для швидкого відновлення. Розробка зручних і прозорих механізмів доступу користувачів до їхніх медичних даних та управління такою інформацією буде

корисною для всіх, особливо для ветеранів та осіб, які були змушені змінити надавача послуг або користуватися послугами кількох різних медичних закладів.

Захист основних функцій громадського здоров'я в умовах поточних кризових ситуацій у галузі охорони здоров'я, спричинених війною, набуває особливого значення. Пріоритети для служб громадського здоров'я включають наступне:

- забезпечення епідеміологічного моніторингу, готовності та реагування на інфекційні загрози, такі як холера, COVID-19, дифтерія, кір, поліомієліт, особливо на територіях, що недавно були визволені;
- зосередження уваги на усуненні прогалин у покритті імунізацією шляхом координації зусиль служб громадського здоров'я та медичних закладів;
- забезпечення проведення скринінгу та лікування особливо небезпечних інфекційних захворювань, таких як туберкульоз та ВІЛ, для запобігання їхньому поширенню та пов'язаній із цим смертності;
- покращення координації зі службами першої медичної допомоги та забезпечення їхньої інтеграції з основними службами громадського здоров'я для ефективної реакції на виклики у галузі громадського здоров'я, включаючи імунізацію, повідомлення про інфекційні захворювання та відстеження контактів, а також сприяння здоров'ю через взаємодію з громадськістю;
- скасування юридичних бар'єрів та розвиток спроможностей для ефективної міжгалузевої координації у галузі громадського здоров'я та за її межами щодо готовності та реагування на всі види загроз;
- поглиблення міжсекторальної координації з іншими суб'єктами, що розробляють політику та інвестиції в інші сектори, що впливають на галузь громадського здоров'я, такі як опалення, комунальні послуги, водопостачання та санітарія, а також готовність до біологічних, хімічних, ядерних та радіологічних загроз.

Процес відновлення України не обмежується лише реагуванням на нагальні проблеми та впровадженням тимчасових заходів для відновлення доступу до основних послуг. Він також створює можливість встановити основи для більш ефективної та модернізованої системи надання послуг у галузі охорони здоров'я у довгостроковій перспективі. Пріоритети щодо надання послуг вже описані в розділі 2. Тема капітальних інвестицій є важливою, але також потребує спеціальної уваги. Оскільки фінансування найімовірніше буде надходити з різних джерел протягом різних періодів і передбачає існування багатьох форумів для ухвалення рішень, існує ризик недостатньої координації інвестицій. Це може спричинити нерівномірне задоволення критичних потреб у наданні послуг, збільшення нерівності в доступі до медичної допомоги та зменшення прозорості і фінансової стійкості на довгострокову перспективу.

Політичний дискурс часто акцентує увагу, перш за все, на інвестиціях у лікарні, проте важливими найпершими пріоритетами є відновлення та розширення доступу до медичної допомоги через зміцнення первинної медичної допомоги (ПМД) та відповідних медичних послуг на рівні громади. Як вже було зазначено вище, ПМД є найшвидшим та економічно ефективним способом забезпечення відчутних поліпшень у доступі до медичної допомоги. Тому інвестиції в ПМД та медичні послуги на рівні громади є головними пріоритетами на наступні 18–24 місяці. В той самий час, потрібно розпочати технічну підготовку та залучення зацікавлених сторін до планування майбутніх інвестицій у лікарні. Забезпечення політичного консенсусу на місцевому рівні та підтримка з боку громади стосовно оптимізації мережі медичних закладів буде завданням складним. Для збільшення шансів на прийняття таких складних рішень, як відмова від відновлення певних лікарень та консолідація або перепрофілювання інших, необхідно, щоб люди спочатку отримали доступ до кращої ПМД та медичних послуг на рівні громади.

Окрім інвестицій у інфраструктуру та медичні заклади, велика увага повинна бути приділена інвестиціям в розвиток людського капіталу. Навіть перед широкомасштабною втратою (включаючи еміграцію) багатьох медичних працівників під час війни і враховуючи вплив військових подій на потреби населення в галузі охорони здоров'я на довгострокову перспективу (наприклад, у реабілітації, охороні психічного здоров'я, готовності до спалахів інфекційних захворювань), інвестиції в людський капітал мають надзвичайну важливість.

Далі слід визначити принципи залучення та перерозподілу напрямів інвестицій та зменшення ризиків.

Міністерство охорони здоров'я, як головний координатор, відіграє ключову роль у визначенні перших інвестиційних напрямів та пріоритетів, а також у координації різних джерел фінансування, зокрема через Координаційну раду та Проектний офіс з відновлення, які наразі створюються. Проте для забезпечення належної висхідної, низхідної та горизонтальної координації на всіх рівнях планування реконструкції, важливо взаємодіяти з іншими ключовими структурами, включаючи обласні та місцеві органи влади, а також широке коло урядових зацікавлених сторін. Для відповідності фінансовим обмеженням також необхідно здійснювати тісну співпрацю з Національним агентством здоров'я Служби універсального покриття. НСЗУ може надавати інформацію про фінансування первинної медичної допомоги (ПМГ) у різних регіонах, населених пунктах та відповідних постачальників послуг, а також інші дані, які необхідні для оцінки потреб та планування мережі. У свою чергу, НСЗУ також має пристосувати свої механізми укладання угод до нової, більш ефективної мережі закладів і методів надання послуг, які можуть охопити більше населення за менші витрати. Одночасно, це має стимулювати використання більш ефективних методів надання послуг, таких як медична допомога на рівні громади, залучення мобільних бригад і проведення телеконсультацій.

Процес планування інвестицій повинен об'єднати всі джерела фінансування для створення інтегрованих планів розвитку для впровадження стійкої мережі закладів охорони здоров'я, що базуються на прозорих критеріях, спираючись на потреби населення. Ці інтегровані плани дозволять узгоджувати використання зовнішніх ресурсів (від міжнародних партнерів у сфері розвитку чи приватного сектора) та відповідати планам та бюджету Уряду України. Інтегровані плани розвитку мереж повинні охоплювати ПМГ та медичну допомогу на рівні громади і враховувати всі внутрішні зв'язки в мережі, включаючи послуги швидкої медичної допомоги, транспортування пацієнтів і комунікації, щоб забезпечити доступ пацієнтів до сконсолідованих послуг.

Враховуючи необхідність реалістичного врахування фіскальних обмежень бюджету ПМГ, який повинен покривати операційні витрати закладів, вплив інвестицій у систему охорони здоров'я на майбутні поточні витрати закладів повинен бути основним критерієм для ухвалення рішень як щодо всієї мережі, так і щодо окремих закладів. Планування мережі повинно спрямовуватися на зменшення поточних витрат закладів, які включають в себе. Інвестиції мають бути спрямовані на заклади, які матимуть достатньо велику кількість пацієнтів і робочого навантаження для стабільного генерування доходів, відповідно до процесу розробки інтегрованих планів розвитку мережі закладів охорони здоров'я. Планування відповідних закладів має дозволити розподіляти більшу частку надходжень від ПМГ на надання допомоги пацієнтам і меншу — на опалення та технічне обслуговування будівель. Отже, критерії оцінювання потенційних об'єктів інвестування повинні включати вимогу щодо якомога більш екологічної, енергоефективної та фінансово стійкої системи надання послуг у галузі охорони здоров'я. Це також вимагатиме від МОЗ розробки нових будівельно-технічних стандартів для закладів охорони здоров'я різного рівня.

Інвестиції мають фокусуватися на закладах та обладнанні для надання основних послуг, передбачених ПМГ, а не на додаткових або платних послугах. Пріоритетні основні послуги включають послуги, без яких можуть виникнути катастрофічні витрати, інвалідність та зростання смертності. Національна політика не повинна сприяти інвестиціям у заклади, які не забезпечують задовільне надання послуг та надають обмежену або ж взагалі не надають основні пріоритетні послуги. Великі стаціонарні заклади у галузі реабілітації чи охорони психічного здоров'я також не повинні бути головним об'єктом інвестицій, оскільки значна частина таких послуг може бути перенесена на рівень ПМГ та послуги на рівні громади, для більшої доступності пацієнтів до них.

Інвестиції в людський капітал мають таку ж вагомість, як і інвестиції в техніку та обладнання. Для того, щоб персонал міг адаптувати свою практику до сучасної мережі закладів та відповідати підвищеним потребам населення у галузі охорони здоров'я, необхідні зміни в трудовому законодавстві щодо працівників сфери охорони здоров'я, підготовка лікарів та середнього медичного персоналу, розвиток ключових галузей (таких як громадське здоров'я, епідеміологія, охорона психічного здоров'я та реабілітація) і зміни в методах управління закладами охорони здоров'я є настільки важливими, як і інвестиції в обладнання та технології.

При прийнятті рішень щодо інвестицій слід надавати перевагу тим, які сприяють збільшенню рівності у доступі до медичної допомоги та підвищують її якість у всій країні. Потрібно при цьому враховувати, що історично ресурси, заклади та медичний персонал були надто концентровані у великих містах, і урядові реформи мають на меті зменшення цієї нерівності.

Плануючи інвестиції, слід також враховувати можливі кризові ситуації та невизначеність щодо майбутнього розвитку подій, включаючи тривалість військового конфлікту, ступінь відновлення державних фінансів, темпи повернення населення на певні території і кліматичні ризики. Використання

інформаційних технологій може бути важливим компонентом для забезпечення стійкості системи в умовах високої мобільності населення.

Крім того, інвестиції в заклади охорони здоров'я слід планувати разом з інвестиціями в інші галузі, такі як економічна інфраструктура, житлово-комунальні послуги, транспорт, водопостачання та санітарія.

Міністерству охорони здоров'я слід забезпечити підтримку, надаючи технічні ресурси для створення критеріїв і стандартів розвитку, які мають застосовуватися як до мережі в цілому, так і до окремих закладів. Також важливим партнером, який може надавати підтримку, є Проектний офіс з відновлення, який наразі знаходиться в процесі формування.

Де це можливо, слід відновлювати функціональність існуючих закладів для поліпшення доступу до основних медичних послуг. Це може бути здійснено через проведення ремонтів, відновлення і посилення існуючих закладів, які стали жертвами війни, і які надають критично важливі послуги в галузі охорони здоров'я, або через запуск ініціатив з надання послуг на мобільних бригадах. Також можна розглядати можливість перепрофілювання існуючої інфраструктури для відповіді на нові потреби та підтримки нових моделей надання послуг. Головною метою є забезпечення відновлення доступу пацієнтів до критичних послуг шляхом найбільш ефективних та продуктивних методів, які необхідні в короткостроковій перспективі, зокрема в межах послуг на рівні первинної медичної допомоги.

Інвестиції у відбудову та відновлення мають починатися з первинної медичної допомоги та центрів надання послуг на рівні громади, і потім спрямовуватися на спеціалізовані рівні. Враховуючи обмеженість ресурсів у короткостроковій перспективі, Україні слід приділяти пріоритетну увагу розширенню обсягу послуг та поліпшенню доступу до первинної медичної допомоги через інвестиції в інфраструктуру, персонал та інформаційні технології. Це дозволить надавати більш комплексні та інтегровані послуги, які будуть

доступні населенню ближче до місця проживання, включаючи послуги з охорони психічного здоров'я та реабілітації на рівні громад. Для підтримки цього підходу важливо зробити населення обізнаним щодо потенціалу первинної медичної допомоги, зокрема послуг на рівні громади, і подальше розвиток інтегрованих мереж охорони здоров'я з центрами первинної медичної допомоги в центрі таких мереж, що будуть відповідати попиту на послуги населення на рівні громади, враховуючи результати оцінки потреб на популяційному рівні.

Потрібно узгодити довгострокові напрямки і пріоритети для інвестицій у капітальну реконструкцію лікарень, враховуючи результати оцінки потреб населення. Міністерство охорони здоров'я уже розпочало процес стратегічного планування з метою створення більш ефективної та орієнтованої на пацієнтів мережі надавачів медичних послуг. Оскільки регіональні плани для кожної області все ще розробляються, надання підтримки Міністерству охорони здоров'я та областям у вдосконаленні технічної основи для створення таких планів, можливо, є найкращою вихідною точкою. Серед пріоритетних областей для уваги у контексті планування мережі закладів варто враховувати знаходження ефективних шляхів задоволення потреб населення в сільських та віддалених районах, а також розгляд можливостей залучення різних гравців до мережі закладів, включаючи первинну медичну допомогу, невідкладну медичну допомогу, послуги реабілітації та охорони психічного здоров'я.

Також слід розглядати можливості для реалізації проектів ранньої реконструкції, які можуть служити прикладами переходу до сучасної, високотехнологічної та стійкої мережі надавачів медичних послуг відповідно до бажань України щодо євроінтеграції. Подальший досвід можна розповсюджувати через партнерство з Міністерством охорони здоров'я та іншими органами. Війна справді має руйнівний вплив на життя людей та надання основних послуг, але вона також може послужити стимулом для України швидко модернізувати свою

систему, об'єднавши послуги, консолідуючи зайву кількість закладів та розподіливши надання послуг найбільш ефективним та результативним способом, при цьому забезпечуючи безпеку пацієнтів та якість допомоги.

Як вказано раніше, ресурси державного сектора (фіскальний простір) зменшуються в реальних термінах у всіх галузях і, ймовірно, будуть повільно відновлюватися. Це ставить Уряд України перед потребою впроваджувати жорсткі фінансові заходи [210]. Рівень бідності суттєво зріс із збільшенням інфляції та зниженням вартості гривні. Це призвело до зменшення спроможності населення придбавати медичні послуги. Наразі, українці вважають фінанси основним бар'єром для доступу до послуг охорони здоров'я, особливо в районах активних бойових дій. Найбільша частина витрат пацієнтів спрямовується на закупівлю лікарських засобів.

Навіть у період війни та післявоєнного відновлення Україна має потенціал продовжувати реформи у сфері бюджету та фінансування охорони здоров'я. Такі реформи допоможуть краще розподілити обмежені ресурси, використовуючи фінансові інструменти, що сприяють підвищенню ефективності та справедливому розподілу ресурсів, боротьбі з корупцією та неформальними платежами, а також захистити фінансово вразливі групи населення. Наприклад, шляхом переходу від укладання договорів з будь-яким надавачем послуг, що відповідає вимогам ПМГ, до більш стратегічного підходу до укладення договорів, узгодженого з планом Міністерства охорони здоров'я щодо створення раціональних та спроможних мереж закладів, НСЗУ може ефективніше використовувати надані їй ресурси. Збільшення фінансування буде критичним для специфічних послуг і ресурсів, необхідних для відповіді на нові та зростаючі потреби у сфері охорони здоров'я, такі як послуги на рівні громади, контроль інфекційних захворювань, реабілітація, охорона психічного здоров'я, невідкладна медична допомога та лікарські засоби. Важливо також розробити загальносистемні принципи, необхідні для подальшого

розвитку та зміцнення електронної системи охорони здоров'я та ефективного розподілу ресурсів. Інтеграція допомоги ветеранам в рамках "цивільної" системи надання послуг та фінансування також є критично важливою, і може включати в себе введення нових ідентифікаторів пацієнтів у медичних інформаційних системах для ефективного відстеження медичних потреб ветеранів та надання їм медичної допомоги. НСЗУ вже продемонструвала гнучкість у перерозподілі коштів між регіонами та надавачами послуг залежно від переміщення населення після 24 лютого 2022 року. Такий підхід слід використовувати й надалі, включаючи зменшення фінансування у випадках, коли попит на певні послуги спадає через переміщення.

Зовнішня фінансова допомога та Державний бюджет повинні продовжувати в першу чергу фінансувати поточні витрати, необхідні для забезпечення доступу всіх до основних медичних послуг. Наразі варто утриматися від великих капітальних інвестицій. Забезпечення поточних витрат системи охорони здоров'я має надзвичайно важливе значення на ближчу перспективу. Це допоможе Уряду України забезпечити необхідні витрати на найважливіші медичні послуги і одночасно робити ранні інвестиції у відновлення.

Державний бюджет надає найкращі можливості для фінансування більшості поточних витрат системи охорони здоров'я. Використовуючи і розширюючи ключові трансфертні механізми, такі як Програма медичних гарантій (ПМГ) під управлінням Національної служби здоров'я України (НСЗУ), включаючи програму "Доступні ліки", яка відшкодовує вартість основних лікарських засобів у приватних аптеках за рецептами. Така підтримка має велике значення, оскільки вона забезпечує фінансування результатів роботи у вигляді конкретних послуг та ліків для пацієнтів, що може потенційно зменшити рівень захворюваності та смертності та запобігти катастрофічним витратам. Ресурси, які виділяються донорами для фінансування поточних витрат системи охорони здоров'я, мають розподілятися

через Державний бюджет у всіх можливих випадках. Наприклад, понад 2 мільярди доларів США, які були надані США на ПМГ через Світовий банк, допомогли забезпечити фінансування ПМГ та безперервне надання послуг для всього населення країни.

Необхідно провести аналіз основних недоліків у наданні послуг і ідентифікувати існуючі бар'єри, що обмежують доступ до цих послуг, такі як фінансові або географічні обмеження. Потрібно надати пріоритет і спрямувати додаткові ресурси для забезпечення доступу до життєво важливих послуг, які найбільше впливають на рівень захворюваності і смертності, особливо серед вразливих груп населення. У цьому контексті, враховуючи скорочення фінансового простору, буде важливо переглянути існуючі видатки для з'ясування можливостей раціонального скорочення без впливу на доступ до медичної допомоги. Інакше може виникнути ризик невідповідності обіцяних послуг наявним ресурсам та збільшення ризику зростання неофіційних платежів і пробілів у наданні послуг.

Навіть у воєнний час та після нього, Україні є потенціал для подальших реформ бюджетної сфери та фінансування охорони здоров'я. Такі реформи допоможуть краще пріоритезувати обмежені ресурси, використовуючи фінансові інструменти, що підвищують ефективність та справедливий розподіл ресурсів, боротьбу з корупцією та неформальними платежами, і забезпечення фінансового захисту вразливих груп населення. Наприклад, перехід від укладання договорів із будь-якими надавачами послуг до більш вимогливого стратегічного підходу до укладення договорів, узгодженого з планом Міністерства охорони здоров'я щодо розбудови раціональних і потужних мереж закладів може допомогти більш ефективно використовувати надані ресурси.

Збільшення фінансування є критичним для спеціалізованих послуг і ресурсів, необхідних для задоволення нових і зростаючих потреб у галузі охорони здоров'я, і може допомогти знизити фінансові бар'єри для отримання ефективного лікування

пацієнтами. Важливо також розробити загальносистемні принципи для підтримки продовження реформ, такі як подальший розвиток та зміцнення електронної системи охорони здоров'я та ефективного розподілу ресурсів. Інтеграція допомоги ветеранам у "цивільну" систему надання послуг та фінансування також є критично важливою, і може включати в себе введення нових ідентифікаторів пацієнтів у медичних інформаційних системах для ефективного відстеження потреб ветеранів та наданих їм медичних послуг. На сьогоднішній день Національна служба здоров'я України (НСЗУ) продемонструвала гнучкість у перерозподілі коштів між територіями та надавачами послуг відповідно до міграції населення, і такий підхід слід продовжувати, включаючи скорочення фінансування у випадках, коли попит на послуги спадає внаслідок переміщення населення.

Необхідно посилити та підтримувати стратегічні та координаційні функції Міністерства охорони здоров'я, а також забезпечити координацію між центральними, регіональними та місцевими органами влади та збір даних. Важливо враховувати, що спроможності центральних інституцій обмежені наразі, а також можливості збору та поширення інформації обмежені. Необхідно сприяти координації з місцевими органами влади, які мають повноваження для ухвалення рішень та відповідають за заклади охорони здоров'я на місцях. Також важливо намагатись узгодити заходи з відновлення на всіх рівнях для забезпечення спільного бачення та відповідності реформі.

Слід активно зміцнювати та розвивати Національну службу здоров'я України (НСЗУ), забезпечуючи підтримку у персоналу, достатнє фінансування адміністративних витрат та розширення можливостей використання наявних даних, надаючи зворотний зв'язок надавачам послуг (зокрема, за допомогою цифровізації) та укладаючи стратегічні договори для розширення доступу до критично важливих медичних послуг за розумною ціною. Ідентифікація ветеранів в електронній системі охорони здоров'я НСЗУ може стати основою для

моніторингу їх доступу до медичної допомоги та сприяти кращому розумінню їхніх потреб у сфері охорони здоров'я. В умовах обмежених ресурсів державного сектора, збереження або розширення ресурсів для НСЗУ, яка є ключовим чинником у підвищенні ефективності фінансування охорони здоров'я, стає ще більш критичним. Можливості глибокого використання даних електронної системи охорони здоров'я та фінансових даних НСЗУ, спрямовані на планування та моніторинг послуг у галузі охорони здоров'я в короткостроковій перспективі (з одночасним розвитком спроможностей НСЗУ), а також довгострокові можливості інтеграції цієї системи з базами даних у сфері громадського здоров'я та державними базами даних під координацією Уряду України, також потребують уваги.

Необхідно спиратися на попередні реформи у сфері закупівель і розширювати сферу діяльності Центрального закупівельного агентства "Медичні закупівлі України" з метою розширення реалізованих переваг у закупівлі лікарських засобів на більший обсяг державних закупівель і одночасного зменшення фрагментації закупівель товарів медичного призначення між різними державними установами. Наступним кроком у реформі системи закупівель може бути подальше об'єднання закупівель на регіональному та закладів рівнів шляхом впровадження та використання цифрових рішень. Стабільне дотримання цього курсу реформ в сфері закупівель є також важливим етапом на шляху до європейської інтеграції, особливо з урахуванням великого інтересу Європейського Союзу до боротьби з корупцією, санітарно-епідемічного благополуччя та конкурентоспроможності фармацевтичних ринків.

Важливо також посилити роль Центру громадського здоров'я як найвищої професійної, політично незалежної та технічно спроможної установи у секторі громадського здоров'я. Це можна зробити, уточнивши роль Центру та встановивши його відносини з іншими суб'єктами, такими як Міністерство охорони здоров'я та обласні центри контролю та профілактики хвороб.

В процесі реалізації реформ, узгодження інвестицій та управління різними джерелами фінансових ресурсів, спрямованими на відновлення та реконструкцію, слід і надалі приділяти особливу увагу до прозорості, підзвітності та боротьбі з корупцією. Боротьба з корупцією через підвищену прозорість та підзвітність на всіх рівнях є визначальною рисою реформ в сфері охорони здоров'я в Україні і загалом частиною ширшого національного прогресу в боротьбі з корупцією. Подальше дотримання цього курсу матиме надзвичайно важливе значення для залучення донорського фінансування на заходи щодо відновлення та на шляху до євроінтеграції.

Соціально-економічні виклики, які виникли в результаті повномасштабного російського вторгнення в Україну, потребують обдумані реакції та відповідних заходів. Ключовою задачею є визначення пріоритетів для розбудови більш доречної системи охорони здоров'я, яка могла б враховувати нові потреби населення, одночасно забезпечуючи інвестиції у відновлення та відшкодування основних медичних послуг, які були порушені внаслідок війни. Метою є спрямування української системи охорони здоров'я на шлях сталого розвитку у напрямку забезпечення універсального доступу до медичних послуг.

Європейський Союз, Агентство США з міжнародного розвитку, Світовий банк і Всесвітня організація охорони здоров'я планують і надалі надавати фінансову та технічну підтримку відповідно до своїх завдань, мандатів та доступних ресурсів. Ми маємо надію, що інші партнери приєднаються до нас у підтримці заходів, визначених у цьому документі, і долучаться до Уряду та народу України у створенні більш міцної та ефективної системи охорони здоров'я у найближчі місяці та роки.

Отже, в Україні існують серйозні виклики у сфері охорони здоров'я, які спричинені головним чином російським вторгненням і конфліктом на сході країни.

Для розв'язання цих проблем потрібні комплексні заходи та глибокі реформи у системі охорони здоров'я.

Одним із ключових завдань є забезпечення доступу населення до основних медичних послуг, включаючи доступну медичну допомогу для всіх громадян. Потрібно приділяти особливу увагу фінансуванню поточних витрат системи охорони здоров'я та забезпечувати фінансову підтримку через різні джерела, включаючи міжнародних партнерів.

Реформи в сфері закупівель медичних товарів і ліків є однією з важливих складових відновлення системи охорони здоров'я. Об'єднання закупівель на різних рівнях та використання цифрових рішень може підвищити ефективність і прозорість цього процесу.

Таблиця 4.4

Напрями удосконалення фінансового механізму
публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні

Напрями удосконалення	Обґрунтування напрямків удосконалення
1. Реформа системи фінансування	- впровадження системи обов'язкового медичного страхування розширить джерела фінансування та забезпечить стабільність бюджету охорони здоров'я. - прозора алокація коштів допоможе розподіляти ресурси з урахуванням реальних потреб медичних закладів та населення. - передбачуване фінансування дозволить уникнути перерв у наданні медичних послуг.
2. Збільшення ефективності витрат	- модернізація закупівель зменшить можливість корупції та оптимізує витрати. - ефективний контроль за витратами допоможе зберігати ресурси для покращення медичної допомоги. - спрощення адміністративних процедур заощадить час і кошти на бюрократію.
3. Розвиток первинної медичної допомоги	- підвищення ролі первинної ланки сприятиме попередженню захворювань та ранній діагностиці. - забезпечення доступності та якості первинної допомоги покращить загальний стан здоров'я населення.

4. Розвиток електронної медицини	- удосконалення електронної медичної картки полегшить обмін інформацією та підвищить координацію медичних послуг. - підвищення ефективності інформаційних технологій спростить управління медичними процесами та забезпечить аналіз даних для прийняття рішень.
5. Підвищення заробітних плат медичних працівників	- справедливе та конкурентоспроможне гонорарне винагородження збереже талановитий медичний персонал в Україні. - мотивація та підтримка медичних фахівців зменшать міграцію на зарубіжні ринки праці.
6. Залучення громадськості до управління охороною здоров'я	- участь громадських організацій та пацієнтських рад забезпечить врахування потреб та думок населення у прийнятті рішень. - відкритість у прийнятті рішень та звітність перед громадськістю підвищать довіру до системи охорони здоров'я.

Таблиця модифікована автором на основі аналізу джерел [384; 386].

Крім того, необхідно зміцнювати ролі різних інститутів у сфері громадського здоров'я, включаючи Міністерство охорони здоров'я, Центр громадського здоров'я та Національну службу здоров'я України. Реформи в охороні здоров'я потребують підтримки від міжнародних організацій, таких як Європейський Союз, Агентство США з міжнародного розвитку, Світовий банк і Всесвітня організація охорони здоров'я, і спільних зусиль для створення більш міцної та ефективної системи охорони здоров'я в Україні.

Удосконалення фінансового механізму публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні є важливим завданням для поліпшення якості та доступності медичних послуг для населення. У таблиці 4.4 наведено ключові напрями удосконалення фінансового механізму у сфері охорони здоров'я.

Отже, узагальнюючи вищезазначене, можна сказати, що удосконалення фінансового механізму публічного управління в сфері охорони здоров'я в Україні є надзвичайно важливим завданням для поліпшення якості і доступності медичних послуг для населення. Ключові напрямки реформи включають в себе реформу системи фінансування, збільшення ефективності витрат, розвиток первинної медичної допомоги, впровадження електронної медицини, підвищення заробітних плат медичних працівників та залучення громадськості до управління охороною

здоров'я. Ці заходи спрямовані на покращення доступності та якості медичних послуг, оптимізацію витрат, підвищення мотивації медичного персоналу та покращення участі громадськості у прийнятті рішень. Успішна реалізація цих заходів може покращити систему охорони здоров'я в Україні та забезпечити її стале функціонування.

Висновки до розділу 4

Система охорони здоров'я є важливою складовою сучасних реформ цієї галузі. Вона спрямована на поліпшення ефективності, координації та результативності діяльності органів управління в цій сфері. Оптимізація включає в себе реорганізацію структури, децентралізацію влади, впровадження сучасних методів управління та спрощення бюрократичних процесів. Важливо враховувати конкретні потреби та контекст кожного регіону для досягнення оптимальних результатів.

Оптимізована організаційна структура сприятиме покращенню надання медичних послуг, оптимізації витрат та забезпеченню доступності та якості охорони здоров'я для всіх громадян.

Реалізація механізму участі громадян у процесі публічного управління в охороні здоров'я є важливим кроком у забезпеченні трансформації системи охорони здоров'я на користь суспільства. Цей процес дозволяє громадянам брати активну участь у прийнятті рішень, впливати на формування політик та програм, а також контролювати якість та доступність медичних послуг. Участь громадян стимулює відкритість, відповідальність та врахування їхніх потреб у процесі прийняття рішень.

Цей механізм сприяє покращенню якості охорони здоров'я, збільшенню довіри до системи та забезпеченню більш ефективного використання ресурсів.

Отже, участь громадян у публічному управлінні охороною здоров'я є ключовим елементом модернізації та вдосконалення системи медичного обслуговування.

Ефективність публічного управління в охороні здоров'я є ключовими факторами для забезпечення якісної медичної допомоги та загального благополуччя суспільства. Вони визначаються комплексом факторів, таких як оптимізована організаційна структура, ефективна система фінансування, доступність медичних послуг та участь громадян у процесі управління. Результативне управління сприяє зниженню витрат, покращенню якості медичних послуг та забезпеченню доступності охорони здоров'я для всіх верств населення. Для досягнення цієї ефективності важливо враховувати наукові підходи, накопичений досвід та різноманітні контекстуальні особливості кожної країни. Такий підхід допомагає створити сучасну та збалансовану систему охорони здоров'я, спрямовану на досягнення максимальних результатів для здоров'я населення.

Обґрунтовано, що фінансування поточних витрат системи охорони здоров'я є надзвичайно важливим, і його підтримка через різні джерела, включаючи міжнародних партнерів, відіграє важливу роль у забезпеченні функціонування системи охорони здоров'я. Реформи в сфері закупівель медичних товарів і ліків мають на меті підвищити ефективність та прозорість цього процесу, а також зменшити фрагментацію закупівель між різними державними установами.

Доведено, роль різних інститутів у сфері громадського здоров'я, таких як Міністерство охорони здоров'я, Центр громадського здоров'я та Національна служба здоров'я України, потребує зміцнення та координації для ефективного вирішення проблем у сфері охорони здоров'я. Міжнародні організації, такі як Європейський Союз, Агентство США з міжнародного розвитку, Світовий банк і Всесвітня організація охорони здоров'я, виразили готовність продовжувати

надавати фінансову та технічну підтримку Україні в реформах системи охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 5

МЕДИЧНА РЕФОРМА В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ РЕФОРМИ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ ВЛАДИ

5.1 Завдання і виклики реформування системи управління сферою надання медичних послуг в умовах децентралізації

Охорона здоров'я в Україні - комплекс законодавчих, теоретично-наукових, організаційних та медично-інфраструктурних об'єктів держави для постійного забезпечення громадян належною медичною допомогою. Наразі в галузі охорони здоров'я в Україні активно впроваджують інфраструктурний етап медичної реформи. Яким чином буде розвиватися мережа медичних закладів, які зміни внесе кластеризація для медичних працівників і чи передбачається при цьому закриття лікарень?

МОЗ має намір забезпечити доступність високоякісної медичної та реабілітаційної допомоги на всій території країни, тому вони розглядають можливість розподілу медичних закладів на госпітальні округи, а ці округи на кластери. Розвиток комунальних медичних закладів доручено органам місцевого самоврядування [141].

Парламент прийняв поправки до кількох законів, включаючи Основи законодавства про охорону здоров'я України, і передбачив розподіл госпітальних округів на госпітальні кластери, який буде регулюватися Кабінетом Міністрів України [234]. Міністерство охорони здоров'я вже на початку процесу розробило відповідний порядок, який був переданий на експертний розгляд. Далі були зібрані пропозиції, що були сформульовані в єдиний документ, і відправлені на публічне обговорення та затвердження центральними органами виконавчої влади. Оскільки

цей проєкт стосується регіонального розвитку, то він також мав отримати погодження від голів обласних державних адміністрацій (ОДА).

Зазначений порядок встановлює, яким чином буде створюватися ефективна мережа за кластерним принципом, визначає, які лікарні будуть належати до *надкластерних, кластерних і загальних*, а також враховує необхідні аспекти цього процесу. Згідно з цим порядком обласні державні адміністрації (ОДА) мають у визначений постановою період розробити свої пропозиції стосовно створення життєздатної мережі, зважаючи на думку органів місцевого самоврядування (ОМС), та надалі передати їх Міністерству охорони здоров'я (МОЗ) для затвердження.

За цим самим порядком обласні військові адміністрації повинні упродовж двох місяців представити МОЗ своє бачення плану госпітального округу та створення життєздатної мережі, з урахуванням розвитку закладів первинної медичної допомоги та пунктів базування екстреної медичної допомоги. Початок реформи вже відбувся на території 18 областей та у місті Київ. Внаслідок активних бойових дій реформу поки не запроваджено в Запорізькій, Донецькій, Луганській, Херсонській, Миколаївській областях та на території Автономної Республіки Крим.

Госпітальні кластери підтримують концепцію створення медичної мережі, орієнтованої на певні функціональні завдання та відповідний медичний обладнання, з метою забезпечення населення всіма необхідними медичними послугами в їхньому місці проживання та об'єднання лікарень в одній структурі. Важливо врахувати, яким чином розгорнути мережу в рамках госпітального округу, щоб забезпечити доступність медичної допомоги, а також забезпечити якість та безоплатність послуг, які гарантує програма медичних гарантій (ПМГ) [141].

Тому використовують такий підхід: госпітальний округ – це територія області, а госпітальний кластер – територія новоствореного району. Під час формування району було враховується багато різних аспектів, зокрема транспортне сполучення.

Це робиться, щоб жоден громадянин України не мав проблем із доступністю та якістю медичної допомоги. Водночас у клініці мають бути всі діагностичні засоби: УЗД, цифровий рентген-апарат, аналізатори крові тощо – і спеціалісти, які на цьому працюють. Тож коли пацієнт має направлення від сімейного лікаря, спокійно собі приїжджає в цю клініку й отримує весь пакет діагностичних послуг. Якщо є підстави для госпіталізації або поглибленого обстеження – це робиться в кластерних лікарнях.

За практикою, яка спостерігається в європейських країнах та США, багатопрофільні лікарні демонструють вищу ефективність у вирішенні поставлених перед ними завдань. Вони мають значну кількість фахівців, доступ до різних медичних програм та можливість консультуватися одне з одним або залучати додаткові консультації в межах самого закладу для вирішення різноманітних питань. На відміну від цього, вузькопрофільні заклади зазвичай функціонують на національному рівні. Під час процесу кластеризації може допускатися їх збереження, але в обмеженому числі та з обраною спеціалізацією, такою як онкологія, кардіологія, хірургія, інфекційні хвороби, фтизіопульмонологія (залежно від наявних профільних потреб) та інші.

Кластеризація допомагає проаналізувати: проблеми з функціоналом та необхідну кількість спеціалістів. Три слова, що характеризують головні результати децентралізації медичних установ: *доступна, якісна та безоплатна*.

Визначено три механізми, за допомогою яких децентралізація впливає на доступність, ефективність і якість системи охорони здоров'я: «Голосування ногами» (що відображає те, як децентралізація або посилює, або пом'якшує існуючі

моделі несправедливості в розподілі людей, ресурсів і результатів у юрисдикції), *«Близько до землі»* (що відображає те, як наближення управління до людей дозволяє використовувати місцеву ініціативу, інформацію, зворотній зв'язок, внесок і контроль) та *«Спостереження за спостерігачами»* (що відображає відносини взаємної відповідальності та підтримки між кількома центрами управління, які помножені на децентралізацію, залучаючи уряди на різних рівнях, а також громадські комітети охорони здоров'я та ради охорони здоров'я) [379]. Також визначені інституційні, соціально-економічні та географічні контекстуальні фактори, які впливають на кожен із цих механізмів.

Щоб оптимізувати вплив децентралізації, важливо вийти за межі часто повторюваних висновків (оцінювання та систематичних оглядів), що вплив децентралізованого управління на ефективність системи охорони здоров'я неоднозначний; іноді позитивне, іноді негативне. Але замість того, щоб шукати узагальнені та раз і назавжди переконливі докази, важливо пояснити ці змішані результати таким чином, щоб вони могли стати основою для стратегій впровадження.

Три цілі системи охорони здоров'я (справедливість, ефективність і стійкість) були обрані через їх концептуальне багатство, велику (і невирішену) літературу про взаємозв'язок між ними та децентралізацією та їхню актуальність як головні цілі, до яких системи охорони здоров'я повинні прагнути в усьому світі. Ми визначили справедливість (між юрисдикційною та внутрішньою юрисдикційною) у термінах відсутності непотрібних та невідповідних відмінностей у результатах здоров'я, заснованих на соціальних, економічних, демографічних або географічних відмінностях [323].

Визначена ефективність як відношення між вхідними ресурсами системи охорони здоров'я (тобто витратами) та результатами (наприклад, кількістю пролікованих пацієнтів) або результатами для здоров'я (наприклад, врятовані

життя). Також визначена стійкість як здатність системи переживати шок без серйозних наслідків, що визначається адаптивністю та стійкістю системи до потенційних гострих потрясінь або хронічного стресу [344].

Децентралізація часто вживається в цьому значенні в літературі про системи охорони здоров'я – як домовленість, у якій влада, ресурси чи відповідальність передаються від центральних суб'єктів до периферійних [344]. У цій точці зору «зверху вниз» різні форми децентралізації визначаються залежно від того, кому центральні актори здійснюють передачу:

- деволюція (автономним урядам, незалежним від центрального уряду);
- деконцентрація (до периферійних офісів в адміністративній структурі центрального уряду);
- делегування (юридичним особам чи організаціям за межами центрального уряду чи його міністерств і відомств, але які можуть контролюватися центральним урядом);
- приватизація (приватним комерційним або некомерційним організаціям за договорами) [323].

Ці форми передбачають, що децентралізація є процесом зверху вниз, який походить від центральних органів влади. Теоретичні переваги децентралізації (тобто управління невеликими одиницями) часто є частиною натхнення для реформ децентралізації в раніше централізованих країнах.

Наприклад, очікування, що місцеві чиновники розумітимуть місцеві переваги та матимуть стимул реагувати на них чи очікування, що люди будуть добре поінформовані про якість послуг, які очікують, і про те, які рівні влади є призначені або необхідні для надання різноманітних послуг.

Багаторівнева структура визначає управління на трьох рівнях, таким чином, що слабкі місця на одному рівні можуть бути пом'якшені управлінням на іншому рівні: «конституційний» (уряди, які функціонують на різних відстанях від

діяльності служб охорони здоров'я на місцях)), «колективні» (громадські групи, такі як місцеві ради з охорони здоров'я та громадські комітети з питань охорони здоров'я або близькі до громади уряди зі значним внеском громади) та «оперативні» (окремі особи та постачальники на місцевому ринку охорони здоров'я) [296]. По-друге, структура «вихід-голос-лояльність», така що «вихід» відбувається в громадах або субнаціональних юрисдикціях у відповідь на несприятливу якість життя чи послуг, але коли варіант «виходу» недоступний, люди вимушені «лояльністю» і, отже, може використовувати «голос», щоб вимагати покращення [362].

Механізм «голосування ногами» отримав свою назву від Tiebout C. M., який висунув теорію про те, як децентралізація створює ефективність, і стверджував, що люди реагують на різні рівні суспільних благ (наприклад, державні послуги) і різні ціни, за якими вони пропонуються (наприклад, податкові ставки) у місцевій юрисдикції, «голосуючи ногами», тобто переміщення з однієї місцевої юрисдикції до іншої, прагнучи максимізувати свою особисту корисність [336]. Tiebout стверджував, що їхній вибір щодо місця проживання веде до надання місцевих суспільних благ відповідно до смаків мешканців, таким чином розподіляючи населення на оптимальні спільноти.

Децентралізація може усунути ефект вирівнювання централізованого розподілу бюджетів охорони здоров'я, який, можливо, дозволив заможнішим юрисдикціям субсидувати бідніші. Водночас, крім виснаження коштів, яке відбувається під час переказів між кількома рівнями уряду, існує також тенденція субнаціональних урядів витрачати свої утримані кошти «поруч із домом»; тобто переважно в столиці субнаціональної юрисдикції (міській місцевості), що ще більше ставить сільські громади в не вигідне становище.

Усе стає ще гіршим після децентралізації, коли відповідальність за наймання медичних працівників передається юрисдикціям нижчого рівня, які потім, по суті,

мають набирати на місцевому рівні. Це сприяє утриманню низькокваліфікованих медичних працівників (оскільки їх можна знайти на місці) — найнижчі кадри офіційних медичних працівників постійно зберігаються в сільських громадах, оскільки вони, як правило, навчаються працювати саме в первинній медичній допомозі.

Децентралізація обмежує можливості сільських або бідніших місцевих юрисдикцій наймати висококваліфікованих медичних працівників, послаблює контроль за пересуванням медичних працівників, який вищі рівні влади могли б здійснювати за централізованого управління, або їхню здатність переміщувати медичних працівників між медичними закладами в різних місцеві юрисдикції, щоб врахувати будь-який дисбаланс у розподілі медичних працівників на користь сільських і віддалених юрисдикцій.

Подібним чином децентралізація може також посилити існуючу несправедливість, породжуючи більшу конкуренцію між юрисдикціями за медичних працівників, оскільки заможніші юрисдикції — як правило, з більшим міським населенням — можуть фінансувати більш привабливі пакети винагороди, залишаючи бідніші юрисдикції в гіршому становищі.

Заклади охорони здоров'я в бідніших юрисдикціях часто запроваджують плату з користувачів, щоб компенсувати скорочення фінансування з боку урядів вищого рівня після децентралізації. Це штовхає середній клас до «виходу» у офіційний приватний сектор, який лише трохи дорожчий, а медичні працівники стають підприємцями та відкривають власну приватну практику через більш високий попит на такі послуги (середній клас не використовує голос, оскільки вони чутливі до вищих податків і тому, як правило, надають перевагу приватизації).

Механізм «близько до землі» демонструє те, як наближення управління до людей (від передачі відповідальності або існування відповідальності на місцевому рівні) дозволяє краще використовувати місцеву ініціативу, інформацію, зворотний

зв'язок, внесок і контроль. Цей механізм функціонує не за рахунок підзвітності, а просто за рахунок підвищення рівня місцевого внеску та зворотного зв'язку щодо прийняття рішень.

Близькість полегшує обмін інформацією; і здатність створювати відповідні правила, змінювати їх відповідно до реалій на місцях, контролювати та запроваджувати правила з меншими витратами порівняно з тим, коли управління здійснюється на відстані. Урядування «наближено до землі» означає, що політичні лідери та адміністратори можуть краще використовувати місцеву інформацію та враховувати місцеві реалії, таким чином приймаючи рішення на користь бідним, наприклад, збільшення охоплення профілактичними послугами (що призводить до зменшення використання лікувальних послуг), загальний доступ послуги (профілактичні та лікувальні) та ініціативи зміцнення здоров'я (наприклад, санітарія).

Вплив «наближеного» управління на справедливість впливає на ефективність:

1) інвестиції в профілактичні послуги призводять до скорочення використання лікувальних послуг;

2) гнучкість у використанні ресурсів дозволяє урядам місцевих юрисдикцій використовувати стимули для залучення та утримання висококваліфікованих медичних працівників;

3) наймання на місцевому рівні веде до кращого утримання (таким чином уникаючи витрат на повторні процеси набору персоналу) та зменшення кількості прогулів (таким чином уникаючи витрат на оплату праці прогулів).

І з тим, як функціонує механізм «близько до людей або до землі», тісно пов'язана концепція економії масштабу, тобто чим ближче до землі, тим менший масштаб роботи. Місцеві юрисдикції, які лише частково децентралізовані, є більш

ефективними, ніж недецентралізовані та повністю децентралізовані юрисдикції [256].

Системи охорони здоров'я є найбільш ефективними, коли вони поєднують централізацію та децентралізацію; централізація функцій, які отримують вигоду від ефекту масштабу (закупівлі та інформаційні системи), і децентралізація функцій, які вимагають прийняття рішень на місцях (надання послуг і бюджетування закупівель) [246]. Поєднання централізації та децентралізації також може забезпечити певний рівень одноманітності, без якого може бути запущений механізм «голосування ногами».

Лікарні, які є частиною груп лікарень, якими керує одна головна організація, є більш ефективними, коли централізовано лише деякі з їхніх видів діяльності (наприклад, для яких є ефект масштабу), тоді як повсякденні оперативні рішення є децентралізованими (тобто залишено на розсуд окремих лікарень), ніж коли вся діяльність у групі централізована. Лікарні, які добровільно об'єднуються (в межах роз'єднаних контрактних мереж), щоб передати певний контроль від окремих лікарень до центрального органу для координації діяльності (наприклад, для яких існує економія на масштабі), є більш ефективними, ніж окремі лікарні, що працюють незалежно.

Отже, кожен суб'єкт управління повинен нести відповідальність за учасниками одного рівня управління (наприклад, між законодавчими та виконавчими органами) або на різних рівнях управління (наприклад, між групами громад та урядами).

«Спостереження за спостерігачами». Нині скасовують ієрархічний зв'язок між рівнями влади (національним/ центральним, провінційним/штатним та районним/місцевим), таким чином, що вищі Уряди нижчого рівня не мають повноважень на перевірку урядів нижчого рівня, а уряди нижчого рівня не зобов'язані звітувати перед урядами вищого рівня [256]. Крім того, постійний

контроль за витратами на охорону здоров'я бідніших місцевих юрисдикцій урядами вищого рівня використовується урядами нижчого рівня як виправдання, щоб перекласти провину за погану роботу на уряди вищого рівня, таким чином уникаючи відповідальності перед своїм населенням [246].

Однак наявність місцевих рад із питань охорони здоров'я або громадських комітетів з питань охорони здоров'я полегшує підзвітність перед виборцями знизу вгору, незалежно від того, чи спрямована їхня діяльність на органи місцевого самоврядування чи на місцевих постачальників послуг.

Неефективність може переважати, коли урядовці нижчого рівня не несуть відповідальності за ефективність місцевих витрат на охорону здоров'я [312]. І такі неефективні витрати на охорону здоров'я субнаціональними урядами (зазвичай бідніших юрисдикцій) можуть бути настільки високими, що становлять тягар для національного бюджету (до якого багатші юрисдикції вносять непропорційно більше, ніж бідніші юрисдикції). Крім того, існування місцевої ради охорони здоров'я (з представниками громади), створеної після або існуючої в рамках реформи децентралізації, сприяє зменшенню корупційних дій (яка більш ймовірна в місцевих юрисдикціях, бюджети яких залежать від міжурядових грантів).

«Спостереження за спостерігачами» впливає на ефективність, коли уряди вищого рівня притягують уряди нижчого рівня до відповідальності за ефективне витрачання коштів, включаючи суб'єктів на колективному рівні управління, притягуючи уряди до відповідальності за корупцію. «Спостереження за спостерігачами» також впливає на стійкість, тому що існування кількох центрів управління створює стійкість і надлишок можливостей, які дозволяють різним рівням управління втрутитися, коли один слабкий або зазнав невдачі.

5.2 Кейси публічної політики в контексті децентралізації управління системою охорони здоров'я у зарубіжних країнах

Надмірна централізація шкодить розвитку та якісному наданню медичної допомоги в багатьох країнах. Лікарням не надаються кошти на реалізацію поставлених планів. Низька автономія щодо планування діяльності лікарень зумовлює конфлікти пріоритетів між округом і лікарнями, і це, зокрема зменшує здатність лікарні реагувати на потреби клієнтів. Крім того, обласне управління охорони здоров'я просто не розуміє пріоритетів лікарень.

Одним із факторів дизмотивації персоналу є те, що попри доходи від надання послуг та комісійних зборів, ці гроші не можна використовувати навіть на технічне обслуговування у своїх лікарнях, хоча ці гроші буквально закумульовані, завдяки лікарняній команді. Більшість постачальників не бажає або припиняє постачання до лікарень через затримку платежів за тендерними закупівлями. Це зумовлює нестачу необхідних медикаментів та витратних матеріалів для лікарень. Щодо персоналу лікарень, то вони втратили мотивацію надавати більше та якісніше допомоги пацієнтам.

Отже, якщо функції вилучаються з лікарень без чіткого перерозподілу ролей управлінських структур, ці структури послаблюються. Крім того, лікарняний персонал з меншим ентузіазмом ставиться до виконання керівних і управлінських функцій, які мають меншу владу або контроль над ресурсами. Зменшення автономії послаблює зовнішню підзвітність лікарень через усунення ключової платформи для участі громади – комітету управління лікарнею. Це ставить під сумнів легітимність і оперативність управлінських рішень лікарень. Зниження автономії лікарень призводить до неефективності лікарень через збільшення бюрократичних затримок, низька мотивація персоналу, непідпорядкованість персоналу та політична участь у наборі персоналу, а також нестача необхідних медикаментів.

Відсутність запасів і затримки з доставкою основних засобів, а також відсутність узгодженості пріоритетів округу та лікарні ставлять під загрозу якість послуг, що надаються лікарнями.

Децентралізація була широко впроваджена в країнах з низьким і середнім доходом як частина ширших економічних і політичних реформ [328]. Децентралізація зазвичай приймає одну з чотирьох форм або їх комбінацію [312]:

- *делегування*, коли повноваження передаються напіваавтономним установам, які виконують функції, які раніше виконувалися державними міністерствами;

- *деконцентрація*, коли повноваження переходять від національних структур до субнаціональних офісів тих самих національних структур;

- *деволюція*, коли повноваження переходять від національних структур до структур у межах автономних або напіваавтономних органів місцевого самоврядування; та *приватизація*, де власність змінюється з державної на приватну.

Як правило уряд приймає стратегію районного розвитку сільських районів, місцевих громад [334]. Політика децентралізації визначає округ як найбільш основну та ефективну одиницю для планування, розвитку та надання державних послуг в країні. Округи створюються як базовий рівень, відповідальний за оперативні завдання з відносно обмеженими стратегічними функціями [228]. Таким чином, це реформа децентралізації типу деконцентрації.

У секторі охорони здоров'я головним центром є районна система охорони здоров'я, якою керують районні групи управління охорони здоров'я [312]. Основна функція департаментів полягає в нагляді за всією діяльністю сектору охорони здоров'я в районах і включала управління та нагляд за районними лікарнями та сільськими медичними закладами (субрайонними лікарнями, центрами здоров'я, у

нас медичними амбулаторіями та диспансерами). Відбувається перехід до децентралізованої системи управління з центральним урядом і напівавтономними окружними урядами [334]. Згідно з цією структурою управління, система охорони здоров'я побудована таким чином, що центральне Міністерство охорони здоров'я зберігає за собою функції формування політики та регулювання, тоді як такі обов'язки, як розподіл і управління ресурсами охорони здоров'я та наданням послуг, передаються системам охорони здоров'я округів. Система надання державної медичної допомоги частіше організована за чотирма рівнями, а саме на рівні громади (ФАП), первинна в тому числі швидка невідкладна медична допомога, окружне та національне направлення. Послуги охорони здоров'я в громаді містять усі види діяльності зі створення попиту в громаді, які керуються стратегією МОЗ у громаді [255].

Первинна медична допомога також містить послуги, що надаються державними та приватними пологовими будинками, центрами здоров'я та диспансерами. Окружні служби направлення включають лікарні першого рівня, якими керує даний округ. Національні служби направлення враховують заклади провінційного та національного рівнів, де надаються послуги спеціалізованого рівня.

У секторі охорони здоров'я реформа децентралізації пропагується як засіб покращення діяльності сектору охорони здоров'я шляхом підвищення ефективності, оперативності місцевої підзвітності систем охорони здоров'я [256]. Децентралізація має на меті: наблизити послуги до людей, покращити доступ до послуг, забезпечити участь громади, покращити моральний стан працівників та попит на їхні посади, а також покращити доступність та ефективність медичних установ. Одним із аспектів дослідження децентралізації в лікарнях є аналіз змін в автономії лікарень внаслідок передачі повноважень і впливу на функціонування лікарні. Лікарняна автономія означає зменшення прямого державного контролю

над державними лікарнями та перенесення повсякденного прийняття рішень від ієрархії до команди управління лікарнею [257]. Лікарні важливі для систем охорони здоров'я не лише тому, що вони споживають значну частку ресурсів сектору охорони здоров'я, але й тому, що вони є ключовими платформами для надання основних лікувальних інтервенцій [244]. Збільшення автономії лікарень може сприяти підвищенню ефективності, покращенню якості послуг, розширення підзвітності, покращення розуміння в громадах того, як лікарні працюють і обслуговують громади, а також покращення рівності в розподілі послуг, що надаються [244].

Персонал лікарні ієрархічно організований на три рівні. Практикуючі лікарі (наприклад, лікарі, фармацевти та медсестри) формують перший рівень і знаходяться на інтерфейсі надання послуг між лікарняною системою та користувачами лікарняних послуг.

Ці працівники організовані в підрозділи надання послуг і відділи, які очолюють менеджери середньої ланки. Менеджери середньої ланки, у свою чергу, підпорядковуються керівникам вищої ланки. Керівники вищого рівня в лікарні включали медичний інспектор (який був головним виконавчим директором лікарні), адміністратора лікарні, і відповідальна медсестра лікарні (лікарняна матрона), якій допомагав заступник матрони.

Лікарня мала два головних комітети управління. Команда управління лікарнею (КУЛ), яку очолює керівник лікарні та складається з адміністратора лікарні, матрони лікарні та всіх керівників відділень. Виконавчий видатковий комітет (ВВК) також очолювався медичним інспектором і складався з головного виконавчого директора лікарні, адміністратора лікарні, бухгалтера та фахівця із закупівель. Лікарні працювали відповідно до тієї самої місії та бачення, які були розроблені лікарнею в період до децентралізації. Лікарня розробляє

стратегічні/інвестиційні плани, реалізовані за кошти, що були в їхньому розпорядженні, і річні плани роботи на 1 рік.

Лікарні зберігають автономію щодо розробки річних планів роботи [244]. Загалом очікується, що реформи децентралізації розширять простір для прийняття рішень і автономію на місцевому рівні [248]. Скоріше це залежить від конкретного рівня системи охорони здоров'я і від реалізації проєкту децентралізації в конкретному контексті. Підвищення автономії лікарні призводить до зміцнення керівництва та управління лікарнею через необхідність керувати більшою кількістю функцій [312].

Це також підтверджує спостереження про те, що підвищення автономії лікарень пов'язане з підвищенням якості послуг [263].

Отже, на основі аналізу цього досвіду існує потреба збільшити автономію кластерних районних лікарень. Для цього місцевим громадам потрібно буде переглянути інституційну структуру управління лікарнями з метою забезпечення більшої автономії та простору для прийняття рішень лікарнями.

По-перше, варто запровадити законодавчу базу для створення комітетів з управління лікарнями, які забезпечуватимуть нагляд за керівництвом лікарень і створюватимуть шлях для участі громади.

По-друге, виконавча влада районів повинна користуватися правами, наданими актом про управління державними фінансами, розробляти та впроваджувати закони.

По-третє, слід повернути контроль над закупівлями через тендери.

По-четверте, структури управління та керівництва органів влади областей мають бути адаптовані до децентралізованої системи та зміцнені шляхом забезпечення чіткості ролей та відповідальності, а також повноважень. Менеджерам потрібен простір для прийняття рішень і гнучкість, щоб ефективно виконувати свої функції та залишатися мотивованими на цих посадах. Крім того,

важливим є дієве використання медичної ради для визначення стратегічних завдань розвитку лікарні.

Після вступу країн до Європейського Союзу очікування пацієнтів щодо якості медичних послуг значно зростають через необмежений доступ громадян до медичних закладів. Зокрема, громадяни Румунії стали бенефіціарами, за потреби та в межах закону медичних послуг в інших країнах ЄС.

Ринок медичних послуг в інших європейських країнах з краще організованою та ефективнішою медичною системою з точки зору медичного обладнання, а також професійної якості медичного персоналу остаточно змінив сприйняття та ступінь прийняття системи управління та організації всієї медичної діяльності, що стосується державних лікарень Румунії [241].

Можна виділити деякі переваги постійного процесу децентралізації, який застосовувався в останні роки на рівні державних лікарень на північному заході Румунії.

Децентралізоване управління сприяло покращенню часу реакції, що стосується часу, що минув від звернення пацієнта в приймальне відділення до прибуття в палату, а також госпіталізації, завершеної менш ніж за одну годину. Що стосується поведінки та ставлення медичного персоналу, лікарів, медсестер, санітарів, реєстраторів та персоналу відділень, помітно покращення за умов децентралізованого управління. Близькість місцевої державної адміністрації до пацієнта, а також її здатність втручатися можуть бути визначальним фактором у покращенні поведінки медичного персоналу щодо госпіталізованого пацієнта [244].

Декількома сильними сторонами лікарень, які функціонують у децентралізованій системі, можна назвати якість медичної допомоги та догляду, що надається лікарями та медсестрами, чистоту лікарні та її палат, а також той факт, що пацієнти більше не знаходяться в ситуації, коли вони повинні приносити ліки

з-за меж лікарні. Насправді науково доведено, що якість медичних послуг безпосередньо залежить від рівня професійної підготовки медичного персоналу, а також від стану психічної та фізичної рівноваги лікарів, медсестер тощо [254].

Процес вдосконалення роботи лікарень включає структурні зміни, необхідні для кращого задоволення потреб населення (наприклад, включення нових медичних послуг), покращення та реконструкцію існуючих приміщень (приведення їх у відповідність до поточних стандартів), модернізація обладнання та технологій, доступ до програм охорони здоров'я та збільшення кількості працівників шляхом конкурсного відбору [241].

Ефективне управління лікарнею приносить широкі переваги, такі як оплачувана та продовжене навчання для медичного персоналу, харчування під час роботи, щорічна оплачувана відпустка для персоналу лікарні, впровадження заходів і систем, які полегшили певні робочі завдання та підвищили комфорт робочого місця для працівників.

Удосконалення, спрямовані на надання якісної медичної допомоги та підвищення професійної ефективності, визначаються інвестиціями в професійну задоволеність працівників, оновленням і покращенням робочих приміщень [254], а також закупівлею сучасного медичного обладнання та технологічних пристроїв і програмного забезпечення, паралельно з належним професійним навчання персоналу — це елементи, які підвищують задоволеність працівників [285].

Після вступу до ЄС з реалізацією системи децентралізації медичних закладів якість послуг в державних лікарнях позитивно покращилась. Також спостерігалось загальне покращення показників часу очікування, ставлення персоналу, оцінок за цими пунктами, що підкреслює необхідність дотримання затверджених вимог для скорочення часу очікування як у лікарні, так і у відділенні невідкладної допомоги.

Відсоток пацієнтів, які дали відмінні оцінки як за медичне обслуговування, так і за розміщення в лікарні, значно зріс за 10 років після того, як лікарні були передані місцевій владі.

Наближеність місцевих адміністраторів, які приймають рішення, до персоналу лікарні, а також до пацієнта, зумовила більш ефективне управління всією діяльністю, пов'язаною з охороною здоров'я, що вплинуло на рівень якості наданих медичних послуг.

5.3 Створення єдиного медичного простору в Україні

Відповідно до завдань медичної реформи переважну більшість усіх медичних закладів України об'єднано у єдиний медичний простір, що значно покращує якість та доступність медичної допомоги для пацієнта.

Створення єдиного медичного простору є одним із основних завдань реформи охорони здоров'я, тому наразі Міністерство активно працює над розширенням переліку медичних закладів, які контрактуватимуться з Національною службою здоров'я України.

Це дозволить більшій кількості пацієнтів надати якісне лікування, яке покривається коштом держави. Навіть у війну НАМН продовжує працювати над розширенням переліку медичних закладів, в яких держава гарантує пацієнтам кваліфіковану та безкоштовну медичну допомогу. Сьогодні НАМН має у своєму складі ряд надпотужних закладів, зокрема ДУ «НІХТ ім. О. О. Шалімова»: *«Долучивши [їх] до Програми медичних гарантій, пацієнтам надається доступ не просто до кваліфікованої медичної допомоги, а й до інноваційних методів лікування та сучасного обладнання, альтернативи яким немає в Україні»*, – зазначив перший заступник міністра охорони здоров'я Олександр Комаріда під час засідання робочої групи [70].

У 2023 році заплановано провести підготовчі заходи для укладання контрактів між медичними закладами Національної академії медичних наук України (НАМН) і Національною службою здоров'я України. З очікуванням, що починаючи з 2024 року, частина лікарень НАМН зможе приєднатися до Програми медичних гарантій і надавати населенню якісні та безоплатні медичні послуги.

28 лютого 2023 року Кабінет Міністрів України прийняв постанову щодо «Деяких питань організації ефективної мережі закладів охорони здоров'я» (далі – Постанова № 174) [70]. Цей документ відмінює попередній порядок створення госпітальних округів, який існував з 2019 року, і визначає новий спосіб функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів, а також визначення їх меж (далі – Порядок № 174). Таким чином, Постанова № 174 створює базу для інфраструктурного етапу медичної реформи, якою передбачається забезпечення доступності якісних медичних та реабілітаційних послуг на рівні місцевості.

Ефективна мережа закладів охорони здоров'я визначається як система постачальників медичних послуг, що забезпечує медичне обслуговування в межах відповідного госпітального округу, включаючи надзвичайні ситуації, надзвичайні та воєнний стан. Така мережа дозволяє організувати якісне обслуговування, забезпечити доступність та ефективне використання ресурсів (п. 2 Порядку № 174) [70].

Спроможна мережа закладів охорони здоров'я будується на основі госпітальних округів, які охоплюють території з доступністю якісної, комплексної, послідовної та пацієнт-центрованої медичної та реабілітаційної допомоги (абз. 2 ст. 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я») [70].

Госпітальні округи поділені на госпітальні кластери. У межах госпітальних округів діють загальні, кластерні та надкластерні багатопрофільні медичні заклади, а також надавачі інших медичних послуг. Ці медичні заклади відрізняються за обсягом та складністю медичної та реабілітаційної допомоги, яку надають, а також

за кількістю населення, яке вони обслуговують. Це розподілення було введено в літній період 2022 року. В той час, Постанова № 174 конкретизує оптимальну мережу та спеціалізацію цих медичних закладів.

Види багатoproфільних медичних закладів, які входять до складу спроможної мережі, визначаються відповідно до мінімального (базового) переліку напрямів медичного обслуговування, зазначеного у додатку до Порядку № 178.

Загальний заклад охорони здоров'я – це багатoproфільний лікарняний заклад, який надає медичну та реабілітаційну допомогу населенню територіальної громади або кількох громад і забезпечує базові напрями стаціонарної медичної допомоги відповідно до переліку, визначеного КМУ. Він також відповідає за стабілізацію стану пацієнта та його направлення до кластерних та надкластерних закладів охорони здоров'я на основі об'єктивних показників.

Кластерний заклад охорони здоров'я – це багатoproфільний лікарняний заклад, який забезпечує потреби населення у медичному обслуговуванні у найбільш поширених захворюваннях і станах, відповідно до напрямків медичного обслуговування в стаціонарних умовах, зазначених КМУ.

Надкластерний заклад охорони здоров'я – це багатoproфільний лікарняний заклад, який має ресурси та технології, що спрямовані на надання медичного обслуговування в найскладніших та/або найрідкісніших випадках захворювань населення в межах всього госпітального округу, відповідно до напрямків медичного обслуговування в стаціонарних умовах, визначених КМУ.

Після узгодження з МОЗ, обласні та Київська адміністрації мають затвердити свої власні мережі та плани розвитку госпітального округу. Встановлено вимогу, згідно з якою ці плани регулярно переглядатимуться та погоджуватимуться з МОЗ, не рідше одного разу за три роки [70]. Інфраструктурний етап медичної реформи вже розпочався, і мережа закладів охорони здоров'я у відносно спокійних регіонах України планує розпочати свою роботу найближчим літом 2023 року.

Ця мережа передбачає координацію роботи медичних закладів, які надають спеціалізовану, первинну та екстрену медичну допомогу населенню різних громад, районів та областей. У результаті цієї роботи спроможна мережа має гарантувати населенню територіальний доступ до якісної та своєчасної медичної та реабілітаційної допомоги у межах свого регіону. Враховуючи це, ми також розглянемо питання про заклади НАМН України, зокрема про ДУ «НІХТ ім. О. О. Шалімова», які належать до надкластерних закладів охорони здоров'я.

Вітчизняні вчені визначають зміни у системі охорони здоров'я початком інституціоналізації вітчизняної моделі демократії, за якої відбувається перехід від системи традиційного державного управління до нової формації вітчизняного державотворення, а саме публічного управління.

Відмінність публічного управління від державного управління, на думку вчених, полягає в тому, що воно є спільною діяльністю органів державної влади, органів місцевого самоврядування з активними суб'єктами громадянського суспільства і ринкової економіки щодо формування політики розвитку держави та її адміністративно-територіальних одиниць [274].

Механізми публічної політики – механізми, які забезпечують можливості представлення, узгодження позицій заінтересованих сторін у прийнятті політико-управлінського рішення. Для вироблення програм політики важливим є: спосіб, у який актуалізується проблема, виходить на інституційний порядок денний, набуває ознак суспільно значимої; наскільки зацікавлені сторони мають можливість користуватися каналами доступу до прийняття рішень; чи є ці канали; чи існують зворотні зв'язки між суб'єктом, об'єктом прийняття рішень [285].

Політика та управління у сфері охорони здоров'я як компоненти публічної політики становлять фундамент вектору розвитку державності для громадянина. У публічному управлінні охороною здоров'я сучасної України відбуваються трансформації: перехід до публічного врядування, децентралізація управління та

реформування моделі Семашка. Процеси становлення нової форми публічного врядування в галузі охорони здоров'я відбуваються у турбулентних умовах соціально-політичної, економічної криз, що складають зовнішнє середовище галузі, супроводжуються невизначеністю щодо побудови новітньої моделі охорони здоров'я, яка відповідатиме сучасним викликам суспільства, можливостям держави, міжнародним соціальним стандартам [276].

Галузь охорони здоров'я – надзвичайно складна система державних і громадських заходів економічного, правового, соціального, наукового, культурного, організаційного, освітнього, технічного, санітарно-гігієнічного тощо характеру. За умов обмеження матеріальних, часових, людських ресурсів виникає необхідність ретельної ревізії вже існуючих механізмів, методів, засобів, інструментів державного управління на предмет доцільності їх застосування, обґрунтованості, ефективності.

Саме в такий спосіб уможлиблюється раціоналізація процесів управління, впроваджуються ідеї адаптивного управління з ресурсозберігаючою тенденцією [285]. Ключовим стандартом прав людини, юридичним викликом у сфері охорони здоров'я України вчений Р. Майданик вважає створення єдиного медичного простору [124].

У науковій літературі розрізняють поняття єдиного медичного простору у вузькому та широкому значеннях: як систему загальнонаціональної мережі лікувально-профілактичних закладів..., систему організації надання медичної допомоги, ...що забезпечує доступність, якість та ефективність кваліфікованої допомоги всьому населенню держави, об'єднує всі медичні ресурси спільним управлінням, визначеним механізмом фінансування.

Єдиний медичний простір – це система організації надання медичної допомоги, що об'єднує всі медичні ресурси країни спільним управлінням, визначеними механізмами фінансування, забезпечує доступність, якість і

ефективність медичної допомоги усіх видів всім громадянам України, в тому числі і військовослужбовцям [63].

Процес створення єдиного медичного простору в Україні – складний, поступовий, багатоетапний. Це пояснюється тим, що формування єдиного медичного простору не може здійснюватися адміністративно-командними методами.

У сучасних умовах для цього слід використовувати економічні фактори, що базуються на поєднанні економічної зацікавленості лікувально-профілактичних закладів різних рівнів у наданні медичної допомоги у межах єдиного медичного простору, з одного боку, і зацікавленості громадян України в отриманні ними належної медичної допомоги безпосередньо за місцем проживання – з іншого.

Виходячи з того, що перед національною системою охорони здоров'я постали дві складні проблеми – нестача ресурсів та їх нераціональне використання, створення, ефективне функціонування єдиного медичного простору України можливе за умов:

- імплементації системи обов'язкового державного медичного страхування;
- перебудови системи надання медичної допомоги;
- створення спеціалізованих та консультативно-діагностичних лікувальних центрів, розроблення механізмів щодо можливості сумісного їх використання в системі страхової медицини, наданні платних медичних послуг;
- створення системи сучасного інформаційного забезпечення охорони здоров'я – єдиного інформаційного медичного поля;
- вироблення та упровадження механізмів забезпечення, контролю якості медичної допомоги;
- узгодження планів органів управління цивільною, військовою медициною щодо їх участі у спільних програмах з питань лікувально-профілактичного забезпечення;

- впровадження форм єдиної медичної звітності для всіх медичних установ країни;
- розв’язання проблеми взаєморозрахунків між МОЗ України та військовими госпіталями, між госпіталями силових міністерств України за надання медичних послуг;
- здійснення практичної взаємодії МОЗ України і військової медицини щодо вирішення питань з надання медичної допомоги в екстремальних ситуаціях та надзвичайних обставинах;
- спільної участі в підготовці миротворчих контингентів, сумісному вивченні науковцями МОЗ і лікарями силових міністерств причин виникнення спалахів, запобігання окремим захворюванням серед колишніх миротворців;
- створення, практичної реалізації національної програми охорони професійного здоров’я військовослужбовців ЗС України;
- узгодженості підходів щодо підготовки кадрів для сфери управління охороною здоров’я;
- вирішення питань роботи лікарських асоціацій, лікарських товариств України [63].

Як засвідчує аналіз діяльності медичної служби під час бойових дій та усуненні медичних наслідків техногенних катастроф, що відбулися в світі, ефективність медичної допомоги у кінцевому підсумку визначається рівнем організаційних заходів, оптимальною структурою медичних підрозділів, високою якістю технічних засобів, дієздатністю, стійкістю управління.

Саме ці фактори визначають своєчасність надання медичної допомоги, ефективність медичної допомоги, високий рівень лікувально–евакуаційних заходів в цілому.

Проте у всіх, без винятку, випадках головною умовою успішної діяльності медичної служби було своєчасне сортування, надання адекватної медичної

допомоги пораненим, хворим, ураженим, тобто визначення лікувально-евакуаційної характеристики контингенту, якому ця допомога необхідна.

У 1991 р. одним із авторів даного дослідження було запропоновано дефініцію поняття “лікувально– евакуаційна характеристика (ЛЕХ) поранених, хворих та уражених”, а в 1999 р. – схвально оцінено на V з’їзді Всеукраїнського лікарського товариства.

Суть цього терміну полягає в тому, що це комплекс показників, які відображають ступінь важкості поранених і хворих, їхню потребу у лікувальних, евакуаційних заходах на різних етапах медичної евакуації, прогнозування результатів, наслідків лікування потерпілих, можливі терміни настання визначеного результату: повернення до лав чи до праці, каліцтва, летального результату, тривалість лікування, реабілітації. У 2001 р. цей термін було включено до “Термінологічного словника–довідника менеджера охорони здоров’я”.

Виходячи з наведеного вище визначення поняття ЛЕХ, на нашу думку, дати лікувально–евакуаційну характеристику пораненим і хворим – це означає:

- оцінити загальний стан хворих (зробити сортувальний висновок);
- визначити їхню потребу та черговість у наданні різних видів медичної допомоги;
- розподілити контингент потерпілих за місцем лікування;
- спрогнозувати тривалість термінів лікування, реабілітації;
- визначити час настання очікуваного результату поранення (хвороби);
- передбачити можливий ступінь втрати боєздатності чи працездатності;
- розрахувати кількість, вид транспорту, потрібного для евакуації потерпілих;
- розрахувати необхідну кількість лікарських бригад.

ЛЕХ поранених та хворих залежить від характеру, тяжкості ураження, обсягу, термінів надання медичної допомоги на попередніх етапах медичної

евакуації, тривалості евакуації та використаних при цьому транспортних засобів. Важливість вивчення та прогнозування ЛЕХ поранених та хворих пов'язана насамперед з виникненням масових санітарних втрат.

Ефективність та якість надання медичної допомоги оцінюється питомою вагою потерпілих, які вижили та повернулись до своїх підрозділів. Таким чином, визначення ЛЕХ поранених, хворих, уражених, включення її в технологічний процес надання медичної допомоги великій кількості потерпілих на всіх етапах медичної евакуації наразі є надзвичайно актуальним завданням єдиного медичного простору України.

У контексті викладеного вище, досконалість і раціональне використання людського потенціалу є необхідною умовою розвитку та самозбереження держави. Національна безпека України розглядається як сукупність взаємопов'язаних елементів, різних за функціональними сферами, важливими складовими якої є економічна, екологічна, політична, технологічна, воєнна, інформаційна, людська (демографічна) безпека.

Аналіз наукових джерел за темою дослідження дає підстави стверджувати, що стан здоров'я населення – це один з головних чинників забезпечення високого рівня усіх інших функціональних елементів національної безпеки. Виходячи з цього, здоров'я Українського народу посідає найважливіше місце серед компонентів системи національної безпеки.

Систему державного управління охороною здоров'я в єдиному медичному просторі України ми розглядаємо як структурне поняття, подібне цивільному чи фінансовому праву, принцип виділення його – функціональний. Дана система повинна об'єднати сукупність правових норм, за допомогою яких регулюється діяльність, метою якої є відновлення, захист, сприяння людському здоров'ю.

До її особливостей вчені відносять:

- регулювання сукупності суспільних відносин, що мають полем своїх інтересів діяльність, інституції соціального характеру, передбачають забезпечення особи фінансовими засобами, достатніми для належного догляду за собою;

- необхідність формулювання правил стосовно здійснення лікувальної діяльності;

- система права охорони здоров'я загалом та державного управління охороною здоров'я зокрема, на відміну від права соціального забезпечення, не має на меті зменшення соціальної чи економічної нерівності, стосується однаковою мірою і багатих, і бідних, захищає здорових і хворих;

- для системи права охорони здоров'я людина є, водночас, суб'єктом, об'єктом права. Ґрунтуючись на викладеному та враховуючи обмежені економічні умови, з метою максимального та ефективного використання наявних медичних ресурсів, можливим напрямом внутрішньої перебудови системи охорони здоров'я для забезпечення успішної реалізації публічної політики в галузі є формування єдиного медичного простору України як нової парадигми розвитку системи охорони здоров'я.

Поняття “парадигма”, як інструмент наукознавства можна використати для визначення нової моделі функціонування галузі та конкретно-методичного зразку державного управління охороною здоров'я України. Для формування, а головне, для повноцінного функціонування, забезпечення життєздатності єдиного медичного простору України необхідно, насамперед, виконати низку організаційних, економічних умов, здійснити юридичне унормування принципів діяльності системи охорони здоров'я. Це пояснюється тим, що всі складові єдиного медичного простору – це складні соціальні системи, які перебувають у стані динамічних змін, розвитку, взаємодії між собою.

Ключовою фігурою діяльності в єдиному медичному просторі, об'єктом її правового регулювання, як справедливо стверджує О. Сіделковський, стає пацієнт,

на забезпечення надання якому медичної допомоги має бути спрямоване реформування сфери охорони здоров'я України.

Ми погоджуємося з думкою вченого Р.Майданика про те, що мета єдиного медичного простору – це охорона здоров'я всіма допустимими соціальними регуляторами (правові, етичні, економічні, релігійні тощо) на засадах самовідтворення (сталого розвитку) і справедливого (однакового для всіх) гарантованого рівня медичної допомоги, що відображає реалії, практичні можливості для покращення ситуації у галузі охорони здоров'я [79].

Ґрунтуючись на змісті єдиного медичного простору України (як загальнодержавної функціональної структури ресурсів цивільної (державної та приватної) та відомчої медицини, діяльність якої спрямована на реалізацію публічної політики в галузі охорони здоров'я), можна передбачити виникнення організаційної роз'єднаності між складовими (компонентами) цієї соціальної системи.

Вірогідні непорозуміння у спільній діяльності керівників медичних підрозділів різних відомств у єдиному медичному просторі будуть усунуті завдяки впровадженню новітніх форм підготовки управлінців у сфері охорони здоров'я – магістерської програми “Публічне управління та адміністрування”. Адже окрім нормативних навчальних дисциплін магістри публічного управління будуть вивчати: системи охорони здоров'я, політику національної безпеки й національних інтересів, охорону здоров'я в умовах розвитку інформаційного суспільства, медичне, фармацевтичне, міжнародне гуманітарне право.

В Україні триває глобальна адміністративна реформа, головна мета якої – поступове та етапне створення системи публічного управління, яка б забезпечила розвиток України як правової держави з високим рівнем життя, розвиненою культурою та демократією, соціальною стабільністю. У процесі реформування вже тривалий час перебуває національна сфера охорони здоров'я. Моделлю

загальнодержавної системи медичного забезпечення громадян України є єдиний медичний простір.

Охорона здоров'я України є складною системою державних і громадських заходів правового, соціального, економічного, наукового, культурного, організаційного, освітнього, технічного, санітарно-гігієнічного характеру. У процесі реформування національної галузі охорони здоров'я моделлю загальнодержавної системи медичного забезпечення потреб громадян України має стати єдиний медичний простір.

Наразі залишається низка закладів охорони здоров'я державного підпорядкування, які й досі не готові до входження до єдиного медичного простору та переходу на фінансування за програмою медичних гарантій. До таких закладів належать й науково-практичні установи Національної академії медичних наук України, які поєднують лікувальну та наукову роботу.

Уперше питання щодо готовності установ Національної академії медичних наук України (НАМНУ) до входження до єдиного медичного простору України за Програмою медичних гарантій розглядалося на засіданні Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування 26 квітня цього року за зверненнями громадських організацій, в яких повідомлялося про факти вимагання з пацієнтів сплати власних коштів за лікування у двох інститутах НАМНУ. Комітет рекомендував Міністерству охорони здоров'я України створити робочу групу для опрацювання цього питання щодо входження інститутів Академії до єдиного медичного простору України, з метою покращення фінансування цих науково-практичних установ, забезпечення їх належного функціонування в рамках єдиного медичного простору до кінця поточного року.

27 червня 2023 року означене питання повторно було обговорено на засіданні Комітету. За результатами розгляду, Комітет рекомендував Академії забезпечити щомісячне проведення робочих зустрічей для підготовки входження установ

Академії до єдиного медичного простору, за участі її керівництва з народними депутатами України – членами Комітету, керівниками Міністерства фінансів України, Міністерства охорони здоров'я України та Національної служби здоров'я України (НСЗУ), не рідше ніж раз на місяць інформувати Комітет про результати цих зустрічей. Також було рекомендовано Академії віднайти можливість для виділення власних коштів на здійснення комп'ютеризації своїх установ до кінця поточного року.

4 серпня 2023 року питання щодо готовності НАМНУ до входження до єдиного медичного простору було обговорено на засіданні Комітету за участі усіх зацікавлених сторін. Під час обговорення порушеного питання Міністр охорони здоров'я В. Ляшко повідомив: у підпорядкуванні Міністерства також є заклади, які (як і установи НАМНУ) ще не увійшли до єдиного медичного простору (НДСЛ «Охматдит», Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини, Інститут серця, Центр психічного здоров'я та реабілітації «Лісова поляна», Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни). Міністерством було проведено аудит з питання готовності цих закладів до переходу на фінансування від НСЗУ, результати якого вказали на гіпотетичні негативні наслідки для фінансового забезпечення цих закладів - у разі їхнього переходу на фінансування за Програмою медичних гарантій. Тому, для кожного з цих закладів Міністерством розробляється спеціальний поетапний план переходу до єдиного медичного простору. Одночасно з цим триває розбудова інформаційно-комунікативного забезпечення цих установ.

Рішенням Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою» (введеним у дію Указом Президента України від 18 серпня 2021 року № 369/2021), передбачена розробка особливих, спеціальних коригувальних коефіцієнтів до тарифів на певні

високотехнологічні спеціалізовані медичні послуги (наприклад, ті, що надаються установами НАМНУ) при формуванні програми медичних гарантій, на відповідний календарний рік.

Виступаючи на засіданні, Президент НАМНУ Віталій Цимбалюк та віцепрезидент Академії Володимир Коваленко поінформували членів Комітету, що триває спільна з Міністерством охорони здоров'я України, НСЗУ, Міністерством фінансів України та робота щодо підготовки до входження інститутів НАМНУ до єдиного медичного простору. Також триває підготовка персоналу Академії до роботи з НСЗУ.

Заступник Міністра фінансів України Роман Єрмоличев запропонував розробити план переходу закладів академії, Міністерства охорони здоров'я України в єдиний медичний простір з більш чіткими термінами. Голова НСЗУ Наталя Гусак повідомила, що робота з підготовки інститутів Академії до переходу на фінансування за програмою медичних гарантій триває, запевнила у всебічній підтримці НСЗУ цього процесу. За результатами розгляду порушеного питання Комітет запропонував продовжувати роботу щодо підготовки до входження інститутів Національної академії медичних наук України у єдиний медичний простір, заслухати через місяць звіт про досягнутий прогрес у цьому напрямі. Було вирішено звернутися від Комітету до Міністерства юстиції України щодо надання роз'яснень про наявні юридичні підстави для можливості роботи державних інститутів за програмою медичних гарантій, без зміни ними організаційно-правової форми.

Висновки до розділу 5

Проаналізовано сучасний стан нормативно-правового законодавства щодо реформування системи охорони здоров'я в Україні, міжнародний досвід, що

дозволяє з упевненістю говорити про поступовий рух суспільства, особливо останніми роками, до доступності медичної допомоги в незалежності до місця проживання.

Проведена оцінка роботи територіальної громади як основної структурної одиниці місцевого самоврядування. Після вступу до ЄС з реалізацією системи децентралізації медичних закладів якості послуг в державних лікарнях цих країн покращилась. Також спостерігалось загальне покращення показників часу очікування, ставлення персоналу, оцінок за цими пунктами, що дає підстави стверджувати про необхідність дотримання затверджених вимог для скорочення часу очікування як у лікарні, у відділенні невідкладної допомоги. Відсоток пацієнтів, які дали відмінні оцінки за медичне обслуговування, за розміщення в лікарні, значно зріс за 10 років після того, як лікарні були передані місцевій владі.

Наразі децентралізація дозволяє наблизити лікарняних адміністраторів, які приймають фінансові рішення, до медичного персоналу лікарні, а також до пацієнта, зумовила більш ефективне управління всією діяльністю, пов'язаною з охороною здоров'я, що вплинуло на рівень якості наданих медичних послуг. Нагальним напрямком роботи наразі є забезпечення військово поранених та військових з загальними захворюваннями необхідними умовами та засобами надання спеціалізованої хірургічної допомоги, вдосконалення екстреної медичної госпіталізації.

Охорона здоров'я є надзвичайно складною системою державних і громадських заходів правового, економічного, соціального, наукового, культурного, освітнього, організаційного, технічного, санітарно-гігієнічного тощо характеру. Процес створення єдиного медичного простору в Україні – складний, поступовий і багатоетапний. Це пояснюється передусім тим, що формування єдиного медичного простору не може здійснюватися адміністративно-командними методами.

ВИСНОВКИ

У дисертації наведено теоретичне узагальнення та запропоновано нове вирішення наукової проблеми, що полягає у теоретико-методологічному обґрунтуванні розвитку механізмів публічного управління в сфері охорони здоров'я та розробки рекомендацій, стратегічних управлінських рішень для оптимізації процесів управління у сфері охорони здоров'я в сучасній Україні, зокрема в умовах змін та нестабільного розвитку.

У роботі проаналізовано ключові аспекти державного регулювання у сфері охорони здоров'я, з акцентом на викликах та можливостях, що виникають у контексті європейської інтеграції, розроблено науково-практичні рекомендації, спрямовані на вдосконалення системи управління охороною здоров'я. Результати дослідження дали підстави сформулювати висновки та обґрунтовані пропозиції, що сприятимуть досягненню поставленого завдання розбудови сфери охорони здоров'я в Україні, зокрема:

1. На основі узагальнення історичного контексту системи охорони здоров'я в Україні визначено, що історичні події, політичні рішення та соціально-економічні зміни суттєво вплинули на інституційне становлення системи громадського здоров'я. Перехід від радянської моделі охорони здоров'я до системи у незалежній Україні вимагав значних реформ, особливо у контексті ринкових змін та демократизації суспільства. Політичні трансформації призвели до децентралізації влади та зміцнення ролі місцевого самоврядування в управлінні охороною здоров'я, що мало позитивний вплив на адаптацію системи до місцевих потреб. Соціальні фактори, такі як зміна демографічної структури та зростання обізнаності населення про стан здоров'я, зумовили активізацію проблематики профілактики та розбудови ланки первинної медичної допомоги.

У сучасній Україні економічні фактори, зокрема обмежений бюджет сфери охорони здоров'я та військовий стан, вплинули на доступність та якість медичних послуг. Аналіз історичного досвіду та сучасних викликів є ключовим для розробки стратегій.

2. Вивчення механізмів, інструментів та методів публічного управління в сфері охорони здоров'я дало змогу визначити ключові аспекти, які сприяють покращенню системи охорони здоров'я.

Ефективність публічного управління значною мірою залежить від інтеграції сучасних підходів та інноваційних практик. Серед найбільш ефективних управлінських підходів виокремлено децентралізацію управління, яка надає більше повноважень та відповідальності місцевим органам влади, сприяючи адаптації системи надання медичних послуг до специфічних локальних потреб населення. Важливими у цьому процесі є механізми залучення громадськості, зокрема пацієнтів, у процес прийняття рішень, що підвищує прозорість та відповідальність держави у гарантуванні права людини на доступне і якісне медичне обслуговування. Інноваційні підходи, такі як використання цифрових технологій для збору та аналізу даних, телемедицина, електронні медичні записи, покращують рівень догляду за пацієнтами та оптимізують управління ресурсами. Розвиток гнучких фінансових моделей, які зосереджуються на результативності та ефективності використання ресурсів, також є ключовим аспектом покращення системи охорони здоров'я. Інтеграція цих механізмів та методів у практику публічного управління може значно підвищити ефективність системи охорони здоров'я, забезпечуючи краще задоволення потреб пацієнтів та зростання загального рівня стану здоров'я населення.

3. Аналіз нормативно-правового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні дозволив встановити певні прогалини, які потребують уваги управлінських

кадрів. Одним з ключових аспектів є необхідність адаптації законодавства до сучасних викликів у сфері охорони здоров'я, зокрема інтеграція новітніх медичних технологій та практик. Насамперед потрібно зосередитися на удосконаленні нормативно-правових рамок для регулювання таких питань, як телемедицина, електронні медичні записи та захист даних пацієнтів. Крім того, існує потреба у більш чіткому регулюванні прав і обов'язків медичних працівників та пацієнтів, а також у встановленні прозорих процедур для фінансування та розподілу ресурсів у системі охорони здоров'я. Законодавчі зміни також повинні бути спрямовані на унормування проблеми стимулювання інновацій та розвитку інвестиційної привабливості сфери, покращення механізмів громадського контролю та залучення громадянського суспільства до процесів прийняття рішень у сфері охорони здоров'я. Урахування цих аспектів сприятиме створенню більш гнучкої, адаптивної та ефективної системи охорони здоров'я, здатної відповідати на сучасні виклики та потреби населення.

4. На основі дослідження проблем і перешкод у процесах реформування системи охорони здоров'я було виявлено ключові виклики, які потребують уваги для підвищення якості медичного обслуговування: недоліки у фінансуванні, нестача кваліфікованих кадрів, відсутність ефективної координації між різними ланками системи, бюрократія та непрозорість управління, застаріла нормативна база. Для подолання цих викликів необхідно розробити комплексні стратегії, які передбачатимуть вирішення проблемних питань підвищення рівня фінансування системи охорони здоров'я, реформування медичної освіти та навчання, впровадження ефективних систем управління, забезпечення прозорості, відповідальності у процесах ухвалення рішень, а також оновлення нормативної бази.

5. Аналіз сучасного стану реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я в Україні демонструє як позитивні досягнення, так і наявні невирішені проблеми. Відбулися певні позитивні зрушення, зокрема у впровадженні електронних медичних систем, підвищенні доступності первинної медичної допомоги, залученні громадськості до процесів прийняття рішень. Це свідчить про прагнення органів державної влади забезпечити готовність відповідати на сучасні виклики у сфері охорони здоров'я. Для підвищення ефективності управління у сфері охорони здоров'я рекомендується зосередитися на таких аспектах, як збільшення фінансування і ресурсів, реформування системи управління з акцентом на децентралізацію та гнучкість, упровадження сучасних технологій та методів лікування у процесі обслуговування пацієнтів, активізація ролі громадськості у процесах прийняття рішень.

6. Порівняльний аналіз іноземного досвіду у сфері охорони здоров'я виявив значний потенціал для впровадження міжнародних успішних практик та моделей у вітчизняних умовах, зокрема щодо: 1) удосконалення системи управління та фінансування (іноземний досвід засвідчив ефективність моделей, що базуються на комбінації державного і приватного фінансування, а також на гнучкому управлінні ресурсами); 2) підходи до медичної допомоги: врахування досвіду країн з високорозвиненими системами охорони здоров'я, де особлива увага приділяється первинній медичній допомозі та профілактиці, може значно покращити загальний стан громадського здоров'я в Україні; 3) використання цифрових технологій: ефективне впровадження електронних медичних систем, телемедицини та цифрових інновацій, які широко застосовуються в розвинених країнах, може значно підвищити ефективність управління охороною здоров'я в Україні; 4) удосконалення кадрової політики: оптимізація системи підготовки та навчання медичних кадрів, зокрема програми постійного професійного розвитку, що є

стандартом у багатьох країнах; 5) залучення громадськості та підвищення ролі пацієнтів у прийнятті рішень, управлінні системою охорони здоров'я тощо є ключовим елементом у багатьох успішних іноземних моделях та може сприяти підвищенню рівня задоволення населення послугами охорони здоров'я. Україна має значний потенціал для адаптації та впровадження успішних іноземних практик. Важливо враховувати специфіку вітчизняної системи та забезпечувати гнучкий підхід до імплементації цих практик.

7. Дослідження інструментів формування кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я дало змогу виявити ключові методи кадрової політики, які можуть бути адаптовані для покращення якості медичних послуг в Україні: 1) професійний розвиток та навчання: неперервне професійне навчання та розвиток є критично важливими для підвищення кваліфікації медичного персоналу, важливо забезпечити широкий доступ до сучасних варіативних навчальних програм, семінарів та конференцій; 2) стимулювання та мотивація: конкурентна заробітна плата та система бонусів є ключовими для утримання та мотивації кваліфікованих медичних працівників, необхідно створювати умови для кар'єрного зростання та професійного вдосконалення; 3) залучення молодих спеціалістів: розвиток програм, які спрямовані на залучення молодих талантів у медичну сферу, зокрема через стипендії, стажування та менторські програми; 4) міжнародний обмін досвідом: співпраця з закордонними медичними установами для обміну досвідом та навчання персоналу на основі кращих світових практик; 5) залучення фахівців з досвідом: програми, які спонукають досвідчених лікарів та медичних фахівців повертатися в освітній процес або долучатися до роботи в сфері, можуть збагатити медичне середовище свіжими ідеями та практиками; 6) ефективне управління персоналом: упровадження сучасних систем управління персоналом, які передбачають оцінку продуктивності, планування кадрових потреб та розвиток

лідерських навичок серед керівників. Імплементация цих заходів в Україні потребує комплексного підходу та системних змін у контексті кадрової політики в сфері охорони здоров'я. Це дасть змогу значно підвищити якість медичного обслуговування та забезпечити більш високий рівень задоволення пацієнтів.

8. Дослідження особливостей державної політики у сфері охорони здоров'я у європейських країнах дало підстави визначити ефективні стратегії, які сприяють досягненню цілей сталого розвитку. Зокрема: 1) забезпечення доступності медичних послуг: чимало європейських країн прагнуть до універсального покриття медичними послугами, гарантуючи доступ до якісної медичної допомоги всім верствам населення; 2) пріоритетність первинної медичної допомоги: зосередження на первинній медичній допомозі дозволяє забезпечити ефективну профілактику захворювань, раннє виявлення та лікування, що знижує навантаження на більш складні рівні медичної допомоги; 3) інвестиції у підготовку кадрів: висока якість підготовки медичного персоналу є ключовою для надання ефективних медичних послуг (передбачає неперервне навчання, професійний розвиток та спеціалізацію кадрів); 4) використання цифрових технологій: інтеграція цифрових рішень, таких як електронні медичні картки та телемедицина, сприяє підвищенню ефективності медичних послуг та доступності інформації для пацієнтів і медичних працівників; 5) співпраця з громадськістю та пацієнтами (залучення громадськості та пацієнтів до процесу прийняття рішень у сфері охорони здоров'я, що забезпечує врахування їхніх потреб та забезпечення вищої якості послуг); 6) профілактика та просвіта населення: європейські країни приділяють чималу увагу освіті населення з питань здорового способу життя, що є ключовим елементом у запобіганні хронічних та інших захворювань, абілітації; 7) ефективні програми зосереджені на зниженні ризиків, пов'язаних з нездоровим способом життя, таких як куріння, незбалансоване харчування та фізична

неактивність; 8) міжсекторальна співпраця: реалізація міжсекторального підходу, де охорона здоров'я взаємодіє з іншими сферами, такими як освіта, соціальний захист та урбаністика, щоб створити комплексні стратегії підвищення рівня якості життя; 9) фінансування на основі результатів: європейські країни впроваджують моделі фінансування, які базуються на якості та результативності наданих послуг, що спонукає медичні установи до підвищення ефективності та якості обслуговування; 10) забезпечення рівного доступу до медичних послуг: важливість гарантування рівного доступу до якісних медичних послуг для всіх груп населення, зокрема й для маргіналізованих та вразливих груп.

9. Аналіз механізмів публічно-приватного партнерства (ППП) у сфері охорони здоров'я доводить, що вони можуть суттєво сприяти підвищенню ефективності та якості медичних послуг. Використання PPP дозволяє державі застосовувати ресурси та інноваційний потенціал приватного сектору для досягнення публічних цілей у сфері охорони здоров'я: 1) ефективність та інновації: PPP сприяє впровадженню інноваційних технологій та підходів у медичну практику, що, натомість, підвищує якість та ефективність медичного обслуговування; 2) залучення інвестицій: PPP відкриває можливості для залучення додаткових інвестицій у сферу охорони здоров'я, зокрема у модернізацію інфраструктури та обладнання; 3) ризикове розподілення: ефективні моделі PPP забезпечують розподіл ризиків між державним та приватним секторами, що дозволяє оптимізувати витрати та забезпечити стабільність проєктів; 5) забезпечення доступності послуг: PPP сприяє розширенню доступу до медичних послуг, особливо у віддалених регіонах; 6) якість обслуговування: приватний сектор зазвичай зосереджений на підвищенні якості обслуговування та клієнтоорієнтованості, що може бути вигідним для підвищення загального рівня задоволення пацієнтів. Для реалізації ефективних моделей PPP рекомендується

встановити чіткі правові та регуляторні рамки, забезпечити прозорість та підзвітність у процесах ухвалення рішень, а також ретельно планувати і контролювати реалізацію проєктів ППП. Доцільно враховувати специфіку місцевої системи охорони здоров'я, забезпечувати відповідність її потребам і цілям.

10. Оптимізація організаційної структури управління в сфері охорони здоров'я є ключовою для підвищення оперативності та ефективності управлінських процесів. Основними аспектами цієї оптимізації визначено: 1) спрощення бюрократичних процесів: зменшення кількості бюрократичних бар'єрів та спрощення процедур (дозволяє пришвидшити ухвалення та виконання управлінських рішень, знижуючи часові та ресурсні витрати); 2) упровадження сучасних інформаційних систем: інтеграція цифрових технологій та систем управління інформацією підвищують прозорість, ефективність та швидкість обробки даних; 3) гнучка організаційна структура: створення більш гнучких структурних підрозділів, які можуть швидко адаптуватися до змінних потреб та ситуацій, є важливим для підвищення ефективності управління; 4) залучення та розвиток персоналу: забезпечення професійного розвитку та мотивації співробітників є критично важливим для забезпечення високої якості управлінських процесів; 5) стратегічне планування та моніторинг: реалізація ефективного стратегічного планування з чітко визначеними цілями та показниками ефективності, а також регулярний моніторинг досягнення цих цілей. З метою оптимізації організаційної структури управління в сфері охорони здоров'я, запропоновано комплексний підхід, який передбачає реорганізацію структур, упровадження технологічних рішень, гнучке управління.

11. Обґрунтування механізмів участі громадян у процесі управління сферою охорони здоров'я вказує на важливість їхнього залучення для підвищення прозорості, відповідальності та ефективності системи. Основні аспекти цього

процесу передбачають: створення громадських рад та комітетів: формування органів з представників громадськості для участі у розробці та аналізі політик, стратегій та рішень у сфері охорони здоров'я; громадські обговорення та слухання: організація публічних форумів, слухань та дискусій, що дозволяють громадянам висловлювати свої думки, ідеї та побажання щодо реформ у сфері охорони здоров'я; використання цифрових платформ для залучення громадськості: розробка та впровадження онлайн-платформ для збору зворотного зв'язку від громадян, опитувань та інших інструментів електронної демократії; прозорість інформації: забезпечення вільного доступу громадян до інформації про діяльність системи охорони здоров'я, зокрема про фінансові звіти, плани розвитку та рішення управлінських органів; забезпечення представництва різних груп населення: участь у процесах управління представників різних соціальних, вікових, гендерних та інших груп для належного відображення різноманітності перспектив і потреб; підвищення обізнаності громадян про роль їхньої участі та права: освітні та інформаційні кампанії, спрямовані на підвищення рівня обізнаності населення щодо їх права брати участь у процесах прийняття рішень та механізмів участі. Залучення громадян до процесу управління охороною здоров'я є необхідною умовою для створення більш прозорої, відповідальної та ефективної системи, що враховує потреби та очікування всіх верств населення, впровадження принципів належного врядування.

12. Визначено напрями вдосконалення фінансового механізму публічного управління в сфері охорони здоров'я, які мають суттєве значення для підвищення ефективності фінансування та оптимального використання ресурсів:

1) диверсифікація джерел фінансування (важливо забезпечити різноманітність джерел фінансування, зокрема державне фінансування, приватні інвестиції, страхування, благодійні внески, що допоможе зменшити

фінансовий тиск на державний бюджет); 2) ефективне бюджетування та контроль за витратами (впровадження сучасних методів бюджетування з акцентом на результативність, а також удосконалення систем контролю та аудиту витрат для запобігання неефективному використанню коштів); 3) фінансування на основі продуктивності та якості (застосування моделей фінансування, заснованих на ефективності та якості надання медичних послуг, може стимулювати покращення сервісу та ефективності медичних установ); 4) залучення ППП (використання ППП як засобу залучення додаткових ресурсів та інвестицій у сферу охорони здоров'я, а також для реалізації інноваційних проєктів та покращення інфраструктури); 5) цільове фінансування пріоритетних напрямів (визначення та фінансування ключових пріоритетів у сфері охорони здоров'я, зокрема профілактики, первинної медичної допомоги та боротьби з хронічними захворюваннями); 6) транспарентність та підзвітність (забезпечення прозорості та підзвітності у процесах фінансування та використання коштів; це передбачає регулярну публікацію звітів про витрати та результати, що дає змогу громадськості та іншим зацікавленим сторонам оцінювати ефективність використання ресурсів; 7) застосування технологій для оптимізації управління фінансами: впровадження цифрових систем для управління бюджетами, моніторингу витрат та аналізу фінансової ефективності, що дозволить уникнути зайвих витрат та підвищити прозорість процесів; 8) стимулювання відповідального споживання медичних послуг (розробка механізмів, які спонукають пацієнтів до більш відповідального використання медичних послуг, зокрема програми здоров'я та профілактики); 9) інтеграція медичного страхування: розробка та впровадження системи медичного страхування, що може стати додатковим джерелом фінансування та забезпечити більш ефективне розподілення

ризиків та ресурсів; 10) фокус на довгостроковому плануванні та стійкості фінансування (довгострокове планування фінансових ресурсів важливе для стабільності та передбачуваності фінансування; передбачає розробку та впровадження багаторічних бюджетних програм та стратегій, які враховують майбутні демографічні зміни та потреби в медичному обслуговуванні).

13. Систематизовано виклики реформування системи управління в умовах децентралізації, визначено ключові аспекти, які необхідно врахувати для розробки оптимальних підходів до реформ:

1) координація між різними рівнями влади (забезпечення ефективної взаємодії та комунікації між центральним, регіональним і місцевим рівнями управління для уникнення дублювання функцій та ресурсів); 2) забезпечення рівного доступу до послуг (гарантування, що децентралізація не призводить до нерівного доступу до якісних медичних послуг у різних регіонах); 3) розподіл ресурсів та фінансування (виявлення оптимальних моделей розподілу фінансових та інших ресурсів, що враховують специфіку та потреби різних регіонів); 4) розвиток місцевих кадрових ресурсів (забезпечення достатньої кількості кваліфікованих медичних та управлінських кадрів на місцевому рівні); 5) підвищення обізнаності та залучення громад (інформування та активне залучення громадян у процеси прийняття рішень на місцевому рівні); 6) моніторинг та оцінка впливу децентралізації (регулярний моніторинг і оцінка ефективності реформ для виявлення та вирішення потенційних проблем); 7) адаптація законодавчої та нормативної бази (гармонізація законодавства з вимогами та умовами децентралізації). Для ефективного реформування системи управління в контексті децентралізації розроблено комплексний підхід, що передбачає стратегічне планування, залучення всіх зацікавлених сторін, постійний моніторинг та оцінку результатів реформ.

14. Аналіз кейсів публічної політики у контексті децентралізації в різних країнах світу дозволив ідентифікувати вдалий іноземний досвід, який може бути застосований для вдосконалення місцевого управління:

1) ефективна координація між рівнями управління (одним із ключових аспектів успішної децентралізації є чітка координація та взаємодія між центральним і місцевим рівнями управління, що забезпечує узгодженість підходів та ефективне виконання політик на всіх рівнях); 2) фінансова автономія та відповідальність (забезпечення місцевим органам влади більшої фінансової автономії, разом із відповідальністю за результативне управління ресурсами); 3) залучення громадськості та місцевих організацій (ефективна децентралізація вимагає активної участі громадян у процесах прийняття рішень, що забезпечує відповідність рішень місцевим потребам та сприяє підвищенню довіри громадян до системи); 4) розвиток місцевих капітетів (забезпечення розвитку та підтримки місцевих капітетів через навчання, професійний розвиток та обмін кращими практиками, що допомагає місцевому управлінню ефективно реагувати на виклики та впроваджувати інновації); 5) моніторинг та оцінка впливу децентралізації (регулярний моніторинг та оцінка впливу децентралізаційних реформ є важливими для забезпечення їх ефективності, виявлення проблемних зон та внесення необхідних корективів); 6) адаптація іноземного досвіду до місцевих умов (при застосуванні вдалих іноземних практик важливо враховувати специфіку та культурний контекст місцевого управління, адаптуючи зовнішній досвід до місцевих умов та потреб); 7) інноваційні підходи та технології (використання інноваційних підходів та цифрових технологій може значно покращити ефективність місцевого управління, поліпшити якість надання послуг та забезпечити більшу прозорість). Для успішного реформування системи управління в контексті децентралізації розроблено збалансований підхід, що передбачає

стратегічне планування, залучення громад, розвиток місцевих капітетів та інноваційні підходи. Такий підхід дасть змогу ефективно використати потенціал децентралізації для покращення якості управління.

15. Розроблено концептуальні засади створення єдиного медичного простору в Україні, який є інтегрованим, ефективним і доступним для всіх громадян та передбачає:

1) створення єдиної інформаційної системи (впровадження єдиної електронної системи охорони здоров'я, яка б об'єднувала медичні дані пацієнтів, історію їх лікування, доступ до медичних записів та електронних рецептів, що сприятиме кращій координації між медичними закладами та спеціалістами); 2) інтеграцію медичних послуг на різних рівнях (розробка системи, що забезпечує інтеграцію первинної, вторинної та третинної медичної допомоги, забезпечує плавний перехід пацієнта між рівнями медичної допомоги); 3) уніфікація медичних стандартів (установлення єдиних стандартів якості медичного обслуговування та лікування, що забезпечує високий рівень медичної допомоги незалежно від регіону); 4) рівний доступ до медичної допомоги (забезпечення рівного доступу до якісної медичної допомоги для всіх громадян, незалежно від їхнього соціального статусу, місця проживання або фінансових можливостей); 5) розвиток та підтримка медичних кадрів (інвестування в освіту та професійний розвиток медичних працівників, забезпечення конкурентоспроможних умов праці та стимулювання кар'єрного зростання); 6) впровадження принципів доказової медицини (орієнтація на доказову медицину при прийнятті рішень у сфері охорони здоров'я для забезпечення ефективності та безпеки медичних утручань).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авер'янов В.Б. Утвердження принципу верховенства права у новій доктрині Українського адміністративного права. Бюлетень Міністерства юстиції України. 2006. № 11(61). С. 57-63.
2. Авраменко Т. П. Державне управління системою охорони здоров'я в умовах системних змін в Україні: сучасний стан, проблеми та перспективи розвитку. *Держава та регіони*. Серія Державне управління. 2014. Вип. 2. С. 89-95.
3. Адміністративне право України. Загальна частина. Академічний курс : підручник за заг. ред. академіка НАПрН України О.М. Бандурки. Харків: Золота миля, 2011. 584 с.
4. Адміністративні методи управління: плюси та мінуси. URL: https://revolution.allbest.ru/management/00279693_0.html
5. Ажажа М. В. Механізми, органи, методи та стилі публічного адміністрування. URL: http://www.zgia.zp.ua/gazeta/monodrupradmin_166.pdf
6. Акимова И., Максимчук М. Медицинская реформа: шаг к успеху или разочарованию. Еженедельник Аптека. 2017. 30 октября (№42 (1113))
7. Алексеев О. Г. Фармацевтический сектор Украины: сучасний стан правового регулювання. *Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики*. 2020. Т. 13, № 1(32). С. 115–121. DOI: 10.14739/2409-2932.2020.1.198185
8. Аналітична доповідь до Щорічного Послання Президента України до Верховної Ради України “Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2017 році”. К.: НІСД, 2017. С. 388–392
9. Андрійко О. Ф. Державний контроль у сфері виконавчої влади України. К.: Вид. дім “Ін-Юре”, 1999. С. 112.
10. Аптечний ринок України за підсумками 2019 р. URL: <https://www.apteka.ua/article/531429>.

11. Аугунас С.В. Комплексне науково-теоретичне обґрунтування закономірностей розвитку системи медикаментозного забезпечення населення України з ноофармацевтичних та емерджентних позицій: *дис. канд. фармацевт. наук*: 15.00.01. Київ, 2019. 353 с.
12. Баєва О. В. Основи менеджменту охорони здоров'я : Навч.-метод. посіб. Київ : МАУП, 2007. 328 с.
13. Беспалова О. І. Адміністративно-правовий механізм реалізації правоохоронної функції держави : монографія. Харків: НікаНова, 2014. 544 с.
14. Беспалова О.І. Методологічні засади адміністративно-правового механізму реалізації правоохоронної функції держави. URL: <http://univd.edu.ua/science-issue/issue/2160>
15. Беспалова О.І. Принципи реалізації правоохоронної функції держави: адміністративно-правовий аспект. *Журнал східно-європейського права*. 2013. № 1. С. 40-46.
16. Безпека і здоров'я на роботі. International Labour Organization. URL: https://www.ilo.org/budapest/what-we-do/projects/declared-work-ukraine/WCMS_739390/lang--uk/index.htm
17. Безпека пацієнтів в Україні: стратегія діяльності на 2006–2007 рр. URL: <http://www.medlaw.org.ua/?page=dia&sp=strategy>
18. Білинська М. М., Петроє О. М. Інституціоналізація публічного управління в Україні: наук.-аналіт. доп. Київ: НАДУ, 2019. 210 с.
19. Блажієвська А. Форми реалізації правоохоронної функції держави. Актуальні питання державотворення в Україні очима молодих вчених: матеріали *Міжнар. наук. практ. конф.* (25.04.2009 р., м. Київ). URL: http://law.univ.kiev.ua/biblioteka/3-materialy-konferentsii/aktualni-pytanniaderzhavotvorennia-v-ukraini-ochyma-molodykh-uchenykh-24-25-04-2009-roku?lang=uk_UA.UTF-8,%20uk_UA,%20uk_UA.KOI8

20. Бобко Л.О. Громадянське суспільство як об'єкт публічного управління. Публічне управління: навч. посібник / за заг. ред. А.В. Стасишина. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2019. С. 87–110.

21. Болокіна Н. Право на соціальне забезпечення в Україні: проблеми термінів і понять. *Право України*. 2000. № 4. С. 35–39.

22. Бондарчук І. Доступність лікарських засобів – яку роль відіграє держава *Щотижневик Аптека*. 2021. № 14 (1285). URL: <https://www.apteka.ua/article/590994>

23. Боровець С. Критична ситуація з фінансовим забезпеченням закладів охорони здоров'я: цілеспрямований обман або глибокий прорахунок? *Профспілкові вісті* № 25 (1059), червень 2020 р. URL: <http://psv.org.ua/arts/region/view-4428.html>

24. Ботвінов Р.Г. Правоохоронна функція держави : сутність та форми реалізації. *Публічне адміністрування: теорія та практика*. 2016. Вип. 1. С. 27 – 35.

25. Братішко Ю.С. Теоретичні та практичні підходи до управління системою соціальної відповідальності у фармації: дис. док. фарм. наук. 15.00.01. Харків, 2021. 605 с.

26. Бульба В.Г. Соціальні функції держави: сучасні моделі реалізації в державному управлінні. *Публічне управління*. 2006. № 5. С. 67-74.

27. Бюджетний простір для системи охорони здоров'я в Україні. Програмний документ для підтримки діалогу щодо підготовки бюджету на 2021 рік. ВООЗ, 2020. 34 с. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/463872/UKR-Budgetary-space-for-health-ukr.pdf

28. В Україні врегулюють питання обігу біологічно активних добавок. ДП «Укрметртестстандарт»: сайт. URL: http://csm.kiev.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=3099%3A2015-04-15-08-46-17&catid=122%3A2015-09-15-07-01-23&lang=uk

29. Васюк Н.О. Розвиток повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони громадського здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2010. №2. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=92>

30. Верховна Рада України ухвалила держбюджет на 2023 рік. Київ: Кабінет Міністрів України; 2022. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/verhovna-rada-ukrayini-uhvalila-derzhbyudzheth-na-2023-rik>.

31. Ветютнева Н.О., Убогов С.Г., Пилипчук Л.Б., Федорова Л.О., Тодоров В.І., Буднікова Т.М., Радченко А.П., Марусенко Н.А. Сучасний стан та тенденції розвитку нормативно-правового регулювання у сфері забезпечення якості лікарських засобів. *Фармацевтичний журнал*. 2014. № 3. С. 66-74. URL: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=pharmazh_2014_3_11

32. Витрати на ОЗ і доступ до лікування. *Дослідження KSE та IQVIA за підтримки ACC та APRaD* (березень 2020 р.). URL: http://publications.chamber.ua/2020/HCC/ACC_APRaD_Presentation_UPD_12.12_final.pdf

33. Виявлення фальсифікованих та стандартних лікарських засобів шляхом проведення товарознавчого аналізу при вхідному контролі. URL: <https://tovaroved.nuph.edu.ua>

34. Віктор Ляшко: як працює медицина у воєнний час. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=EjGgYEiLtB4>.

35. Вовк С. М. Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я: дис....канд. наук з держ.упр.: 25.00.02. Маріуполь, 2019. С. 92

36. Волевач Я. Забезпечення належного транспортування (перевезення) лікарських засобів. URL: <https://www.dls.gov.ua/print-article/?pa=6526>

37. Впровадження GMP/GDP в Україні Рекомендації Tasis. Підсумки та перспективи. *Тижневик "Аптека"*. 2002. № 5.

38. Гавриченко Д. Г. Сучасні публічні механізми трансформацій у сфері охорони здоров'я у зарубіжних країнах. *Держава та регіони*. 2022. № 1. С. 12-17.

39. Гавриченко Д. Г. Теоретичні підходи реформування механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я. *Публічне управління та регіональний розвиток*. 2022. №1. С.68-85.

40. Гала Л.О., Волох Д.С. Дослідження шляхів становлення належної аптечної практики в різних країнах світу. *Фармацевтичний журнал*. 2009. № 6. С. 49–54.

41. Галацан О. В. Організаційно-економічний механізм управління охороною здоров'я: автореф. дис.... канд.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2004. 20 с.

42. Гальчак Х. Р. Соціальна відповідальність бізнесу в ринкових умовах господарювання. Вісн. Нац. ун-ту “*Львівська політехніка*”. 2011. № 698. С. 140–146.

43. Герасимова В.О., Чирва В.С. Інноваційні методи рекрутингу в сучасних умовах. *Причорноморські економічні студії*. 2018. Вип. 27. С. 82–86.

44. Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні: Монографія. К.: Юрінком Інтер, 2007. 720 с.

45. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації): Моногр. Тернопіль: Економічна думка, 2005. 460 с.

46. Гладун З. С. Концептуальні засади державно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я населення. Медичне право України: проблеми становлення та розвитку: матеріали I Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Львів, 19-20 квітня 2007 р.), Львів. С.73-79.

47. Глуховський В. В., Гойда Н. Г. Роль громадськості в реалізації прав громадян і пацієнтів у системі охорони здоров'я: міжнародний досвід створення системи громадської охорони здоров'я для України. *Охорона здоров'я України*. 2003. № 4. С. 27.

48. Голубка В.М. Механізми регулювання фармацевтичного ринку України: дис. канд. екон. наук: 08.00.03. Львів, 2015. 223 с.

49. Гончарова О. Реформа медичної галузі – панацея чи остаточне знищення? *Права Людини в Україні*. Інформаційний портал Харківської правозахисної групи. URL: <http://khpg.org/index.php?id=1484060362>

50. Григорович В. Р. Удосконалення управлінських механізмів державної підтримки системи охорони здоров'я в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2010. № 2. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=93>

51. Гринчук Ю. С., Шемігон О. І., Вихор М. В. Контроль як функція державного управління: економіко-правова сутність та механізм застосування. *Ефективна економіка*. 2019. № 4. URL: <http://ojs.dsau.dp.ua/index.php/efektyvnaekonomika/article/view/1898>

52. Гриньків З. Аптека Галицька. 2005. № 23. С. 10-11.

53. Гудзенко О. П., Барнатович С. В. Соціальна відповідальність та визначені проблеми у діяльності комунальних фармацевтичних підприємств. Соціальна формація в Україні: стан, проблеми та перспективи: матеріали всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції за участю міжнародних спеціалістів. (Харків, 3 квітня 2013 року). Харків, 2013. С. 270-272.

54. Гудзенко О.П., Барнатович С.В. Експертна оцінка стану рецептурного відпуску лікарських засобів на регіональному фармацевтичному ринку та напрями його удосконалення. “*Фармацевтичний журнал*”. 2016, № 3-4. С. 5-11. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pharmazh_2016_3-4_3

55. Гуз В.С., Заліська О.М., Максимович Н.М. Аналіз тенденцій у програмі реімбурсації “Доступні ліки” в Україні. “*Фармацевтичний часопис*”. 2021. №4. С. 53-62. URL: <file:///D:/Users/Boris/Downloads/chas,+10%D0%93%D1%83%D0%B7.pdf>

56. Гур'єв, С., Іскра, Н., & Терент'єва, А. (2020). Інформаційна взаємодія в умовах надзвичайних ситуацій медико-біологічного характеру. *Науковий вісник:*

Державне управління, (4(6)), 68–92. URL: [https://doi.org/10.32689/2618-0065-2020-4\(6\)-68-92](https://doi.org/10.32689/2618-0065-2020-4(6)-68-92).

57. Давидовська К. GMP-сертификация; процедура, стоимость, основные проблемы. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/EA005540.html

58. Дацюк Н.О., Хейломський О.Б., Шолойко Н.В. Деякі аспекти політики регулювання цін на лікарські засоби. *Моніторинг цін на лікарські засоби*. URL: [file:///D:/Users/Boris/Downloads/672-Article%20Text-1196-1-10-20191011%20\(1\).pdf](file:///D:/Users/Boris/Downloads/672-Article%20Text-1196-1-10-20191011%20(1).pdf)

59. Дедишина Л. Фальсифіковані ліки в Україні: проблеми і шляхи вирішення. *Фармацевт Практик*. 2016. №9. URL: <http://fp.com.ua/articles/falsifikovani-liki-v-ukrayini-problemi-i-shlyahi-virishennya/>

60. Дема Д. У. Державне регулювання соціального захисту населення в країнах із ринковою економікою. *Фінанси України*. 2000. № 9. С. 59–62.

61. Демченко І.С. Класифікація законодавства у сфері охорони здоров'я. Теорія та історія держави і права; історія політичних і правових учень. *Вчені записки таврійського національного університету ім. В.І. Вернадського. Серія: Юридичні науки*. 2019. С. 7-13. URL: <https://doi.org/10.32838/2707-0581/2019.6/02>

62. Держава і громадянське суспільство в Україні: проблеми взаємодії: Монографія / За ред. І. О. Кресіної. К.: Логос, 2007. 316 с.

63. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні. К.: Вид-во НАДУ, 2004. 116 с.

64. Державна Фармакопея України. 2-е вид. Доповнення 3. Харків: Державне підприємство «Український науковий фармакопейний центр якості лікарських засобів», 2018. 416 с. URL: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fmoz.gov.ua%2Fuploads%2F1%2F5896-dn_20180620_1178_dod.pdf&clen=407240&chunk=true

65. Державне управління в соціально-гуманітарній сфері: теорія та практика. Д.: ДРІДУ НАДУ, 2011. 211 с.

66. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : колективна монографія / за заг. ред. М.М. Білінської, Я.Ф. Радиша. Київ, 2013. С. 14

67. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні навч.наук. вид. авт. кол. М. М. Білінська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін. ; за заг. ред. М. М. Білінської. Київ; Львів: НАДУ, 2012. 240 с.

68. Державне управління: навч. посіб. / А.Ф. Мельник, О.Ю. Оболенський, А.Ю. Васіна, Л.Ю. Гордієнко; за ред. А.Ф. Мельник. Київ: Знання, 2004. 342 с.

69. Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам: Постанова Кабінету Міністрів України від 23 січня 2015 р. № 11.

70. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я. *Офіційний веб-портал парламенту України*. URL: <http://surl.li/ibxva> (дата звернення: 16.06.2023).

71. Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410.

72. Джужа О. М., Піщенко Г. І. Проблеми боротьби з епідемією ВІЛ/СНІД в Україні. *Боротьба з організованою злочинністю і корупцією (теорія і практика*. 2004. № 9. http://mndc.naiau.kiev.ua/Gurnal/9text/g9_18.htm

73. Директива 2001/83/ЕС Європейського Парламенту та Ради ЄС від 6 листопада 2001 року про *Кодекс Співдружності щодо лікарських засобів для людини*.

74. Довженко В., Русак П., Золотницька Ю. Інформаційно-аналітичне забезпечення прогнозування і планування соціально-економічного розвитку територій. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 6. С. 79-84

75. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників (зміни та доповнення № 1). Уповноважена особа аптеки, аптечної бази (складу). Р.1. Охорона

здоров'я (Фармація) Розр.: М.С. Пономаренко, Н.О. Ветютнева, В.А. Загорій, Н.І. Паршина, Т.М. Пономаренко, Г.В. Загорій. Затв. ПК “Фармація” МОЗ України та АМН України. Київ: Вид-во “Поліфарм 2000”. 2005. 3 с.

76. Договір про Європейський Союз. Верховна Рада України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_029#Text

77. Домедична допомога в екстремальних ситуаціях та медичний захист населення в надзвичайних ситуаціях. Навчальний посібник для підготовки фахівців першого (освітньо-професійного) рівня, галузь знань 22 “Охорона здоров'я”, спеціальність 227 “Фізична терапія, ерготерапія” (1 курс) (за заг. ред. Волянського П.Б. та Гринзовського А.М. Київ : ІДУЦЗ, 2018. 216 с.

78. Дорошенко О.О., Шевченко М.В. Аналіз міжнародного досвіду фінансування вторинної медичної допомоги. Економіка і право охорони здоров'я. 2017. № 1(5). С. 148–155. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/eprozd_2017_1_5

79. ДСТУ ISO 9001:2015 “Системи управління якістю. Вимоги”. URL: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgicfindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fkhoda.gov.ua%2Fimage%2Fcatalog%2Ffiles%2F%25209001.pdf&cflen=1117536&chunk=true>

80. Економіка : макро- та мікроекономічні аспекти: *навчальний посібник* Баула О.В., Вісин В.В., Вісина Т.М., Ліщук В.І., Галазюк Н.М., Зелінська О.М., Лютак О.М., Савош Л.В. Луцьк: Інформаційно-видавничий відділ Луцького НТУ, 2018. 280 с.

81. Економічні системи. *Студенська бібліотека*. URL: <https://buklib.net/books/27186/>

82. Ексклюзив: інтерв'ю міністра охорони здоров'я Віктора Ляшка про спроможну мережу ЗОЗ. *Медична справа*. URL: <http://surl.li/lqtpc>

83. Електронна система охорони здоров'я в Україні. URL: <https://ehealth.gov.ua/>

84. Епідемії алкоголізму та нарко-токсикоманій в дзеркалі медичної статистики *МОЗ України* За ред. П.В.Волошина, М.В.Голубчикова. Київ–Харків, 2009. 168 с.

85. Європейське агентство з безпеки та гігієни праці. Державна служба України з питань праці. URL: <https://dsp.gov.ua/ievropeiske-ahentstvo-z-bezpeky-ta-hi/>

86. Задихайло Д. Держава та економічне ринкове середовище: господарсько-правовий аспект. Вісник Академії правових наук України. 2005. № 3(42). С. 149-161.

87. Закупівлі ліків. *Міністерство охорони здоров'я України*. URL: <http://moz.gov.ua/zakupivli-likiv>

88. Зброжек С.І., Шаповалов В.В., Тарасова І.В., Шаповалов В.О. Вивчення проблем доступності обігу наркотичних анальгетичних лікарських засобів для онкохворих на засадах фармацевтичного права. Зб. наук. прац. співробіт. НМАПО імені П.Л. Шупика. 2017. № 28. С. 446-454.

89. Звіт про виконання угоди про асоціацію між Україною та Європейським союзом 2015-2020. URL: <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/sites/1/zviti-pro-vikonannya/aa-implementation-report-2015-2020-ukr-final.pdf>

90. Звіт про підсумки діяльності Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками у 2018 році. URL: <https://www.dls.gov.ua/print-article/?pa=16646>

91. Звіт щодо відповідності процедури державної реєстрації лікарських засобів в Україні законодавству та стандартам ЄС. URL: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fmoz.gov.ua%2Fuploads%2F0%2F350-ebrd_project_final_report_ukr_2016_11_30.pdf&clen=4495825&chunk=true

92. Зозуля О. Фальсифікація лікарських засобів: проблемні аспекти й шляхи їх вирішення. URL: <https://yur-gazeta.com/publications/practice/medichne-pravo->

farmacevtika/falsifikaciya-likarskih-zasobiv-problemni-aspekti-y-shlyahi-yih-virishennya.

93. Інститут громадського здоров'я імені О.М. Марзеєва: Організаційно-правові аспекти охорони здоров'я в Європі. URL: <http://iph.mk.gov.ua/publikatsiji/om-marzejev/organizatsijno-pravovi-aspekti-okhoroni-zdorovya-v-yevropi.html>

94. Інститут громадської політики та соціальних досліджень: Реформування охорони здоров'я в Україні. URL: <https://ipps.org.ua/analitychni-materiali/reformuvannya-okhoroni-zdorovya-v-ukrayini/>

95. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я в Україні на 2021-2030 роки URL: <https://ipps.org.ua/analitychni-materiali/strategiya-rozvitku-sistemi-okhoroni-zdorovya-v-ukrayini-na-2021-2030-roki/>.

96. Інститут законодавства Верховної Ради України: Державне регулювання у сфері охорони здоров'я в європейських країнах URL: <https://www.kbuapa.kharkov.ua/e-book/zbirnuk/nauk-visn-n30/21.pdf>

97. Інституціоналізація публічного управління в Україні. Київ: НАДУ, 2019. 210 с.

98. Інформаційні технології у сфері охорони здоров'я. Монографія. Л.Б. Ліщинська, С.А. Яремко, К.В. Копняк, І.О. Гулівата, Л.П. Гусак; за заг. ред. Л. Ліщинської. Вінниця : видавничоредакційний відділ ВТЕІ КНТЕУ, 2018. 240 с.

99. Інфраструктура роздрібного сегмента фармринку: підсумки 2019 р. URL: [https:// www.apteka.ua/article/531126](https://www.apteka.ua/article/531126).

100. Існуючі механізми співпраці органів державної влади з організаціями громадянського суспільства в контексті реалізації Національної стратегії сприяння розвитку громадянського суспільства в Україні 2016-2020. Київ : Ваїте, 2016. 280 с.

101. Їжак О. І., Максименко О. П., Химинець В. В. Удосконалення регіонального та місцевого стратегування соціально-економічного розвитку. URL: <https://niss.gov.ua/sites/default/files/2020-09/socialno-ekonomichnyi-rozvytok-1.pdf>

102. Карамишев Д. В., Шевченко В. І. Державні механізми регулювання ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я в економічній моделі розподілу фінансів. *Інвестиції: практика та досвід*. 2010. № 22. С.60-64.

103. Карамишев Д.В. Управління системою охорони здоров'я у контексті стратегічного управління організацією. ХРІДУ НАДУ при Президентіві України. *Університетські наукові записки*. 2005. № 3(15). с. 330-333. URL: <http://univer.km.ua/visnyk/849.pdf>

104. Карлаш В. В. Державне регулювання сучасним станом охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід* № 1/2020, с. 161. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/1_2020/28.pdf

105. Кількість юридичних осіб за організаційними формами / Державна служба статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/edrpoу/ukr/EDRPU2019/ksopfg/ksopfg0419.htm> (дата звернення: 25. 04. 2020).

106. Книш С.В. Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я. *Дис. канд.юрид. наук*. 12.00.07. Тернопіль. 2019. 494 с.

107. Коваленко І.А. Фальсифікація та обіг фальсифікованих лікарських засобів: кримінально-правове дослідження : монографія /за наук. ред. Є. Л. Стрельцова. Одеса : Видавничий дім “Гельветика”, 2018. 232 с.

108. Коваленко С.В. Сутність та специфіка феномена професіоналізму. *Вісник Луганського державного університету внутрішніх справ*. 2007. Вип. 1. С. 194-198.

109. Комунальна власність. URL: <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/3646/komunalna-vlasnist>

110. Конвенція Ради Європи про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я: Міжнародний документ від 28.10.2011 р., *прийнятий Радою Європи*. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show>.

111. Конституція України Закон від 28.06.1996 р. № 254к/96 ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>

112. Корольчук О. Л. Механізм інформаційного забезпечення державного регулювання охорони репродуктивного здоров'я: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02. Київ, Нац. акад. держ. упр. при Президентові України, 2013. 20 с.

113. Коронавірус і єдність у ЄС: вчитись на помилках держав має і Україна. Центр “Нова Європа”. URL: <http://neweurope.org.ua/media-post/koronavirus-i-yednist-u-yes-vchytys-na-pomylkah-derzhav-maye-i-ukrayina/>

114. Котляр А. “Війна та схеми в медицині”. URL: <https://zn.ua/SOCIUM/vojna-i-skhemy-v-meditsine.html>

115. Кошова С. П., Михальчук В. М., Радиш Я. Ф. Єдиний медичний простір України – нова парадигма розвитку національної системи охорони здоров'я. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2021. № 9. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/9_2021/32.pdf

116. Краснова О. І., Плужнікова Т. В. Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 7. С.46-48.

117. Криничко Л.Р. Розробка кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. № 3. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/3_2020/42.pdf

118. Крупник А. С. Зарубіжний досвід громадського контролю: уроки для України. *Ефективність державного управління: Зб. наук. праць ЛРІДУ*. Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2007. Вип. 14. С. 146–154.

119. Лехан В. М., Гінзбург В. Г., Борвінко Е. В. Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони здоров'я в Україні. *Медицина сьогодні і завтра*. 2013. № 4. С. 99.

120. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. Україна. *Здоров'я нації*. 2015. №3 (спецвипуск). С. 67-86. URL: <https://repo.dma.dp.ua/4969/1/%D0%9B%D0%B5%D1%85%D0%B0%D0%BD.pdf>

121. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. *Scientific-and-practical journal Frequency – quarterly Founded in January*, № 4 (52), 2018 2007. С.5-15.

122. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. *Scientific-and-practical journal Frequency – quarterly Founded in January*, № 4 (52), 2018 2007. С.5-15.

123. Лопушинський І. П., Дурман М. О., Малахова Т. В. Механізми забезпечення ефективності публічного управління та результативності адміністрування. *Вісник Херсонського національного технічного університету. Публічне управління та адміністрування*. № 3(82) (2022). С.135-144.

124. Майданик Р. Єдиний медичний простір як ключовий стандарт прав людини і юридичний виклик у сфері охорони здоров'я України. *Медичне право*, 2013. № 1 (11). С.33 – 42.

125. Марта Бот. URL: <https://martabot.pro/>

126. Медична реформа. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/diynist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>

127. Медичні закупівлі України [вебсайт] URL: <https://medzakupivli.com/uk/pro-mzu/pro-nas>.

128. Медікіт. URL: https://medikit.ua/patient_consultations?viberRedirect=true&referralSource=GoogleAds_LikarDoctorOnline&gclid=CjwKCAiAjPyfBhBMEiwAB2CCIqnppUZhcMtapteGOw eu5ID-TkNz8Op2eaqJmkANDwTEc_Is4NCl6hoCGQgQAvD_BwE
129. Медстар Солюшенс. URL: <https://medstar.ua/pro-nas-3/>
130. Міністерство охорони здоров'я України URL: <https://moz.gov.ua/>
131. Міністерство охорони здоров'я України перезапустило чатбота про COVID-19. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2020/04/17/novyna/suspilstvo/likar-ivan-mask-volontery-stvoryly-chatbota-moz>
132. Міністерство охорони здоров'я України: Відновлення медичної інфраструктури оцінюється щонайменше у понад 6 млрд дол. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-vidnovlennia-medychnoi-infrastruktury-otsiniuietsia-shchonaimenshe-u-ponad-6-mlrd-dol#:~:text=>
133. Моніторинговий звіт “Цілі сталого розвитку. Україна, 2020”. ЮНІСЕФ. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/reports/sustainable-development-goals-ukraine-2020-monitoring-report>
134. Надюк З. Механізми державного управління національною системою охорони здоров'я. URL: file:///D:/%D0%B4%D0%B8%D1%81%D0%B5%D1%80_%D0%93%D0%B0%D0%B2%D1%80%D0%B8%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE/%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%8C%D1%8F_%D0%9E%D1%80%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B94/40.pdf
135. Національна служба здоров'я України (НСЗУ). URL: <https://nszu.gov.ua/pro-nszu>
136. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 року. URL: <https://uoz.cn.ua/strategiya.pdf>

137. Національний інститут стратегічних досліджень при Президентіві України. Проблеми та перспективи реформування охорони здоров'я в Україні. URL:

http://www.niss.gov.ua/content/articles/files/problemi_ta_perspektivi_reformuvannya_o_horoni_zdorov_ya_v_ukraini.pdf

138. Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О.Шалімова НАМН України. 50 років. Київ, 2022. 588 с.

139. НБУ зафіксував офіційний курс гривні до долара США на новому рівні та вжив низку додаткових заходів для збалансування валютного ринку та підтримання стійкості економіки в умовах війни 21 липня 2022 року. Джерело: Новини. Київ: Національний банк України; 2022. URL: <https://bank.gov.ua/ua/news/all/nbu-zafiksuvav-ofitsiyniy-kurs-grivni-do-dolarassha-na-novomu-rivni-ta-vjiv-nizku-dodatkovih-zahodiv-dlya-zbalansuvannya-valyutnogo-rinkuta-pidtrimannya-stiykosti-ekonomiki-v-umovah-viyni>.

140. Нижник Н.Р., Ситник Г.П., Білоус В.Т. Національна безпека України (методологічні аспекти, стан і тенденції розвитку). Ірпінь, 2000. 304 с.

141. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. №2801 в редакції від 10.03.2018 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

142. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні: [спільний звіт] / під заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. К.: Вид-во Раєвського, 2016. 168 с.

143. Панченко, О. А., & Кабанцева, А. В. (2022). Мінімізація ризиків для громадського здоров'я через освіту, медицину і безбар'єрний простір. *Україна. Здоров'я нації*, 1(4), 25-33.

144. Парубчак, І. О., & Балашов, А. М. (2021). Державне регулювання в системі надання послуг з оздоровлення та відновлення здоров'я населення в

мережі рекреаційно-курортних закладів України. *Публічне управління та адміністрування*, 68-71.

145. Перетворення нашого світу: Порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року. Програма розвитку ООН. URL: <https://www.ua.undp.org/content/ukraine/uk/home/library/sustainable-development-report/the-2030-agenda-for-sustainable-development.html>

146. Питання збору даних для моніторингу реалізації цілей сталого розвитку: розпорядження Кабінету Міністрів України від 21 серпня 2019 р. № 686-р. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/686-2019-%D1%80#Text>

147. Питання проведення моніторингу наркотичної та алкогольної ситуації в Україні: постанова Кабінету Міністрів України від 10 липня 2019 р. № 689. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/689-2019-%D0%BF#Text>

148. Підтримка впровадження Цілей сталого розвитку в Україні. Програма № 1013-р. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>

149. План відновлення України. Конференція з питань відновлення України 2022. 4-5 липня, Лугано, Швейцарія. URL: <https://ua.urc2022.com/plan-vidnovlennya-ukrayini>.

150. Повідомлення про дорафт добровільного національного огляду щодо прогресу України у досягненні цілей сталого розвитку. Міністерство економіки України. URL: [https://www.me.gov.ua/Documents/Detail?lang=uk-UA&id=7e82b45d-31354788-](https://www.me.gov.ua/Documents/Detail?lang=uk-UA&id=7e82b45d-31354788-99cef20ffbede635&title=PovidomlenniaProDraftDobrovilnogoNatsionalnogoOgliaduShodoProgresuUkrainiUDosiagnenniTsileiStalogoRozvitku)

[99cef20ffbede635&title=PovidomlenniaProDraftDobrovilnogoNatsionalnogoOgliaduShodoProgresuUkrainiUDosiagnenniTsileiStalogoRozvitku](https://www.me.gov.ua/Documents/Detail?lang=uk-UA&id=7e82b45d-31354788-99cef20ffbede635&title=PovidomlenniaProDraftDobrovilnogoNatsionalnogoOgliaduShodoProgresuUkrainiUDosiagnenniTsileiStalogoRozvitku)

151. Поліклініка без черг. URL: <https://global.newmedicine.com.ua/>

152. Політика та публічне управління у сфері охорони здоров'я. Нац. акад. держ. упр. При Президентіві України. Київ: НАДУ, 2017. Т.1.

153. Порядок організації медичної допомоги на первинному, вторинному (спеціалізованому), третинному (високоспеціалізованому) рівнях із застосуванням телемедицини. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15#n19>.

154. Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я; 2022 URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/361136>.

155. Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики: Постанова Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2010 р. № 996. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/996-2010-%D0%BF> (дата звернення: 17.10.2023).

156. Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз: Закон України https://ips.ligazakon.net/document/view/t012586?an=&ed=2009_04_16&dtm=

157. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України: Закон України від 22 листопада 2018 року № 2621-VIII. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2621-19>

158. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України від 6 квітня 2017 р. № 2002-[VIII](#).

159. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, що регулюють питання трансплантації анатомічних матеріалів людині: Закон України від 20 грудня 2019 року № 418-IX. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/418-20#Text>

160. Про внесення змін до Закону України “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення” Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2861-VI#Text>

161. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров’я України від 23.02.2000 р. №33. Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров’я : Наказ МОЗ України від 11.05.2016 р. № 427.

162. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров’я України від 28 вересня 2012 р. № 751 Наказ МОЗ України від 29.12.2016 р. № 1422.

163. Про громадські об’єднання: Закон України Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2013, № 1, ст.1. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4572-17> (дата звернення: 17.10.2023).

164. Про Державний бюджет України на 2015 рік : Закон України від 28 грудня 2014 р. № 80-VIII.

165. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 року No2168-VIII. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>

166. Про доступ до публічної інформації: Закон України Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2011, № 32, ст. 314. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2939-17> (дата звернення: 25. 10. 2023).

167. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення Закон України URL: <https://ips.ligazakon.net/document/T400400>

168. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, Постанова КМУ № 391 від 28 березня 2018 року. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-vimog-do-nadavacha-poslug-z-medichnogo-obslugovuvannya->

naselennya-z-yakim-golovnimi-rozporyadnikami-byudzhetnih-koshtiv-ukladayutsya-dogovori-pro-medichne-obslugovuvannya-naselennya

169. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення : Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391.

170. Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на 2021-2027 роки: постанова Кабінету Міністрів України від 5 серпня 2020 р. № 695. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/695-2020-%D0%BF#Text>

171. Про затвердження Порядку ведення обліку, звітності та епідеміологічного нагляду (спостереження) за інфекційними хворобами та Переліку інфекційних хвороб, що підлягають реєстрації: наказ Міністерство охорони здоров'я України від 30.07.2020 № 1726. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1332-20#Text>

172. Про затвердження Порядку отримання та надання гемопоетичних стовбурових клітин та обміну інформацією щодо наявних анатомічних матеріалів людини, призначених для трансплантації: постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2020 р. № 257. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/257-2020-%D0%BF#Text>

173. Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік : Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 407.

174. Про захист населення від інфекційних хвороб Закон України <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text>

175. Про лікарські засоби Закон України URL:
<http://www.drlz.com.ua/ibp/ddsite.nsf/all/zak02?opendocument>

176. Про молодіжні та дитячі громадські організації. Закон України Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1999, № 1, ст.2. URL:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/281-14> (дата звернення: 17.10.2023).

177. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: Закон України від 14 листопада 2017 року № 2206-VIII. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>

178. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 7 липня 2011 р. №3612- VI. URL:
<https://ips.ligazakon.net/document/T113612?an=126>

179. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві: Закон України від 7 липня 2011 року No3612-VI. Верховна Рада України. URL:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3612-17#Text>

180. Про психіатричну допомогу. Закон України. URL:
https://rivnesoc.gov.ua/wp-content/uploads/2019/12/zakon_pro_psyhiatrychnu_dopomogu-1.htm

181. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я Закон № 1053-IX від 03.12.2020 URL:
https://zakononline.com.ua/documents/show/491614___696962?from=%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%E2%80%99%D1%8F

182. Про систему громадського здоров'я: Закон № 2573-IX від 06.09.2022. Закон України URL:
https://zakononline.com.ua/documents/show/508903___698645?from=%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%E2%80%99%D1%8F

183. Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року: розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1415-р. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-%D1%80#Text>

184. Про схвалення Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України: проект розпорядження Кабінету Міністрів України від 14.07.2014 р. Верховна Рада України. URL: <https://www.apteka.ua/article/295842>

185. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р.

186. Про схвалення Концепції розвитку системи фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 18.09.2013 р. №776-р. Верховна Рада України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/246773163>

187. Про схвалення Стратегії забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту за принципом “єдине здоров'я” на період до 2025 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації: розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. №1416-р. Верховна Рада України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-shvalennya-strategiyi-zabezpechennya-biologichnoyi-bezpeki-1416-271119>

188. Про схвалення Стратегії розвитку національної системи крові на період до 2022 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації: розпорядження Кабінету Міністрів України від 20 лютого 2019 р. № 120-р. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/120-2019-%D1%80#Text>

189. Про утворення Національної служби здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. №1101.

190. Про утворення спеціалізованої державної установи “Український центр трансплант-координації”: розпорядження Кабінету Міністрів України від 23 вересня 2020 р. № 1154-р. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1154-2020-%D1%80#Text>

191. Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року: указ Президента України від 30 вересня 2019 No722/2019. Офіційне інтернет-представництво “Президент України”. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/7222019-29825>

192. Програма економічних реформ на 2010–2014 роки “Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава”. Комітет з економічних реформ при Президентові України 2010. 87 с. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MUS14838>

193. Публічна політика та суспільні зміни в Україні в контексті євроінтеграції: монографія. Київ: НАДУ, 2017.

194. Резнікова О. О., Ковалівська С. В. Щодо удосконалення координації та моніторингу імплементації ц

195. лей сталого розвитку України. Аналітична записка Серія “Національна безпека”. 2019. No5. С.1-5.

196. Рівень довіри до суспільних інститутів та електоральні орієнтації громадян України. Фонд Разумкова. 2019. 20 лют. URL: <http://razumkov.org.ua/napriamky/sotsiologichni-doslidzhennia/riven-doviry-do-suspilnykh-instytutiv-ta-elektoralni-orientatsii-gromadian-ukrainy> (дата звернення: 19. 10. 2023).

197. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України “у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно” (справа про

безоплатну медичну допомогу) URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02>

198. Ровенська В. В., Саржевська Є. О. Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в Україні. *Економічний вісник Донбасу* № 3(57), 2019, с. 163. URL: [http://www.evd-journal.org/download/2019/3\(57\)/19-Rovenska.pdf](http://www.evd-journal.org/download/2019/3(57)/19-Rovenska.pdf)

розвитку ООН. URL: <https://www.ua.undp.org/content/ukraine/uk/home/operations/projects/closed-projects/supporting-sdgs-implementation-in-Ukraine.html>

199. Руснак Л. М. Адміністративно-правове забезпечення права на охорону здоров'я в Україні: автореф. дис. канд. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2016. 22 с.

200. Савко Ю. Громадянське суспільство, соціальний капітал і політична участь. *Вісник Львівського університету. Серія: Філософські науки*. 2002. Вип. 4. <http://www.franko.lviv.ua/faculty/Phil/Visnyk/Visnyk4/Politologija/Savko.htm>

201. Сазонець І. Л., Вівсянник О. М. Передумови функціонування міжнародних організації в інституційному механізмі державного управління системою охорони здоров'я. *Право та державне управління*. 2020. № 1. Т.2. С.170-179.

202. Самофалов Д.О. Упровадження електронної системи охорони здоров'я як складник публічного управління охороною здоров'я: світовий досвід. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2020. Вип.1(44). С.92-99.

203. Секторальна інтеграція України до ЄС: передумови, перспективи, виклики. Київ: Представництво Фонду Конрада Аденауера в Україні, 2020. 100 с.

204. Сенюта І. Медична реформа: To be or not to be? Електронне видання Юрист і закон № 9 2018 рік. URL: https://uz.ligazakon.ua/ua/magazine_article/EA011320

205. Ситник Г.П. Державне управління у сфері національної безпеки (концептуальні та організаційноправові засади): Підручник К.: НАДУ, 2012. 544 с.
206. Стратегія сталого розвитку “Україна – 2020” URL: https://ips.ligazakon.net/document/U005_15?an=13
207. Стратегія. Міністерство охорони здоров’я України. URL: <https://moz.gov.ua/strategija>
208. Телемед 24. URL: <https://telemed24.ua/>
209. Ткачова Н. М. Напрями реформування державної політики в сфері охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 8. С.83-86.
210. Торгун О. Десять проблем української медицини. Український інститут майбутнього 25 жовтня 2019 р. URL: <https://uifuture.org/publications/25139-heals-medecine-torgun/>
211. Трансформація системи охорони здоров’я створила умови для розвитку ринку медичних спеціальностей, - НСЗУ. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/transformaciya-sistemi-ohoroni-zdorovya-stvorila-umovi-dlya-rozvitku-rinku-medichnih-specialnostej-nszu>
212. Стартувала медична реформа: яких кардинальних змін чекати 2018 року: URL: <https://tsn.ua/ukrayina/startuvala-medichna-reforma-yakih-kardinalnih-zmin-chekati-2018-roku1075060.html>
213. У рамках Генеральної Асамблеї ООН пройде п'ять зустрічей високого рівня URL: https://www.ukrainepravo.com/international_law/public_international_law/u-ramkakh-generalnoyi-asambleyi-onn-proyde-p-yat-zustrichey-vysokogo-rivnya/?month=01&year=2021
214. Указ Президента України “Про сприяння розвитку громадянського суспільства в Україні” від 26 лютого 2016 року № 68. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/68/2016> (дата звернення: 17.10.2023).

215. Український інститут соціальних досліджень ім. Олександра Яременка: Перехід від охорони здоров'я до системи охорони здоров'я в Україні URL:

https://ukraine.fes.de/fileadmin/user_upload/EVI_Publikationen/2015/141221_Yaremenko_ua.pdf

216. УСЕ Універсальний словник-енциклопедія. Гол. ред. ради чл.-кор. НАНУ М. Попович. Київ, “Ірина”, 1999. 1551 с.

217. Устінов О. В. Лікарні НАМН України долучаться до Програми медичних гарантій у 2024 р. | Медичний часопис. *Український Медичний Часопис*. URL: <http://surl.li/ibxvi>.

218. Фінансування охорони здоров'я в Україні: стійкість в умовах війни. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2022 URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/362077>.

219. Фірсова О. Д. Механізми геоінформаційного забезпечення державного управління охороною здоров'я в Україні : дис. ... канд. екон. наук : 25.00.02. Київ, 2016. 219 с.

220. Французька і британська моделі охорони здоров'я (огляд). Медицина світу. URL: <http://msvitu.com/archive/2014/may/article-9.php?print=1>

221. Фуртак І. І. Механізми державного управління охороною здоров'я в Україні. *Медичне право України: проблеми становлення та розвитку*: матеріали І Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Львів, 19-20 квітня 2007 р.), Львів. С. 318-323.

222. Хартія основних прав Європейського Союзу. Верховна Рада України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_524#Text

223. Центр економічних та політичних досліджень у галузі охорони здоров'я: Реформування охорони здоров'я в Україні: досвід та виклики URL: <https://cepr.health/en/reforms/>

224. Центр реформ Міністерства охорони здоров'я України: Реформа системи охорони здоров'я в Україні URL: <https://reform.health.gov.ua/>
225. Цілі у сфері сталого розвитку. URL: <https://www.iso.org/ru/sdgs.html>
226. Шегедин Я. Ю. Еволюція концептуальних засад державної політики України в галузі охорони здоров'я: регіональний аспект розвитку медсестринства. *Ефективність державного управління*. 2016. Вип. 1-2(1). С.203-210.
227. Шегедин Я. Ю. Правовий та організаційний механізми реалізації на регіональному рівні державної політики в галузі медсестринства. *Ефективність державного управління*. 2017. Вип. 2. С. 129-137.
228. Шегедин Я.Ю. Державна політика в галузі медсестринства: структурно-функціональний аспект. Науковий вісник “Демократичне врядування”. 2017. Вип. 18/19. URL: http://lvivacademy.com/vidavnistvo_1/visnyk18_19/fail/Shegedyn.pdf.
229. Що змінилося за рік після прийняття закону про медичну реформу. URL: <https://moz.gov.ua/article/reform-plan/scho-zminilosja-za-rik-pislja-prijnjattja-zakonu-pro-medichnu-reformu-->
230. Яблонський В.М., Бекешкіна І.Е., Гелетій М.М. Громадянське суспільство України: політика сприяння та залучення, виклики та трансформації : аналітична доповідь. Київ : НІСД, 2019. 112 с.
231. Як трансформується система охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua/article/reform-plan/jak-transformuetsja-sistema-ohoroni-zdorovja>
232. 2021 Global Health Security Index. URL: <https://www.ghsindex.org/#1-section--map>
233. Abimbola S, Topp SM. 2018. Adaptation with robustness: the case for clarity on the use of ‘resilience’ in health systems and global health. *BMJ Global Health* 3: e000758.

234. Abimbola Seye, Baatiema Leonard, Bigdeli Maryam. The impacts of decentralization on health system equity, efficiency and resilience: a realist synthesis of the evidence, *Health Policy and Planning*, Volume 34, Issue 8, October 2019, Pages 605–617, URL: <https://doi.org/10.1093/heapol/czz055>
235. About Healthy People. Office of Disease Prevention and Health Promotion. URL: <https://www.healthypeople.gov/2020/About-Healthy-People>
236. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé. URL: <https://ansm.sante.fr>
237. An Act to accelerate the discovery, development, and delivery of 21st century cures, and for other purposes. Public law 114-255-DEC. 13, 2016. URL: <https://www.congress.gov/114/plaws/publ255/PLAW-114publ255.pdf>
238. Anderson C. Social pharmacy: the current scenario. *Indian J Pharm Pract.* 2008. №1. P.1-5.
239. Andriyash, V., Kozlova, L., Malikina, O., Polyakova, E. Особливості державної політики регулювання медичних послуг в Україні. *Публічне управління та регіональний розвиток.* 2020. № 9. С.689-713.
240. Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) 14.11.1980. URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/ampreisv/AMPreisV.pdf>
241. Bara, A.; van den Heuvel, W.; Maarse, J.; van Dijk, J. Users' satisfaction with the Romanian health care system: An evaluation of recent health care reforms. *Eur. J. Public Health* 2002, 12, 39–40.
242. Bezpalo O. Principles of the Law-Enforcement Function of the State: Administrative and Legal Aspects. Internal security. 2013. January-June. P. 215–223.
243. Borrell C, Palencia L, Muntaner C, Urquia M, Malmusi D, O'Campo P. Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities in health. *Epidemiol Rev.* 2014;36(1):31-48. doi:10.1093/epirev/mxt009

244. Bossert T, Kosen S, Harsono B, Gani A. Hospital autonomy in Indonesia. Boston, MA; 1997. №34
245. Bossert T. Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. Soc Sci Med. 1998. 1513–27. №18. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9823047>
246. Braveman P, Gruskin S. 2003. Defining equity in health. Journal of Epidemiology and Community Health 57: 254–8.
247. Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG) vom 15. Dezember 2000. URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20002716/index.html>
248. Cabinet of Ministers of Ukraine (2011), “The Concept of the National Program “Health 2020: Ukrainian Dimension”, URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/244717787>.
249. Cassels, Andrew. National Health Systems and Policies Unit & Forum on Health Sector Reform. Health sector reform : key issues in less developed countries. World Health Organization. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59762>
250. Center for Biologics Evaluation and Research (CBER). URL: <https://www.fda.gov/about-fda/center-biologics-evaluation-and-researchcber/about-cber>
251. Center for Devices and Radiological Health. URL: <https://www.fda.gov/about-fda/fda-organization/center-devices-and-radiologicalhealth>
252. Center for Drug Evaluation and Research (CDER). URL: <https://www.fda.gov/about-fda/fda-organization/center-drug-evaluation-andresearch-cder>
253. Center for Food Safety and Applied Nutrition (CFSAN). URL: <https://www.fda.gov/about-fda/fda-organization/center-food-safety-and-appliednutrition-cfsan>
254. Center for Veterinary Medicine. URL: <https://www.fda.gov/aboutfda/fda-organization/center-veterinary-medicine#regulates>

255. Chen T. A Exploring elements of interprofessional collaboration between pharmacists and physicians in medication review. *Phar World Sci*. 2007. №29. P. 574-576.

256. Coase RH. 1937. The nature of the firm. *Economica* 4: 386–405.

257. Code de la santé publique. URL: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/ 2020- 06-04/

258. Comité Économique des Produits de Santé. URL: <https://solidaritesante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ceps-comitee-economique-des-produits-de-sante>

259. Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2007. URL: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf

260. Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008. URL: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/

261. Commonwealth Fund: Health System Performance Comparison: Lessons from Nine Countries URL: <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2017/may/health-system-performance-comparison-lessons-nine-countries>

262. Convention on Pharmaceutical ingredients Annual Industry Report 2019. New modalities, new methods and new thinking to solve old problems. URL: <https://www.cphi.com/content/dam/Informa/cphi/en/cphi-insights/HLN19-CPhI%20Insights-2019-Industry-Report.pdf>

263. Conyers D. 2007. Decentralisation and service delivery: lessons from Sub-Saharan Africa. *IDS Bulletin* 38: 18–32.

264. Coțiu, M.; Crișan, I.; Catană, G.A. Patient Satisfaction with Healthcare-A Focus Group Exploratory Study. In Proceedings of the International Conference on Advancements of Medicine and Health Care through Technology, Cluj-Napoca, Romania, 5–7 June 2014; pp. 119–124.
265. Cremer J, Estache A, Seabright P. 1996. Decentralizing public services: what can we learn from the theory of the firm? *Revue D'Economie Politique* 106: 37–60.
266. CSDH. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008.
267. CSR and Apparel Industry in Jordan. URL: <http://www.bsr.org/>
268. Daina, L.G.; Sabău, M.; Daina, C.M.; Neamțu, C.; Tit, D.M.; Buhaș, C.L.; Bungau, C.; Aleya, L.; Bungau, S. Improving performance of a pharmacy in a Romanian hospital through implementation of an internal management control system. *Sci. Total Environ.* 2019, 675, 51–61.
269. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. URL: https://www.bfarm.de/DE/BfArM/OrganisationAufgaben/_node.html
270. Das Paul-Ehrlich-Institut. Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel. URL: <https://www.pei.de/DE/institut/institutnode.html>
271. Dayrit M. M, Dolea C. The health workforsche crisd are the pharmacist. *Int J pharm Pract* 2006; 20:5-8.
272. De Pietro C, Camenzind P, Sturny I, Crivelli L, Edwards-Garavoglia S, Spranger A, Wittenbecher F, Quentin W. Switzerland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2015; 17(4):1–288. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/293689/Switzerland-HiT.pdf
273. Decision No 768/2008/EC of the European Parliament and of the Council of 9 July 2008 on a common framework for the marketing of products, and repealing Council

Decision 93/465/EEC. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legalcontent/EN/TXT/?uri=celex:32008D0768>

274. Declaration Pharmacist improving people`s health. URL: www.europharmforum.org/file/10737

275. Der Gemeinsame Bundesausschuss. URL: <https://www.g-ba.de/ueberden-gba/wer-wir-sind/>

276. Digital Health and the COVID-19 Pandemic - European Commission. URL: <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/digital-health-and-covid-19-pandemic>

277. Dolinsky D. Social/behavioural pharmacy in the united states – the state of the art. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. 19. №15. P. 155-163.

278. Equitable access to essential medicines: a framework for collective action. Geneva: WHO; 2004. URL: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4962e/>

279. European Observatory on Health Systems and Policies: Health System Performance Assessment: A Tool for Health Governance in the European Union URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK327067/>

280. Evaluation of the Affordable Medicines Programme in Ukraine 2019. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311229>

281. Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations: Quality assurance of pharmaceuticals: meeting a major public health challenge. URL: https://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/quality_assurance/expert_committee/ExpertCommitteeBrochure.pdf?ua=1

282. Federal Food, Drugs, and Cosmetic Act. June 25, 1938, ch. 675, § 1, 52 Stat. 1040. URL: <https://uscode.house.gov/view.xhtml?req=granuleid%3AUSC-prelim-title21-chapter9&edition=prelim>

283. Food and Drug Administration. Laws Enforced by FDA. URL: <https://www.fda.gov/regulatory-information/laws-enforced-fda>

284. French pharmaceutical industry Key data 2019. URL: https://www.leem.org/sites/default/files/2019-09/BilanEco-GB-V2_7.pdf

285. Goroshko A, Shapoval N, Lai T. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Ukraine. 2018 URL: <http://www.euro.who.int/en/countries/ukraine/publications/can-people-afford-to-pay-for-health-care-new-evidence-on-financial-protectionin-ukraine-2018>

286. Government of Kenya. The Constitution of Kenya. Nairobi, Kenya; 2010.

287. Govindaraj R, Obuobi A, Enyimayew N, Antwi P, Ofosu-amaah S. The experience of Korle Bu and Komfo Anokye Teaching Hospitals in Ghana. Boston, MA; 1996. №35

288. Grundy J., Healy V., Gorgolon L., Sandig E. Overview of devolution of health services in the Philippines. Rural Remote Health. 2013;3: 220. URL: http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_220.pdf №31

289. Harding G. Defining social pharmacy. Int J Pharm Pract. 1995. №2. P. 62-63.

290. Harvard Business Review: Managing Health Care Costs in the United States: The Role of Public-Private Collaboration URL: <https://hbr.org/2017/11/managing-health-care-costs-in-the-united-states-the-role-of-public-private-collaboration>

291. Health Affairs: The Role of Governance in Implementing Multisectoral Approaches to Addressing the Social Determinants of Health URL: <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2018.05044>

292. Health in All Policies in the European Union: The Promises of Collaboration - International Journal of Health Policy and Management. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7339479/>

293. Health in All Policies: Prospects and Potentials - European Observatory on Health Systems and Policies. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5646153/>

294. Health Systems and Health Reforms in Europe: An Introduction to Key Concepts, Issues and Debates - European Observatory on Health Systems and Policies. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK315942/>

295. Heinesen B. Pharmaceutical pricing and reimbursement policies – Denmark. LSE study on healthcare in individual countries: worldwide survey on pharmaceutical pricing and reimbursement structures. G10 Medicines 2001.

296. Hirschman AO. 1970. *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge, MA: Harvard University Press. №30

297. Huihui Wang, Adanna Chukwuma, Radu Comsa, Tania Dmytraczenko, Estelle Gong, & Lidia Onofrei. Generating Political Priority for Primary Health Care Reform in Romania. *Health Systems & Reform*. 2021. № 7. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2021.1898187>

298. Ilea, C.D.N.; Daina, L.G.; Bungau, S.; Tit, D.M.; Uivarosan, D.; Moleriu, L.; Petre, I.; Bungau, C.; Petre, I. Sustainable Management, Instable Legislation Regarding Wages, and Employee Satisfaction/Motivation in Two Romanian Hospitals. *Sustainability* 2020, 12, 909.

299. Innovations in Healthcare Delivery: Insights for Organization Theory - Academy of Management Annals. URL: <https://journals.aom.org/doi/full/10.5465/annals.2019.0127>

300. Innovative Healthcare Delivery Models - Evidence from Europe - European Observatory on Health Systems and Policies. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534308/>

301. International Medical Products Anti-Counterfeiting Taskforce – IMPACT. URL: <http://www.wcl.american.edu>

302. International trade in medicinal and pharmaceutical products. URL: https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/International_trade_in_medicinal_and_pharmaceutical_products

303. Intersectoral Action for Health: A Primer - World Health Organization. URL: https://www.who.int/pmnch/media/publications/aonsectionIII_2.pdf
304. Intersectoral Governance for Health in All Policies: Structures, Actions and Experiences - European Observatory on Health Systems and Policies. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6726093/>
305. John A. Vernon. Drug Research and Price Controls. URL: <https://www.jstor.org/stable/10.1086/426882>
306. Journal of Health Politics, Policy and Law: Governance and Health System Strengthening in Pakistan: Bridging the Gap Between Evidence and Policy URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7272901/>
307. Journal of Public Health Policy: Integrated Health Systems: What Promises and What Pitfalls? URL: <https://link.springer.com/article/10.1057/s41271-020-00256-3>
308. Kryshchanovych, M., Petrovskyi, P., Khomyshyn, I., Bezina, I., Serdechna, I. Peculiarities of Implementing Governance in the System of Social Security. *Business, Management and Education*. 2020. Vol. 18. No1, pp.142-156.
309. La politique du médicament en France Aspects historiques et réglementaires. URL: <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-de-la-politique-du-medicament-en-france.pdf>
310. Labonte R, Schrecker T. Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background (part 1 of 3). *Global Health*. 2007;3(5):1-11.
311. Lezotre Pierre-Louis. International Cooperation, Convergence and Harmonization of Pharmaceutical Regulations, 2014. Academic Press. 376p. doi: 10.1016/B978-0-12-800053-3.00004-5
312. Litvack J, Ahmad J, Bird R. Rethinking Decentralization in Developing Countries. Washington DC; 1998.

313. London J.D. The promises and perils of hospital autonomy. Reform by decree in Viet Nam. Soc Sci Med. Elsevier Ltd; 2013;96: 232–240. №32.
314. Mackenbach JP, Kulhanova I, Menvielle G, Bopp M, Borrell C, Costa G, Deboosere P, Esnaola S, Kalediene R, Kovacs K, Leinsalu M, Martikainen P, Regidor E, Rodriguez-Sanz M, Strand BH, Wojtyniak B, Östergren O, Lundberg O. Trends in inequalities in mortality amenable to health care in 17 European countries. Health Aff (Millwood). 2017;36(6):1110-1118. doi:10.1377/hlthaff.2016.1650
315. Mackenbach JP, McKee M. A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries. Eur J Public Health. 2013 Jun;23(3):195-201.
316. Marc Mitchell, & Lena Kan. Digital Technology and the Future of Health Systems. *Health Systems & Reform*. 2019. № 5. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2019.1583040>
317. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M. Fair society, healthy lives: the Marmot review. London: University College London; 2010. URL: <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf>
318. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Lancet. 2008;372(9650):1661-1669. doi:10.1016/S0140-6736(08)61690-6
319. Marmot M, Wilkinson RG, editors. Social Determinants of Health. Oxford University Press; 2006.
320. Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet. 2005 Nov 5-11;366(9494):1099-104.
321. Medicaid. URL: <https://www.medicaid.gov/>
322. Mehta S., Grant K., Ackery A. Future of blockchain in healthcare: potential to improve the accessibility, security and interoperability of electronic health records. *BMJ Health & Care Informatics*. 2020. URL: <https://doi:10.1136/bmjhci-2020-100217>

323. Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. *Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experience*. Geneva: World Health Organization. 1990.
324. Ministry of Health. Kenya Health Sector Strategic and Investment Plan (KHSSP) July 2013-June 2017. 2013. №10
325. Ministry of Healthcare of Ukraine (2015), Order "On Approval of Regulatory Documents on the Application of Telemedicine in the Health Care", URL: [https:// zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15).
326. Monique F. Mrazek. Comparative Approaches to Pharmaceutical Price Regulation in the European Union Croatian Medical Journal. 2002. № 43(4). P. 453-461.
327. Moon S. Defining the concept of fair pricing for medicines. BMJ. 2020; 368: l4726 doi: 10.1136/bmj.l4726
328. Mwabu G. Health care reform in Kenya: a review of the process. Health Policy (New York). 1995;32: 245–55.
329. Ndavi PM, Ogola S, Kizito PM, Johnson K. Decentralizing Kenya's Health Management System: An Evaluation. Calverton, Maryland; 2009. №1.
330. OECD Health Policy Studies: Improving Health Sector Efficiency: The Role of Information and Communication Technologies URL: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/improving-health-sector-efficiency_9789264266414-en
331. Office of Regulatory Affairs. URL: <https://www.fda.gov/aboutfda/fda-organization>
332. Ollila, Baum et al. (2013), адаптировано из рабочих определений ВОЗ для 8-й Глобальной конференции по укреплению здоровья, Хельсинки, 10–14 июня 2013 г.
333. Orlova N., Mokhova I., Diegtiar O., Khomutenko O. Methodology of the electronic government evaluation of the european union countries based on taksonometric

method. *33rd IBIMA Conference* (Granada, 10-11 April 2019). Granada, Spain. 2019, p. 505-516.

334. Oyaya OC, Rifkin BS. Health sector reforms in Kenya: An examination of district level planning. *Health Policy* (New York). 2003;64.

335. Pablo Villalobos Dintrans. Why Health Reforms Fail: Lessons from the 2014 Chilean Attempt to Reform. *Health Systems & Reform*. 2019. № 5. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2019.1589916>

336. Palmer S, Torgerson DJ. 1999. Definitions of efficiency. *BMJ* (Clinical Research ed.) 318: 1136.

337. Panda, B.; Thakur, H.P. Decentralization and health system performance—a focused review of dimensions, difficulties, and derivatives in India. *BMC Health Serv. Res.* 2016, *16*, 1–14.

338. Panda, B.; Thakur, H.P. Decentralization and health system performance—a focused review of dimensions, difficulties, and derivatives in India. *BMC Health Serv. Res.* 2016, *16*, 1–14.

339. Prada, M.; Popescu, D.; Bungau, C.; Pancu, R.; Bungau, C. Parametric studies on European 20-20-20 energy policy targets in university environment. *J. Environ. Prot. Ecol.* 2017, *18*, 1146–1157

340. Public Administration Review: Collaborative Governance in the Public Sector: Lessons Learned and Future Directions URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/puar.13002>

341. Raisa Berlin Deber. Health Care Reform: Lessons From Canada. *Am J Public Health*. 2003. № 93(1), pp. 20-24.

342. Raymond Gilmartin. The Impact of Economic and Political Factors on Pharmaceutical Innovation, 1998 CMR International Annual Lecture (London: CMR, 1998); Gambardella, “Global Competitiveness”

343. Roberts M. J, Hsiao W., Berman P. et al. Getting health reforms right: A guide to improving performance and equity . *Oxford: Oxford University Press*, 2004. 332 p.

344. Rondinelli DA, Cheema GS, Nellis J. 1983. Decentralization in developing countries: a review of recent experience. World Bank Staff Working Paper No.581. Washington, DC: World Bank. №52

345. Ryan K. Teaching social sciences to undergraduate pharmacy students: an international survey. *Pharm Educ*. 2007. №.7. P. 1-9.

346. Social protection for recovery: Europe and central Asia economic update, fall 2022. Washington (DC): World Bank; 2022 URL: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/38098>.

347. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization; 2010. URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf

348. Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2010. URL: https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf

349. Solar O, Irwin A. Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2010. https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforanalysisandactiononSDH_eng.pdf

350. Statistiken zur Pharmaindustrie in der Schweiz. URL: <https://de.statista.com/themen/3074/pharmaindustrie-in-der-schweiz>

351. Stopping attacks on health care [вебсайт]. Geneva: World Health Organization; 2022. URL: [https:// www.who.int/activities/stopping-attacks-on-health-care](https://www.who.int/activities/stopping-attacks-on-health-care).

352. Sumah AM, Baatiema L, Abimbola S. (2016). The impacts of decentralisation on health-related equity: a systematic review of the evidence. *Health Policy* 120: 1183–92.

353. Tarko V. 2017. *Elinor Ostrom: An Intellectual Biography*. London: Rowman & Littlefield International.

354. The European Union and Health Services - European Commission. URL: https://ec.europa.eu/health/overview/policy/healthcare_services_en

355. The International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use (ICH) Guidelines. URL: <https://www.ich.org/page/ich-guidelines>

356. The Lancet: Public leadership for public health in the era of COVID-19 - URL: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31199-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31199-7/fulltext)

357. The Pharmaceuticals and Medical Devices Agency. URL: <https://www.pmda.go.jp/english/index.html>

358. The Role of Intersectoral Action in Primary Health Care: A Systematic Review - World Health Organization. URL: https://www.who.int/healthsystems/hss_hf_2005_2.pdf

359. The role of the pharmacist in the health care system. Preparing the future pharmacist: Geneva: 2007. № 599.

360. The Social Determinants of Health: Key Concepts and Recommended Actions for Policy-Makers. Policy Brief. World Health Organization, 2011. URL: https://www.who.int/sdhconference/resources/PolicyBrief_English.pdf

361. The UN High-Level Meeting (UN HLM) on Universal Health Coverage, 23 September 2019, New York. URL: <https://www.uhc2030.org/un-hlm-2019/>

362. Tiebout CM. 1956. A pure theory of local expenditures. *Journal of Political Economy* 64: 416–24. №58.

363. Total value of medical drug production in Japan from 2009 to 2018. URL: <https://www.statista.com/statistics/739179/total-drug-production-valuejapan/>

364. Traditional, complementary and integrative medicine. Geneva: World Health Organization; 2020 URL: <https://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/about/en/>

365. UK Department of Health. The pharmaceutical price regulation scheme, 1999. London: Department of Health.

366. Ukraine internal displacement report: general population survey, round 9, 26 September 2022. Geneva: International Organization for Migration; 2022 URL: <https://dtm.iom.int/reports/ukraine-%E2%80%94%E2%80%94internal-displacement-report-%E2%80%94general-population-survey-round9-17-26-september>.

367. Ukraine internal displacement report: general population survey, round 8, 23 August 2022. Geneva: International Organization for Migration; 2022 URL: <https://dtm.iom.int/reports/ukraine-%E2%80%94%E2%80%94internal-displacement-report-%E2%80%94general-population-survey-round8-17-23-august>.

368. Ukraine refugee situation: 19 October 2022. In: Operational Data Portal. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2022 URL: <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine>.

369. Ukraine: civilian casualty update 24 October 2022. In: News Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights; 2022. URL: <https://www.ohchr.org/en/news/2022/10/ukrainecivilian-casualty-update-24-october-2022>.

370. Universal health coverage (UHC) 2019 URL: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

371. Valérie Paris and Elizabeth Docteur. Pharmaceutical pricing and reimbursement policies in Switzerland. OECD health working papers no. 27. DELSA/HEA/WD/HWP. (2007)3. URL: <https://www.oecd.org/switzerland/38868953.pdf>

372. Verordnung über die Arzneimittel (Arzneimittelverordnung, VAM) vom 21. September 2018. URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classifiedcompilation/20173471/index.html>

373. Verordnung über die Arzneimittelwerbung (ArzneimittelWerbeverordnung, AWV) vom 17. Oktober 2001. URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20011778/index.html>

374. Vincent R. Okungu, & Diane McIntyre. Does the Informal Sector in Kenya Have Financial Potential to Sustainably Prepay for Health Care? Implications for Financing Universal Health Coverage in Low-Income Settings. *Health Systems & Reform*. 2019. № 5. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2019.1583492>

375. Volmer D., Vendla R., Vetka A. et.al. Ann. Pharmacother. 2008. № 42(7). P. 1104-1111.

376. Vovk S. M. A prerequisite for modernization of the medical aid system in Ukraine. International Scientific Conference Innovative Potential of SocioEconomic Systems: the Challenges of the Global World, Part II, December 22th, 2017. Lisbon, Portugal. Baltija Publishing. 128 pages.

377. Wettbewerbskommission. URL: <https://www.weko.admin.ch/weko/de/home.html>

378. Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet*. 2001;358:833-836.

379. Whitehead M. 1992. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services* 22: 429–45.
380. Whitehead M. A typology of actions to tackle social inequalities in health. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(6):473-478. doi:10.1136/jech.2005.037242
381. WHO guideline on country pharmaceutical pricing policies. 2-nd ed. Geneva : WHO, 2020. 48 p.
382. WHO Model Lists of Essential Medicines World Health Organization URL: <https://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>
383. Working Party on Social and Behavioural Science Report. London, UK: The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. Режим доступу: www.rpsgb.org.uk/pdfs/coun0408-C-60.pdf
384. World Bank. Україна: Швидка оцінка завданої шкоди та потреб на відновлення Washington, D.C.: World Bank Group. URL: <http://documents.worldbank.org/curated/en/099445109072232395/P1788430c59f110920ae4d04bd31d82c530>.
385. World Health Organization (Who) URL: <https://www.unbrussels.org/world-health-organization-who/>.
386. EU industry week 2021: local events organised in partnership with the european commission URL: <https://unbrussels.org/eu-industry-week-2021-investment-promotion-as-driver-of-competitiveness-and-sustainable-development/>.
387. UN principals at the european development days URL: <https://unbrussels.org/un-principals-at-the-european-development-days/>.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Довідки про впровадження

029925

Приватне акціонерне товариство
«Вищий навчальний заклад
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА
АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ
ПЕРСОНАЛОМ»



The Private Joint-Stock Company
«Higher Education Institution
«Interregional
Academy
of Personnel Management»

Україна, 03039, Київ-39, вул. Фрометівська, 2,
Тел. +38 (044) 490-95-00, maup.com.ua
e-mail: iapm@iapm.edu.ua

2, Frometivs'ka Str., 03039 Kyiv, Ukraine,
Tel. +38 (044) 490-95-00, maup.com.ua
e-mail: iapm@iapm.edu.ua

"28" квітня 2023 № 5607/1

ДОВІДКА

про впровадження результатів наукової роботи
докторанта кафедри публічного адміністрування
Шевчука Романа Володимировича

Дослідження Шевчук Р.В. на тему "Розвиток механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в сучасній Україні" виконане відповідно до наукової теми НДР Міжрегіональної академії управління персоналом "Дослідження теоретико-методологічних основ розвитку української державності в контексті світових модернізаційних процесів формування національних громадянських суспільств: політичний, юридичний, економічний, соціальний, психологічний та управлінський аспекти" (державний реєстраційний номер 0119U100492).

У рамках даної наукової теми НДР Шевчук Р.В. провів аналіз нормативно-правової бази у сфері охорони здоров'я, визначив пріоритетні державні проекти у сфері розвитку охорони здоров'я та основні напрями їх реалізації, зокрема: створення оперативного інформаційного механізму раннього попередження ризиків для здоров'я, інтегрованого з іншими структурами, залученими до реагування на надзвичайні ситуації, та міжнародними системами раннього попередження (ВООЗ, СС); спільне виробництво у партнерстві з міжнародними виробниками модульних лікарень європейського зразка для оперативного відновлення медичної допомоги населенню під час відбудови інфраструктури зруйнованих закладів охорони здоров'я.

Докторант сформулював перешкоди на шляху впровадження механізмів управління громадським здоров'ям, відмітив основні причини низької якості та ефективності медичних послуг для громадян. Методологічне значення має проведене здобувачем емпіричне дослідження сучасного стану сфери охорони здоров'я в Україні. Опитування проводилося через соціальні мережі та цільові групи у менеджерах. У дослідженні взяли участь три групи респондентів: споживачі медичних послуг, публічні службовці медичної галузі, медичні працівники різного рівня кваліфікації ць напрямку діяльності.

Науковий керівник теми НДР,

доктор політичних наук, професор



М.Ф. Головатий

ДОВІДКА

про результати дисертаційного дослідження

Шевчука Романа Володимировича

«Розвиток механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в сучасній Україні»,

що представлена на здобуття наукового ступеня доктора наук з державного управління за спеціальністю

25.00.02 –механізми державного управління

Результати досліджень дисертанта спрямовані на розробку соціальної програми державних гарантій у сфері охорони здоров'я на середньострокову перспективу, що детермінується на основі принципу універсального охоплення населення медичною допомогою.

В роботі проведено узагальнення щодо критеріїв визначення пріоритетних проєктів у сфері розвитку охорони здоров'я за результатами контент-аналізу актуальних державних проєктів та змістом необхідних заходів для їх реалізації (створення оперативного інформаційного механізму раннього попередження ризиків для здоров'я та надзвичайних ситуацій (інтегрованого з іншими структурами, залученими до реагування на надзвичайні ситуації), змістом міжнародних систем раннього попередження (ВООЗ, ЄС та ін.); інструментами стимулювання та розвитку практико-орієнтованої підготовки студентів у галузі охорони здоров'я; рівнем оперативного відновлення медичної допомоги населенню під час відбудови інфраструктури зруйнованих закладів охорони здоров'я тощо.

Пропозиції здобувача щодо забезпечення регулярної зовнішньої оцінки діяльності закладів охорони здоров'я з наступною публікацією результатів для впровадження системи забезпечення якості у галузі охорони здоров'я та належної комунікації з громадськістю, можуть бути корисними при формуванні стратегічних планів розвитку установ, мають потенційну можливість для реалізації в найближчий час.

Перспективне впровадження результатів дослідження Шевчука Р.В. має практичну значимість і доцільність для вдосконалення системи публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні.

Заступник директора з наукової роботи
Інституту експериментальної патології,
онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького
НАН України, к.б.н., ст.д.



І.М. Воейкова

Завідувач відділу менеджменту наукових досліджень та інновацій Інституту експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України, к.б.н., с.н.с.

Т.В. П'ятчаніна

**Благодійна організація
«БЕРДИЧІВСЬКИЙ БЛАГОДІЙНИЙ
ФОНД «ОБЕРІГ-26»**

м. Бердичів, вул. Європейська, 81
ПАТ КБ «Приватбанк»
p/pUA933052990000026003046403616
МФО: 311744
ОКПО: 39452692

тел. +38 097-250-87-11

№ 29/ від «05» Травня 2022р.

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Шевчука Романа Володимировича**

«Розвиток механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в
сучасній Україні»,
що представлена на здобуття наукового ступеня доктора наук з державного
управління за спеціальністю
25.00.02 – механізми державного управління

Результати досліджень дисертанта, отримані при виконанні його дисертаційної роботи «Розвиток механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в сучасній Україні» були використані у діяльності благодійної організації «Бердичівський Благодійний фонд «ОБЕРІГ – 26».

Зокрема, запропоновані автором інструменти публічно-приватного партнерства в галузі охорони для залучення приватного сектору до надання медичних послуг (з метою забезпечення доступності та якості такої допомоги, сприяння інноваціям та ефективному використанню ресурсів) виявилися цінними у плануванні розвитку та нових напрямків діяльності організації. Це дозволило розширити коло надійних партнерів, забезпечити стабільність фінансування діяльності та ефективний контроль, зміцнити організаційний потенціал установи, сприяло створенню необхідних умов для розбудови системи громадського нагляду за діяльністю закладу, модернізації системи моніторингу.

Узагальнення здобувача важливі для формування системи відповідальності за стан громадського здоров'я всіх складових суспільства: держави, підприємств, громадян при координуючій ролі МОЗ України та органів управління охорони здоров'я ОДА, органів місцевого самоврядування субрегіонального рівня; забезпечення справедливого розподілу тягаря витрат на охорону здоров'я з диверсифікацією джерел фінансування галузі.

**Керівник
БО «ББФ «Оберіг-26»**



І.Л. Піскун



13 вересня 2023 року

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Шевчука Романа Володимировича
«Розвиток механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в
сучасній Україні»**

що представлена на здобуття наукового ступеня доктора наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 – механізми державного управління

Результати досліджень дисертанта, отримані при виконанні його дисертаційної роботи «Розвиток механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в сучасній Україні» були використані при підготовці рекомендацій наукового семінару «Актуальні питання якості медичної галузі». Представлені результати щодо забезпечення регулярної зовнішньої оцінки діяльності закладів охорони здоров'я з наступною публікацією результатів для впровадження системи забезпечення якості у галузі охорони здоров'я та належної комунікації з громадськістю в поєднанні з адаптацією відповідних документів Європейського Союзу в нормативно-правову систему України для реалізації програм розвитку та участі у програмах підтримки та співпраці з ЄС - є практичним інтересом в рамках євроінтеграційного курсу держави.

Зокрема шляхом переходу від державного до публічного управління на всіх рівнях управління, в тому числі у сфері охорони здоров'я на засадах організаційно-правового механізму за стандартами місцевої та регіональної демократії ЄС можливо за допомогою широкого кола зацікавлених сторін громадянського суспільства, наукового співтовариства, академічних кіл, благодійних організацій та фондів, парламентарів, місцевих органів влади, волонтерів та інших зацікавлених учасників, які грають важливу роль у мобілізації та спільному використанні знань, досвіду, технологій й фінансових ресурсів, доповнюють зусилля Уряду і сприяють вдосконаленню механізмів публічного управління та адміністрування в Україні.

Узагальнення здобувача важливі для формування системи відповідальності за стан громадського здоров'я всіх складових суспільства: держави, підприємств, громадян при координуючій ролі МОЗ України та органів управління охорони здоров'я ОДА, органів місцевого самоврядування субрегіонального рівня; забезпечення справедливого розподілу тягаря витрат на охорону здоров'я з диверсифікацією джерел фінансування галузі.

В.о. директора,

доктор філософії з галузі публічне

управління та адміністрування



Н.І. Соколовська



НАРОДНИЙ ДЕПУТАТ УКРАЇНИ

Савченко Ольга Станіславівна

01008, м. Київ, вул. Грушевського, 5

Вих. № 50-01/62

_____ 2023 р.

Для надання до спеціалізованої
вченої ради за місцем захисту
дисертації

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Шевчука Романа Володимировича

«Розвиток механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в сучасній Україні», що представлена на здобуття наукового ступеня доктора наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 – механізми державного управління

Результати досліджень дисертанта, які отримані при виконанні його дисертаційної роботи «Розвиток механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в сучасній Україні» були використані у моїй діяльності, як народного депутата України, під час опрацювання законопроектів, що регулюють питання публічного управління у сфері охорони здоров'я.

У громадському обговоренні проєктів розвитку регіональної системи охорони здоров'я та розбудові мережі центрів громадського здоров'я були використані пропозиції здобувача щодо розвитку медичної інфраструктури, підтримки громадського здоров'я та профілактики захворювань, фізичного та психічного благополуччя населення в контексті забезпечення цілей сталого розвитку, рівного доступу до якісних медичних послуг, сталого управління медичними відходами. У роботі місцевих закладів охорони здоров'я

застосований запропонований здобувачем плюральний підхід до кадрового забезпечення в системі охорони здоров'я, здійснення безперервного навчання кадрів у галузі, компетентісного підходу у організації добору й підготовки керівних кадрів, розбудови системи професійного самоврядування.

Народний депутат України



О. Савченко

ДОДАТОК Б

Основні нормативно-правові акти в системі забезпечення охорони здоров'я

№ з\п	Назва документу	Основний зміст
Закони України		
1	“Основи законодавства України про охорону здоров'я” № 2801-XII від 19 листопада 1992 року	медична термінологія, регламентація прав та обов'язків громадян у сфері охорони здоров'я, економічні та спеціалізовані основи організації охорони здоров'я, забезпечення здорових і безпечних умов життя, форми та способи надання медичної допомоги, забезпечення лікарськими та протезними засобами, охорона здоров'я матері та дитини, медико-санітарне забезпечення санаторно-курортної діяльності і відпочинку, медична експертиза, медична і фармацевтична діяльність, міжнародне співробітництво
2	“Про лікарські засоби” № 123/96-ВР від 04 квітня 1996 року	медична термінологія, створення лікарських засобів, виробництво лікарських засобів, державний контроль якості лікарських засобів, ввезення в Україну та вивезення з України лікарських засобів, реалізація лікарських засобів
3	“Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” № 2168-VIII від 19 жовтня 2017 року	медична термінологія, принципи програми медичних гарантій, права пацієнтів у сфері державних фінансових гарантій, функції уповноваженого органу, умови договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, функціонування електронної системи охорони здоров'я
4	“Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості” № 2206-VIII від 14 листопада 2017 року	регулювання найбільш слабкої ланки медичного забезпечення – охорони здоров'я громадян, які мешкають в сільській місцевості. Квінтесенцією цього Закону є заходи, які заплановано до реалізації в сільській місцевості
5	“Про внесення змін до деяких законів України щодо ліквідації штучних бюрократичних бар'єрів та корупційних чинників у сфері	ліквідація штучних бюрократичних бар'єрів та корупційних чинників у сфері охорони здоров'я, зокрема, скорочення часу виведення на ринок України генеричних лікарських засобів, створення правових умов для ввезення на митну територію України незареєстрованих лікарських засобів, необхідних для медичного забезпечення громадян України - учасників міжнародній операції з підтримання миру і безпеки, усунення бар'єрів у розвитку системи служби крові, створення сприятливих умов для ввезення вітчизняними фармацевтичними

№ з\п	Назва документу	Основний зміст
	охорони здоров'я" № 644-IX від 02 червня 2020 року	виробниками на територію України наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у вигляді фармацевтичних субстанцій для власного виробництва ліків.
6	“Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я” № 1053-IX від 03 грудня 2020 року	визначає правові, організаційні та економічні засади проведення реабілітації особи з обмеженнями повсякденного функціонування у сфері охорони здоров'я з метою досягнення та підтримання оптимального рівня функціонування у її середовищі.
7	“Про систему громадського здоров'я, № 2573-IX від 06 вересня 2022 року	визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні з метою зміцнення здоров'я населення, запобігання хворобам, покращення якості та збільшення тривалості життя, регулює суспільні відносини у сфері громадського здоров'я та санітарно-епідемічного благополуччя населення, визначає відповідні права і обов'язки державних органів та органів місцевого самоврядування, юридичних і фізичних осіб у цій сфері, встановлює правові та організаційні засади здійснення державного нагляду (контролю) у сферах господарської діяльності, які можуть становити ризик для санітарно-епідемічного благополуччя населення.
8	“Про внесення змін до Закону України “Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ” щодо застосування сучасних підходів до профілактики, тестування і лікування ВІЛ-інфекції відповідно до керівних документів Всесвітньої	відповідно до норм міжнародного права визначає порядок правового регулювання діяльності у сфері профілактики, лікування, догляду і підтримки, необхідних для забезпечення ефективної протидії поширенню хвороби, зумовленої вірусом імунодефіциту людини, та відповідні заходи щодо правового і соціального захисту людей, які живуть з ВІЛ

№ з\п	Назва документу	Основний зміст
	організації охорони здоров'я, № 2869-IX від 12 січня 2023 року	
Національна стратегія		
9	“Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 рр.” від 24 липня 2014 року	показники здоров'я та стан системи охорони здоров'я України, цілі, цінності та основні завдання системи охорони здоров'я України, нова архітектура системи охорони здоров'я в Україні та стратегічні можливості, які надає побудова такої архітектури, сфера надання послуг, сфера фінансування охорони здоров'я, сфера управління, інституційне перепрофілювання діяльності системи охорони здоров'я
Розпорядження, Постанови КМУ		
10	“Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми “Здоров'я 2020: український вимір” № 1164-р від 31 жовтня 2011 року	імплементация європейських стандартів управління охороною здоров'я в Україні. організація системи охорони здоров'я, заходи боротьби з передчасною смертністю, врахування соціально-економічного стану країни, культурно-етнічних та історичних традицій, стан медико-демографічної ситуації, розвиток системи охорони здоров'я і визначення впливу соціальних детермінант на стан здоров'я населення, здійснення заходів щодо зміцнення здоров'я та профілактики захворювань, а також підвищення ефективності лікування та реабілітації
11	“Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення” № 391 від 28 березня 2018 року	вимоги до надавачів медичних послуг, які є обов'язковими для укладення договорів про медичне обслуговування населення. Серед таких вимог, зокрема наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики; наявність матеріально-технічної бази, необхідної для надання медичних послуг за договором, яка відповідає вимогам галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я тощо. Встановлення чітких вимог до надавачів медичних послуг дозволить забезпечити укладення договорів про медичне обслуговування населення лише з тими надавачами, які мають право надавати такі послуги і володіють необхідним оснащенням для надання таких послуг, що сприятиме підвищенню якості медичного обслуговування населення та раціональному використанню бюджетних коштів.
Накази МОЗ України		

№ з\п	Назва документу	Основний зміст
12	“Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров’я” № 681 від 19 жовтня 2015 року	нова термінологія розвитку телемедицини, визначені мета та завдання телемедицини, функції та можливості мереж телемедицини, засоби використання мереж телемедицини, напрями ресурсного забезпечення телемедицини, механізми проведення телемедичного консультування
13	Про затвердження Порядку надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини, реабілітаційної допомоги із застосуванням телереабілітації на період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях № 1695 від 17 вересня 2022 року	визначає механізм організації та забезпечення надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини, реабілітаційної допомоги із застосуванням телереабілітації, який поширюється на заклади охорони здоров’я (незалежно від форми власності та підпорядкування) та фізичних осіб - підприємців, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики (далі - суб’єкти господарювання) у період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях та протягом шести місяців після його припинення чи скасування.

ДОДАТОК В

Визначення пріоритетних державних проєктів у сфері розвитку охорони здоров'я та основних напрямів їх реалізації у контексті нормативно-правового регулювання

№ з/п	Опис державного проєкту у сфері розвитку охорони здоров'я	Зміст необхідних заходів для реалізації проєктів
1	Створення операційного інформаційного механізму раннього оповіщення про ризики та надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я, інтегрований з іншими структурами, залученими до реагування на надзвичайні ситуації, та міжнародними системами операційного оповіщення (ВООЗ, ЄС та інші).	Прийняти Закони України: “Про систему громадського здоров'я” (р.№ 4142); “Про біологічну безпеку та біологічний захист”. Врегулювати питання системної готовності та реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я. Застосування координаційної та міжсекторальної платформи “Єдине здоров'я”. Врегулювати питання системи готовності та реагування на надзвичайні ситуації в сфері громадського здоров'я. Заснування координаційної міжсекторальної платформи із залученням всіх стейкхолдерів у сфері ініціативи “Єдине здоров'я” як дорадчого органу щодо питань здоров'я у надзвичайних ситуаціях. Розроблення та затвердження національного між секторальної платформи. Створення операційного центру з надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я, синхронізованого з національними та міжнародними (ВООЗ, ЄС) системами попередження та реагування; Проведення стимуляційних навчань для працівників сфери громадського здоров'я та охорони здоров'я щодо системи раннього оповіщення плану готовності до надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я, визначення ролі і відповідальності уповноважених органів, у тому числі ЦГЗ та регіональних центрів контролю та профілактики захворювань
2	Стимулювання та розвиток практико-орієнтованого навчання для здобувачів освіти у галузі охорони здоров'я	Розробити нормативні вимоги до стимуляційних центрів навчання практичним навичкам студентів ЗВО
3	Виробництво модульних лікарень європейського зразку. Локалізація в Україні та спільне виробництво у партнерстві з міжнародними виробниками модульних лікарень європейського зразку для швидкого відновлення медичного обслуговування населення на період відбудови інфраструктури зруйнованих закладів охорони	Виробництво модульних лікарень європейського зразку. Локалізація в Україні та спільне виробництво у партнерстві з міжнародними виробниками модульних лікарень європейського зразку для якнайшвидшого відновлення медичного обслуговування населення на період відбудови інфраструктури зруйнованих закладів охорони здоров'я

№ з/п	Опис державного проєкту у сфері розвитку охорони здоров'я	Зміст необхідних заходів для реалізації проєктів
	здоров'я	
4	Створення національного тренінгового центру на базі Центру громадського здоров'я для постійного професійного розвитку та посилення практичних навичок фахівців системи громадського здоров'я	Необхідність прийняття: Закону про систему громадського здоров'я; Закону про біологічну безпеку та біологічний захист. Врегулювати питання системи готовності та реагування на надзвичайні ситуації в сфері громадського здоров'я. Заснування координаційної міжсекторальної платформи із залученням всіх стейкхолдерів у сфері ініціативи "Єдине здоров'я" як дорадчого органу щодо питань здоров'я у надзвичайних ситуаціях Розроблення та затвердження національного плану готовності до надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я, визначення ролі і відповідальності уповноважених органів, у тому числі ЦГЗ та регіональних центрів контролю та профілактики захворювань
5	Створення національної мережі лабораторій громадського здоров'я з 4 лабораторіями BSL-3 рівня (рівень біобезпеки) та 1 рівня хімічної безпеки для національної мережі реагування 24/7 (Харків, Одеса, Львів, Київ) та 21 лабораторіями BSL-2 (рівень біобезпеки) та 2 рівня хімічної безпеки	Необхідність прийняття: Закону про систему громадського здоров'я (р. № 4142); Закону про біологічну безпеку та біологічний захист. Врегулювати питання системи готовності та реагування на надзвичайні ситуації в сфері громадського здоров'я. Заснування координаційної міжсекторальної платформи із залученням всіх стейкхолдерів у сфері ініціативи "Єдине здоров'я" як дорадчого органу щодо питань здоров'я у надзвичайних ситуаціях Розроблення та затвердження національного плану готовності до надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я, визначення ролі і відповідальності уповноважених органів, у тому числі ЦГЗ та регіональних центрів контролю та профілактики захворювань
6	Забезпечення інтеграції електронної системи охорони здоров'я з ключовими державними реєстрами	Ухвалення відповідних актів Кабінету Міністрів України та наказів МОЗ, підписання угод про інформаційну взаємодію
7	Утворити національну інституцію з питань якості в охороні здоров'я і безпеки пацієнтів та забезпечити регулярну зовнішню оцінку діяльності ЗОЗ з публікацією результатів та впровадження системи забезпечення якості в охороні здоров'я на всіх рівнях (національному, регіональному та інституційному)	необхідність розробки та затвердження наступних НПА: Проєкт Закону про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо (1) забезпечення якості медичної допомоги; (2) визначення, суб'єктів та об'єктів зовнішньої оцінки та експертизи якості медичної допомоги та безпеки пацієнтів (в т.ч. медична помилка, дефект, інцидент, неякісна медична допомога) зміни до Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я"; зміни до Закону України "Про оренду державного та комунального майна"; зміни до Закону України "Про лікарські засоби"; зміни до Постанови Кабінету Міністрів України від 14 вересня 2005 р. № 902

№ з/п	Опис державного проєкту у сфері розвитку охорони здоров'я	Зміст необхідних заходів для реалізації проєктів
		“Про затвердження Порядку здійснення державного контролю якості лікарських засобів, що ввозяться в Україну”; зміни до Наказу МОЗ України від 26.08.2005 № 426 “Про затвердження Порядку проведення експертизи реєстраційних матеріалів на лікарські засоби, що подаються на державну реєстрацію (перереєстрацію), а також експертизи матеріалів про внесення змін дореєстраційних матеріалів протягом дії реєстраційного посвідчення”; Зміни до Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, затвердженого наказом МОЗ України від 19.07.2005 № 360

ДОДАТОК Д

Інформація щодо зміни кількості медичного персоналу
(порівняння за період з січня по листопад 2022 року)

№ з/п	Назва області	Середній медичний персонал		Лікарі спеціалісти		Лікарі ПМД	
		Різниця	Зміни, %	Різниця	Зміни, %	Різниця	Зміни, %
1	Вінницька	655	11,6	127	2,9	72	7,3
2	Волинська	233	4,9	199	7,3	41	5,9
3	Дніпропетровська	700	6,1	340	4,1	101	5,2
4	Донецька	-26	-0,4	-38	-0,9	-18	-1,9
5	Житомирська	254	4,5	192	6,2	16	1,9
6	Закарпатська	261	5,7	87	3,0	28	2,4
7	Запорізька	152	2,1	92	1,8	26	2,2
8	Івано- Франківська	384	5,4	116	2,4	26	2,2
9	Київська	593	11,5	256	7,2	97	7,9
10	Кіровоградська	227	5,7	133	5,8	47	8,7
11	Луганська	-7	-0,3	16	1,1	-19	-5,5
12	Львівська	247	1,8	499	5,9	69	3,5
13	м.Київ	862	7,7	1010	6,8	286	11,7
14	Миколаївська	259	6,5	38	1,6	15	2,4
15	Одеська	271	3,4	206	3,3	64	4,3
16	Полтавська	717	12,1	181	4,4	46	48
17	Рівненська	646	11,7	206	6,6	32	3,9
18	Сумська	474	9,5	169	5,9	15	2,0
19	Тернопільська	582	10,7	102	2,9	27	3,7
20	Харківська	362	4,0	12	0,2	11	0,7
21	Херсонська	42	1,1	1,0	-1	-1	-0,2
22	Хмельницька	469	7,8	159	4,6	39	4,2

23	Черкаська	543	10,0	173	6,1	49	6,6
24	Чернівецька	-73	5,7	-7	-0,3	7	1,2
25	Чернігівська	134	2,8	177	5,4	9	1,4
Загалом		8961	5,7	4467	4,0	1080	4,2

Таблицю сформовано за даними джерела [НСЗУ].

ДОДАТОК Є

АНКЕТА

Споживачі медичних послуг

1. Наскільки Ви задоволені облаштуванням медичних закладів/лікувальних центрів у своїй громаді?

☐А) повністю задоволений(а);

☐Б) задоволений(а) частково;

☐В) не задоволений(а).

2. Ви задоволені станом медичної інфраструктури у своїй громаді?

☐А) ні; ☐Б) так.

3. Зазначте стимулюючі фактори, для звернення до медичної установи:

☒А) вчасно проходжу всі перевірки та огляди;

☐Б) звертаюсь виключно за наявності гострої потреби;

☐В) не звертаюсь взагалі та не довіряю українським лікарям.

4. Наскільки Ви задоволені зворотнім зв'язком з вашим сімейним лікарем?

☐А) повністю задоволений(а);

☐Б) задоволений(а) частково;

☐В) не задоволений(а).

5. Чи медичній установі, де ви проходите обслуговування надається підтримка з бюджету (державного або місцевого)?

☐А) З бюджету забезпечуються усі потреби медзакладу;

☐Б) Кошти бюджету покривають більшу частину витрат;

☐В) З бюджету надходить дуже мало;

☐Г) Підтримка з бюджету не надається.

6. Чи підтримують спонсори медичний заклад, де ви отримуєте послуги?

☐А) спонсори забезпечують всі потреби;

☐Б) спонсори частково допомагають;

☐В) спонсорів немає.

7. Чи витрачаєте Ви власні кошти на отримання медичних послуг?

☐А) так, наша родина повністю покриває вартість медичних послуг власним коштом;

☐Б) так, наша родина частково покриває вартість медичних послуг;

☐В) ні, ми не витрачаємо власні кошти.

8. Чи вважаєте Ви, що в Україні підтримується мотивація та культура “своєчасного звернення до лікаря”, як чинника соціального благополуччя, збереження стану здоров’я та ведення здорового способу життя?

☐А) так;

☐Б) скоріше так, ніж ні;

☐В) скоріше ні, ніж так;

☐Г) ні.

9. Наскільки доступними для всіх верств населення є отримання медичних послуг різного рівня у вашій громаді?

☐А) повністю доступні;

☐Б) досить доступні;

☐В) посередньо доступні;

☐Г) мало доступні;

☐Д) недоступні взагалі.

10. Як Ви в цілому оцінюєте реалізацію державної політики у галузі охорони здоров’я?

☐А) схвалюю;

☐Б) частково не схвалюю;

☐В) не схвалюю.

11. Ваш вік (повних років):

- А) 18 – 24 роки;
- Б) 25 – 34 роки;
- В) 35 – 44 роки;
- Г) 35 – 44 роки;
- Д) 55 – 64 роки;
- Ж) 65 і більше.

12. Ваша стать:

- ☐ А) жінка;
- ☐ Б) чоловік.

13. Ви проживаєте:

- ☐ А) в сільській місцевості;
- ☐ Б) в місті з населенням до 50 тис. осіб;
- ☐ В) в місті з населенням 50 – 99 тис. осіб;
- ☐ Г) в місті з населенням 100 – 500 тис. осіб;
- ☐ Д) в місті з населенням понад 500 тис. осіб.

Медичні працівники

1. Наскільки Ви задоволені облаштуванням медичних закладів/лікувальних центрів у своїй громаді?

- ☐ А) повністю задоволений(а);
- ☐ Б) задоволений(а) частково;
- ☐ В) не задоволений(а).

2. Ви задоволені станом медичної інфраструктури у своїй громаді?

- ☐ А) ні; ☐ Б) так.

3. Зазначте стримуючі фактори, які впливають на пасивне ставлення людей до звернення до медичного закладу:

- ☐ А) вартість послуг та ліків;

☐Б) зручність розташування об'єктів медичної інфраструктури;

☐В) якість надання послуг.

4. Чи існуюча нормативна база реально заохочує Вас постійно підвищувати професійні знання і навички?

☐А) так є реальні стимули;

☐Б) частково заохочує;

☐В) зовсім не заохочує.

5. Чи існує прямий зв'язок між рівнем професійності медичного працівника та його заробітною платою?

☐А) існує прямий зв'язок;

☐Б) частково існує зв'язок;

☐В) немає зв'язку.

8. Чи вважаєте Ви, що в Україні підтримується мотивація та культура “своєчасного звернення до лікаря”, як чинника соціального благополуччя, збереження стану здоров'я та ведення здорового способу життя?

☐А) так;

☐Б) скоріше так, ніж ні;

☐В) скоріше ні, ніж так;

☐Г) ні.

9. Наскільки доступними для всіх верств населення є отримання медичних послуг різного рівня у вашій громаді?

☐А) повністю доступні;

☐Б) досить доступні;

☐В) посередньо доступні;

☐Г) мало доступні;

☐Д) недоступні взагалі.

8. Як Ви в цілому оцінюєте реалізацію державної політики у галузі охорони здоров'я?

- ☐А) схвалюю;
- ☐Б) частково не схвалюю;
- ☐В) не схвалюю.

10. Ваш вік (повних років)?

- ☐А) 18 – 24 роки;
- ☐Б) 25 – 34 роки;
- ☐В) 35 – 44 роки;
- ☐Г) 35 – 44 роки;
- ☐Д) 55 – 64 роки;
- ☐Є) 65 і більше;

11. Ваша стать:

- ☐А) жінка;
- ☐Б) чоловік.

12.. Ви проживаєте:

- ☐А) в сільській місцевості;
- ☐Б) в місті з населенням до 50 тис. осіб;
- ☐В) в місті з населенням 50 – 99 тис. осіб;
- ☐Г) в місті з населенням 100 – 500 тис. осіб;
- ☐Д) в місті з населенням понад 500 тис. осіб.

Публічні службовці медичної галузі

1. Наскільки Ви задоволені облаштуванням медичних закладів/лікувальних центрів у своїй громаді?

☐А) повністю задоволений(а);

☐Б) задоволений(а) частково;

☐В) не задоволений(а).

2. Ви задоволені станом медичної інфраструктури у своїй громаді?

☐А) ні; ☐Б) так.

3. Зазначте стримуючі фактори, які впливають на пасивне ставлення людей до звернення до медзакладу:

☐А) вартість послуг та ліків;

☐Б) зручність розташування об'єктів медичної інфраструктури;

☐В) якість надання послуг.

5. Наскільки доступними для всіх верств населення є отримання медичних послуг у вашому регіоні?

☐А) повністю доступні;

☐Б) досить доступні;

☐В) посередньо доступні;

☐Г) мало доступні;

☐Д) недоступні взагалі.

9. Наскільки доступними для всіх верств населення є отримання медичних послуг різного рівня у вашій громаді?

☐А) повністю доступні;

☐Б) досить доступні;

☐В) посередньо доступні;

☐Г) мало доступні;

☐Д) недоступні взагалі.

8. Як ви вважаєте, чи необхідно мати профільну медичну освіту для ефективного формування державної політики у цій сфері?

☐А) так, у мене є профільна медична освіта;

☐Б) ні, це не обов'язково.

8. Як Ви в цілому оцінюєте реалізацію державної політики у галузі охорони здоров'я?

☐А) схвалюю;

☐Б) частково не схвалюю;

☐В) не схвалюю.

6. Ваш вік (повних років)?

☐А) 18 – 24 роки;

☐Б) 25 – 34 роки;

☐В) 35 – 44 роки;

☐Г) 35 – 44 роки;

☐Д) 55 – 64 роки;

7. Ваша стать:

☐А) жінка;

☐Б) чоловік.

8. Ви проживаєте:

☐А) в сільській місцевості;

☐Б) в місті з населенням до 50 тис. осіб;

☐В) в місті з населенням 50 – 99 тис. осіб;

☐Г) в місті з населенням 100 – 500 тис. осіб;

☐Д) в місті з населенням понад 500 тис. осіб.