ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут управління, економіки та бізнесу
Кафедра публічного адміністрування

«Допущено до захисту»
Завідувач кафедри
_____
І.А.Семенець-Орлова
«____»_____2025 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти

на тему:

«ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ»

Виконала: студентка групи
Е-12-23-М1ПУА(2.0з)
спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»
Рутич Наталія Євгеніївна
Керівник: к.держ.упр., Телендій А.А.

Київ – 2025

АНОТАЦІЯ

Рутич Наталія Євгеніївна. «Державне управління системою охорони здоров'я: проблеми та шляхи вдосконалення».

Кваліфікаційна робота на здобуття рівня вищої освіти «магістр» із спеціальності «Публічне управління та адміністрування» - Міжрегіональна Академія управління персоналом – Київ. 2025

У кваліфікаційній роботі визначено теоретико-правові засади державного управління системою охорони здоров'я України. Проаналізовано організаційно-економічний механізм функціонування системи охорони здоров'я. Розкрито перспективи та стратегічні напрями вдосконалення державного управління охороною здоров'я.

Ключові слова: державне управління, сфера охорони здоров'я, суспільний розвиток, цифровізація, медична сфера, інформаційні системи.

SUMMARY

Rutych Nataliia. "Public Administration of the Healthcare System: Challenges and Directions for Improvement".

Thesis for obtaining the level of higher education "Master" in "Public Administration" - Interregional Academy of Personnel Management - Kyiv. 2025

The thesis defines the theoretical and legal foundations of public administration of the healthcare system in Ukraine. It analyzes the organizational and economic mechanism of the healthcare system's functioning. Furthermore, it outlines the prospects and strategic directions for improving the public administration of healthcare.

Key words: public administration, healthcare sector, social development, digitalization, medical sphere, information systems.

ЗМІСТ

ВСТУП 4

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ 7

1.1. Роль державної політики у сфері охорони здоров'я та її значення для суспільного розвитку 7

1.2. Законодавчі основи державного управління у сфері охорони здоров'я України 16

1.3. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України на період до 2030 року 19

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНИЙ МЕХАНІЗМ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я..... 25

2.1. Інституційний розвиток системи охорони здоров'я та цифровізація галузі 25

2.2. Організація фінансування системи охорони здоров'я: моделі, джерела, програми державних гарантій і медичного страхування 34

Основні положення Методики розрахунку тарифів МОЗ України 57

2.3. Проблемні питання реформування галузі та шляхи їх вирішення в контексті європейського досвіду 59

РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ ТА СТРАТЕГІЧНІ НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я67

3.1. Аналіз стану системи охорони здоров'я України станом на 2023 рік: виклики та здобутки..... 67

3.2. Перспективи розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року... 70

3.3. Міжнародний досвід, співпраця та впровадження інформаційних систем у сфері охорони здоров'я..... 77

ВИСНОВКИ..... 89

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....91

ВСТУП

Актуальність дослідження: охорона здоров'я завжди є особливо важливою складовою державного управління, з огляду впливу на розвиток всіх складових державного потенціалу, що викликає активний соціальний інтерес до дій публічних органів в даній сфері; зважаючи на розвиток науково-технічного прогресу, мінливі обставини сучасності, вже задіяний та опрацьований вагомий внесок поважних науковців у розвиток теорії та організації медичної галузі; науковцями визначено нагальну потребу в інноваційних доповненнях і роздумах щодо нових методик та трансформації медичної галузі, відповідно до потреб сьогодення.

Об'єкт дослідження: визначення особливостей національних стратегій трансформації медичної сфери, яка є ключовим об'єктом державного управління, з огляду впливу на всіх учасників різноманітних суспільних відносин; вивчення напрямків розвитку наукових досліджень методологічного супроводження реформ медичної галузі з урахуванням зарубіжного досвіду; оцінювання первинних результатів реформування, виявлення особливостей розвитку інвестиційно-інноваційної діяльності держави в даній сфері; визначення поточного стану інформаційно-комунікаційних зв'язків в медицині, особливо з позицій ефективності використання інформаційно-комп'ютерних технологій, тощо.

Предмет дослідження: теоретичні та практичні аспекти державного управління системою охорони здоров'я.

Мета дослідження: визначити проблеми державного управління системою охорони здоров'я та визначити шляхи його вдосконалення.

Завдання дослідження:

1) дослідити теоретико-правові засади державного керування медичною сферою, зокрема: значення державної політики для розвитку медичної галузі й для суспільного розвитку; законодавчі основи керування медичною сферою та

стратегію її розвитку на період до 2030 року, тощо;

2) вивчити організаційно-правовий механізм державного керування медичною сферою, а саме: інституційний розвиток системи охорони здоров`я та процеси цифровізації медичної галузі; організаційні аспекти фінансової політики в медичній галузі (моделі, джерела, програми державних гарантій і медичного страхування); проблемні питання реформування галузі в контексті європейського досвіду, тощо;

3) дослідити перспективи й стратегічні напрями вдосконалення медичної галузі, зокрема: огляд рівня системи охорони здоров'я України станом на 2023 рік та перспективи розвитку до 2030 року; міжнародний досвід, шляхи й здобутки міжнародної співпраці та досвід впровадження інформаційних систем у сфері охорони здоров'я.

Наукова новизна: визначення здобутків в медичній сфері в процесі державного реформування та огляд перспективних напрямів подальшого розвитку.

Робоча гіпотеза дослідження: публічне управління сферою охорони здоров'я спрямоване на підвищення якості медичних послуг та забезпечення сталого розвитку медичної галузі з метою успішного розвитку України.

Теоретична основа: нормативно-правові документи та законодавчі акти, що регулюють сферу охорони здоров'я, офіційні документи інституцій, які регулюють сферу охорони здоров'я; наукові; довідкові та інформаційні видання професійних міжнародних організацій, тощо.

Методологічна база дослідження: відповідно до теоретико-правових положень формування й впровадження державної політики в медичній галузі, для розв'язання поставлених завдань було використано комплекс теоретичних та практичних заходів в процесі професійної діяльності за новими стандартами, зокрема: вивчення методичних рекомендацій, опрацьовування професійної інформації з використанням комп'ютерних технологій, робота з базами даних, аналіз статистичних показників, тощо.

Стисла характеристика групи або вибірки досліджуваних: відповідно

до процесів реформ у сфері медицини, досліджено характерні особливості впровадження нововведень в підрозділах медичного закладу ДНУ «ЦІТОЗ» ДУС, проаналізовано отримані статистичні показники, відмічено пріоритети цифровізації медичної галузі, тощо.

Теоретична та практична значущість результатів дослідження: дослідження розширює наукові уявлення про характер та значення отриманих змін в процесі реформування системи охорони здоров'я, що може покращити бачення перспектив процесів реформування, відповідно до причинно-наслідкових здобутків, та своєчасні заходи реагування з метою їх оптимізації.

Апробація результатів дослідження: обговорення поточних опрацьованих результатів в форматі вільного діалогу.

Структура магістерської роботи: кваліфікаційна робота містить у загальному обсязі тексту 90 стор. (вступ, три розділи, дев`ять підрозділів, висновки), перелік опрацьованих інформаційних джерел (80).

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

1.1. Роль державної політики у сфері охорони здоров'я та її значення для суспільного розвитку

Управління сферою охорони здоров'я грає вирішальну роль формуванні благополуччя суспільства. Ця політика, що розробляється на основі ретельних досліджень та громадських дискусій, спрямована на покращення здоров'я, попередження захворювань та продовження життя населення. Політика в області охорони здоров'я визначається, як сукупність законів, правил, дій і рішень, реалізованих у суспільстві з метою сприяння благополуччю і забезпечення конкретних цілей в області охорони здоров'я. Від регулювання споживання тютюну і багатьох інших шкідливих речовин та контролю за дотриманням санітарно-гігієничних, епідеміологічних вимог до впровадження новітніх професійних алгоритмів, сучасних лікувальних технологій у різних напрямках медичної галузі, а також, відповідно потребам сучасності та зважаючи на міжнародний досвід, розроблення нових науково-медичних програм, як наприклад, вакцинації, реабілітації, професійного розвитку, тощо, сфера дії політики в описаній царині досить широка, але при цьому глибоко інтегрована у повсякденне життя кожного громадянина.

Чітке визначення дій органів державної влади в даній сфері важко сформулювати через її складний міждисциплінарний характер та тісні різнопланові взаємозв`язки. Проте в основі будь-якої політики у секторі охорони здоров'я лежить єдина місія – забезпечення здоров'я населення. Політика в даному секторі має вирішальне значення, оскільки вона переносить теорію та дослідження в цій галузі в практичний світ. Вона підкріплює дослідження практичними діями та дозволяє знаходити широкомасштабні вирішення раніше виявлених проблем.

Державне управління включає організаційні структури, процеси і механізми прийняття рішень у державних установах, відповідальних за охорону здоров’я. Дослідження показують, що ефективне державне управління має вирішальне значення для профілактики захворювань, зміцнення здоров’я, епідеміологічного нагляду та вирішення глобальних проблем охорони здоров’я. У сфері профілактики захворювань державне управління впливає на розподіл ресурсів для кампаній вакцинації, систем моніторингу захворювань та протоколів реагування на надзвичайні ситуації.

Крім того, воно сприяє координації між різними інституціями у секторі охорони здоров’я для забезпечення узгодженого підходу до боротьби з інфекційними захворюваннями та зниження їх поширення. З метою зміцнення здоров’я державне управління формує розробку та впровадження заходів на рівні спільнот, ініціатив щодо санітарної освіти та нормативно-правового регулювання для пропаганди здорового способу життя.

Також воно впливає на поширення важливої інформації про здоров’я серед населення через такі канали, як соціальна реклама та освітні кампанії. В епідеміології державне управління відіграє важливу роль у створенні надійних систем нагляду для відстеження поширеності захворювань, виявлення спалахів та аналізу тенденцій у галузі охорони здоров’я. Цей підхід, заснований на даних, дозволяє своєчасно вживати заходів та розподіляти ресурси для пом’якшення впливу інфекційних та неінфекційних захворювань на здоров’я населення.

У контексті реформ та відкритості України «ринкова трансформація охорони здоров'я» стала спірним питанням. Критики стверджують, що реформа охорони здоров'я має повною мірою спиратися на ринкові принципи. Проте не можна заперечувати, що система охорони здоров'я України поступово відходить від пострадянської економіки, включаючи значні ринкові елементи.

Теоретичні дослідження в галузі управління охороною здоров'я стикаються з труднощами в академічному середовищі, в той час, як функції управління системами охорони здоров'я в різних країнах і регіонах

продовжують розвиватися, тісно пов'язані зі зміною соціально-політичного контексту цих регіонів. Ці глобальні чинники, такі як старіння населення, зміни у структурі захворюваності, соціальна нерівність і фіскальна невизначеність, разом вплинули на пріоритети систем охорони здоров'я та роль, що відводиться управлінню охороною здоров'я. Системи охорони здоров'я у всьому світі проходять реформи, що характеризуються дедалі більшою децентралізацією структур мобілізації ресурсів, надання послуг та фінансування. Ці системи стають все більш різноманітними та гетерогенними, функціонуючи у складних, динамічних мережах.

Вчені тепер визнають, що системи охорони здоров'я складаються з безлічі взаємопов'язаних складних підсистем, що знаходяться в процесі безперервної оцінки. Ефективне управління вимагає включення нових зацікавлених сторін та встановлення формалізованих правил взаємодії між залученими сторонами. Крайнощі, такі як суто планова економіка або повністю ринкові системи, широко вважаються непридатними для систем охорони здоров'я. Натомість гібридні моделі управління все частіше розглядаються, як засіб вирішення різних системних проблем, що максимально врівноважує справедливість та ефективність.

У глобальному масштабі ефективне державне управління відіграє велику роль у налагоджені міжнародного співробітництва, координації заходів реагування на пандемії або надзвичайні ситуації у даній сфері. Воно також включає дипломатію у веденні переговорів щодо угод, що стосуються торгівлі фармацевтичними препаратами, обміну результатами медичних досліджень та вирішення транскордонних загроз здоров’ю.

Вчені використовують різні методології досліджень, такі як якісні тематичні дослідження, кількісний аналіз адміністративних наборів даних, оцінка політики з використанням змішаних методів, щоб вивчити вплив державного управління на різні аспекти охорони здоров’я.

Вивчаючи адміністративні структури та процеси за допомогою теоретичних концепцій, таких як «Нове державне управління» або теорія

мережного управління, дослідники отримують уявлення про результативність, оперативність та підзвітність систем надання медичної допомоги.

Емпіричні дані підкреслюють критичну роль компетентного керівництва, прозорості та підзвітності у досягненні позитивних результатів у зусиллях в галузі суспільної охорони здоров'я, наголошуючи на необхідності постійних досліджень, заснованих на міцних теоретичних засадах та практичних наслідках, розробки науково обґрунтованої політики, удосконалення систем надання медичної допомоги, оптимізації використання ресурсів та, зрештою, поліпшення благополуччя населення.

Ефективна реалізація публічного управління в медичній галузі потребує «системи окремих дій багатьох людей і розуміння того, як і чому дії, що розглядаються, послідовно відтворюються поведінкою окремих осіб». Одна з основних проблем реалізації полягає в тому, що відповідальність за реалізацію державної політики у даній сфері лежить на інших державних структурах, ніж ті, хто розробив цю політику.

У розвинутих країнах державна адміністрація переважно виступає у ролі регулюючого органу та постачальника послуг. Ці суспільства вийшли за рамки задоволення основних потреб виживання та зосередилися на підтримці якості життя та забезпеченні справедливості у складних економічних та соціальних системах.

Розробники політики часто не розуміють думку тих, хто її реалізує. Таким чином, процес реалізації політики вимагає роботи з різними учасниками та організаціями для донесення цілей політики, забезпечення доступності ресурсів, досягнення розуміння політики учасниками, управління конфліктами та співробітництва, а також підтримки змін у політиці. Для запуска нової програми та її підтримки необхідні спільні зусилля та внесок кількох державних установ чи приватних суб'єктів. Це часто призводить до затримок, перегляду ресурсів та обов'язків, а також до плутанини серед бенефіціарів.

Зважаючи на розвиток науково-технічного прогресу, а також мінливі обставини сучасності, вже задіяний й опрацьований вагомий внесок поважних

вітчизняних та зарубіжних вчених у розвиток теоретичного та методологічного супроводу публічного управління у галузі охорони здоров'я, науковці акцентують увагу на потребі інноваційних доповнень та роздумів щодо нових методик.

Потенціал кожної країни визначається різноманітними фактурами, такими як: природні (географічне положення, клімат, ресурси), трудові (чисельність населення, його структура, зайнятість), економічні (ВВП, інвестиції, науково-технічний прогрес, фінансові ресурси), соціальні та наукові аспекти, тощо, - проте розвиток кожного з них залежить від стану здоров'я населення.

Для узагальненої оцінки рівня розвитку суспільства широко застосовується Індекс людського розвитку (ІЛР), який інтегрує ключові соціально-економічні показники. У 2024 році значення даного показника для України - 0,734, що свідчить про достатній рівень людського розвитку. Проте у глобальному рейтингу Україна займає 100-те місце серед 193 країн.

Сучасні оцінки свідчать про помітне погіршення тенденцій людського розвитку в Україні. У Доповіді про людський розвиток Програми розвитку ООН «Вихід із глухого кута: переосмислення співпраці в умовах поляризованого світу», зазначено, що значення даного показника в Україні є найбільш низьким за період з 2004 по 2024 роки.

Даний показник є інтегральним та показує середнє значення досягнень країни у трьох вимірах: тривалість та якість життя; доступність і тривалість освіти; фінансове благополуччя населення.

У довгостроковій ретроспективі динаміка ІЛР України залишається вкрай стриманою: за період з 1990 по 2023 рік сукупний приріст показника становив 0,4 %, і свідчить про фактичну стагнацію людського розвитку [40].

Як зазначає Яко Сільє (постійний представник UNDP в Україні), незважаючи на адаптаційну стійкість під час пандемії та повномасштабного вторгнення, країна й надалі перебуває під впливом масштабних соціально-економічних викликів. Водночас повноцінна оцінка реальних втрат і наслідків

війни ускладнена через: обмежений доступ до статистичних даних; відсутність повної інформації з тимчасово окупованих територій; затримки в оновленні офіційних показників.

У зв'язку з цим наявні значення ІЛР значною мірою відображають вплив зовнішніх потрясінь, тоді як комплексний вплив воєнних дій ще не повністю інтегрований у статистичні розрахунки[40]. Для стабілізації ситуації та збереження потенціалу сталого розвитку необхідні скоординовані державні рішення у поєднанні з довгостроковою міжнародною підтримкою.

Поряд із загальними показниками людського розвитку, важливе значення має аналіз гендерних диспропорцій. Індекс гендерного розвитку в Україні становить 0,188, що відповідає 48-му місцю серед 166 країн світу. Цей індекс комплексно оцінює нерівність між жінками та чоловіками за трьома такими критеріями як: доступ до ринка праці, розширення прав і можливостей; репродуктивне здоров'я.

Разом з тим, даний індекс в Україні становить 1,021, що говорить про невелику перевагу показників людського розвитку серед жінок порівняно з чоловіками. Зокрема, значення ІЛР: для жінок - 0,741; для чоловіків - 0,726**.**

Ці відмінності формуються, зокрема, за рахунок різниці у тривалості життя, різниці у рівні освіти та доступі до економічних ресурсів, які оцінюються через показник ВНД на 1 особу. Узагальнимо ключові показники людського та гендерного розвитку України в табл.1.1.

Таблиця 1.1

Узагальнення ключових показників людського та гендерного розвитку України

Показник	Значення	Характеристика
Індекс людського розвитку (ІЛР)	0,734	Найнижчий рівень з 2004 року
Зміна ІЛР (1990–2022 рр.)	+0,4 %	Мінімальна довгострокова динаміка
Індекс гендерної нерівності (ІГН)	0,188	48 місце серед 166 країн
ІЛР жінок	0,741	Вищий за середній національний рівень
ІЛР чоловіків	0,726	Нижчий порівняно з жіночим
Індекс гендерного розвитку (ІГР)	1,021	Перевага показників серед жінок

Джерело: складено автором на основі[40].

У період з 1990 по 2022 роки ВНД на особу в Україні скоротився приблизно на 32,1 %**.** З урахуванням соціально-економічної нерівності скоригований ІЛР України становить 0,676, що означає втрату 7,9 % потенціалу людського розвитку внаслідок нерівності. Зі зростанням рівня нерівності відповідно посилюються й втрати людського розвитку [40].

У звіті також визначено ключові напрями міжнародної взаємодії, спрямовані на формування глобальних суспільних благ, користь від яких поширюється на всі країни. Зокрема, для посилення колективних дій запропоновано три стратегічні напрями:

1. Подолання розривів у спроможності людей впливати на власне майбутнє, оскільки людська здатність формувати траєкторії розвитку тривалий час недооцінювалась і потребує посиленої уваги з боку міжнародної спільноти.

2. Зменшення рівня суспільної поляризації, адже подолання політичних протистоянь, популізму та недовіри є вимогою для виходу з кризи розвитку та скорочення соціальної нерівності.

3. Формування сучасної глобальної архітектури суспільних благ XXI століття, яка доповнюватиме традиційні механізми гуманітарної допомоги та підтримки країн, що розвиваються, зосереджуючись на фінансуванні глобальних суспільних благ [40].

4. Відкриті та прозорі канали зв’язку відіграють життєво важливу роль у сприянні співпраці та вирішенню конфліктів. Регулярне спілкування між зацікавленими сторонами з обох областей дозволяє обмінюватися ідеями, побоюваннями та точками зору. Це дає можливість державним службовцям та спеціалістам у галузі охорони здоров’я знаходити точки дотику та розробляти рішення, які врівноважують пріоритети обох сторін.

Таким чином, шляхом створення атмосфери довіри та прозорості, конфлікти, що виникають через суперечливі приоритети, вирішуються через діалог, компроміс та процеси спільного прийняття рішень.

Одна з найбільших проблем для керівників медичних установ - це подолання складнощів реформи охорони здоров’я, оскільки зміни у політиці

охорони здоров'я на державному та регіональному рівнях можуть суттєво вплинути на те, як функціонують установи, надають послуги та одержують відшкодування витрат.

Реформа охорони здоров’я часто впроваджує нові правила, яким повинні відповідати керівників медичних закладів, включаючи зміни у практиці виставлення рахунків, вимог до звітності та стандартів надання медичної допомоги пацієнтам. Ці зміни можуть зробити дотримання нормативних вимог складним завданням, особливо враховуючи суворі покарання за їх недотримання.

Перехід від оплати за послуги до оплати за результат змістив акцент на покращення результатів лікування пацієнтів за одночасного контролю витрат. Це потребує інвестицій в ініціативи щодо підвищення якості, навчання персоналу та впровадження нових технологій, при цьому необхідно зберігати фінансову стабільність установи.

Крім того, зусилля щодо розширення доступу до медичної допомоги, особливо для недостатньо забезпечених медичними послугами груп населення, створюють логістичні проблеми для адміністраторів, яким необхідно розширювати спектр послуг, наймати додатковий персонал та забезпечувати можливість розміщення більшої кількості пацієнтів у своїх установах.

Одна з найгостріших проблем у сучасній охороні здоров’я – це нестача кваліфікованих медичних фахівців. Ця нестача особливо гостро відчувається в деяких областях, таких як сестринська справа та первинна медична допомога. Керівники медичних установ повинні знайти способи залучення та утримання кваліфікованого персоналу, одночасно керуючи впливом нестачі кадрів на якість надання медичної допомоги пацієнтам.

Крім того, основною проблемою є розподіл ресурсів у досліджуваній сфері, тому моніторинг та розподіл ресурсів, які враховують потреби сфери охорони здоров'я, є досить важливою. Це включає проведення всебічних оцінок для визначення пріоритетних областей та відповідний розподіл ресурсів. Більше того, розуміння специфічних потреб у ресурсах ініціатив у галузі

охорони здоров’я та їх узгодження з ширшими цілями державного управління дозволить досягти більш справедливого та ефективного розподілу ресурсів.

У Конституції України зазначаються права кожного громадянина на охорону здоров’я, які забезпечуються шляхом (рис.1.1):



Рис.1.1.Шляхи забезпечення права громадянин на охорону здоров’я

Джерело: складено автором на основі [36]

Отже, сфера охорони здоров’я належить до ключових пріоритетів державної політики, при цьому держава відповідає за розроблення та впровадження публічних рішень у даній галузі. Фінансування медичної системи здійснюється з бюджетних ресурсів у обсягах, що ґрунтуються на науково визначених потребах, але можуть становити суму, меншу 10 % від національного доходу.

Варто зазначити, що Верховна Рада України є однією з головних інституцій-учасниць у функціонуванні даної сфери, яка закріплює законодавчі засади, визначає цілі, завдання, напрями та пріоритети галузі, затверджує обсяги фінансування та загальнодержавні програми з охорони здоров’я [36]

1.2. Законодавчі основи державного управління у сфері охорони здоров’я України

Конституція України та норми чинного законодавства встановлюють базові засади, стратегічні орієнтири розвитку національної системи охорони здоров’я, які закріплено в «Основах законодавства України про охорону здоров’я» та інших нормативно-правових актах, прийнятих на їх виконання. У цих документах визначено фундаментальні принципи організації та функціонування галузі охорони здоров’я в Україні.

Серед основних принципів організації та функціонування державної галузі охорони здоров’я, насамперед, виокремлюється визнання охорони здоров’я одним із ключових напрямів державної та суспільної політики, а також важливим чинником збереження й відтворення нації. Значну роль відіграє забезпечення прав і свобод людини у даній сфері, що забезпечується відповідними державними гарантіями їх реалізації.

Національна система охорони здоров’я базується на гуманістичних цінностях і передбачає пріоритет загальнолюдських інтересів над вузькокорпоративними чи індивідуальними. Вона орієнтована на посилення медико-соціального захисту соціально-вразливого населення, у той же час гарантує рівні можливості громадян у доступі до медичних послуг, загальнодоступність медичних послуг.

Підхід «здоров'я у всіх політиках», який інтегрує питання охорони здоров'я практично в усі державні сектори та соціальні організації, означає, що проблеми охорони здоров'я є скрізь. Ця інтеграція ускладнює взаємовідносини та створює значні проблеми для управління охороною здоров'я, наголошуючи на необхідності більш точного визначення управління в цьому контексті. Концепція належного управління Світового банку, яка включає такі принципи, як інституційні рамки, участь громадян, підзвітність, повноваження, владні структури, власність, політична стабільність та верховенство права, є основою для розуміння управління. Однак застосування цих принципів безпосередньо до

секторів охорони здоров'я та медичного обслуговування та досягнення загальноприйнятого та чіткого визначення управління у цій галузі залишається складним завданням.

Важливим принципом є узгодженість завдань системи охорони здоров’я з рівнем соціально-економічного й культурного розвитку суспільства, їх наукова обґрунтованість, а також належне фінансове й матеріально-технічне забезпечення. Діяльність галузі спрямовується на дотримання сучасних стандартів медичної допомоги з урахуванням національних особливостей і міжнародної практики.

Охорона здоров’я має чітко виражену профілактичну спрямованість і використовує комплексний підхід, що включає соціальні, екологічні та медичні складові. Економічні засади функціонування галузі передбачають багатоукладність, використання різноманітних джерел фінансування, поєднання державних гарантій із розвитком підприємницької діяльності, конкуренції та процесів демонополізації. Водночас акцент робиться на децентралізації управління, розширенні самоврядності медичних закладів та автономії медичних працівників на договірно-правовій основі.

Бюджетні ресурси спрямовуються на надання гарантованого обсягу медико-санітарної допомоги населенню, виконання державних і регіональних програм, а також проведення фундаментальних наукових досліджень. Розміри фінансування встановлюються на базі затверджених нормативних показників у розрахунку на одного мешканця [36].

Окрему увагу держава приділяє науковим дослідженням у даній сфері. Усі державні програми та ключові заходи у цій галузі підлягають обов’язковій науковій експертизі. Провідною науковою установою у сфері медицини є Академія медичних наук України, яка має статус самоврядної та незалежної організації [36].

Контроль з дотримання законодавства у сфері охорони здоров’я здійснюють уповноважені органи виконавчої влади. Це стосується виконання державних стандартів, санітарно-епідемічних вимог, норм професійної

діяльності, стандартів медичного обслуговування, а також вимог до лікарських засобів і медичних технологій.

Вимоги щодо медичних і санітарно-гігієнічних норм затверджує Верховна Рада України відповідно до національного законодавства і міжнародних договорів [36].

Крім того, держава намагається сприяти здоровому способу життя населення поширюючи наукові знання, розвиваючи медичне, екологічне та фізичне виховання. Громадянам гарантується забезпечення лікарськими засобами та імунобіологічними препаратами через аптечні й лікувально-профілактичні заклади. Усі лікарські засоби мають мати дозвіл Міністерства охорони здоров'я України та відповідати вимогам Державної Фармакопеї. Контроль за їх якістю здійснюється центральними органами виконавчої влади у даній сфері [36].

Також серед іншого, затверджено: «законодавчо і всебічно врегульовані питання у сфері охорони материнства та дитинства в Україні, у сфері проведення лікувально-профілактичної допомоги та діяльності санаторно-курортних закладів, у сфері диспансерного нагляду різних верств населення, у сфері контролю СЕС, у сфері протезування та забезпечення інших потреб інвалідизованого населення різних вікових груп, утому числі й експертизи тимчасової чи іншого вида непрацездатності, для чого задіюються МСЕК; законодавчо визначено порядок проведення військово-лікарської експертизи за допомогою ВЛК; також законодавчо врегульовано проведення інших видів експертиз; узаконені засади медичної і фармацевтичної діяльності в Україні, тощо.

Отже, нормативно-правова основа державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні закріплює фундаментальні права громадян у сфері охорони здоров'я, визначаючи тим самим коло відповідальності держави та регламентуючи організаційні й функціональні засади діяльності національної системи охорони здоров'я, що доповнюється іншими нормативно-правовими актами галузевого спрямування.

1.3. Стратегія розвитку системи охорони здоров’я України на період до 2030 року

В Україні схвалено Стратегію розвитку системи охорони здоров’я до 2030 року (далі - Стратегія), в рамках якої визначено Операційний план заходів щодо її реалізації на 2025–2027 роки. Паралельно сформовано довгостроковий вектор подальшого розвитку галузі - «Стратегію 2030», основною метою якої є ідентифікація ключових проблем у сфері здоров’я населення України та напрацювання ефективних рішень для їх подолання.

Стратегія покликана сформувати ефективну та стійку систему охорони здоров’я, яка здатна забезпечити населення рівним доступом до якісних і безоплатних медичних послуг, а також забезпечити належну готовність галузі до своєчасного реагування на актуальні ризики, кризові ситуації та довгострокові виклики.

Під час розроблення документа Уряд прагнув створити не декларативний, а практично орієнтований стратегічний план, який чітко окреслює модель функціонування системи охорони здоров’я у найближчій перспективі та містить конкретну програму дій.

Особливістю Стратегії є поєднання пріоритетів розвитку в умовах мирного часу з потребами та ризиками, спричиненими воєнними діями. При цьому наголошується, що стан здоров’я населення є не лише показником соціального добробуту держави, а й важливим чинником її економічного та людського потенціалу.

Стратегія направлена на постійне поліпшення здоров'я та благополуччя, включаючи збільшення тривалості здорового життя, підвищення рівності у сфері охорони здоров'я та сприяння продуктивному та повноцінному життю.

Стратегія визначає основні напрями досягнення стратегічних і оперативних цілей, а також ряд заходів, які спрямовані на виконання завдань операційного плану, що відображено на рис. 1.2.



Рис.1.2. Пріоритетні цілі Стратегії та заходи їх досягнення

Джерело: складено автором на основі[80]

Урядом ухвалено План заходів з упровадження Стратегії 2030 на період 2025–2027 років, у якому визначено конкретні показники досягнення стратегічних цілей, перелік практичних дій та відповідальних виконавців. Окремо окреслено ключові пріоритети операційного плану на 2025 рік, серед яких провідне місце відведено підвищенню якості надання первинної медичної допомоги.

Крім того, починаючи з 2025 року, всі медичні заклади будуть інтегровані в єдиний медичний простір через приєднання до програми медичних гарантій, що сприятиме зростанню доступності та якості медичних послуг для населення.

Крім зазначеного, визначено низку інших пріоритетних напрямів розвитку, які подано на рисунку 1.3.



Рис.1.3. Заходи Стратегії розвитку охорони здоровя України до 2030 року

Джерело: складено автором на основі[80]

Отже, системні перетворення у сфері охорони здоров’я в Україні фактично стартували у 2017 році після ухвалення законодавства щодо державних фінансових гарантій з надання медичних послуг і ліків. Саме цей нормативний акт став відправною точкою переходу від застарілої бюджетної моделі до нових механізмів фінансування медицини. Подальшим кроком стало набрання чинності 30 січня 2018 року Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». У межах реалізації зазначених законодавчих новацій було окреслено послідовність основних етапів трансформації медичної системи. Зокрема, на першому етапі

передбачалося проведення реорганізації закладів первинної ланки медичної допомоги. Початок вище значеного - реалізація концепції громадської охорони здоров'я. Концепція громадської охорони здоров'я відрізняється від подібної концепції управління здоров'ям населення, яка розглядає показники здоров'я населення з урахуванням ширшого кола чинників, які виходять поза кола лише географічного розташування. Другий етап був спрямований на формування Національної служби здоров'я України, як центрального органу виконавчої влади, уповноваженого реалізовувати публічну політику через запровадження нових підходів до оплати та послуг. На третьому етапі відбулося підписання декларації з лікуючим лікарем та фіксація її в системі eHealth, яка є електронною базою даних для учасників процесу. На четвертому етапі відбувся початок роботи Національної служби здоров'я України(НСЗУ)».

Основні завдання Національної служби здоров'я України представлені на рис.1. 4. [69].

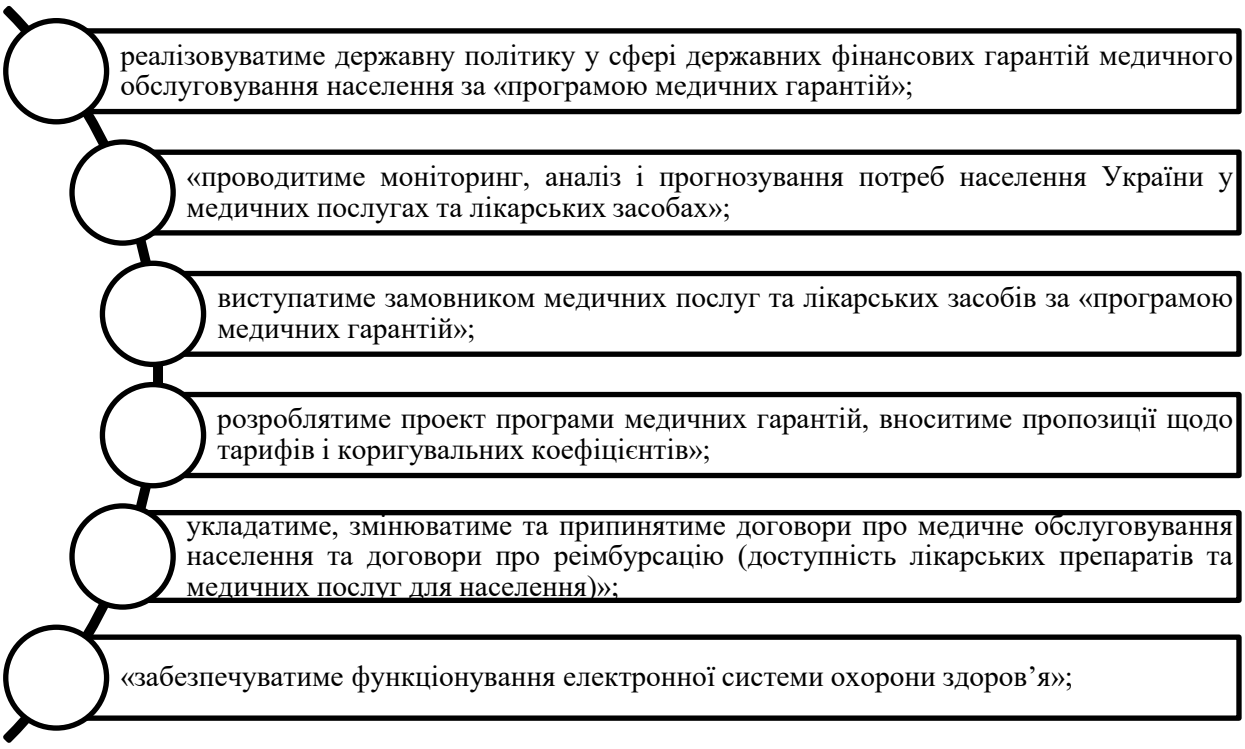


Рис.1.4. Завдання Національної служби здоров'я України

Джерело: складено автором на основі [80]

Реформування системи охорони здоров’я в Україні пройшло через ряд ключових етапів, які заклали інституційні, фінансові та цифрові основи трансформації галузі. Початковою точкою реформування стало ухвалення у 2016 році Кабінетом Міністрів України Концепції реформи фінансування системи охорони здоров’я, якою визначено до нової моделі фінансового забезпечення медичної допомоги. Подальшим важливим кроком стало прийняття Верховною Радою України у жовтні 2017 року Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який нормативно закріпив механізм реалізації реформи та визначив державні гарантії фінансування медичних послуг.

Вже з 1 серпня 2018 року держава розпочала оплату медичних послуг у межах Програми медичних гарантій. З 1 квітня 2020 року впроваджено Програму медичних гарантій, якою охоплено всі рівні надання медичної допомоги – первинну, спеціалізовану, стаціонарну, екстрену та паліативну, а також механізм реімбурсації вартості лікарських засобів у межах програми «Доступні ліки». Подальший розвиток реформи передбачає, зокрема з квітня 2025 року, розширення свободи вибору пацієнтами закладів первинної медичної допомоги та формування нових госпітальних округів з урахуванням потреб населення.

Відповідно до стратегічних цілей реформи продовжується впровадження нових підходів до національної моделі охорони здоров’я. Насамперед це перехід від утримання медичних закладів за кошторисним принципом до оплати фактично наданих медичних послуг. Крім того, покращено інституційну структуру управління, шляхом створення Національної служби здоров’я України, як єдиного замовника медичних послуг і лікарських засобів у частині Програми медичних гарантій.

Окремий стратегічний напрям реформування пов’язаний із цифровою трансформацією галузі та впровадженням електронної системи охорони здоров’я. Її розвиток спрямований на забезпечення прозорості фінансування, поступову відмову від паперового документообігу та перехід до електронного

обліку медичних даних, зокрема електронних рецептів, направлень і медичних записів. Крім того, електронна система охорони здоров'я створює передумови для впровадження нових цифрових сервісів, розвитку інноваційних технологій (зокрема аналізу великих даних, машинного навчання та інших сучасних ІТ-рішень), а також стимулює формування конкурентного медичного ІТ-ринку.

Адміністрування центрального компоненту здійснює державне підприємство «Електронне здоров'я», яке відповідає за технічний розвиток, стандартизацію та стабільне функціонування системи. Національна служба здоров'я України використовує дані електронної системи для аналізу потреб населення, планування Програми медичних гарантій та здійснення оплати надавачам медичних послуг. Водночас медичні інформаційні системи, що розробляються суб'єктами ринку та інтегруються з центральною базою даних, забезпечують автоматизацію діяльності закладів охорони здоров'я та щоденну роботу медичних працівників, при цьому всі дані мають динамічний характер і постійно оновлюються в межах єдиного цифрового середовища.

Також, має місце впровадження таких опцій, як «Особистий кабінет пацієнта», «сповіщення про е-Рецепт на ліки чи е-Направлення в Дії», «сповіщення від Міністерства охорони здоров'я про розширення Переліку ліків рослинного походження, які можутьвироблятися в умовах аптеки», та інше, що є також прикладами планомірних поступових реформістських нововведень в медичній галузі, в тому числі, і як приклад нової ери взаємодії між лікарем та пацієнтом.

РОЗДІЛ 2
ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНИЙ МЕХАНІЗМ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Інституційний розвиток системи охорони здоров'я та цифровізація галузі

Охорона здоров'я викликає увагу багатьох вітчизняних і зарубіжних вчених, видатних спеціалістів з економічних, юридичних, медичних, соціологічних, політичних наук, чиї наукові роботи, досліджуючи характерні властивості даної сфери, динаміку її розвитку та напрацьований досвід, пропонують висновки та пропозиції щодо проблем і завдань в цій галузі, акцентуючи на затвердженні системного підходу в управлінні, враховуючи практичний досвід.

Публічне управління у сфері охорони здоров'я в Україні має багаторівневу організаційну побудову та об'єднує сукупність суб'єктів, наділених різним обсягом владних і управлінських повноважень. На рівні держави головну роль у регулюванні даної сфери відіграють Верховна Рада України, Президент України та Кабінет Міністрів України, забезпечуючи формування законодавчої бази, стратегічних пріоритетів та загальної політики розвитку досліджуваної сфери.

Окреме місце в системі управління займають органи зі спеціальним статусом, уповноважені на реалізацію окремих напрямів політики уряду в сфері охорони здоров'я (Міністерство охорони здоров'я України, Національна служба здоров'я України, Державна служба України з лікарських засобів і контролю за наркотиками). Їх функціональна діяльність охоплює нормативно-правове регулювання, фінансове забезпечення медичних послуг, контроль якості ліків і медичних виробів, реалізація державних медичних програм.

На місцевому рівні управлінські повноваження здійснюються місцевими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування та

роботою їх виконавчих органів. Саме ці інституції відповідають за практичну організацію реалізації державної політики у сфері охорони здоровя (медичне обслуговування населення, функціонування мережі медичних закладів, доступність та безперервність надання медичної допомоги на відповідних територіях).

Також до основних учасників системи охорони здоров'я відносяться заклади охорони здоров'я різної форми власності, у тому числі державні медичні установи, що перебувають у сфері управління МОЗ, а також приватні медичні установи, які надають медичні послуги на договірних засадах. Доповнюють інституційну структуру галузі громадські та професійні організації, які захищають права пацієнтів, розвивають громадське здоров'я.

Кабінет Міністрів України координує діяльність центральних органів виконавчої влади, створюючи організаційні, фінансові і матеріально-технічні умови для функціонування системи охорони здоров'я.

Центральним органом виконавчої влади зі спеціальним статусом у сфері охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України.

Організаційна структура МОЗ охоплює профільні департаменти, управління, відділи та сектори, а також дорадчі й консультативні органи, що забезпечують формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я на основі комплексного та міждисциплінарного підходу.

Суттєве значення у системі управління галуззю мають консультативно-дорадчі органи, створені при МОЗ України. До них належать, зокрема, колегія МОЗ, яка визначає стратегічні напрями діяльності міністерства та сприяє міжвідомчій і міжнародній співпраці; клініко-експертна комісія, що розглядає звернення щодо конкретних випадків надання медичної допомоги; медичні ради закладів, які здійснюють внутрішній контроль якості медичних послуг; а також Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Інституції даної сфери в Україні представлені на рис.2.1.



Рис.2.1. Інституції Системи охорони здоров’я в Україні

Джерело: складено автором на основі[75]

У наукових дослідженнях фахівців у цій галузі акцентується увага на таких ключових положеннях. По-перше, формуючи систему охорони здоров’я, держава вибудовує модель публічного управління, яка може мати як централізований, так і децентралізований характер. По-друге, управлінський вплив реалізується через застосування різноманітних методів та інструментів управління, що дає змогу обирати найбільш результативні з них і визначати напрям регуляторного впливу, зокрема імперативний або диспозитивний.

Ключовим завданням управлінського менеджменту у медичній сфері є формування пацієнторієнтованої системи охорони здоров'я, спроможної забезпечити справедливий та загальний доступ населення до медичних послуг на всій території держави.

Основні функції управління у даній сфері представлені на рис.2.2.

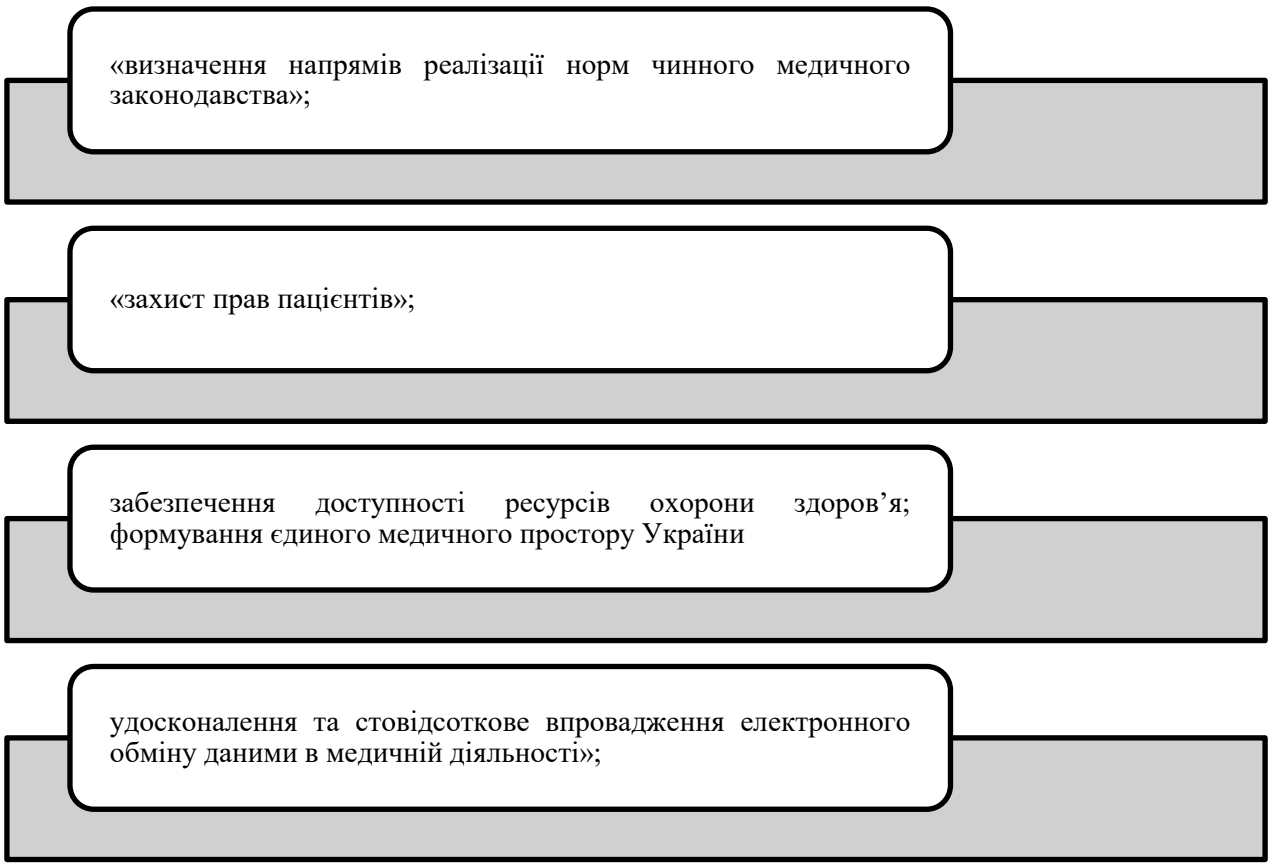


Рис.2.2. Основні функції управління сферою охорони здоров'я

Джерело: складено автором на основі[75]

Міждисциплінарні цільові групи можуть працювати над конкретними проектами або ініціативами, використовуючи досвід як спеціалістів у галузі державного управління, так і у галузі охорони здоров'я. Такий підхід, що ґрунтується на співпраці, підвищує можливості вирішення проблем та гарантує, що адміністративні рішення приймаються з урахуванням вимог охорони здоров'я.

Свідченням прогресивного розвитку програми з цифровізації сфери охорони здоров'я в Україні є активно функціонуючі, основні інформаційно-

комунікаційні системи та реєстри, такі як (рис.2.3):

База знань «eHealth	•створена для систематизації інформації про цифровізацію охорони здоров'я в зручному форматі, де представлено інформаційно-аналітичні матеріали щодо цифрової трансформації охорони здоров'я в Україні та світі
Електронна система охорони здоров'я та інші ІТ-системи і реєстри	•В умовах впровадження процесів цифровізації, науковцями відмічено зростаючу актуальність «питань кібербезпеки та захисту даних»; запиту щодо «розвитку «цифрової компетентності» працівників охорони здоров'я» та інше
Інформаційно-аналітична система «MedData	•система, яка дає змогу проводити комплексний аналіз даних щодо стану закупівель і моніторингу щодо забезпеченості». Систему «MedData» було створено у 2018 р.
Електронна система управління запасами лікарських засобів та медичних виробів «eStock	•створена з метою цифровізації процесу управління запасами лікарських засобів та медичних виробів для закладів державної системи охорони здоров’я».[
«Інформаційно-комунікаційна система донорства крові»	•є «інформаційно-комунікаційною системою», що використовується для обробки даних з метою забезпечення виконання функцій, пов’язаних з донорством крові та компонентів крові
Електронна інтегрована система спостереження за захворюваннями» («ЕЛІССЗ»)	•це уніфікована система спостереження і реєстрації інфекційних захворювань, мета якої - запобігти поширенню інфекційних хвороб
Інформаційно-аналітична система «Централь 103	•електронна медична інформаційно-аналітична система» з оптимізації роботи «оперативно-диспетчерських» служб «центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф
Інформаційна система «Моніторинг соціально значущих хвороб»	•з “метою конфіденційності та безпеки даних, доступ до ІС СЗХ обмежений і контрольований. Адміністратором системи є державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України». «(ЦГЗ)»

Рис.2.3. Комунікаційні системи у сфері охорони здоровя в Україні

Джерело: складено автором на основі[70, 72]

Науковцями відмічені основні підходи й принципи для досягнення мети цієї Концепції, а саме (рис.2.4.):

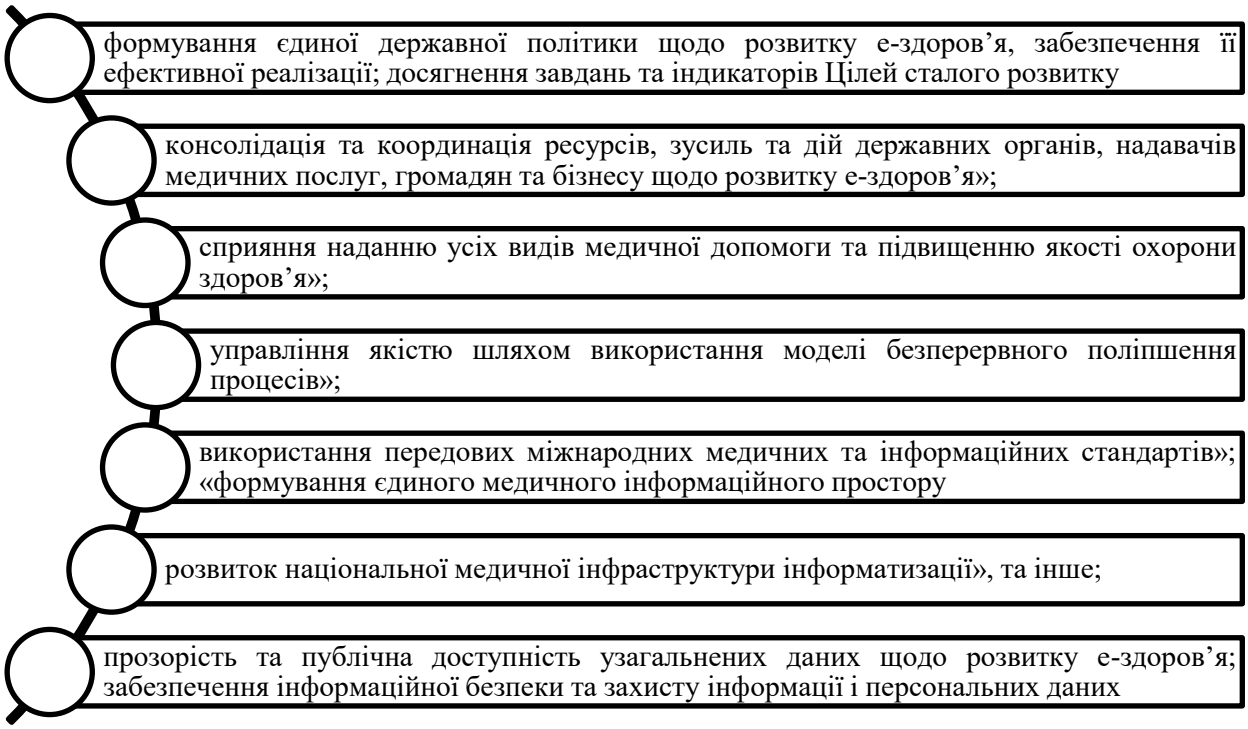


Рис.2.4. Основні підходи й принципи для досягнення мети Концепції розбудови електронної охорони здоров'я на думку науковців

Джерело: складено автором на основі [54]

За участі фахівців проєкту USAID було здійснено комплексний аналіз і облік чинних електронних реєстрів у сфері охорони здоров'я. Отримані напрацювання у 2022 році лягли в основу розроблення розгорнутої дорожньої карти, що визначила послідовні заходи з упорядкування процесів ведення медичних реєстрів та підвищення ефективності їх функціонування. Ключовим призначенням таких реєстрів визначено формування єдиного інформаційного простору з повними й актуальними даними про стан здоров'я населення, що, своєю чергою, має сприяти підвищенню якості медичної допомоги[62].

Таблиця 2.1

Розвиток електронних реєстрів та телемедицини в системі охорони здоров’я України

Напрям	Зміст / характеристика
Інвентаризація медичних реєстрів	За підтримки експертів проєкту USAID проведено аналіз чинних реєстрів у сфері охорони здоров’я. Результати стали підґрунтям для формування у 2022 р. дорожньої карти систематизації та вдосконалення електронних реєстрів [62].
Мета створення реєстрів	Збір, зберігання та забезпечення доступу до актуальної і повної інформації про стан здоров’я населення та розвитку галузі охорони здоров’я.
Нормативне регулювання реєстрів	Перелік реєстрів, їх розпорядники, власники відомостей, склад інформації та порядок ведення затверджуються МОЗ України.
Центральна база даних (ЦБД)	Забезпечує електронну взаємодію та сумісність з іншими державними реєстрами відповідно до законодавства.
Приклади діючих електронних систем	Електронна система безперервного професійного розвитку медичних працівників (БПР); Єдиний вебпортал вакантних посад у державних та комунальних закладах охорони здоров’я; інші спеціалізовані медичні реєстри.
Власники та розпорядники реєстрів	МОЗ України – власник даних Реєстрів; НСЗУ – розпорядник зазначених реєстрів. Інші реєстри переважно адмініструє НСЗУ, якщо інше не передбачено законом [62].
Телездоров’я та телемедицина	Виступають інструментами цифровізації галузі, що сприяють підвищенню ефективності, прозорості та доступності медичної допомоги.
Стратегія розвитку телемедицини	У 2023 р. Уряд України схвалив Стратегію розбудови телемедицини в Україні, орієнтовану на суспільні цілі та принципи людино-центричності, доступності, інтеграції з ЕСОЗ, безпеки даних, відкритості та відповідності міжнародним стандартам.
Історичні передумови	Державний розвиток телемедицини розпочато у 2007 р. зі створення Державного клінічного науково-практичного центру телемедицини МОЗ України.
Нормативні засади впровадження	Наказ МОЗ України від 19.10.2015 №681 визначив правові та організаційні основи застосування телемедицини у закладах охорони здоров’я.
Активізація розвитку (2023–2025 рр.)	Посилення впровадження телемедицини в межах реалізації Концепції розвитку електронної охорони здоров’я та Стратегії розбудови телемедицини (розпорядження КМУ №625-р від 14.07.2023).
Міжнародний контекст	У країнах ЄС стримуючими чинниками розвитку телемедицини є питання безпеки та конфіденційності даних, а також відсутність єдиного правового поля, що зумовило появу міжнародних стандартів обміну та захисту медичної інформації [64].
Телемедицина в Програмі медичних гарантій	У 2024 р. телемедичні послуги включені до 31 з 41 пакета медичних послуг Програми медичних гарантій.
Ключові інституції цифровізації	МОЗ України (стратегічне планування та координація), НСЗУ, ДП «Електронне здоров’я» – розроблення та впровадження телемедичних і інформаційно-комунікаційних систем.

Операційне планування	У 2023–2024 рр. оновлено нормативну базу, розроблено Операційний план реалізації Стратегії з визначенням завдань, етапів, виконавців та індикаторів виконання.
Стан надання телемедичних послуг	За результатами дослідження LHSS USAID (2023 р.) телемедичні послуги надаються на всіх рівнях медичної допомоги: первинному, спеціалізованому (амбулаторному і стаціонарному) та екстреному.

Джерело: складено автором на основі [65]

Крім розглянутого, відмічено важливу роль в розвитку «Сучасної освітньої телемедицини», завдяки активному використанню «телемедичних технологій та дистанційних форматів» для навчання та професійного розвитку медичних працівників та студентів. Вищезазначене, ще раз демонструє важливість наявності в медичній галузі «Інформаційної екосистеми, у вигляді «сукупності різних взаємопов`язаних складних цифрових компонентів», які забезпечують ефективну роботу з надання медичних послуг громадянам України.[72]

Отже, на даному етапі розвитку системи охорони здоров’я переконливо засвідчує, що телемедицина набула статусу повноцінного інструменту надання медичної допомоги, який поєднує сукупність організаційних рішень, технологічних засобів і практичних механізмів дистанційної взаємодії між лікарем і пацієнтом. Вона органічно інтегрована в ширшу концепцію електронного здоров’я, де телездоров’я виступає її важливою складовою. У свою чергу, електронна охорона здоров’я (e-Health) розглядається як цілісна система взаємопов’язаних інформаційних процесів та відносин між усіма учасниками медичної сфери, що базується на активному застосуванні цифрових і інформаційно-комунікаційних технологій та спрямована на комплексну підтримку функціонування галузі [63].

Аналітичні дослідження свідчать про стрімке зростання світового ринку телемедичних послуг. Так, у 2022 році його обсяг оцінювався у 63,5 млрд доларів США, тоді як у середньостроковій перспективі, до 2032 року, прогнозується збільшення цього показника до понад 590,9 млрд доларів, що вказує на високий потенціал подальшого розвитку даного сегмента. У практичній площині телемедицина постійно розширює сферу застосування та

вдосконалює інструменти взаємодії [63].

Основними «Телемедичними технологіями», які представлені на ринку медичних послуг, зокрема й в Україні, є такі (рис. 2.5):

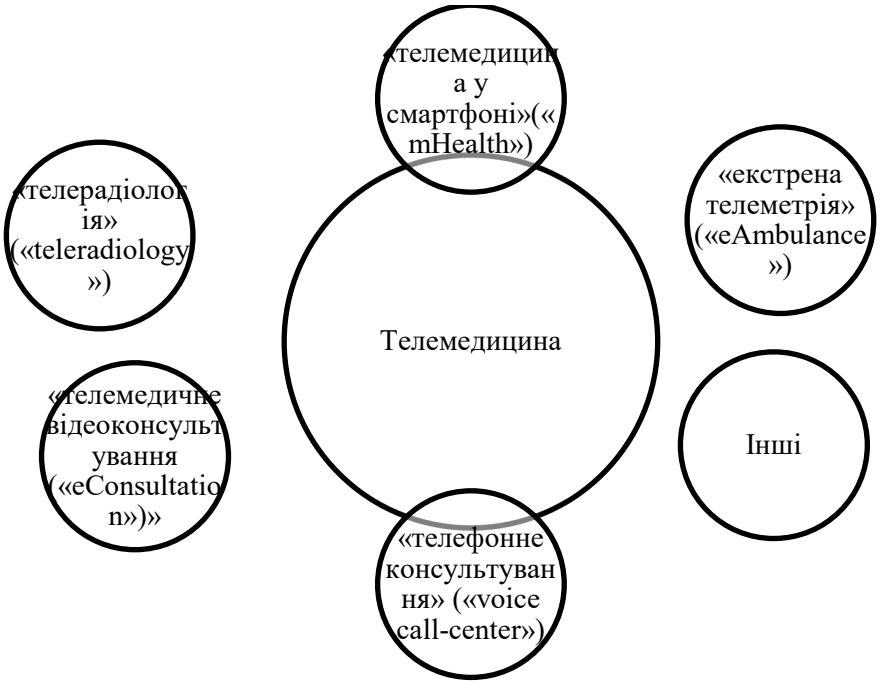


Рис.2.5. Основні «Телемедичні технології»

Джерело: складено автором на основі [65]

З метою модернізації та прискорення розвитку національної системи охорони здоров'я, МОЗ протягом останніх років ініціювало поетапне впровадження вітчизняною практикою міжнародно визнаних стандартів. Їх застосування спрямоване на уніфікацію підходів до обробки медичної інформації, підвищення рівня безпеки даних і забезпечення сумісності українських цифрових рішень із глобальними системами.

Зокрема, було запроваджено стандарти, що забезпечують оперативний обмін медичними даними та їх інтеграцію з електронною системою охорони здоров'я; регламентують порядок ведення, зберігання й передавання електронних медичних записів; визначають вимоги до систем управління інформаційною безпекою; встановлюють правила захисту персональних даних відповідно до норм Загального регламенту Європейського Союзу про захист даних (GDPR), який діє в країнах ЄС з травня 2018 року; а також стандарти,

призначені для формування, зберігання, передавання й відображення цифрових медичних зображень та діагностичної документації.

З позицій державного управління електронна система охорони здоров'я функціонує як багаторівнева організаційна модель. Загальне забезпечення реалізації державної політики у сфері електронної охорони здоров'я покладається на Кабінет Міністрів України, тоді як МОЗ виконує ключову роль у визначенні стратегічних пріоритетів і формуванні політики розвитку e-Health, координуючи відповідні процеси та напрями цифрової трансформації галузі.

Національна служба здоров'я України здійснює фінансове та оперативне управління процесами в межах функціонування системи e-Health. Адміністрування та технічну підтримку програмного забезпечення Центральної бази даних забезпечує спеціально створене державне підприємство «Електронне здоров'я».Взаємодію між закладами охорони здоров'я, пацієнтами та Центральною базою даних забезпечують електронні медичні інформаційні системи, які виступають інструментом обміну та обробки медичної інформації. Безпосереднє надання лікувально-профілактичних, реабілітаційних та інших медичних послуг населенню здійснюють медичні заклади, використовуючи сучасні цифрові технології.

Ключовим елементом системи e-Health є Центральна база даних, яка функціонує як інтегрована інформаційно-телекомунікаційна система. Вона включає державні реєстри, програмні модулі та інші взаємопов'язані інформаційно-аналітичні підсистеми тощо (72]

2.2. Організація фінансування системи охорони здоров'я: моделі, джерела, програми державних гарантій і медичного страхування

Основним призначенням системи охорони здоров'я є надання населенню кваліфікованої, якісної та своєчасної медичної допомоги, що покликана зберігати і зміцнювати здоров'я громадян, підтримувати їх працездатність та забезпечувати сталий соціально-економічний розвиток суспільства.

Питання функціонування різних моделей медичної системи та механізмів їх фінансування перебувають у центрі уваги багатьох науковців. Зокрема, професор В.А. Сміянов зазначає, що з позицій системного підходу охорона здоров'я розглядається як цілісна, керована, складна та динамічна суспільна система, яка складається з взаємопов'язаних елементів, що перебувають у постійній взаємодії між собою та з зовнішнім середовищем і функціонують на основі спільних закономірностей розвитку.

У наукових дослідженнях виокремлюються ключові складові організації системи охорони здоров'я, до яких належать:

I. Принципи функціонування системи охорони здоров'я, серед яких основними є:

1. забезпечення рівного та справедливого доступу до медичних послуг для всіх верств населення на засадах солідарності, незалежно від рівня доходів, стану здоров'я, віку чи місця проживання;

2. надання медичної допомоги високої якості за ефективного використання ресурсів;

3. досягнення макроекономічної ефективності, що передбачає визначення оптимальної частки національних ресурсів, які спрямовуються на потреби галузі охорони здоров'я.

II. Критерії та характеристики організації й управління медичною системою, зокрема: обсяг державних гарантій у сфері охорони здоров'я; джерела фінансування медичної галузі; статус замовника медичних послуг та їх надавача; характер взаємовідносин між суб'єктами медичного обслуговування; особливості державного управління галуззю; фінансові механізми функціонування системи; наявність інституцій, що забезпечують захист прав пацієнтів і виробників медичних послуг.

III. Основні економічні характеристики системи охорони здоров'я, до яких належать форми власності у медичній сфері, способи залучення та розподілу фінансових ресурсів, а також механізми стимулювання діяльності медичних працівників як надавачів послуг і населення як їх споживачів.

IV. Кількісна та якісна характеристики отриманих ресурсів - визначається складною системою економічних, політичних, морально-етичних та інших відносин, що склалися в окремо взятій країні.

Вважається, що для країн з розвиненою системою охорони здоров'я характерні такі прояви:

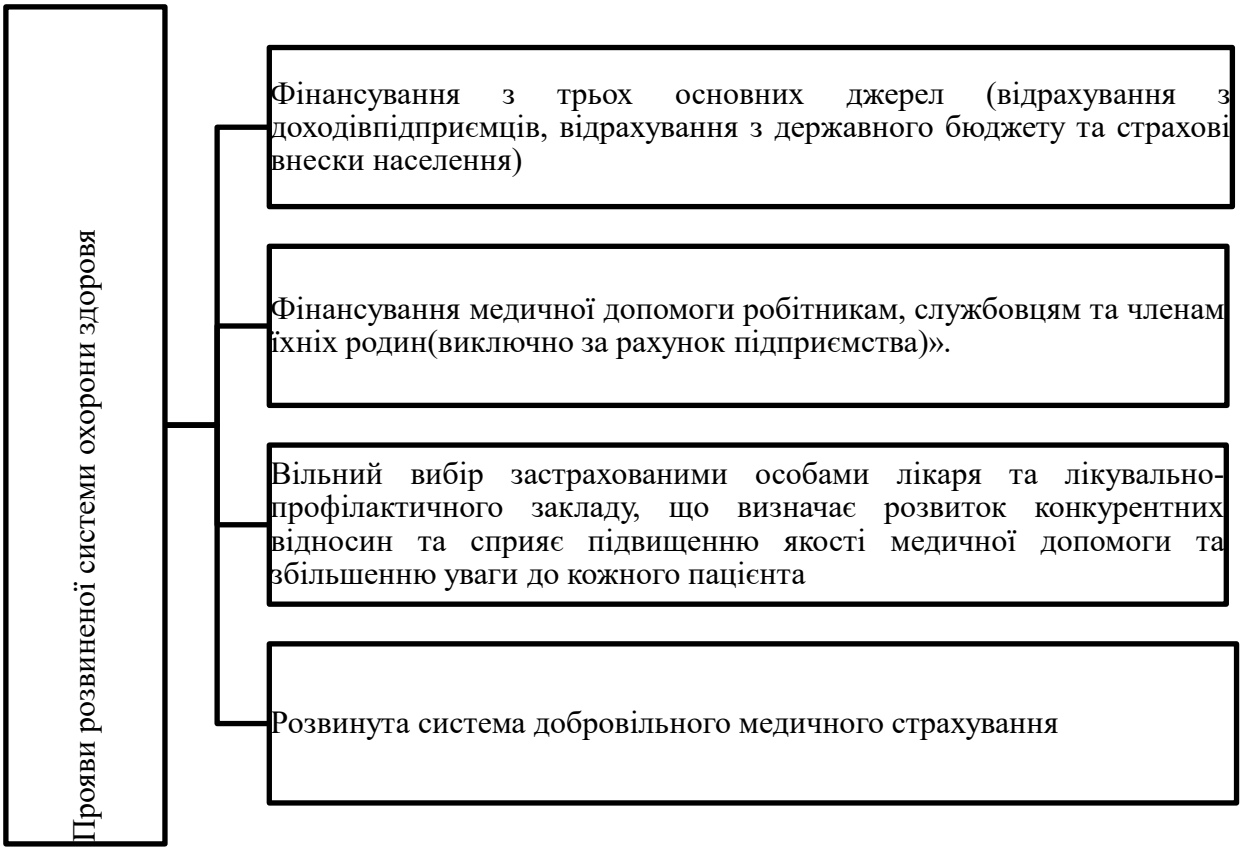


Рис.2.6. Прояви розвиненої системи охорони здоров'я

Джерело: складено автором на основі[66]

Функціонування системи охорони здоров'я охоплює комплекс взаємопов'язаних напрямів, спрямованих на забезпечення суспільного добробуту. Насамперед йдеться про надання населенню медичної допомоги належної якості та гарантування рівних можливостей доступу до медичних послуг незалежно від соціального статусу. Важливим елементом також виступає фінансовий захист пацієнтів від надмірних витрат на лікування.

Окрему роль відіграє забезпечення ефективності системи, як на макроекономічному рівні, що стосується впливу охорони здоров'я на національну економіку держави загалом, так і на мікроекономічному рівні – з позицій результативності діяльності окремих медичних закладів. До ключових характеристик сучасної системи належать свобода вибору медичних послуг для пацієнтів та достатній рівень автономії для постачальників медичної допомоги [66].

Аналізуючи найбільш поширені підходи до фінансування медичної сфери, науковці зазвичай виділяють дві базові моделі. Перша – солідарна, за якої фінансування лікування здійснюється переважно не безпосередньо пацієнтом, а за рахунок державного бюджету та податкових надходжень, що особливо важливо для соціально вразливих груп населення. Друга – ліберальна (лібертарна) модель, у межах якої медичні послуги розглядаються як товар, а їх обсяг і якість прямо залежать від фінансових можливостей споживача, що наближує таку систему до механізмів добровільного медичного страхування.

Водночас дослідники відзначають тенденцію до поступового зменшення ролі держави, як єдиного гаранта медичного обслуговування. У сучасних умовах дедалі активніше формуються нові соціальні інститути, які беруть на себе функції організації, координації та управління процесами споживання медичної допомоги та медичних послуг.

Ключовими напрямами модернізації національних систем охорони здоров'я є такі: уніфікація стандартів надання медичних послуг на міжнародному рівні; розширення ринкових механізмів у взаємовідносинах між учасниками системи охорони здоров'я; а також пошук ефективних рішень щодо врегулювання зростаючих видатків на медичне обслуговування населення з урахуванням національної специфіки [66].

За підсумками наукових досліджень, оптимізація системи медичного обслуговування потребує перегляду пріоритетів у виборі стратегічних напрямів розвитку. Зокрема, наголошується на доцільності посилення уваги до лікувально-профілактичних заходів на до госпітальному етапі, включно з

ранньою діагностикою захворювань, що сприяє зниженню рівня захворюваності та тяжкості перебігу хвороб і, відповідно, раціоналізації витрат на медичні послуги.

Крім того, лікування патологій на початкових стадіях визнається економічно більш обґрунтованим порівняно з терапією захворювань у середньому або тяжкому стані, які часто супроводжуються ускладненнями та потребують значних додаткових ресурсів [66].

Розглядаючи організаційно-фінансові моделі систем охорони здоров'я, науковці виокремлюють низку принципових відмінностей між ними. Так, ринкова модель ґрунтується переважно на приватному фінансуванні та не передбачає широкого використання суспільних фондів. У межах цієї моделі обсяги й структура медичних послуг формуються механізмами саморегулювання ринку, що об'єктивно обмежує доступ до медичної допомоги для малозабезпечених верств населення. Функції держави за таких умов зводяться головним чином до нормативно-правового регулювання діяльності суб'єктів ринку і реалізації окремих програм із державним фінансуванням.

Фінансування ринкової моделі охорони здоров'я може здійснюватися за рахунок коштів приватних страхових фондів, індивідуальних внесків населення, прямих платежів постачальникам медичних послуг або різних комбінацій зазначених джерел [66].

Соціальні моделі охорони здоров'я базуються на принципі колективної відповідальності та передбачають акумуляцію фінансових ресурсів у суспільних фондах медичного забезпечення. Основними джерелами таких коштів виступають податкові надходження, внески до фондів обов'язкового медичного страхування або змішані механізми фінансування, що поєднують кілька джерел одночасно [66].

І. Основні принципи функціонування системи охорони здоров'я полягають у наступному:

1. забезпечення рівного та справедливого доступу до медичної допомоги на засадах солідарної відповідальності між різними групами населення;

2. досягнення високої якості медичних послуг за умови обґрунтованого використання фінансових і матеріальних ресурсів;

3. забезпечення макроекономічної ефективності, що передбачає визначення оптимальної частки національних ресурсів, які можуть бути спрямовані на потреби галузі охорони здоров'я.

II. Критерії та ознаки організації управління системою охорони здоров'я включають: обсяг державних гарантій у сфері медичної допомоги; джерела її фінансування; статус і роль замовника медичних послуг; правове становище надавачів медичної допомоги; характер взаємовідносин між замовником і виконавцем послуг; особливості державного управління галуззю; механізми фінансування системи охорони здоров'я; наявність інституцій, що забезпечують захист прав пацієнтів і суб'єктів надання медичних послуг.

III. Ключові економічні характеристики системи охорони здоров'я визначаються формами власності у медичній сфері, способами залучення та розподілу фінансових ресурсів, а також механізмами стимулювання медичних працівників як виробників послуг і населення як їх споживачів.

IV. Рівень забезпеченості системи охорони здоров'я ресурсами та ефективність їх використання залежать від сукупності економічних, політичних, соціальних, морально-етичних та інших суспільних відносин, що склалися в конкретній країні.

Незважаючи на різноманіття національних систем охорони здоров'я, економічні моделі їх функціонування формуються насамперед залежно від ролі та функцій держави, серед яких можна виділити такі основні підходи:

1. ринкова модель платної медицини з домінуванням приватного медичного страхування;

2. державна модель, що фінансується переважно за рахунок коштів державного бюджету;

3. модель охорони здоров’я, заснована на принципах соціального страхування та регульованого ринку з багатоканальною системою фінансування.

Незалежно від обраної моделі фінансування, для країн із розвиненою системою охорони здоров’я характерні такі риси:

1. залучення фінансових ресурсів з кількох основних джерел, зокрема внесків роботодавців, коштів державного бюджету та страхових платежів населення;

2. забезпечення медичної допомоги працівникам і членам їхніх сімей за рахунок коштів підприємств або системи соціального страхування;

3. можливість вільного вибору лікаря та лікувально-профілактичного закладу застрахованими особами;

4. функціонування розвиненої системи добровільного медичного страхування.

В основі солідарної моделі охорони здоров’я лежить принцип гарантування рівного доступу до базового пакета життєво необхідних медичних послуг, особливо у критичних для пацієнта ситуаціях. Фінансування лікування здійснюється не безпосередньо пацієнтом, а через податкову систему та загальний бюджет. Соціально вразливі категорії населення звільняються від оплати медичної допомоги, отримуючи доступ до обґрунтованого мінімуму необхідних послуг, що реалізує принцип суспільної солідарності, за яким фінансово спроможніші громадяни підтримують менш забезпечених, а здорові – хворих.

Натомість ліберальна модель розглядає медичну допомогу як ринковий товар, обсяг і якість якого залежать від платоспроможності споживача. У межах цієї ідеології добровільне медичне страхування передбачає отримання застрахованою особою такого переліку та рівня медичних послуг, які визначаються умовами та вартістю страхового полісу.

На сучасному етапі трансформації європейських систем охорони здоров’я простежується стійка тенденція до перегляду ролі держави як основного

постачальника медичних послуг. Державне втручання поступово зміщується від безпосереднього надання допомоги до регуляторних і координуючих функцій, тоді як дедалі активніше залучаються недержавні та напівдержавні інституції, відповідальні за організацію, фінансування й управління процесами споживання медичних послуг.

Передусім відбувається гармонізація вимог до якості та обсягів медичної допомоги відповідно до міжнародних стандартів.

Паралельно розширюється використання ринкових механізмів у взаємодії між основними суб'єктами медичної сфери, що сприяє підвищенню ефективності використання ресурсів. Водночас кожна держава змушена шукати власні підходи до врегулювання витрат на медичне забезпечення населення з урахуванням соціально-економічних, демографічних і фінансових особливостей національного розвитку [66].

У наукових дослідженнях децентралізація управління системою охорони здоров'я розглядається, як один із інструментів підвищення її результативності, оскільки вона створює передумови для активнішої участі громад і населення у формуванні пріоритетів медичної політики. Водночас наголошується, що ефективність децентралізаційних процесів значною мірою залежить від балансу між повноваженнями центральних і місцевих органів влади.

Зокрема, у державах, де традиційно домінує обмежена участь держави в організації охорони здоров'я, спостерігається зворотна тенденція – посилення централізованого управління. Надмірна децентралізація може призводити до фрагментації системи, ослаблення ролі центральних органів управління, нераціонального розподілу фінансових ресурсів, недостатнього технічного та кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я, а також до зростання територіальної нерівності у доступі населення до медичної допомоги. Крім того, така модель створює передумови для політичного впливу з боку окремих регіонів і груп інтересів [66].

Узагальнюючи позиції науковців, слід зазначити, що підвищення ефективності системи медичного обслуговування насамперед пов'язується зі

зміщенням акцентів із лікування вже сформованих захворювань на їх своєчасне виявлення та профілактику. Такий підхід сприяє зниженню рівня захворюваності, ускладнень і випадків інвалідизації населення, що, своєю чергою, дозволяє істотно скоротити сукупні витрати на медичну допомогу. Орієнтація на ранні стадії хвороб є економічно доцільнішою порівняно з лікуванням середньо-тяжких, тяжких або хронічних патологій.

Концепція управління у сфері охорони здоров'я тісно пов'язана з її розвитком у ширшій галузі державного управління, а також з принципами належного управління, які просувають Світовий банк. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) доклала значних зусиль для розвитку управління у сфері охорони здоров'я. У своїй доповіді про стан здоров'я населення за 2000 рік ВООЗ запровадила термін "управління" для опису функцій управління. До 2007 року ВООЗ визначила управління як процес «забезпечення розробки та реалізації стратегічних політичних рамок у поєднанні з ефективним наглядом, формуванням коаліцій, регулюванням і увагою до проектування системи та підзвітності».

Люди очікують, що «ефективне управління охороною здоров'я призводить до хороших результатів у галузі охорони здоров'я», але точна функція управління охороною здоров'я, моделі, які її пояснюють, заходи щодо її реалізації, а також консенсус, чіткі визначення та оцінки, необхідні для її функціонування, все ще вимагають подальшого вивчення.

Ключовим питанням у цьому відношенні є академічна дискусія, що триває, про придатність неоліберальних ідей для управління охороною здоров'я. Ці ідеї, які наголошують на індивідуальних фінансових можливостях, заохочують природну конкуренцію і протистоять державному втручанню, викликають запеклі суперечки. Хоча вони можуть сприяти підвищенню індивідуальної самоефективності, самооцінки, розширенню прав та можливостей та продуктивності, вони також перетворюють медичні послуги на товар та сприяють фрагментації діагностики та лікування.

Теоретичні дослідження в галузі управління охороною здоров'я стикаються з труднощами в академічному середовищі, в той час як функції управління системами охорони здоров'я в різних країнах і регіонах продовжують розвиватися, тісно пов'язані зі зміною соціально-політичного контексту цих регіонів. Ці глобальні чинники, такі як старіння населення, зміни у структурі захворюваності, соціальна нерівність і фіскальна невизначеність, разом вплинули пріоритети систем охорони здоров'я та роль, що відводиться управлінню нею. Системи охорони здоров'я у всьому світі проходять реформи, що характеризуються дедалі більшою децентралізацією структур мобілізації ресурсів, надання послуг та фінансування. Ці системи стають все більш різноманітними та гетерогенними, функціонуючи у складних, динамічних мережах. Вчені тепер визнають, що системи охорони здоров'я складаються з безлічі взаємопов'язаних складних підсистем, що знаходяться в процесі безперервної оцінки.

Ефективне управління вимагає включення нових зацікавлених сторін та встановлення формалізованих правил взаємодії між залученими сторонами. Крайнощі, такі як суто планова економіка або повністю ринкові системи, широко вважаються непридатними для систем охорони здоров'я. Натомість гібридні моделі управління все частіше розглядаються як засіб вирішення різних системних проблем, що максимально врівноважує справедливість та ефективність.

Досвід країн із високорозвиненими системами охорони здоров'я свідчить, що за умов такої оптимізації переважна частка медичних послуг – близько 80 % – надається лікарями загальної практики та сімейної медицини, тоді як участь вузькопрофільних спеціалістів має допоміжний характер. Важливе місце у забезпеченні медичної допомоги при цьому посідає середній медичний персонал, який виконує значний обсяг клінічних, профілактичних і організаційних функцій.

У Європі знаходяться одні з найпередовіших систем охорони здоров'я у світі, і такі країни, як Норвегія, Швеція, Ісландія та Швейцарія, входять до

десятки найкращих систем охорони здоров’я світу за версією Statista у 2023 році. [1] У Європі є два типи державних систем охорони здоров’я, які надають медичну допомогу населенню: модель Беверіджа та модель Бісмарка.

Модель Беверіджа. Запропонована у середині XX століття, базується на фінансуванні охорони здоров’я з державного бюджету. У цій системі ринкові відносини між лікарем і пацієнтом суттєво обмежуються. Медичні працівники виступають як наймані працівники, а конкуренція між ними має місце переважно за державні ресурси. Перевагами цієї моделі є загальна доступність медичних послуг, відносна простота механізмів фінансування та оплати праці, тоді як недоліками залишаються слабка мотивація до підвищення якості послуг і значне навантаження на державний бюджет.

У країнах, що використовують модель Беверіджа, державна система охорони здоров’я фінансується переважно за рахунок податків. В рамках цієї моделі медичне обслуговування є безкоштовним та доступним всім жителям.

Тільки уряд оплачує та надає медичні послуги за рахунок коштів, що надходять із податків, що робить цю систему так званою «системою єдиного платника».

Одним із потенційних недоліків цієї моделі є тривалий час очікування, оскільки право кожного громадянина на отримання медичної допомоги може створювати додаткове навантаження на систему. Також існує можливість надмірного використання медичних послуг, коли пацієнти можуть звертатися за лікуванням, коли воно їм не обов’язково необхідно.

Шведська система функціонує за рахунок місцевих податків та працює за децентралізованою моделлю. Це означає, що, хоча вона регулюється на національному рівні, управління охороною здоров’я здійснюється регіональною владою.Будь-який житель Швеції може скористатися державною системою. Однак слід зазначити, що це можливе лише в тому випадку, якщо особа проживає в країні понад 90 днів.

Варто зазначити, що в період очікування посвідки на проживання громадяни ЄС та скандинавських країн можуть користуватися державною

системою на тих самих умовах, що й громадяни країни. Але громадяни третіх країн, повинні надати підтвердження наявності приватної медичної страховки при поданні заяви на візу та до реєстрації як резидент. Страховий поліс повинен відповідати певним вимогам, таким як мінімальний рівень покриття у розмірі 30 000 євро, та діяти у всіх країнах Шенгенської зони.

Модель «Бісмарка» ґрунтується на обов'язковому соціальному медичному страхуванні. У межах цієї системи галузь фінансується здійснюється переважно за рахунок страхових внесків, а всі зібрані кошти спрямовуються виключно на оплату медичної допомоги. Характерною рисою цієї моделі є функціонування незалежних страхових фондів, діяльність яких перебуває під жорстким державним контролем. До її переваг належать солідарний принцип оплати медичних послуг і доступність медичної допомоги для більшості населення, тоді як серед недоліків виділяють складність фінансових розрахунків і значні витрати на утримання страхової інфраструктури.

Ключова відмінність моделі Бісмарка від моделі Беверіджа заключається у фінансуванні переважно за рахунок внесків на соціальне страхування, а не за рахунок податків. У цій моделі роботодавці та працівники будуть вносити внески до державного або приватного фонду медичного страхування. По усій країні існує численна кількість різних фондів, відповідальних за збір внесків на оплату медичних послуг, тому система класифікується, як «багатоплательна». У рамках цієї моделі усі громадяни автоматично отримують медичну допомогу безкоштовно. Однак іноді у них може бути менше вибору місця лікування, оскільки фонди можуть мати певну мережу затверджених медичних закладів.

Французька державна система охорони здоров'я відома як Protection Maladie Universelle (PUMA). Вона фінансується за рахунок внесків пацієнтів та фондів соціального страхування, і всі мешканці повинні мати будь-який вид медичного страхування. Будь-хто, хто бажає переїхати сюди, може претендувати на державне медичне обслуговування, якщо він робить внески до системи соціального страхування і або працює, або є резидентом.

Зареєструватися для отримання посвідки на проживання можна, якщо людина перебувала у Франції три місяці поспіль і має намір проживати тут не менше шести місяців на рік.

У Німеччині одна із найстаріших систем охорони здоров'я у світі, де громадяни мають самі обирати, чи вносити внески на соціальне страхування до державного чи приватного фонду медичного страхування.Іноземні громадяни, які проживають і працюють у Німеччині, повинні мати медичну страховку при поданні заяви на візу, яка має бути схвалена BaFin та прийнята імміграційною владою. Хоча вищезгадані моделі широко поширені у країнах Європи, у світі є ще два основні типи систем охорони здоров'я.

Модель з оплатою з власної кишені. Це найпоширеніша модель охорони здоров'я у світі. У країнах, де вона використовується, пацієнти повинні оплачувати медичні послуги безпосередньо постачальнику медичних послуг на момент їх отримання. Це означає, що пацієнти часто стикаються з високими медичними рахунками, оскільки немає державної системи страхування або податкової структури для фінансування медичних послуг. До країн, що використовують модель оплати медичних послуг із власної кишені, належать:США, Нігерія, Вірменія, Камбоджа, Чад, Індія.

Класичним прикладом ринкової моделі охорони здоров'я є система медичних послуг США, де галузь базується переважно на приватних медичних закладах і комерційному медичному страхуванні. У цій моделі лікарі виступають як продавці медичних послуг, а пацієнти – як їхні споживачі. Така система найбільш наближена до принципів вільного ринку й має низку переваг, зокрема стимулювання впровадження інноваційних медичних технологій, підвищення інтенсивності праці медичних працівників, зростання якості послуг завдяки конкуренції, відбір економічно ефективних методів лікування та високу мобільність ресурсів.

Водночас ринкова модель характеризується і суттєвими недоліками: нерівним доступом різних соціальних груп до медичної допомоги, високими витратами і цінами на послуги, значними загальними витратами суспільства на

охорону здоров’я, обмеженими можливостями державного регулювання пріоритетів розвитку галузі, ризиками недобросовісної конкуренції, надмірним впливом реклами та слабкою динамікою системи на національному рівні.

Національна модель медичного страхування поєднує елементи моделей Бісмарка і Беверіджа. Система охоплює всіх мешканців, фінансується переважно за рахунок податків та надає безкоштовні медичні послуги.У цій моделі більшість медичних установ є приватними, а держава виступає як єдиний платник за послуги. Медична допомога суворо регулюється державою, що допомагає контролювати витрати.

До недоліків цієї системи належать потенційно тривалий час очікування лікування та обмежений вибір місць лікування через державні обмеження. Прикладами країн, де діє модель національного медичного страхування, є: Канада, Південна Корея, Тайвань.

Модель Семашка характеризується повним фінансуванням системи охорони здоров’я з державного бюджету за умов жорсткого централізованого управління. Вона передбачає відмову від ринкових механізмів на користь адміністративно-планової організації галузі, централізоване формування бюджету, державне замовлення на медичні послуги та регламентовану систему матеріально-технічного забезпечення. У цій моделі держава виступає єдиним замовником медичної допомоги. Перевагами такої системи є її ефективність у надзвичайних ситуаціях, повне охоплення населення медичною допомогою та відносно висока результативність використання коштів, водночас серед недоліків виділяють низький рівень стимулювання якості послуг і недостатній рівень оплати праці медичних працівників.

Таким чином, ринкова модель охорони здоров’я базується переважно на приватних джерелах фінансування, со ціальна модель – на коштах суспільних фондів, а суспільно-приватна модель поєднує елементи державного та приватного фінансування.[66]

В березні 2020 року науковцями Київської школи економіки вивчені проблемні питання щодо стану та розвитку медичної галузі, висновки чого

надано у вигляді науково-аналітичного інформаційного документу «основний звіт» під заголовком «Витрати на охорону здоров'я та доступ на лікування».

В науковій роботі проведено глибокий аналіз багатьох показників державної системи охорони здоров'я в порівнянні зі станом медичної галузі деяких країн Східної Європи, як то Чехія, Угорщина, Словаччина, Латвія, Польща, що наглядно представлено в діаграмах таблицях, графіках. Зокрема розглянуто «економічні показники»(«чисельність населення та ВВП», тощо), «витрати на охорону здоров'я» при наданні медичних послуг, проаналізовано «структуру надання медичних послуг», в тому числі й за напрямками(«витрати на придбання ліків», на «отримання лікувально-профілактичних заходів» та інших медичних послуг»), відповідно «джерелам фінансування»(«державний сектор» та «приватний сектор»), в тому числі надані показники стану державної фармацевтичної галузі, як однієї з головних складових сфери охорони здоров'я, тощо.
Серед висновків, зауважено, що в Україні «єдиним джерелом фінансування охорони здоров'я є податкові надходження», у порівнянні з більшістю країн Східної Європи, де «крім податкових надходжень» активно задіюються інші механізми фінансування, зокрема такі, як: «обов'язкове медичне страхування», «співоплата», «податок для компенсації державної допомоги (clawback)», тощо.

Серед іншого, у порівнянні, представлено «показники стану здоров'я населення», та «перелік Ключових показників ефективності систем охорони здоров'я», які активно застосовуються в країнах Східної Європи на відміну від України.

Відповідно отриманим об'єктивним даним, сформульовано висновки щодо основних напрямів подальшої роботи з реформування державної медичної галузі, передусім у поглядах на «шляхи фінансування сфери охорони здоров'я», у відношенні до «витрат на фармацевтичні засоби», а також щодо вимог до «показників якості роботи в медичній сфері», тощо.

За свідченням інших наукових робіт, зарубіжний досвід розвинутих країн демонструє приклади співвідношення джерел фінансування охорони здоров`я в різних країнах світу, а саме:



Рис.2.7. Співвідношення джерел фінансування охорони здоров`я в різних країнах світу. Джерело: [49]

Таким чином, відповідно висновкам науковців, сучасна організація фінансування системи охорони здоров’я в Україні базується на «багатоканальній бюджетно-страховій» моделі, що включає «державне бюджетне фінансування», «кошти загальнообов’язкового медичного страхування», а також «приватні кошти” громадян та бізнесу для додаткових послуг.

Таблиця 2.1

Національний механізм замовлення та фінансування медичних послуг

Елемент системи	Характеристика
Єдиний національний замовник	Функції централізованого замовлення медичних послуг виконує Національна агенція з фінансування охорони здоров'я, яка діє в інтересах пацієнтів та забезпечує закупівлю послуг за уніфікованими тарифами і стандартами якості
Підпорядкування та управління	Агенція функціонує під координацією Міністерства охорони здоров'я України та має регіональні підрозділи для підвищення ефективності управління
Механізм збору коштів	Акумуляція фінансових ресурсів здійснюється переважно через загальнодержавну податкову систему

Джерело: [49]

Таким чином, централізація функцій закупівлі медичних послуг через єдиного національного замовника забезпечує уніфікований підхід до фінансування, стандартизацію тарифів і вимог до якості медичної допомоги. Підпорядкування агенції Міністерству охорони здоров'я та наявність регіональних підрозділів сприяють поєднанню загальнодержавної політики з урахуванням регіональних потреб, що підвищує керованість та прозорість системи.

Таблиця 2.2

Основні джерела фінансування системи охорони здоров'я

Джерело фінансування	Зміст та призначення
Державне бюджетне фінансування	Кошти державного та місцевих бюджетів спрямовуються на забезпечення базового пакету медичних послуг, реабілітацію, реалізацію державних програм, а також підтримку фундаментальних і прикладних наукових досліджень
Загальнообов'язкове медичне страхування	Фінансові ресурси використовуються для оплати вторинної та третинної медичної допомоги, спеціалізованого лікування й реабілітаційних заходів
Приватні джерела	Включають власні кошти громадян, кредити, інвестиції, лізинг медичного обладнання; застосовуються для послуг поза межами гарантованого пакету та розвитку приватного сектору охорони здоров'я

Джерело: [49]

Отже, багатоканальний характер фінансування медичної галузі дозволяє диверсифікувати фінансові ресурси та знизити залежність системи від одного джерела надходжень. Поєднання бюджетного фінансування,

загальнообов'язкового медичного страхування та приватних коштів створює передумови для більшої фінансової стійкості системи та розширення спектра медичних послуг.

Таблиця 2.3

Ключові принципи функціонування системи

Принцип	Зміст
Справедливість розподілу коштів	Забезпечення рівного доступу населення до медичної допомоги незалежно від місця проживання чи соціального статусу
Уніфікованість медичних послуг	Гарантування єдиних стандартів якості та доступності медичної допомоги на всій території країни

Джерело: [49]

Таким чином, закріплення принципів справедливого розподілу коштів і уніфікованості медичних послуг є основою соціальної орієнтації системи охорони здоров'я. Їх реалізація спрямована на подолання територіальної та соціальної нерівності в доступі до медичної допомоги, а також на забезпечення однакового рівня якості медичних послуг для всього населення країни.

Таблиця 2.4

Реформування системи охорони здоров'я в Україні

Напрям	Характеристика
Загальний стан	Система охорони здоров'я перебуває у процесі комплексного реформування з метою підвищення ефективності, покращення показників здоров'я населення та забезпечення сталого розвитку галузі
Модель фінансування	Впроваджується багатоканальна модель, що поєднує бюджетне фінансування, обов'язкове та добровільне медичне страхування
Обґрунтування реформ	Чинна модель визнана застарілою та такою, що не відповідає сучасним соціально-економічним викликам; неефективність фінансового механізму спричинила структурні диспропорції в системі охорони здоров'я.

Джерело: [49]

Отже, впровадження багатоканальної моделі фінансування відповідає сучасним європейським підходам і створює підґрунтя для сталого розвитку медичної галузі в довгостроковій перспективі.

Таблиця 2.5

Цілі державної реформи фінансування охорони здоров’я

Ціль	Зміст
Доступність медичних послуг	Забезпечення можливості отримання медичної допомоги всіма верствами населення
Фінансовий захист населення	Зменшення фінансових ризиків громадян у разі захворювання
Раціональне використання коштів	Справедливий і ефективний розподіл публічних фінансів, зниження рівня неформальних платежів

Джерело: [49]

Таким чином, визначені цілі реформи орієнтовані на формування соціально справедливої та фінансово захищеної системи охорони здоров’я. Реалізація цих цілей сприятиме підвищенню доступності медичних послуг, зниженню фінансового навантаження на населення та забезпеченню більш раціонального використання публічних коштів.

Таблиця 2.6

Принципи нової моделі фінансування системи охорони здоров’я

№	Принцип	Сутнісна характеристика
1	Фінансовий захист	Формування механізмів, що забезпечують платоспроможність громадян у разі потреби медичної допомоги
2	Справедливість доступу	Гарантування надання медичних послуг відповідно до переліку державних гарантій кожному громадянину
3	Прозорість і підзвітність	Контроль за використанням публічних коштів і чітке визначення зобов’язань усіх учасників системи
4	Ефективність	Підвищення якості медичних послуг, поліпшення умов праці та мотивації медичного персоналу
5	Конкуренція постачальників	Залучення закладів усіх форм власності з метою стимулювання якості, інновацій та дотримання клінічних стандартів
6	Передбачуваність фінансування	Забезпечення стабільного планування обсягів бюджетних коштів на медичну допомогу
7	Субсидіарність	Закріплення повноважень на найнижчому рівні влади за умови забезпечення належної якості та доступності послуг

Джерело: [49]

Отже, нова модель фінансування системи охорони здоров’я ґрунтується на поєднанні соціальних гарантій, економічної ефективності та конкурентних механізмів. Реалізація таких принципів, як фінансовий захист, справедливість доступу, прозорість, ефективність і субсидіарність, створює умови для підвищення якості медичних послуг, зміцнення довіри населення до системи охорони здоров’я та забезпечення її стабільного функціонування.

Отже, запропонована в Україні нова модель фінансування системи охорони здоров'я орієнтована на поєднання державних гарантій із ринковими механізмами та принципами соціальної справедливості. Її реалізація покликана забезпечити фінансову стабільність галузі, підвищити якість і доступність медичних послуг, а також сформувати прозору й підзвітну систему використання публічних ресурсів відповідно до Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України [68]. За висновками науковців, перебіг реформи державної системи охорони здоров'я характеризується наступними етапами.

Мета реформи відповідає таким положенням:

1) «фінансування закладів відбувається на основі наданих послуг, що стимулює їхню ефективність та якість»;

2) «зміна моделі фінансування: перехід від бюджетного фінансування наоснові моделі, коли кошти виділяються за надані послуги, але не на утримання медичної установи», що передбачає наступне:

а) «автономізацію медичних закладів»;

б) «заключення прямих господарських договорів з НСЗУ», як з покупцем медичної послуги;

в) «державне фінансування за конкретно надану медичну послугу», відповідно до «Програми медичних гарантій»;

г) «мотиваційне покращення якості надання медичних послуг», з метою отримання більшого фінансування;

д) «оновлення інструментів контролю за якістю виконання умов договору» всіма учасниками процесу взаємодії на «ринку медичних послуг»;

3) «створення нової структури, «НСЗУ»,- урядової організації, яка стала замовником медичного обслуговування за "Програмою медичних гарантій»;

4) «запровадження та розвиток принципово нової структури, «ЕСОЗ»,- що дозволяє «збирати, аналізувати та зберігати дані про пацієнтів та медичні послуги з метою оптимізації використання необхідної інформації в процесі проведення медичного обслуговування».[68]

Концепцією реформи передбачено запровадження єдиного національного замовника медичних послуг – Національної агенції з фінансування охорони здоров'я. Ця установа функціонує як незалежний орган, діяльність якого спрямована на захист інтересів пацієнтів. Агенція здійснює закупівлю медичних послуг за рахунок єдиного загальнодержавного фонду коштів, використовуючи уніфіковані базові тарифи та стандарти якості. Такий підхід, у межах чинної податкової моделі формування доходів, забезпечує справедливий розподіл фінансових ресурсів і однаковий рівень медичних послуг по всій території країни.

Центральний апарат і регіональні підрозділи Агенції створюються таким чином, щоб гарантувати їхню інституційну незалежність як від центральних, так і від місцевих органів влади.

Національна агенція з фінансування охорони здоров'я укладає договори з надавачами медичних послуг усіх форм власності для закупівлі послуг у межах державного гарантованого пакета. Вона не є власником медичних закладів і не здійснює управління ними, що забезпечує чітке розмежування функцій замовника та постачальника.

Контракти укладаються безпосередньо з тими закладами, до яких звертається пацієнт, що сприяє фінансовій та управлінській автономії медичних установ.

Планування закупівель через Національну агенцію дозволить ефективніше організовувати надання медичної допомоги в межах конкретних територій, а також забезпечує можливість перенаправлення пацієнтів у разі потреби лікування в інших регіонах.

Таким чином, реформа підсилює роль територіальних громад і водночас змінює функції центральних та місцевих органів влади. Організація фінансування системи охорони здоров'я ґрунтується на принципі субсидіарності, відповідно до якого повноваження мають реалізовуватися на найнижчому можливому рівні, здатному забезпечити доступність і належну якість публічних послуг.

Переважна більшість медичних закладів перебуває у власності місцевих рад. Водночас держава гарантує фінансування, достатнє для закупівлі державного пакета медичних послуг для кожного громадянина.

Місцеві ради отримують більші фінансові надходження у разі зростання обсягів і підвищення якості медичних послуг, що надаються закладами, які перебувають у їхній власності. Громади, що формують ефективну мережу медичних установ, отримують додаткові можливості для залучення інвестицій, створення робочих місць для медичного персоналу, підвищення привабливості території та надання послуг мешканцям сусідніх громад. У разі функціонування на території громади приватних медичних закладів місцева влада отримує податкові надходження від їхньої діяльності.

Реформа також передбачає запровадження нових механізмів оплати медичної допомоги, зокрема перехід від фінансування утримання закладів до оплати фактично наданих медичних послуг на підставі договорів. Виплати здійснюються за умови автономії постачальника та незалежної перевірки результатів його діяльності.Кожна програма складається з підпрограм, сформованих за видами послуг, а не за типами закладів, що дозволяє одному медичному закладу отримувати фінансування з кількох програм.

Реалізація реформи фінансування системи охорони здоров’я передбачена у три етапи: підготовчий, етап впровадження та етап інтеграції. Загалом, реформа фінансування розглядається як ключовий елемент комплексного оновлення національної системи охорони здоров’я України.

Обґрунтуванням необхідності прийняття законопроекту «Про фінансове забезпечення охорони здоров’я та загальнообов’язкове медичне страхування в Україні» є визначення потреб в належному рівні розвитку системи охорони здоров’я, відповідно вирішенню низки сучасних проблемних питань та викликів, враховуючи в тому числі внутрішньогалузеві особливості, внутрішньо-регіональні відмінності, та інше.За визначенням науковців, в умовах впровадження реформи фінансового забезпечення медичної галузі, головними завданнями є наступні:

1) «вирішення питань «збору і перерозподілу коштів та інших ресурсів» з метою оптимізації надання гарантованих державою медичних послуг та покращення функціонування медичних установ», тощо.

2) «забезпечення «зменшення витрат» отримувачів медичної послуги «до посильного для них рівня», з метою «фінансової та фізичної доступності медичного обслуговування», що сприятиме «стабільності та підвищення суспільного добробуту» [35].

Отже, перехід до багатоканального фінансування системи охорони здоров'я на основі бюджетно-страхової моделі дозволяє поєднати державні гарантії з механізмами страхового захисту населення. Такий підхід відповідає міжнародній практиці та створює передумови для підвищення фінансової стійкості системи охорони здоров'я за рахунок диверсифікації джерел фінансування.

Таблиця 2.7

Джерела фінансування медичної галузі в межах Програми державних гарантій

№	Джерело фінансування	Характеристика
1	Державний та місцеві бюджети	Перша складова Програми державних гарантій
2	Загальнообов'язкове медичне страхування	Друга складова Програми державних гарантій
3	Програма боротьби з важкими, рідкісними та соціально небезпечними захворюваннями	Третя складова Програми державних гарантій, спрямована на соціальний захист
4	Позабюджетне фінансування	Добровільне медичне страхування, кошти громадян, благодійна допомога та інші дозволені законодавством форми

Джерело: складено автором на основі[66][67][68]

Поєднання бюджетних коштів, загальнообов'язкового та добровільного медичного страхування, а також спеціалізованих програм соціального спрямування сприяє зменшенню фінансового навантаження на населення та підвищенню доступності медичної допомоги.

Таблиця 2.8

Очікувані результати впровадження Програми державних гарантій

Очікуване досягнення	Зміст
Гарантія безоплатної медичної допомоги	Надання медичних послуг за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів
Фінансовий захист населення	Використання загальнообов'язкового медичного страхування для покриття витрат на лікування, профілактику, реабілітацію та лікарські засоби
Соціальний захист уразливих груп	Запобігання критичним медичним витратам для пацієнтів із важкими, рідкісними та соціально небезпечними захворюваннями

Джерело: складено автором на основі[66][67][68]

Гарантоване безоплатне надання базових медичних послуг, розвиток системи загальнообов'язкового медичного страхування та захист пацієнтів від катастрофічних витрат сприяють покращенню показників здоров'я населення та соціальної справедливості.

Таблиця 2.9

Основні положення Методики розрахунку тарифів МОЗ України

Положення	Зміст
Механізм тарифоутворення	Розрахунок тарифів за Програмою державних гарантій відповідно до законодавства
Нормативна база	Закони України, постанови КМУ, методики та інші нормативні документи
Суб'єкт розрахунку тарифів	Національна служба здоров'я України (НСЗУ)
Враховані дані	Стратегічні напрями розвитку, ЕСОЗ, санітарно-епідеміологічні показники, національні рахунки охорони здоров'я
Методи тарифікації	Окремі ставки або комбінація ставок із застосуванням коригувальних коефіцієнтів
Бюджетне обмеження	Загальний обсяг видатків не може перевищувати бюджетні асигнування на відповідний рік

Джерело: складено автором на основі[73]

Методика розрахунку тарифів МОЗ України формує прозорий та економічно обґрунтований механізм фінансування медичних послуг. Чітке нормативне регулювання процесу тарифоутворення, визначення відповідального суб'єкта та врахування комплексних статистичних і стратегічних даних забезпечують контроль за бюджетними витратами та підвищують ефективність використання фінансових ресурсів у сфері охорони здоров'я.

Як успішний приклад, наведемо ДНУ «Центр Інноваційних технологій охорони здоров`я» ДУС, де напрацьована ефективна стратегія своєчасного

прогнозування ризиків та мінімізації негативних наслідків в поєднанні з відповідною формулою розрахунку вартості кожного контракту, що враховує добуток кількості декларацій, коефіцієнти капітаційної ставки і віковий, кількість місяців договору та базову капітаційну ставку на одного пацієнта, що подав декларацію, тощо. Одночасно у вільному доступі представлена корисна інформація щодо переваг обслуговування в даному медичному центрі, відповідно до переліку лікувально-профілактичних підрозділів, а також щодо технічних аспектів заключення декларації.

Таким чином, призначено відповідальних осіб та організація робочих місць для заключення декларацій. Також забезпечена доступна комунікація для консультування щодо аспектів заключення декларації. Відповідно, задіяння висококваліфікованого кадрового потенціалу, використання високотехнологічного апаратурного парку та новітніх медичних технологій обумовлює справедливу потребу багатьох пацієнтів у отриманні медичних послуг на базі закладу, ДНУ «Центр Інноваційних технологій охорони здоров`я» ДУС, коли серед інших прикладів успішного впровадження державної політики з надання ефективної медичної допомоги населенню є зокрема й кількість декларацій, заключених за один місяць,- лише тільки по одному з багатьох підрозділів, до 437 станом на лютий місяць 2025 р., а тільки за перший квартал 2025 року силами підрозділів дитячого лікувально-діагностичного центру за новими стандартами надано послуг у форматі стаціонарного лікування 20 діткам, що узагальнено відповідає отриманню лікування протягом 89 ліжко-дня.

Також ефективне й активне впровадження в роботу медичного закладу ДНУ «ЦІТОЗ» ДУС нових організаційних алгоритмів ілюструють наступні приклади: робота з амбулаторним пакетом, зокрема з приводу проведення профілактичних оглядів за галузевими стандартами у форматі ЕСОЗ пацієнтам різних вікових груп, а також діагностики, спостереження та лікування в амбулаторних умовах; проведення лікувально-діагностичних заходів, зокрема й хірургічних втручань в умовах стаціонару одного дня із відповідним

анестезіологічним супроводом, як дорослим, так і дітям; успішне надання медичних послуг щодо ведення вагітності в амбулаторних умовах задекларованим пацієнтам, а також надання медичної допомоги при пологах та у післяпологовому періоді, відповідно, із забезпеченням не тільки акушерсько-гінекологічного, а й неонатального супровіду новонародженої дитини; успішний й активний розвиток стоматологічної допомоги дорослим та дітям в різноманітних опціях; також беззаперечним прикладом є успішне високоякісне функціонування підрозділів служби екстреної медичної допомоги; успішний розвиток діагностичної служби, що безперервно забезпечує значний перелік різноманітних численних інструментальних та клініко-лабораторних обстежень різного ступеня складності за відповідними затвердженими скринінговими протоколами; окрема ретельна увага приділяється виконанню медичних послуг за пакетом №57 - «Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії»; успішна робота хірургічного центру забезпечує проведення численних за ступенем тяжкості та різноманітних за нозологією оперативних втручань у дорослих та дітей різних вікових груп в умовах стаціонару, зокрема в обл. кардіохірургії, отоларингології, абдомінальній хірургії, судинній хірургії, тора кальній хірургії, нейрохірургії, урологічній хірургії, гінекологічній хірургії, офтальмологічній хірургії, ортопедичній хірургії, неонатальній хірургії, стоматологічній хірургії, тощо.

Таким чином, означені нампрямки реалізації реформи охорони здоров’я в Україні це складний комплекс законодавчих, теоретико-наукових, організаційних та інфраструктурних змін в медичній галузі, спрямований на оптимізацію обслуговування населення, потребуючого медичної допомоги.

2.3. Проблемні питання реформування галузі та шляхи їх вирішення в контексті європейського досвіду

Науковцями відмічено, що на час розгляду зберігається перелік проблемних питань щодо внесення змін в механізми функціонування медичної галузі.Зокрема зазначається, що достатньо «ефективного функціонування «Програми медичних гарантій», з огляду процесів «планування стратегічних закупівель, доки не відбулося». Подекуди «на госпітальному етапі надання медичної допомоги тарифи НСЗУ не є відповідними» до об'єктивно «дійсних витрат на лікування», як в приватних медичних закладах так і в державних установах, що особливо відчутно «на рівні спеціалізованої допомоги», і відповідно може«сприяти створенню благодійних фондів для медичних і не медичних витрат медичним закладом чи дотичними до закладу структурами».

У процесі планування бюджетних видатків на охорону здоров'я в Україні продовжують проявлятися проблеми, пов'язані з отриманням своєчасної, повної та достовірної статистичної інформації. Наявні труднощі зі збором і верифікацією даних уповільнюють їх узагальнення та аналіз, що особливо ускладнює ухвалення управлінських рішень в умовах запровадження середньострокового бюджетного планування. Недостатня якість інформаційного забезпечення негативно позначається на прогнозуванні потреб галузі та ефективності розподілу фінансових ресурсів.

Більше того, сприяння міжвідомчій співпраці та створення міжфункціональних команд можуть сприяти безперебійній роботі. Усунення бар'єрів між відомствами та заохочення відкритої комунікації та обміну знаннями між ними можуть допомогти подолати бюрократичні перешкоди. Управління суперечливими інтересами різних заінтересованих сторін є серйозною проблемою на стику державного управління та громадського охорони здоров'я.

Для вирішення проблеми, пов'язаної з різними інтересами заінтересованих сторін, дуже важливо залучати їх до процесу та сприяти співпраці. Проведення аналізу заінтересованих сторін може допомогти виявити точки дотику та галузі потенційного співробітництва. Розуміння точок зору різних зацікавлених сторін допомагає фахівцям у галузі державного управління

та громадського охорони здоров’я працювати над пошуком взаємоприйнятних рішень, які враховують інтереси, що розходяться.

Водночас залишається незавершеним формування комплексної системи оцінювання якості надання медичних послуг. Існуючі підходи переважно орієнтовані на формальну відповідність встановленим стандартам і не враховують у повному обсязі суб’єктивну складову сприйняття медичної допомоги пацієнтами. Використання таких інструментів, як опитування, анкетування та інші соціологічні методи, має фрагментарний характер і ще не інтегроване у єдину національну систему оцінки якості медичних послуг.

Науковці також звертають увагу на недостатній рівень розвитку механізмів моніторингу та оцінки результатів реформ у сфері охорони здоров’я. Зокрема, обмежена наявність мотиваційних елементів у фінансуванні первинної медичної допомоги ускладнює визначення реальних змін у якості медичних послуг, а також оцінку ефективності впровадження профілактичних і превентивних програм зі збереження здоров’я населення. Додатковою проблемою є нерівномірність надання медичної допомоги в регіональному розрізі, що свідчить про диспропорції в ресурсному забезпеченні та управлінських підходах.

Окремим напрямом проблематики є недостатня інтеграція приватного сектору до системи надання гарантованої медичної допомоги. В Україні й досі не створено належних умов для активного залучення приватних медичних закладів до роботи за пакетами Програми медичних гарантій. Зокрема, експерти відзначають обмежені обсяги та недосконалі механізми реімбурсації витрат приватним надавачам медичних послуг. Крім того, відсутність повноцінного та прозорого ринку медичних послуг і медичних закладів стримує розвиток медичного страхування, що, у свою чергу, негативно впливає на доступність медичної допомоги для населення.

Торгівля охороною здоров’я та первинною медичною допомогою значно підірвала соціальну рівність та справедливість. Проблеми, пов’язані зі старінням населення, поряд із зростанням хронічних захворювань та множинної

супутньої патології, суттєво збільшили попит на медичні послуги. Це чинило величезний тиск на традиційну, орієнтовану на хворобу систему охорони здоров'я, яка зараз стає дедалі нестійкішою. В результаті відновився глобальний інтерес до систем охорони здоров'я, орієнтованих на здоров'я, та профілактичних стратегій.

Значну увагу в наукових дослідженнях приділено аналізу правового статусу медичних працівників. Стан суб'єктно-правових відносин у медичній галузі залишається далеким від європейських стандартів, оскільки лікар фактично не має статусу представника незалежної професії. Наразі основною формою взаємовідносин між лікарем і закладом охорони здоров'я є трудовий договір, що обмежує можливість застосування альтернативних трудових або цивільно-правових форм співпраці.

Самостійне надання медичних послуг лікарем можливе лише за умови реєстрації фізичної особи – підприємця та отримання ліцензії на медичну практику, що потребує додаткових фінансових витрат і створює бар'єри для розвитку індивідуальної медичної практики.

Обмежена співпраця між органами державного управління та фахівцями в галузі охорони здоров'я є серйозною проблемою на стику цих областей. Державне управління та громадська охорона здоров'я часто працюють ізольовано, що призводить до втрачених можливостей для синергії та всебічного вирішення проблем.

Без ефективної міждисциплінарної співпраці ініціативи в галузі охорони здоров'я можуть відчувати нестачу необхідної адміністративної підтримки, а рішення органів державного управління можуть не брати до уваги критично важливі аспекти охорони здоров'я. Такий фрагментарний підхід може призвести до неоптимальних результатів та перешкоджати ефективному вирішенню складних проблем охорони здоров'я.

Розвиток міждисциплінарної освіти та програм навчання є ключовим вирішенням проблеми обмеженого співробітництва. Співробітництво та взаєморозуміння можуть бути покращені за рахунок заохочення фахівців у

галузі державного управління та громадського охорони здоров’я до набуття міждисциплінарних знань та навичок. Міждисциплінарні освітні програми можуть надати спеціалістам платформу для здобуття знань про дисципліни один одного, сприяючи цілісному розумінню взаємозв’язку між державним управлінням та громадською охороною здоров’я.

Крім того, створення міждисциплінарних цільових груп та робітничих колективів може створити можливості для обміну знаннями та співробітництва. Об’єднання фахівців із різних галузей може сприяти обміну ідеями, досвідом та передовими практиками.

Міждисциплінарні цільові групи можуть працювати над конкретними проектами або ініціативами, використовуючи досвід як фахівців у галузі державного управління, так і фахівців у галузі охорони здоров’я. Такий підхід, що ґрунтується на співпраці, підвищує можливості вирішення проблем та гарантує, що адміністративні рішення приймаються з урахуванням вимог охорони здоров’я.

Неефективне впровадження політики є серйозною проблемою на стику державного управління та громадського охорони здоров’я. Хоча добре розроблені стратегії в галузі охорони здоров’я можуть існувати, їх перетворення на ефективні програми на місцях може бути складним завданням. Цьому сприяють різні фактори, включаючи обмежені ресурси, недостатню координацію та відсутність залучення зацікавлених сторін. Неефективне впровадження політики може призвести до розриву між намірами політики та фактичними результатами, що перешкоджає ефективному та дієвому вирішенню проблем охорони здоров’я.

Для вирішення проблеми неефективного здійснення політики дуже важливо розробити надійні стратегії її реалізації та створити комплексні системи моніторингу. Плани реалізації мають бути розроблені з чіткими цілями, термінами, розподілом обов’язків та заходами підзвітності. Визначивши конкретні дії, ролі та очікувані результати, стратегії реалізації

можуть стати дорожньою картою для перетворення політики на конкретні програми.

Крім того, системи моніторингу та оцінки відіграють життєво важливу роль у забезпеченні ефективної реалізації політики. Створення комплексних систем для відстеження прогресу та вимірювання впливу програм допомагає виявляти області успіху та області, що потребують коригування. Регулярний моніторинг дозволяє своєчасно отримувати зворотний зв'язок та коригувати курс, підвищуючи оперативність та ефективність ініціатив у галузі охорони здоров'я. Політики та фахівці в галузі охорони здоров'я можуть приймати обґрунтовані рішення для покращення реалізації політики та досягнення бажаних результатів у галузі охорони здоров'я. Цього можна досягти шляхом постійної оцінки процесу реалізації та вимірювання результатів.

Крім того, в Україні досі відсутній окремий закон про лікарське самоврядування, що унеможливлює повноцінне функціонування інституцій професійного представництва інтересів медичних працівників. Хоча відповідні законопроєкти перебувають на розгляді Верховної Ради України, а у 2024 році один із них було ухвалено в першому читанні, нормативне врегулювання цього питання залишається незавершеним.

Дослідження механізмів фінансування закладів охорони здоров'я різних форм власності свідчать про наявність низки стійких тенденцій у розвитку приватної медицини.

Зокрема, створення приватної клініки є доступним для інвесторів, однак відкриття багатопрофільних медичних закладів ускладнюється необхідністю отримання окремих ліцензій для кожного напряму діяльності та значними витратами на обладнання. Переважна більшість приватних медичних закладів функціонує у формі товариств з обмеженою відповідальністю та застосовує спрощену систему оподаткування. Медична діяльність у цілому підлягає ліцензуванню, а процес отримання ліцензії, хоча й регламентований законодавством, на практиці займає до кількох місяців.

Для окремих приватних закладів додатковими напрямами діяльності стає організація лікування пацієнтів за кордоном, а також розвиток інноваційних сервісів, зокрема послуг типу «second opinion», що передбачають експертний аналіз діагностичних матеріалів у провідних зарубіжних медичних центрах. Водночас інвестиційна привабливість приватної медицини в Україні суттєво обмежується відсутністю загальнообов'язкового медичного страхування та повільними темпами розвитку добровільного медичного страхування.

У науково-аналітичних роботах також виокремлюються основні та додаткові джерела фінансування закладів охорони здоров'я всіх форм власності. До найбільш поширених належать власні кошти засновників, інвестиції, лізинг медичного обладнання, фінансування за рахунок суміжних видів діяльності та банківське кредитування.

Поряд із цим дедалі більшого значення набувають альтернативні інструменти фінансового забезпечення, зокрема державні пілотні проєкти за участю міжнародних організацій, місцеві цільові програми, гранти міжнародних і благодійних фондів, механізми державно-приватного партнерства та підтримка з боку опікунських рад закладів охорони здоров'я. Кожен із зазначених інструментів має власні переваги й обмеження та потребує індивідуального підходу до планування й реалізації.

Особливу увагу привертають приклади успішних державних і міжнародних проєктів у сфері охорони здоров'я. Зокрема, реалізація проєкту з реабілітації осіб, які зазнали травм унаслідок війни, демонструє ефективність міжвідомчої взаємодії за участю органів державної влади, національних інституцій, освітніх і наукових закладів, а також громадських організацій. Водночас активне залучення України до міжнародних програм, зокрема ініціатив Європейського Союзу у сфері охорони здоров'я, сприяє інтеграції національної медичної системи до європейського простору та розширює можливості фінансування розвитку науки, освіти й практичної медицини.

Важливу роль у цьому процесі відіграють грантові програми провідних міжнародних організацій, зокрема USAID, GIZ, програм Європейського Союзу

та урядових ініціатив інших держав, які спрямовані на модернізацію медичної інфраструктури, підвищення якості медичних послуг і розвиток людського капіталу в системі охорони здоров’я.

РОЗДІЛ 3
ПЕРСПЕКТИВИ ТА СТРАТЕГІЧНІ НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

3.1. Аналіз стану системи охорони здоров'я України станом на 2023 рік: виклики та здобутки

Особливості сьогодення, за безперечними висновками багатьох науковців, визначають стан медичної галузі в Україні «одним з визначальних елементів безпекових питань», внаслідок перебігу повномасштабної війни та зберігающимся системними викликами в умовах перебігу реформи здравоохоронної сфери. Науковцями надається перелік багатьох проблемних питань,- зокрема, серед іншого це і «повна відсутність доступності будь-яких медичних послуг на прифронтових територіях, падіння якості медичних послуг, поширення пошкодження медичної інфраструктури, збільшення нестачі кадрів, особливо фахівців окремих спеціалізацій на тлі структурної зміни потреб у медичних послугах, погіршення показників здоров'я населення», тощо.

Провідні фахівці та науковці, транслюючи роздуми багатьох представників медичної спільноти, відмічають наступне:

1) «відтворення«стратегії реформування державної медичної сфери» в умовах тривалого військового протистояння не спроможне відбуватися запланованими темпами»;

2) «залишається перелік суттєвих невирішених завдань, що набуває ще більшого загострення»;

3) «збільшується актуальність питань, щодо майбутнього розвитку медичної галузі після війни, особливо враховуючи необхідні«стратегії відновлення», а також стан сучасних «медико-демографічних тенденцій» та сучасних «соціально- економічних»особливостей країни».[75]

Експертною групою наголошується про «необхідність розвитку державної системи раннього попередження стосовно психоактивних речовин». Також, серед переліку нагальних викликів ще більш актуальною є «необхідність психологічної допомоги більшості українських дітей,- так «лише протягом 2023 р. близько 135 тисяч пацієнтів отримали допомогу запакетом «Супровід і лікування дорослих та дітей з психічними розладами» на первинному рівні медичної допомоги".

Науковцями також наголошується, що «зберігається різний рівень надання медичної послуги, відповідно до регіональних особливостей». Серед перших позитивних змін в реформуванні медичної галузі відмічено організаційні здобутки в процесі надання екстреної медичної допомоги, відповідно до прийнятої «у грудні 2020 р. Постанови КМУ «Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події». Також зауважено, що «електронна система охорони здоров'я», «ЕСОЗ», ще не забезпечена досконалим централізованим та універсальним функціоналом».

Серед багатьох нагальних питань щодо стану медичної сфери, також визначено, що «ще більш важливого значення в сучасних умовах набувають питання щодо інформаційної безпеки, збереження великих масивів даних та алгоритмів доступу до баз даних, особливо на «ТОТ» тимчасово окупованих територіях», тощо.[75]

Також експертами наголошується, що серед іншого «потребують додаткового вивчення, аналізу й ефективного своєчасного реагування питання щодо міграційних процесів та їх впливу на стан медичної сфери, порушення логістичних процесів в медичній галузі, поширення забруднення навколишнього середовища, загострення епідеміологічного стану, збільшення травматизму та порушень психоневрологічного стану, погіршення інших показників здоров'я всіх верств населення» тощо.

Станом на 2023 рік система охорони здоров'я України функціонувала в умовах безпрецедентних викликів, зумовлених повномасштабною військовою агресією, соціально-економічною нестабільністю, значними демографічними

втратами та зростанням потреб населення у медичній допомозі. Водночас галузь продемонструвала певну стійкість та адаптивність, що стало можливим завдяки реалізації реформ, міжнародній підтримці та цифровізації управлінських і медичних процесів.

Одним із ключових викликів системи охорони здоров'я у 2023 році стала руйнація медичної інфраструктури внаслідок бойових дій. Значна кількість закладів охорони здоров'я була пошкоджена або знищена, що обмежило доступ населення до медичних послуг, особливо в прифронтових та деокупованих регіонах. Додатковим негативним чинником стала міграція медичних працівників як за кордон, так і всередині країни, що призвело до дефіциту кадрів, насамперед лікарів вузьких спеціальностей та середнього медичного персоналу.

Суттєвим викликом залишалося фінансування галузі. Попри збереження державних гарантій медичного обслуговування населення, обсяг бюджетних ресурсів був обмеженим через пріоритетність оборонних витрат. Це посилило залежність системи охорони здоров'я від міжнародної фінансової та гуманітарної допомоги. Водночас зберігалися проблеми нерівномірного розподілу коштів між регіонами та недостатнього фінансування профілактичної медицини.

Окремої уваги потребували епідеміологічні та соціальні ризики, зокрема зростання рівня психічних розладів, посттравматичних стресових станів, хронічних захворювань, а також погіршення загального стану здоров'я населення внаслідок стресу, переміщення та зниження рівня життя.

Водночас у 2023 році система охорони здоров'я України мала й низку здобутків. Насамперед варто відзначити збереження функціонування Програми медичних гарантій, яка забезпечила базовий доступ населення до безоплатних медичних послуг. Роль Національної служби здоров'я України, як єдиного національного закупівельника медичних послуг, була посилена, що сприяло підвищенню прозорості фінансування та ефективності використання бюджетних коштів.

Важливим досягненням стала подальша цифровізація галузі, зокрема розвиток електронної системи охорони здоров’я (eHealth), розширення застосування електронних рецептів, направлень та медичних записів. Це сприяло спрощенню доступу пацієнтів до послуг, зменшенню бюрократичного навантаження на медичних працівників та підвищенню контролю за якістю медичного обслуговування.

Крім того, значну роль відіграла міжнародна підтримка, яка включала фінансування, постачання медичного обладнання, лікарських засобів та реалізацію спільних проєктів з відновлення медичної інфраструктури. Також було посилено розвиток реабілітаційної медицини та медико-психологічної допомоги, зокрема для військовослужбовців і постраждалих від війни цивільних осіб.

Таким чином, станом на 2023 рік система охорони здоров’я України характеризувалася поєднанням глибоких структурних проблем і водночас значного потенціалу до відновлення та розвитку. Незважаючи на складні умови, галузь зберегла керованість і спроможність надавати базові медичні послуги, що створює підґрунтя для подальшої модернізації системи охорони здоров’я у післявоєнний період.

3.2. Перспективи розвитку системи охорони здоров’я України до 2030 року

Аналіз актуальних показників функціонування державної системи охорони здоров’я свідчить, що, за оцінками профільних експертів у сфері розвитку медичної галузі, повоєнний етап стане визначальним періодом глибинної трансформації національної системи охорони здоров’я. Очікується, що цей процес буде спрямований на формування моделі, максимально наближеної до європейських стандартів, із фокусом на підвищення доступності медичної допомоги, її прийнятності для населення та відповідності сучасним

вимогам якості з метою покращення стану здоров’я і загального добробуту громадян України.

На думку фахівців, за умови збереження послідовності реформ і належного фінансового забезпечення, у середньостроковій перспективі можливе поступове зростання показників очікуваної тривалості життя населення України до рівня середньоєвропейських значень. Водночас реалізація структурних змін у медичній галузі створює підґрунтя для досягнення ключових індикаторів. Серед визначених напрямів майбутнього розвитку науковцями також прогнозуються суттєві зміни в організаційних і фінансових засадах функціонування системи охорони здоров’я, які в подальшому визначатимуть її стійкість, ефективність та соціальну орієнтованість.

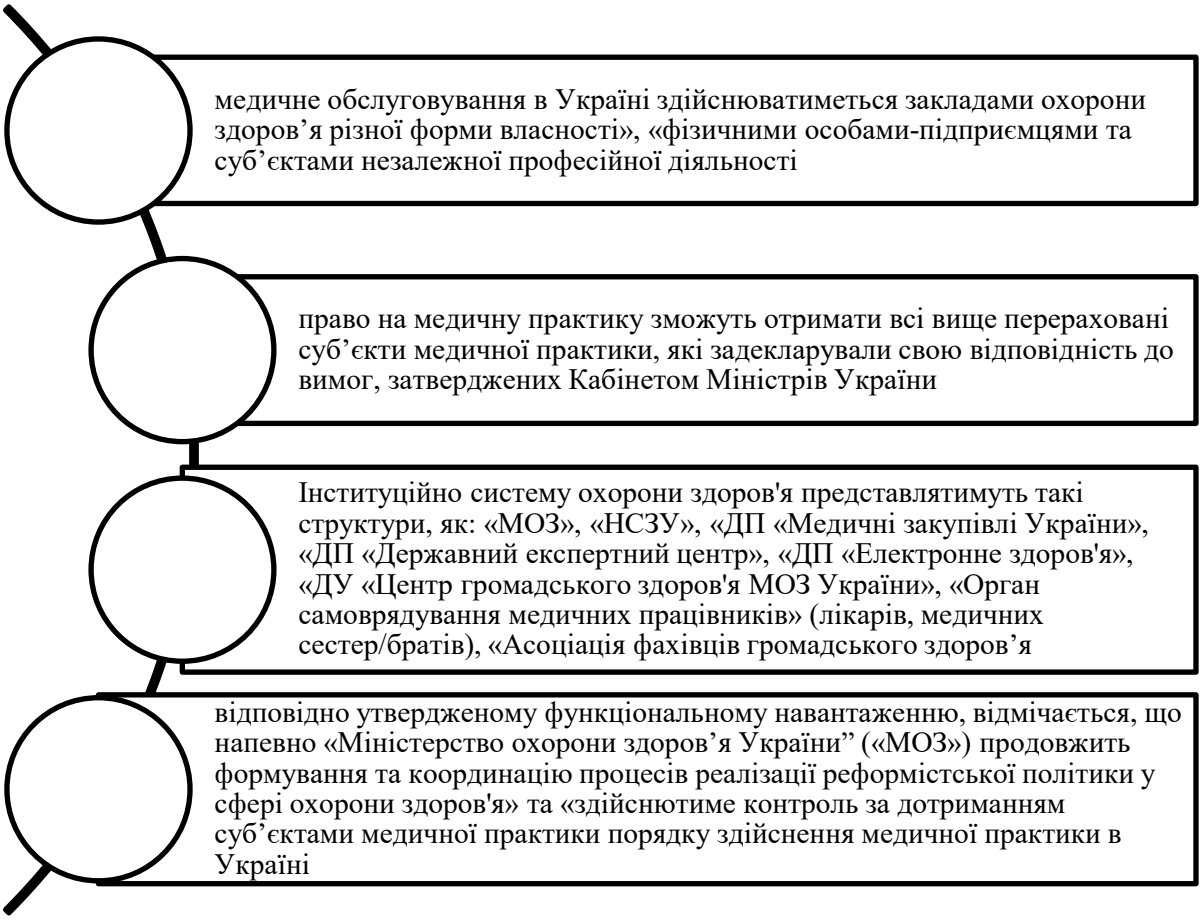


Рис. 3.1.Зміни щодо організації та фінансування системи охорони здоров’я

Джерело: складено автором на основі[67][71]

Державне підприємство «Медичні закупівлі України» діє як самостійна структура, відповідальна за організацію стратегічних і високовартісних закупівель на загальнодержавному рівні. Його діяльність базується на прозорих та антикорупційних процедурах формування потреб, визначення медико-технічних вимог і контролю ефективності використання закуплених товарів та послуг.

Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України» виконує функції науково-аналітичного центру, який забезпечує доказову основу для формування політики у сфері збереження здоров'я населення, розроблення національних стандартів, накопичення знань у галузі громадського здоров'я та біобезпеки.

Державне підприємство «Державний експертний центр» функціонує як самостійна спеціалізована експертна установа, діяльність якої спрямована на науково-експертне та регуляторне забезпечення обігу лікарських засобів. До основних повноважень Центру належать організація та експертний супровід клінічних випробувань, проведення процедур державної реєстрації лікарських засобів, здійснення фармаконагляду, участь у розробленні й впровадженні стандартів медичної допомоги, а також оцінка медичних технологій з метою підвищення ефективності та безпеки медичної практики.

Таблиця 3.2

Інституційна архітектура та управління системою охорони здоров'я

Суб'єкт	Оновлена роль і функції
ДП «Електронне здоров'я»	Центральний координатор розвитку цифрової екосистеми охорони здоров'я; забезпечує технічну сумісність, стандартизацію, інтероперабельність та відповідність міжнародним рекомендаціям ВООЗ
Держава	Формує нормативно-правову базу, здійснює стратегічне регулювання та гарантує стабільність функціонування системи
Орган лікарського самоврядування	Професійна недержавна інституція, відповідальна за доступ до професії, безперервний професійний розвиток, професійну етику, незалежність та представництво інтересів лікарів
Органи місцевого самоврядування	Реалізують політику громадського здоров'я, розвивають інфраструктуру та фінансують регіональні програми

Джерело: складено автором[71][75]

Таким чином, управління системою охорони здоров'я формується як багаторівнева модель із чітким розподілом відповідальності між державою, професійною спільнотою та місцевими органами влади. В Україні має бути побудована модель фінансування орієнтована на результативність, економічну обґрунтованість та підвищення якості медичних послуг та, яка спрямована на наступні напрями, представлені в табл.3.3.

Таблиця 3.3

Пріоритетні напрями медичної допомоги та лікарського забезпечення

Напрям	**Особливості фінансування**
Психіатрична допомога	Захищені бюджетні статті
Реабілітаційна допомога	Розширення мережі центрів, підготовка кадрів за міжнародними програмами
Паліативна та хоспісна допомога	Розвиток відповідно до європейських стандартів
Орфанні та інфекційні захворювання	Централізоване фінансування
Програма «Доступні ліки»	Безоплатне або частково оплачуване забезпечення препаратами

Джерело: складено автором[42][43][71][75][80]

Фокус державної політики має бути спрямований на соціально чутливі напрями та захист найбільш уразливих груп населення. В табл.3.4 представимо напрями ровитку медичної інфраструктури та кадрового потенціалу.

Таблиця 3.4

Розвиток медичної інфраструктури та кадрового потенціалу

Напрям	Характеристика
Мережа закладів	Модернізація відповідно до вимог НСЗУ та стандартів ЄС
Реабілітаційні та хоспісні центри	Формування доступної та розгалуженої мережі
Професійний статус лікаря	Розширення форм зайнятості та професійної автономії
Медична освіта	Повна гармонізація з європейськими стандартами

Джерело: складено автором[42][43][71][75][80]

Посилення автономії закладів і професійної свободи лікарів створює передумови для підвищення якості медичної допомоги та зменшення неформальних платежів.

Цифрова трансформація системи охорони здоров'я України розглядається як один із ключових чинників підвищення її ефективності, прозорості та орієнтованості на потреби пацієнта. Центральну роль у цьому процесі відіграє ДП «Електронне здоров'я», яке здійснює функції адміністратора та координатора розвитку цифрової інфраструктури галузі. Його діяльність спрямована на забезпечення технічної сумісності інформаційних систем, упровадження єдиних стандартів обміну даними, дотримання принципів інтероперабельності та відповідності міжнародним рекомендаціям Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Формування цифрової екосистеми охорони здоров'я відбувається в умовах багатосторонньої взаємодії широкого кола стейкхолдерів, зокрема пацієнтів, медичних працівників, надавачів медичних послуг, розробників цифрових рішень, страхових компаній, органів державної влади, наукової спільноти та громадських організацій. Така взаємодія зумовлює постійну потребу у стандартизації процесів, уніфікації даних і розвитку функціональності цифрових сервісів, що забезпечується як ринковими механізмами, так і інструментами державного регулювання.

У середньостроковій та довгостроковій перспективі передбачається створення повноцінної Національної цифрової платформи охорони здоров'я, здатної забезпечити доступ до структурованих медичних даних у режимі реального часу. Платформа функціонуватиме на засадах сталого розвитку, відкритості та безпеки, а також буде інтегрована з державними реєстрами через систему електронної взаємодії «Трембіта».

Для пацієнтів цифровізація відкриває доступ до широкого спектра електронних сервісів, що охоплюють профілактику захворювань, вибір лікаря та закладу охорони здоров'я, контроль процесу лікування, отримання електронних рецептів і направлень, а також управління власними медичними

даними. При цьому принципово важливим є закріплення за пацієнтом статусу повноправного власника медичної інформації із забезпеченням високого рівня захисту персональних даних та інформаційної безпеки.

ДП «Електронне здоров'я» також виконує функції технічної координації та стандартизації цифрових рішень, сприяючи розвитку відкритого та конкурентного середовища для постачальників медичних інформаційних систем. Такий підхід стимулює інновації, підвищує якість цифрових продуктів і забезпечує гнучкість у впровадженні нових сервісів відповідно до потреб системи охорони здоров'я.

В табл. 3.5 представимо стратегічні цілі у сфері охорони здоровя України на 2030 рік.

Таблиця 3.5

Стратегічні цілі до 2030 року

Ціль	Очікуваний ефект
Національний фонд громадського здоров'я	Фінансування профілактики неінфекційних захворювань
Імплементація Рамкової конвенції ВООЗ щодо тютюну	Зменшення тютюнової та нікотинової залежності
Реформа медичної освіти	Визнання української медичної освіти на європейському рівні
Міжнародна конкурентоспроможність	Входження медичних ЗВО до світових рейтингів

Джерело: складено автором[80]

До 2030 року система охорони здоров'я України орієнтується на сталість, профілактику, європейську інтеграцію та людський капітал.Узагальнення результатів комплексного аналізу сучасного стану та напрямів подальшого розвитку системи охорони здоров'я України дало змогу експертному середовищу окреслити можливі шляхи подолання наявних системних дисбалансів і структурних проблем.

Наголошується, що досягнення стратегічних цілей реформування галузі можливе виключно за умови реалізації взаємопов'язаних, своєчасних і багаторівневих трансформацій, які охоплюють організаційні, управлінські,

фінансові та інституційні аспекти функціонування медичної системи. Такий підхід узгоджується з фундаментальними засадами Конституції України, відповідно до яких життя та здоров'я людини визнаються найвищою соціальною цінністю держави.

Запровадження медичної реформи суттєво розширює управлінські можливості закладів охорони здоров'я, зокрема через надання їм більшої автономії у прийнятті управлінських рішень і розпорядженні наявними ресурсами. Водночас це обумовлює зростання потреби у застосуванні сучасних управлінських інструментів, серед яких особливе значення відводиться стратегічному плануванню як механізму довгострокового розвитку закладу в умовах змінного зовнішнього середовища.

Поряд із виконанням основної функції – забезпечення населення якісною та доступною медичною допомогою – заклади охорони здоров'я зацікавлені у підвищенні економічної результативності власної діяльності. Це зумовлює необхідність стратегічного підходу до планування розвитку з урахуванням пріоритетів і цілей соціально-економічного розвитку відповідної територіальної громади або регіону, а також обов'язкового погодження й затвердження стратегічних документів рішеннями органів місцевого самоврядування.

До ключових стратегічних пріоритетів закладів охорони здоров'я, як правило, належать професійна компетентність персоналу, наявність сучасного медичного обладнання, впровадження інноваційних інформаційно-комунікаційних технологій, розвиток безпечної та зручної інфраструктури, формування позитивної ділової репутації та стабільне позиціонування на ринку медичних послуг.

Відповідно до базових орієнтирів державної політики у сфері охорони здоров'я України, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я населення шляхом забезпечення своєчасної, якісної й доступної медичної допомоги на всіх рівнях надання послуг, науковцями та експертами окреслюються позитивні очікування щодо результатів упровадження реформи медичної галузі, яка

розглядається як ключовий інструмент досягнення сталого розвитку системи охорони здоров’я.

3.3. Міжнародний досвід, співпраця та впровадження інформаційних систем у сфері охорони здоров’я

Країни ЄС – важливий орієнтир у контексті запровадження інновацій, у т. ч. у сферіцифровізації охорони здоров’я. Про це свідчить становище держав-членів Євросоюзу у глобальному рейтингу розвитку електронних урядів.Перші два місця займають Данія та Фінляндія, п’яте – Швеція, восьме та дев’яте – Естонія та Нідерланди. Усі країни ЄС розташовуються на місцях у верхній частини списку. Перелік замикає Румунія, яка посідає 57 місце.

У рамках цифровізації медицини одна з найбільш передових – створення електронного регістру повного переліку медичних записів у Данії, що дозволило надати доступ всім медпрацівникам та фармацевтам, допомагає у коректній діагностиці та може відіграти вирішальну роль при наданні термінової медичної допомоги. Аналогічна база даних функціонує Естонії. При цьому вона доповнена даними геному 200 тис. осіб (понад 1/7 населення країни), надані медичних записів доступні не тільки медичним працівникам, а й пацієнтам.

У Фінляндії та Швеції лікарі виписують рецепти в електронному форматі. Це забезпечує не тільки захищений зв’язок клінік та медичних закладів, але й дозволяє застосовувати превентивні заходи щодо несанкціонованого вживання рецептурних лікарських засобів, яке може завдати шкоду здоров’ю, навколишньому середовищу та стати причиною наркозалежності.

Перевага електронної охорони здоров’я в Євросоюзі – можливість передачі найкращих практик одних держав-членів іншим.

ЄС – один із світових лідерів у галузі розвитку та виробництва високотехнологічного медичного обладнання для діагностики та лікування, а також для використання у фармацевтичній галузі. Європейське медичне

обладнання використовується у клініках по всьому світу. У цьому важливим виступає розвиток навчання роботі з даним обладнанням, що дозволить уніфікувати та підвищити якість виробленої продукції. Особливо значущою для світової системи охорони здоров'я виступає фармацевтична галузь, де робота над виробничими процесами впливає на кінцевий продукт. Важливим елементом співробітництва на користь благополуччя людини є зближення стандартів освіти і, як наслідок, виробничих практик. З урахуванням важливості даного процесу та складності у напрямку тих, хто навчається в європейські виробничі центри, можна організовувати і практичні заняття в дистанційному форматі. Це цілком можливо при формуванні ідентичних приміщень з аналогічним обладнанням.

Міжнародні нормативно-правові акти і розвиток державної медичної галузі в України займають особливе місце в стратегії державного управління сфероюохорони здоров'я. Система засобів «імплементації міжнародних стандартів прав людини» включає в себе національні механізми (адаптація законодавства, видання правових актів) та міжнародні механізми (діяльність спеціалізованих органів, міжнародні судові установи).

За Конституцією України, чинні міжнародні договори, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, є частиною національного законодавства України (ч. 1, ст. 9).[49]

Положення статей 11 та 13 Європейської Соціальної Хартії зазначеного міжнародного документа покладають на держави-учасниці обов'язок забезпечувати охорону здоров'я населення, надавати громадянам належні освітні, профілактичні та консультативні медичні послуги, здійснювати заходи з попередження поширення небезпечних захворювань, а також гарантувати доступ до медичної допомоги незалежно від матеріального становища осіб.

Участь України в європейській системі соціальних стандартів реалізується через приєднання до низки ключових міжнародних договорів. Зокрема, 9 вересня 2006 року Україна стала стороною відповідної Хартії, прийнявши на себе зобов'язання щодо імплементації її норм у національне

законодавство та практику державної політики. Вагоме значення у сфері соціального захисту та охорони здоров'я має Європейська соціальна хартія, положення якої гарантують право особи на профілактичну, лікувальну та реабілітаційну медичну допомогу у випадках втрати працездатності, настання інвалідності, професійних ризиків або у зв'язку з досягненням похилого віку. Подальшим кроком інтеграції України до європейського соціального простору стало приєднання 10 листопада 2016 року до Європейського кодексу соціального забезпечення, що посилило міжнародно-правові зобов'язання держави у сфері соціальних і медичних гарантій.

Досліджуючи міжнародний досвід правового регулювання та дотримання етичних стандартів у сфері охорони здоров'я, науковці аналізують нормативно-правові основи, сформовані в провідних країнах світу, з урахуванням історичного розвитку міжнародних організацій, що здійснюють регулювання медичної діяльності. Такий аналіз спрямований на узагальнення підходів і поступову уніфікацію державних політик у галузі охорони здоров'я на міжнародному рівні.

Особлива увага приділяється питанням захисту громадського здоров'я та діяльності Всесвітньої медичної асоціації, її цілям, принципам і ключовим деклараціям. У межах дослідження окрему увагу приділено аналізу міжнародних і європейських документів, які формують етико-правову основу медичної практики. До них належать Міжнародний кодекс медичної етики, Декларація незалежності та професійної свободи лікаря, Європейський кодекс медичної етики, Конвенція про захист прав людини та людської гідності, Європейська хартія прав пацієнтів, а також інші нормативні акти, що регламентують професійну відповідальність медичних працівників і гарантії захисту прав пацієнтів.

З урахуванням актуальних викликів реформування системи охорони здоров'я України, необхідності її адаптації до сучасних міжнародних стандартів, а також специфіки правовідносин між лікарем і пацієнтом,

обґрунтовується потреба в удосконаленні механізмів правового регулювання цих взаємовідносин.

Зокрема, наголошується на доцільності нормативного закріплення положень медичної етики шляхом розроблення та впровадження національного етичного кодексу, узгодженого з міжнародними документами в межах європейської інтеграції України.

Особливої уваги заслуговує практика держав Європейського Союзу у впровадженні цифрових рішень у сфері охорони здоров'я. Цифрова медицина (digital health) формується як комплексна міжгалузева сфера, що поєднує наукові підходи та прикладні інструменти, спрямовані на застосування сучасних цифрових технологій у медичній діяльності. Відповідно до підходів Всесвітньої організації охорони здоров'я, цифрова охорона здоров'я за своїм змістом є ширшою категорією, ніж електронна охорона здоров'я, оскільки включає використання мобільних, інтелектуальних і мережевих технологій та передбачає залучення розширеного кола суб'єктів і користувачів медичних послуг.

Упродовж останніх десятиліть Європейський Союз сформував комплексну нормативно-інституційну базу, спрямовану на підтримку цифрової трансформації систем охорони здоров'я. Цей процес охоплює політики Європейської комісії, директиви, регламенти, програми досліджень і фінансування, а також спільні ініціативи з ВООЗ. Ключовою метою таких заходів є підвищення якості медичної допомоги, посилення орієнтації на пацієнта та створення більш стійких і ефективних систем охорони здоров'я в умовах Єдиного цифрового ринку.

Важливою віхою стала публікація Європейською комісією у 2018 році стратегічного повідомлення щодо створення умов для цифрової трансформації охорони здоров'я та сфери догляду. У ньому наголошено на необхідності розширення прав громадян, покращення доступу до цифрових сервісів і формування здоровішого суспільства через використання інноваційних технологій.

Водночас наукові дослідження та аналітичні звіти Європейської комісії засвідчили, що потенціал даних про здоров'я в ЄС залишається реалізованим лише частково. Фрагментація цифрових рішень, обмежена сумісність інформаційних систем і відсутність єдиних стандартів ускладнювали комплексний підхід до профілактики, лікування та догляду за пацієнтами. У відповідь на ці виклики Європейська комісія визначила приоритетні напрями подальшої цифрової трансформації.

Таблиця 3.6

Ключові зобов'язання Європейської комісії у сфері цифрового здоров'я

Напрям	Зміст
Стандарти даних	Розроблення загальноєвропейських стандартів якості, надійності та кібербезпеки даних про здоров'я
Електронні медичні записи	Уніфікація та стандартизація електронних медичних записів (EHR) на рівні ЄС
Інтероперабельність	Забезпечення сумісності систем через відкриті формати обміну даними
Орієнтація на пацієнта	Надання громадянам безпечного доступу до власних електронних даних про здоров'я

Джерело: складено автором[52][53][54][63][64][70][71][72][77][80]

Вагомою складовою реалізації цифрової трансформації охорони здоров'я в Європейському Союзі є формування цілісного та узгодженого нормативно-правового поля, яке забезпечує правові, технічні та інституційні умови для впровадження цифрових рішень. Прийняті на рівні ЄС регламенти та законодавчі акти спрямовані на захист персональних даних, підвищення рівня кібербезпеки, забезпечення якості та безпечності медичних технологій, а також створення передумов для транскордонного обміну медичною інформацією.

Узагальнену характеристику ключових нормативно-правових актів Європейського Союзу, що підтримують цифрову трансформацію у сфері охорони здоров'я, подано в таблиці 3.7.

Таблиця 3.7

Нормативно-правові акти ЄС, що підтримують цифрову трансформацію

Документ	Рік	Значення
GDPR	2018	Захист персональних даних, зокрема медичних, і права громадян на доступ до них
Закон про кібербезпеку	2019	Посилення ролі ENISA та створення єдиної системи сертифікації кібербезпеки
MDR (Регламент про медичні пристрої)	2021	Посилення вимог до безпеки, ефективності та клінічної оцінки медичних пристроїв
EHDS	2020 (пропозиція)	Формування Європейського простору даних про здоров'я для обміну та повторного використання даних

Джерело: складено автором[37][53][54][63][64][80]

Важливу роль у формуванні єдиного цифрового простору охорони здоров'я в Європейському Союзі відіграє система нормативно-правового регулювання, яка визначає вимоги до захисту даних, кібербезпеки, стандартизації цифрових медичних рішень та умов їх використання.

Ключові нормативно-правові акти ЄС, що створюють правове підґрунтя для цифрової трансформації сфери охорони здоров'я, систематизовано та представлено в таблиці 3.8.

Таблиця 3.8

Стратегічні інвестиційні напрями цифрової трансформації ЄС

Напрям	Зміст інвестування
Високопродуктивні обчислення	Обробка великих масивів медичних даних
Штучний інтелект	Аналітика, підтримка клінічних рішень
Кібербезпека	Захист медичних інформаційних систем
Цифрові навички	Підготовка кадрів у сфері eHealth
Масштабування технологій	Широке впровадження цифрових рішень у суспільств

Джерело: складено автором[37][53][54][63][80]

Важливим міжнародним інструментом є Регіональний план дій у сфері цифрової охорони здоров'я на 2023–2030 роки План ґрунтується на пацієнтоорієнтованому підході, використанні доказових даних у формуванні політики, а також визнанні того, що цифрова трансформація охорони здоров'я є довгостроковим інституційним процесом. Сприяти цифровізації сфери охорони

здоров’я можна за допомогою означених чотирьох стратегічних пріоритетів (рис.3.2).

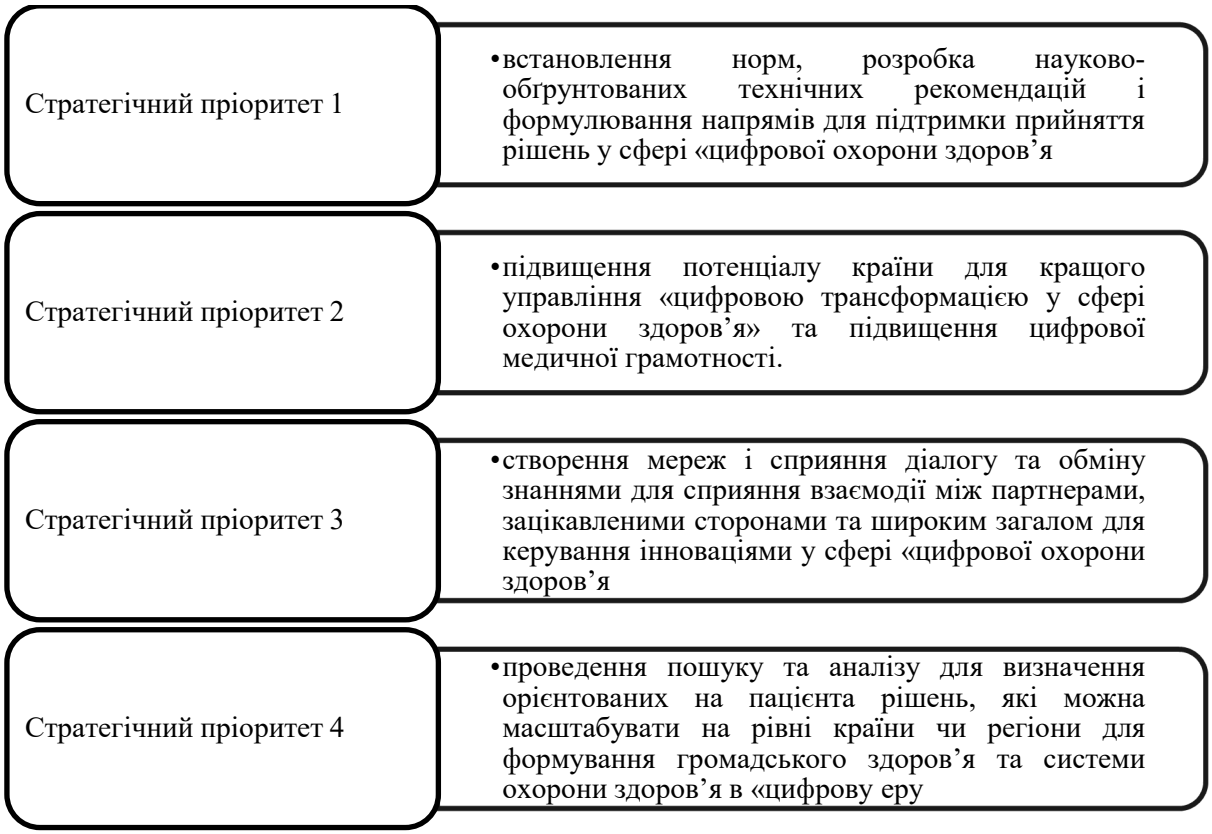


Рис.3.2. Стратегічні пріоритети SDG-2015 у сфері цифровізації сфери охорони здоровя

Джерело: складено автором на основі[80]

Таким чином, «Регіональний план дій у сфері цифрової охорони здоров’я для Європейського регіону ВООЗ на 2023–2030 роки» акцентує увагу на необхідності повнішого та результативнішого використання можливостей цифрової трансформації систем охорони здоров’я. Зокрема, йдеться про оцінювання рівня цифрової компетентності медичних працівників і населення, а також про формування та розвиток відповідних навичок. Відповідно до цих підходів, уряди та ключові інституції охорони здоров’я європейських держав впроваджують національні стратегії цифровізації медичної сфери.

З урахуванням міжнародної практики, сучасні системи охорони здоров’я функціонують як сукупність різноманітних моделей, що реалізуються на

національному рівні. У більшості європейських країн діє система суворо регульованих приватних медичних страхових компаній, діяльність яких доповнюється державними субсидіями для соціально вразливих груп населення. Крім того, значна кількість держав, зокрема всі країни Європейського Союзу, надають громадянам можливість користуватися Європейською картою медичного страхування, яка гарантує покриття витрат на невідкладну медичну допомогу під час перебування в інших країнах-учасницях.

Європейська модель управління у сфері охорони здоров'я орієнтована на забезпечення доступності та високої якості медичних послуг, рівності у доступі до них, фінансування на засадах загального медичного страхування, а також на децентралізацію управління і регулювання з опорою на чітко визначені стандарти якості. Так, у Великій Британії застосовується державно-приватна модель, у Німеччині – система страхування, заснована на внесках, тоді як у Швеції та Нідерландах функціонують децентралізовані системи з широкими повноваженнями місцевих органів влади.

У новому звіті Програми розвитку Організації Об'єднаних Націй (ПРООН) зазначається, що нерівномірний глобальний розвиток призводить до відставання найбідніших країн, посилює соціально-економічну нерівність і загострює політичну поляризацію у світі. У цьому контексті проблеми сучасного світового устрою ще більше підкреслюють необхідність прогресивних колективних дій та поглиблення міжнародної співпраці, особливо у сфері охорони здоров'я, яка є фундаментальною складовою сталого розвитку.

Відповідно до «Звіту ПРООН про людський розвиток», подальший поступ має ґрунтуватися на переосмисленні співробітництва, що передбачає не ігнорування розбіжностей у поглядах чи інтересах, а спільну роботу над ними з метою створення глобальних суспільних благ, користь від яких матимуть усі країни та народи.

Для зміцнення спільних зусиль у звіті виокремлено три ключові напрями: по-перше, подолання прогалин у спроможності людини впливати на зміни, оскільки здатність людей формувати власне майбутнє була недостатньо

врахована в розвитку; по-друге, зменшення рівня суспільної та політичної поляризації, адже боротьба з популізмом і недовірою є важливою умовою подолання нерівності та сучасних викликів людському розвитку тощо.

Таблиця 3.9

Міжнародні медичні партнерства України у сфері охорони здоров'я

№	Країна-партнер / орган	Рік	Форма документа	Основні напрями співпраці (узагальнено, своїми словами)
2	Латвія	2024	Технічна угода	Відновлення та захист медичної інфраструктури, розвиток громадського здоров'я, реабілітація військовослужбовців, обмін досвідом, інтеграція до системи охорони здоров'я ЄС
3	Швеція	2024	Технічна угода	Підтримка реформ охорони здоров'я, підвищення кваліфікації медперсоналу, цифровізація, телемедицина, громадське та психічне здоров'я, реабілітація
4	Фінляндія	2024	Технічна угода	Захист життя і здоров'я населення, зміцнення громадського здоров'я, подолання наслідків війни, підвищення стійкості системи охорони здоров'я
5	Литва	2024	Технічна угода	Розвиток двосторонньої взаємодії у сфері охорони здоров'я, підтримка відновлення та модернізації медичних закладів
6	Данія	2024	Угода про стратегічне співробітництво	Психічне здоров'я, фармацевтична політика, антимікробна резистентність, лабораторна спроможність, адаптація до стандартів ЄС
7	Іспанія	2025	Меморандум	Загальне співробітництво у сфері охорони здоров'я, обмін досвідом та інституційна підтримка
8	Бельгія	2025	Технічна угода	Відновлення медичної інфраструктури, гуманітарна допомога, MEDEVAC, реабілітація, психічне здоров'я, цифрові медичні рішення
9	Естонія	2025	Технічна угода	Розвиток співпраці у сфері охорони здоров'я та соціального забезпечення
10	Франція	2025	Декларація про наміри	Посилення санітарної безпеки, розвиток громадського здоров'я та міждержавної взаємодії
11	Італія	2025	Меморандум	Відновлення інфраструктури, гуманітарна підтримка, реабілітація, психічне здоров'я, трансплантологія, професійний розвиток медиків
12	Естонія	2023	Меморандум	Загальне співробітництво у сфері охорони здоров'я та соціальної політики
13	Румунія	2023	Декларація про наміри	Модернізація системи охорони здоров'я, розвиток громадського здоров'я, інтеграція України до медичного простору ЄС

14	Румунія	2023	Меморандум (фармацевтика)	Контроль якості ліків і медвиробів, боротьба з фальсифікацією, обмін експертами, лабораторні стандарти
15	Швеція	2023	Меморандум	Громадське здоров'я, цифровізація, міжнародне медичне партнерство, реабілітація, фармацевтика, кризова готовність
16	Німеччина	2024	Спільна декларація	Профілактика захворювань, реабілітація, психічне здоров'я, розвиток медичних кадрів, стійкість системи
17	Данія	2024	Декларація про наміри	Обмін експертами, співпраця з НУО, навчальні заходи, професійний розвиток
18	Польща	2024	Меморандум	Інтеграція до системи охорони здоров'я ЄС, модернізація інфраструктури, фармацевтика, транскордонні медичні сервіси
19	Польща	2024	Меморандум (регуляторний)	Співпраця у сфері реєстрації та контролю лікарських засобів і медичних виробів

Джерело: складено автором на основі[41], офіційний сайт moz.gov.ua

Отже, започаткована у 2023 році політика розвитку міжнародних медичних партнерств стала важливим інструментом зміцнення української системи охорони здоров'я. Через укладення двосторонніх угод, меморандумів і декларацій Україна поступово інтегрується до європейського медичного простору, відновлює медичну інфраструктуру, розвиває реабілітаційні та психосоціальні послуги, підвищує професійний рівень медичних кадрів і впроваджує сучасні цифрові та управлінські рішення.

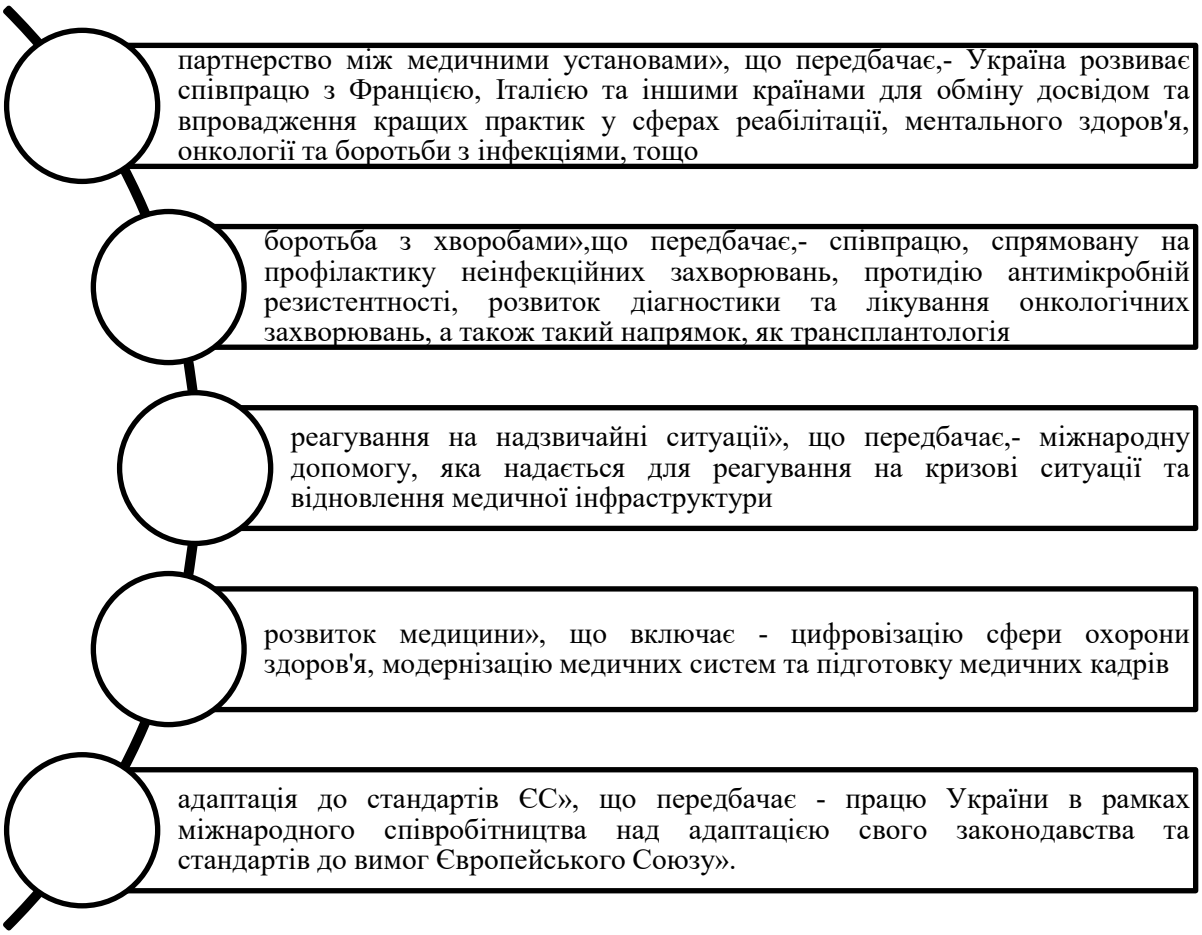


Рис.3.3. Напрями міжнародної співпраці України та міжнародного співтовариства у сфері охорони здоров`я

Відповідно, основними суб’єктами проєктів у межах міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров’я виступають такі учасники.

Всесвітня організація охорони здоров’я відіграє ключову роль у наданні експертної, консультативної та технічної підтримки, а також у сприянні формуванню й розбудові міжнародних медичних партнерств.

По-третє, Європейський Союз залучається до співпраці через фінансування та реалізацію спеціалізованих програм, зокрема EU4Health, які спрямовані на підвищення професійної компетентності українських медичних працівників і модернізацію національної системи охорони здоров’я.

По-четверте, важливими учасниками міжнародної взаємодії є іноземні держави та їхні медичні установи, зокрема Франція, Італія та інші країни-партнери, які беруть участь у розвитку двостороннього співробітництва.

Таким чином, Україна як активний учасник міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров’я та повноправний член Всесвітньої організації охорони здоров’я й інших міжнародних інституцій послідовно розширює спільну діяльність державних органів, міжнародних організацій і медичних закладів. Така взаємодія спрямована на зміцнення здоров’я населення, обмін професійним досвідом і впровадження сучасних, ефективних практик у систему охорони здоров’я.

ВИСНОВКИ

Державне управління системою охорони здоров’я в умовах реформування розглядається, як багатокомпонентна та динамічна система, що ґрунтується на поєднанні теоретико-методологічних підходів і принципів системного аналізу. Її зміст визначається багаторівневою структурою суб’єктів управління (державний, регіональний та місцевий рівні), багатовимірністю об’єктів управлінського впливу (медичні послуги, медична освіта, громадське здоров’я, фармацевтичне виробництво й обіг лікарських засобів), різноманіттям управлінських механізмів, а також зростаючим значенням комунікаційної взаємодії з громадськістю, як інструменту забезпечення зворотного зв’язку.

За кожною з ключових складових державного управління у сфері охорони здоров’я в умовах трансформаційних змін визначено характерні особливості функціонування, систематизовано проблемні аспекти та окреслено перспективні напрями подальшого розвитку.

Теоретико-методологічні засади державного управління системою охорони здоров’я, сформовані з урахуванням положень Програми економічних реформ і Національної стратегії реформування державної системи охорони здоров’я, обґрунтовують необхідність подальшого вдосконалення галузі на основі адаптації кращих міжнародних практик і європейських стандартів.

Аналіз сучасного стану системи охорони здоров’я України засвідчив, що галузь функціонує в умовах безпрецедентних викликів, зумовлених повномасштабною війною, економічною нестабільністю, демографічними втратами та зростанням потреб населення у медичній допомозі. Руйнування медичної інфраструктури, дефіцит кадрових ресурсів, перевантаження закладів охорони здоров’я та обмеженість фінансування суттєво ускладнили забезпечення доступності та якості медичних послуг.

Водночас система охорони здоров’я продемонструвала значну адаптивність та стійкість. Вагомими здобутками стали продовження реформи фінансування через Програму медичних гарантій, збереження ключової ролі

Національної служби здоров’я України, як єдиного національного замовника медичних послуг, активне впровадження цифрових інструментів (зокрема електронної системи охорони здоров’я), а також посилення міжнародної підтримки та гуманітарної допомоги.

При цьому зберігається потреба у вдосконаленні механізмів фінансування, кадрової політики, управління медичними закладами та забезпечення рівного доступу до медичних послуг для всіх регіонів країни.

Отже, сучасна державна система охорони здоров’я - це із відповідною специфікою державна інституція, яка надає комплексну, високоякісну та доступну допомогу всьому населенню України, гарантуючи одночасно однакові можливості в забезпеченні збереження здоров’я кожному громадянину, та забезпечуючи стійкість розвитку країни в цілому.

Система охорони здоров’я України є одною з головних сфер державного управління та адміністрування, з огляду на значущість впливу на громадське здоров’я, і формує рівень соціально-економічного, політичного, культурного розвитку країни, визначаючи стан всіх сфер суспільного життя. Успішна державна політика, спрямована на підвищення якості медичних послуг та забезпечення стійкості систем охорони здоров'я, має вирішальне значення для успішного розвитку України, яка по праву робить свій важливий внесок у створення глобальної архітектури суспільних благ XXI століття.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Криничко Л.Р. Державне управління системою охорони здоров’я в умовах реформування: проблеми теорії та методології: [монографія]. Житомир: Вид. О.О.Євенок, 2020. 320 с.

2. Криничко Л.Р., Леган І.М., Малігон Ю.М. Державна кадрова політика в сфері охорони здоров’я [монографія]. Житомир: Вид. О.О. Євенок, 2021.

3. Дячук І. Б., Сенюта І. Я., Терешко Х. Я., Фуртак І. І. (2010) Страхування в галузі охорони здоров’я: навч. посібник. Львів: Вид-во ЛОБФ “Медицина і право”, 216 с.

4. Лехан В. М., Крячкова Л.В., Волчек В.В. Управління змінами в системі охорони здоров’я України: Навчальний посібник Історія та уроки пілотних регіонів. 2016. С.56.

5. Логвиненко Б. Основні функції публічного адміністрування сферою охорони здоров’я в Україні. Національний юридичний журнал: теорія і практика. Грудень, 2017. С. 55–58.

6. Криничко Л.Р. Оцінка сучасного стану здоров’я населення України. Економіка, управління та адміністрування. 2020. № 4(94). С. 142-149.

7. Ступак Ф. Я. Розвиток охорони здоров’я в Україні у другій половині ХХ століття. Історія. № 1 (117). 2015. с. 158-162.

8. Пасмор М. С. Система управління якістю у сфері охорони здоров'я як чинник стабілізації та розвитку галузі. Соціальна економіка 2017. №1. С. 92-95

9. Криничко Л.Р., Малігон Ю.М. Нормативно-правове забезпечення реформування системи охорони здоров’я в Україні. Вісник ХНАУ ім В.В. Докучаєва. 2020. №3. С. 364-380.

10. Ярослав Цецик, Сергій Бабич, Ілля Проказюк. Міжнародний досвід впливу якості цифрових комунікацій в сфері надання медичних послуг на результат їх надання. № 11(53) (2024): Наукові перспективи

11. Ярослав Цецик, Сергій Бабич, Ілля Проказюк. Міжнародний досвід впливу якості цифрових комунікацій в сфері надання медичних послуг на результат їх надання. № 11(53) (2024): Наукові перспективи

12. Гнидюк І. В. Сучасний стан фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я. Економічний часопис–XXI. 2015. № 155 (11–12). С. 73–77.

13. Петрашик Ю. Якість медичних послуг: особливості, роль, фактори. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2015. №3

14. Криничко Л.Р., Петрик С.М., Криничко Ф.Р. Етапи формування та реалізації проектів державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я. Науковий вісник «Економічний вісник Дніпровської політехніки». 2020. № 4. С. 76-85. (Особистий внесок автора: визначено властивості та напрями інвестиційно-інноваційної діяльності держави) (Index Copernicus).

15. Криничко Л.Р., Петрик С.М., Криничко Ф.Р. Алгоритм реалізації державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я. Науковий вісник Ужгородського університету. Секція Економіка. 2020. №2 (56). С. 38-51.

16. Петрашик Ю. Якість медичних послуг: особливості, роль, фактори. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2015. №3

17. Степанов В. Ю. Інформаційний простір охорони здоров'я України. Теорія та практика державного управління, 2016 р. 5 с. Гнидюк І. В. Сучасний стан фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я. Економічний часопис–XXI. 2015. № 155 (11–12). С. 73–77.

18. Гончарук С. М., Приймак С. В., Даниляк Л. Я. Сучасний стан і проблеми фінансування установ охорони здоров'я в Україні. Економіка праці та соціальна політика. Бізнес Інформ № 1'2016. Харків, 2016. – С. 190-194.

19. Сабецька Т. І., Стефанишин Л. С. Технологія стратегічного управління діяльністю закладів сфери охорони здоров'я. Бізнес-навігатор. 2020. Вип. 1. С. 56-62

20. Криничко Л.Р., Криничко Ф.Р., Малігон Ю.М. Громадське здоров'я як особлива сфера державного управління. «Science and Global Studies»: Abstracts of scientific papers of V International Scientific Conference (Prague, Czech

Republic, December 30, 2020) / Financial And Economic Scientific Union, 2020. 72 p. PP. 16-19.

21. О. О. Шевченко, С. П. Работніков, О. В. Гейко.Удосконалення механізму державного управління системою охорони здоров’я в Україні: питання публічної політики в умовах реформування. Серія:Публічне управління і адміністрування, 2021 р.,№ 4(74)

22. Шафранський В. В., Слабкий Г. О. Концептуальні підходи до створення системи громадського здоров’я в Україні. Економіка і право охорони здоров’я. № 1 (5), 2017 . С. 60-66.

23. Ткачова Н.М. Напрями реформування державної політики в сфері охорони здоров’я [Текст]. Інвестиції: практика та досвід № 8/2018. 2018. С. 83-86.

24. Міщенко Д. А. Фінансування охорони здоров’я в Україні: проблеми та їх вирішення. Збірник наукових праць «Економічний простір» № 106. 2016. С. 168-175.

25. М. М. Шкільняк, Т. Л. Желюк, А. Ю. Васіна. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи: (аналітична записка за матеріалами наук.-практ. конф.,12-13 грудня 2018 р). Вісник Тернопільського національного економічного університету. 2018.Вип. 4. С. 168-180.

26. Пономарьова О. Б., Проценко К. В., Стовбун А. О. Проблеми та перспективи розвитку медичного страхування в Україні. Журнал «Молодий вчений». 2016. № 5.С 141-145.

27. Дубінський С.В. Проблеми забезпечення якості послуг в медичній галузі України. Європейський вектор економічного розвитку. №1 (20). 2016. С. 51-59.

28. Князевич В. М. Перспективи розвитку публічного управління у сфері громадського здоров’я України в умовах системних змін. Науковий Вісник НАДУ. 2016 №1. С. 56-63.

29. Гомон Д. О. Сутність та принципи адміністративно-правового забезпечення охорони здоров’я. Вітчизняна юридична наука в умовах сучасності : матеріали

Міжнародної науково-практичної конференції (м. Дніпропетровськ, 21–22 серп. 2015 р.). 2015. 94 с.

30. Криничко Л.Р. Аналіз реформування системи охорони здоров’я в Україні. Сучасні аспекти модернізації науки в Україні: стан, проблеми, тенденції розвитку: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції, м. Київ; Венеція, 07 січня 2021 р. / за ред. Є.О. Романенка, І.В. Жукової. Київ; Венеція: ФОП КАНДИБА Т.П., 2021. 123 с. С. 44-47.

31. Стаття Н. Шелєміної "Особливості фінансування системи охорони здоров’я: вітчизняний та закордонний досвід"; журнал "Економіка та суспільство" №53/2023; Моделі фінансування охорони здоров’я в Україні та за кордоном.

32. Криничко Л.Р. Інформаційно-комунікаційні відносини у державному управлінні системою охорони здоров’я. Постконфліктна економіка: державно-управлінські аспекти та еколого-економічні проблеми: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (м. Житомир, 21-22 квітня 2017 року). Житомир: ЖДТУ, 2017. С. 136-138.

33. Криничко Л.Р., Ватанов А.Р. Недоліки системи охорони здоров’я України як чинника впливу на соціально-економічну безпеку держави. Економічна безпека: держава, регіон, підприємство: Матеріали VI Всеукраїнської науково-практичної Інтернет-конференції з міжнародною участю, 21 грудня 2020 р. – 21 січня 2021 р. Полтава: НУПП, 2020. 195 с. (Особистий внесок автора: ідентифіковано сучасні проблеми системи охорони здоров’я з позиції впливу на державну безпеку)

34. Вовк С. М. Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров’я: дис..д-ра наук з держ. упр. М-во освіти і науки України, Донецький ун-т. держ. упр. 2019. – 492 с.

35. Пояснювальна записка до проекту Закону України від 29.08.2019 № 1178 (Одержаний ВР України) Про фінансове забезпечення охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні.

36. Конституція України. https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text

37. 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. URL: http://www.dridu.dp.ua/zbirnik_dums/2020/2020_01(44)/14.pdf

38. "Закон України Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги" м. Київ 1 липня 2022 року № 2347-IX https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text

39. Стрельченко О.Г. Доктринальна характеристика адміністративної відповідальності за порушення норм (правил) у сфері обігу лікарських засобів. Адміністративне право і процес. 2019. № 3. URL: http://pgp-journal.kiev.ua/archive/2019/3/34.pdf

40. Звіт про розвиток людини. 2023-24. Подолання глухого кута: Переосмислення співпраці в поляризованому світі. Опубліковано: 13 березня 2024р. https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2023-24

41. "Про ключові принципи глобальної моделі ВООЗ «Міжнародні медичні партнерства для покращення", д-р Ярно Хабіхт, представник ВООЗ в Україні http://moz.gov.ua

42. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закону України від 06.04.2017 № 2002-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text

43. Аніщенко М.А. к. юр. наук, доцент кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, медичного та фармацевтичного права Запорізький державний медичний університет, Публічне управління і Адміністрування в Україні 34 Випуск 34. 2023 УДК 351.773DOI https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2023.34.5

44. Про затвердження Порядку проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я: постанова

Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1094. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1094-2017-%D0%BF#Text

45. Про спостережну раду закладу охорони здоров’я та внесення змін до Типової форми контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров’я: постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1077. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1077-2017-%D0%BF#Text

46. Закон України. Основи законодавства України про охорону здоров'я (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, N 4, ст.19) (Вводиться в дію Постановою ВР N 2802-XII (2802-12) від 19.11.92, ВВР, 1993, N 4, ст.20) https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/ed19921119#:~:text

47. До проекту Закону України "Про забезпечення дотримання вимоги статті 49 Конституції України щодо заборони скорочення існуючої мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я України". https://ips.ligazakon.net/document/GF6PD00A?an=3

48. Л. В. Антонова, Л. В. Козлова Міжнародний досвід регулювання й дотримання етичних норм в сфері охорони здоров`я http://www.dy.nayka.com.ua

49. Баймуратов М. О., Кофман Б. Я. Імплементація // Велика українська енциклопедія. URL: https://vue.gov.ua/Імплементація (дата звернення: 9.09.2025).

50. База знань eHealth https://moz.gov.ua/uk/baza-znan-ehealth

51. Інформаційно-аналітична система "MedData" 16/04/2024 1714 Тема 2.8. Інформаційно-аналітична система “MedData”. https://moz.gov.ua/uk/informacijno-analitichna-sistema-meddata

52. Згідно з постановою від 30.12.2022 № 1483 “Про реалізацію експериментального проекту з впровадження та функціонування електронної системи управління запасами лікарських засобів та медичних виробів “e-Stock” Кабінетом Міністрів України було затверджено Порядок щодо реалізації експериментального проекту “e-Stock”. https://moz.gov.ua/uk/elektronna-sistema-upravlinnya-zapasami-likarskih

53. Європейський досвід цифрової трансформації охорони здоров'я 16/04/2024 1984 Тема 2.2. Європейський досвід цифрової трансформації охорони здоров’я. Ключові документи ВООЗ з цифровізації охорони здоров’я в Європейському регіоні. https://moz.gov.ua/uk/yevropejskij-dosvid-cifrovoyi-transformaciyi-ohoroni-zdorov-ya

54. Концепція розбудови електронної охорони здоров’я в Україні 16/04/2024 1863 Тема 2.3. Концепція розбудови електронної охорони здоров’я в Україні https://moz.gov.ua/uk/koncepciya-rozbudovi-elektronnoyi-ohoroni-zdorov-ya-ukrayini

55. Інформаційний простір системи крові 16/04/2024 1328 Тема 2.10. Інформаційний простір системи крові. https://moz.gov.ua/uk/informacijnij-prostir-sistemi-krovi

56. Електронна система епідеміологічного нагляду (ЕСЕН) 16/04/2024 1692 Тема 2.11. Електронна система епідеміологічного нагляду (ЕСЕН) https://moz.gov.ua/uk/elektronna-sistema-epidemiologichnogo-naglyadu-esen

57. Стратегічне планування та практичне впровадження інформаційних систем у закладі для підвищення якості медичної допомоги та управління ресурсами 16/04/2024 2658 Тема 4.2. Стратегічне планування та практичне впровадження інформаційних систем у закладі для підвищення якості медичної допомоги та управління ресурсами https://moz.gov.ua/uk/strategichne-planuvannya-ta-praktichne-vprovadzhennya-informacijnih-sistem-u-zakladi-dlya-pidvishennya-yakosti-medichnoyi-dopomogi-ta-upravlinnya-resursami

58. Електронна інтегрована система спостереження за захворюваннями (ЕЛІССЗ) https://moz.gov.ua/uk/elektronna-integrovana-sistema-sposterezhennja-za-zahvorjuvannjami-elissz

59. Інформаційно-аналітична система "Централь 103" 16/04/2024 1394 Тема 2.7. Інформаційно-аналітична система “Централь 103” https://moz.gov.ua/uk/informacijno-analitichna-sistema-central-103.

60. Інформаційна система "Моніторинг соціально значущих хвороб" 16/04/2024 2523Тема 2.12. Інформаційна система "Моніторинг соціально значущих

хвороб"[60]38. https://moz.gov.ua/uk/informacijna-sistema-monitoring-socialno-znachushih-hvorob

61. Єдина державна інформаційна система трансплантації 16/04/2024 1160 Тема 2.13. Єдина державна інформаційна система трансплантації https://moz.gov.ua/uk/yedina-derzhavna-informacijna-sistema-transplantaciyi

62. Базові реєстри країни та сфери охорони здоров'я 16/04/2024 2243 Тема 2.5. Базові реєстри країни та сфери охорони здоров'я https://moz.gov.ua/uk/bazovi-reyestri-krayini-ta-sferi-ohoroni-zdorov-ya

63. Сучасний стан розвитку телездоров'я та телемедицини в світі 11/04/2024 2434 Тема 5.1. Сучасний стан розвитку телездоров'я та телемедицини в світі https://moz.gov.ua/uk/news/suchasnij-stan-rozvitku-telezdorov-ya-ta-telemedicini-v-sviti

64. Організаційні та правові засади надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини 16/04/2024 1525 Тема 5.2. Організаційні та правові засади надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини https://moz.gov.ua/uk/organizacijni-ta-pravovi-zasadi-nadannya-medichnoyi-dopomogi-iz-zastosuvannyam-telemedicini.

65. Спеціалізовані телемедичні рішення 16/04/2024 1190 Тема 5.6. Спеціалізовані телемедичні напрями (телекардіологія, теледерматологія, телехірургія, телемоніторинг, телереабілітація та інші) https://moz.gov.ua/uk/specializovani-telemedichni-rishennya

66. Сумський державний університет Медичний інститут Кафедра громадського здоров'я Основні моделі систем охорони здоров'я та джерела їх фінансування Д.м.н., професор Сміянов В.А. https://pubhealth.med.sumdu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/02/Lecture-6-Public-health-propaedeutics.pdf

67. Джерела фінансування закладів охорони здоров'я в умовах війни 2023.03.14Марія Засульська https://medconstructor.org/analytics/dzherela-finansuvannya-zakladiv-oxoroni-zdorovya-v-umovax-vijni

68. Проект. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров’я України https://medplatforma.com.ua/files/Proekt_Kontsepts.pdf

69. Основні етапи медичної реформи - консультує юрист Другого одеського місцевого центру https://legalaid.gov.ua/novyny/osnovni-etapy-medychnoyi-reformy-konsultuye-yuryst-drugogo-odeskogo-mistsevogo-tsentru/

70. Електронна система охорони здоров'я в Україні. Цифрова трансформація системи охорони здоров’я https://ehealth.gov.ua/

71. Система охорони здоров`я в Україні (СОЗ) Автори:Тетяна Юрочко - керівниця Школи охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія», кандидатка наук із державного управління, доцентка; Олександр Бабляк - завідувач відділення кардіохірургії стаціонару, заступник медичного директора з кардіохірургії у ТОВ «Медичний центр «Добробут-поліклініка»; Тимофій Бадіков - виконавчий директор ГО “Батьки за вакцинацію”; Валентин Скибчик - консультант у сфері ІТ в охороні здоров'я. Контрагенти: WB, WHO, ULEAD, JICA, eGA, 100%Life; Дмитро Купира - виконавчий директор ГО “Життя”; Володимир Курпіта - колишній генеральний директор Центру громадського здоров‘я МОЗ (2 етап). Менеджер групи: Юрій Микитюк - регіональний координатор та адвокаційний менеджер Коаліції РПР https://uareforms.org/pages/new-page-655#:~:text

72. Re-granting 2021, Lot 3 Система електронної охорони здоров`я в Україні Що треба знати про e-Health https://amer.org.ua/wp-content/uploads/2022/07/e-Health-e-booklet_Ukraine.pdf

73. Наказ Міністерства охорони здоров’я України Методика розрахунку тарифів https://moz.gov.ua/uploads/2/14909-pro_20191112_1_dod.pdf

74. Кабінет Міністрів України Постанова від 15 лютого 2021 р. № 133 Київ{Дію Постанови припинено. Див. пункт 6}Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у II-IV кварталах 2021 року{Із змінами, внесеними згідно з Постановами КМ № 229 від 09.03.2021, № 267 від 29.03.2021, № 338 від 14.04.2021, № 448 від 30.04.2021, № 585 від 02.06.2021, № 655 від 16.06.2021 №

679 від 30.06.2021 № 820 від 09.08.2021 № 854 від 28.07.2021, № 1105 від 11.10.2021, № 1199 від 17.11.2021, № 1369 від 15.12.2021} https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/133-2021-%D0%BF#Text

75. Система охорони здоров`я в Україні (СОЗ) https://uareforms.org/pages/new-page-655#:~:text

76. Кабінет Міністрів України Розпорядження від 20 серпня 2025 р. № 920-р Київ Про схвалення Стратегії наркополітики на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках. https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/920-2025-%D1%80#Text

77. Про стратегію сталого розвитку України до 2030 року»: проект Закону України від 07.08.2018 № 9015. URL : http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/JH6YF00A.html

78. Про утворення державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров’я України»: Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 18.09.2015 № 604. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0604282-15/ed20150918

79. Статут державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров’я України»: Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 03.02.2020 р. № 208. URL: https://dec.gov.ua/wpcontent/uploads/site/files/statut.pdf

80. Уряд схвалив Стратегію розвитку системи охорони здоров’я до 2030 року 17/01/2025 2291 Кабінет Міністрів України схвалив Стратегію розвитку системи охорони здоров’я на період до 2030 року та затвердив операційний план заходів з її реалізації у 2025—2027 роках. https://moz.gov.ua/uk/uryad-shvaliv-strategiyu-rozvitku-sistemi-ohoroni-zdorov-ya-do-2030-roku