

Міністерство освіти і науки України
Національний технічний університет
«Дніпровська політехніка»

Навчально-науковий інститут державного управління
Кафедра державного управління і місцевого самоврядування

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА
кваліфікаційної роботи ступеня магістра

Здобувача вищої освіти Чернікової Інни Сергіївни

академічної групи 281М-23з-2 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

за освітньо-професійною програмою Публічне управління
та адміністрування

на тему: «Напрями удосконалення публічного управління у сфері охорони
здоров'я України в умовах війн»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Сорокіна Н.Г.			
розділів:				

Рецензент:				
-------------------	--	--	--	--

Нормоконтролер:	Кравцов О.В.			
------------------------	--------------	--	--	--

Дніпро
2024

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему «Напрями удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я України в умовах війни».

88 стор., 2 табл., 7 рис., 67 джерел.

ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, МЕДИЧНА РЕФОРМА, ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНЕ ПАРТНЕРСТВО, РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ

Об'єкт дослідження – система охорони здоров'я.

Предмет дослідження – напрями удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я України в умовах війни.

Мета дослідження – обґрунтувати особливості публічного управління у сфері охорони здоров'я України та напрями його удосконалення в умовах повоєнного стану.

У першому розділі досліджуються теоретико-методологічні засади публічного управління у сфері охорони здоров'я. Другий розділ присвячено дослідженню публічного управління в сфері охорони здоров'я України. У третьому розділі надані напрями удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я України в умовах війни.

Сфера практичного застосування результатів роботи – впровадження механізму державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України.

ABSTRACT

Explanatory note of the master's degree qualification thesis on the topic «Directions for improving public administration in the healthcare sector of Ukraine in the wartime»

88 pages, 7 figures, 2 tables, 67 sources.

PUBLIC HEALTH MANAGEMENT, HEALTH CARE SYSTEM, MEDICAL REFORM, PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP, INDUSTRY REFORM.

Object of research is the health care system.

Subject of research is directions for improving public administration in the sphere of health care of Ukraine in the conditions of war.

The purpose of research is to substantiate the peculiarities of public administration in the sphere of health care of Ukraine and directions for its improvement in the conditions of the post-war state.

The first section examines the theoretical and methodological foundations of public administration in the field of health care. The second section is devoted to the study of public administration in the sphere of health care of Ukraine. The third section, provides directions for improving public administration in the field of health care of Ukraine in the conditions of war are provided.

Scope of practical application – implementation of the mechanism of public-private partnership in the sphere of health care of Ukraine.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1	
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	9
1.1. Сутність управління в сфері охорони здоров'я України: основні поняття.....	9
1.2. Механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я.....	20
1.3. Медична реформа як складова публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я.....	25
РОЗДІЛ 2	
ДОСЛІДЖЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	37
2.1. Аналіз нормативно-правового забезпечення у сфері охорони здоров'я	37
2.2. Практична реалізація впровадження реформ системи охорони здоров'я України в умовах війни.....	45
РОЗДІЛ 3	
НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	60
3.1. Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо проведення медичної реформи.....	60
3.2. Розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України	69
3.3. Напрями удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах війни.....	78
ВИСНОВКИ	83
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	89

ВСТУП

Трансформації в публічному управлінні, які були обумовлені Стратегією реформування державного управління починаючи з 2015 р., позначилися на всіх системах та механізмах публічного управління у різних сферах та галузях економіки України. В умовах натиску неінфекційних та інфекційних захворювань, пандемії COVID-19, руйнування загальної інфраструктури країни та систем життєзабезпечення громадян України внаслідок військової агресії проти України у 2014 та 2022 рр., сфера охорони здоров'я є пріоритетом державної політики уряду.

Сфера охорони здоров'я є критично важливою як для окремих громадян, які живуть у суспільстві, так і для держави в цілому, яка відповідає за забезпечення належних умов життя свого населення. Забезпечення належних умов у сфері охорони здоров'я стоїть перед державою як одне з пріоритетних завдань відповідно до відповідальності перед своїм народом та окремими особами. В цьому контексті виникає потреба в удосконаленні системи публічного управління в сфері охорони здоров'я для максимізації потенціалу галузі та прийняття ефективних державно-управлінських рішень. Основні напрямки цього удосконалення повинні включати заходи для збільшення тривалості життя та поліпшення спадковості, протидії захворюванням, підвищення рівня здоров'я суспільства. Тому, приймаючи рішення у сфері публічного управління, важливо базуватися на наукових підходах для його вдосконалення в галузі охорони здоров'я. Це визначає актуальність проведення досліджень та розробки обґрунтованих пропозицій для покращення функціонування сфери в цілому.

Необхідною умовою для реалізації стратегічних державних завдань щодо реформування сфери охорони здоров'я та процесів трансформації публічних механізмів України та сталого її розвитку є розробка напрямів реалізації публічних механізмів трансформацій охорони здоров'я України з урахуванням

викликів сучасності (пандемії COVID-19 та воєнного стану), що і зумовлює актуальність обраної теми.

Авторський підхід до дослідження сфери охорони здоров'я як соціального об'єкта в системі публічного управління сформувався під впливом наукових праць вітчизняних дослідників, фундаторів теорії державного управління у галузі охорони здоров'я, які наголошують на важливості наукового пошуку щодо різних складових державного управління досліджуваною сферою: М. Білинська, С. Бугайцов, П. Волянський, Ю. Вороненко, М. Голубчиков, Л. Жаліло, Д. Карамішев, В. Князевич, А. Котвіцька, Н. Кризіна, Б. Лемішко, В. Лехан, В. Лобас, І. Лурін, С. Мокрецов, З. Надюк, В. Парій, Я. Радиш, Н. Рингач, І. Солоненко, О. Федько, І. Хожило, Н. Ярош та найвідоміші зарубіжні дослідники М. А. Портер, Р. Б. Салтман, Дж. Фігейрасі Стівен, М. Шортел та ін.

Вони вивчають теоретико-правові аспекти реформування системи охорони здоров'я, розглядають особливості реформування системи охорони здоров'я України в умовах децентралізації та особливості фінансування системи охорони здоров'я з позиції вітчизняного та закордонного досвіду, досліджують механізми державного регулювання охорони здоров'я населення України, обґрунтовують напрями удосконалення системи публічного управління розвитком у сфері охорони здоров'я України. Проте публічне управління в сфері охорони здоров'я потребує постійної уваги вчених, що зумовило вибір теми, мету, основні завдання роботи й підтвердило сучасність і нагальність обраної проблематики.

Об'єкт дослідження – система охорони здоров'я.

Предмет дослідження – напрями удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я України в умовах війни.

Мета дослідження – обґрунтувати особливості публічного управління у сфері охорони здоров'я України та напрями його удосконалення в умовах повоєнного стану.

Досягнення поставленої мети передбачає вирішення наступних завдань:

- уточнити зміст таких ключових понять дослідження, як «публічне управління охороною здоров'я», «механізми публічного управління сфери охорони здоров'я» та ін.;
- з'ясувати специфіку медичної реформи як складової публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я;
- розкрити нормативно-правові засади формування, реалізації та реформування публічного управління в сфері охорони здоров'я в Україні;
- висвітлити проблемні питання сучасного стану реформування сфери охорони здоров'я в умовах війни;
- виокремити для подальшої адаптації до умов України передовий світовий досвід проведення медичної реформи;
- визначити умови розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України;
- обґрунтувати напрями удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах війни.

Для вирішення поставлених завдань використано комплекс взаємопов'язаних загальнонаукових та спеціальних методів дослідження, спрямованих на отримання об'єктивних та достовірних результатів: історичного і логічного аналізу літературних джерел для дослідження ретроспективи еволюції постановки проблеми й наступності в її розв'язанні у вітчизняній та світовій науковій літературі; функціонально-структурного аналізу, що передбачав вивчення досліджуваної проблеми і дав змогу простежити причинно-наслідкову та історичну зумовленість її виникнення; порівняльного і статистичного аналізу фактів і явищ, їх синтезу для дослідження еволюції системи державного управління, розуміння динаміки розвитку нормативно-правової бази, що регулює діяльність системи охорони здоров'я; системно-історичного при розгляді історичних передумов розвитку системи державного управління охороною здоров'я; програмно-цільових, як бази запропонованих науково-практичних рекомендацій щодо шляхів

оптимізації державного управління охороною здоров'я в єдиному медичному просторі України; системного підходу, що дає змогу розглядати керовану і керуючу його підсистеми як цілісний комплекс взаємопов'язаних, об'єднаних спільною метою елементів, з'ясувати властивості системи, її внутрішні та зовнішні зв'язки.

Теоретичну та методологічну основу дослідження склали наукові праці вітчизняних і зарубіжних вчених з питань державного регулювання галузі охорони здоров'я, законодавчі й нормативні акти України. В якості інформаційної бази було використано офіційні матеріали державних органів управління, на основі аналізу яких обґрунтовано структуру і виявлено проблеми системи охорони здоров'я й визначено напрями формування стратегії її розвитку.

Результати дослідження можуть бути використані при прийнятті управлінських рішень з розглянутих напрямків при подальшому розв'язанні проблемних питань щодо реалізації реформ системи охорони здоров'я в Україні.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність управління в сфері охорони здоров'я України: основні поняття

У статті 3 Конституції України відзначається, що в країні найвищою соціальною цінністю є людина, її життя, здоров'я, честь, гідність, недоторканність та безпека. Сфера охорони здоров'я охоплює різні аспекти життєдіяльності населення, включаючи економічні, соціальні, політичні та екологічні питання. Щоб забезпечити належне управління в цій сфері, потрібно поєднати зусилля органів державного управління та місцевого самоврядування, що передбачає створення ефективної системи публічного управління, яка б забезпечувала відкритий вплив владних інституцій на взаємовідносини між державою, місцевим самоврядуванням, бізнесом та населенням з метою узгодження їхніх інтересів та досягнення максимальних вигод. Основна мета цього управління – поліпшення стану здоров'я населення та забезпечення благополуччя майбутніх поколінь. Для цього використовується різноманітність методів і засобів управління, які в поєднанні визначають досягнення чи недосягнення бажаних результатів.

Чинне законодавство України визначає охорону здоров'я як загальний обов'язок суспільства і держави. Державні, громадські або інші органи, підприємства, установи, організації, посадові особи та громадяни зобов'язані забезпечити пріоритетність охорони здоров'я.

Охорона здоров'я, відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», – це система заходів, що здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, фізичними особами-підприємцями, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали

ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, медичними та фармацевтичними працівниками, громадськими об'єднаннями і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя [35]. Відповідно, іншими підзаконними актами окреслюються й закріплюються напрями розвитку системи охорони здоров'я України.

Учений Ю. Бойчук акцентує увагу на тому, що визначення практичних шляхів здоров'я збереження потребує з'ясування, перш за все, сутності ключового поняття «здоров'я». Науковець відмічає шість основних типів сутнісних елементів визначення здоров'я:

- здоров'я як норма функціонування організму на всіх рівнях його організації;
- здоров'я як динамічна рівновага (гармонія) життєвих функцій організму;
- здоров'я як повноцінне виконання основних соціальних функцій, участь у житті суспільства й активна трудова діяльність;
- здатність організму адаптуватися до умов навколишнього середовища, що змінюється;
- відсутність патологічних змін і нормальне самопочуття;
- повне фізичне, духовне, розумове й соціальне благополуччя.

Одночасно з цим треба зазначити, що до теперішнього часу немає загальноприйнятого визначення поняття «здоров'я людини» [17]. Неоднозначність у підходах до визначення здоров'я як феномена створює, у свою чергу, труднощі й невизначеність у результатах наукових досліджень з оцінки впливу різних факторів на здоров'я, а також компетентного пошуку оптимальних шляхів провадження відповідної політики.

О. Кудрявцева здоров'я населення пропонує розглядати не як суму здоров'я окремих індивідів, а як інтегральну категорію, що детермінується такими чинниками, як політика й стратегія держави, спрямовані на збереження

і поліпшення здоров'я населення, умови взаємодії соціальних груп та виробничих колективів у процесі праці, суспільного життя, у побуті. Із цих позицій О. Кудрявцева визначає здоров'я населення як соціально-демографічну категорію, що відображає здатність членів суспільства повноцінно виконувати функцію з подальшого розвитку суспільства і вести спосіб життя, який забезпечує збереження, зміцнення й розвиток цієї здатності.

Отже, в узагальненому розумінні суспільне здоров'я – це соціальнодемографічна категорія, яка позначає сукупне здоров'я людей, що проживають на даній території або держави в цілому, і визначається такими чинниками, як стратегія й політика цієї держави у напрямку здоров'язбереження (охорони здоров'я) громадян.

У міжнародній практиці для опису суспільного здоров'я традиційно використовують:

- комплекс демографічних показників: народжуваність, смертність (загальну, дитячу, перинатальну, повікову), середню тривалість майбутнього життя;
- захворюваність (загальну, за окремими віковими групами, для інфекційних, хронічних неспецифічних захворювань, окремих видів захворювань, із тимчасовою втратою працездатності, госпіталізацією й т.д.);
- показник інвалідності (загальної, дитячої, повікової, із причин);
- рівень фізичного розвитку [11].

Однак ці показники в основному відображають сутність нездоров'я, а здоров'я характеризують від протилежного.

Таким чином, з'ясовуючи сутність публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я, вважаємо за доцільне використовувати саме поняття «охорона суспільного здоров'я». З точки зору теорії управління, охорона суспільного здоров'я являє собою сукупність соціально-економічних, організаційних і медичних заходів, які здійснюють заклади й установи різних форм власності, об'єднаних у систему, спрямовану на досягнення основної

мети – забезпечення здоров'я населення і постійного покращання якості надання медичної допомоги.

Термін «публічне управління», який замінив термін «публічне адміністрування», уперше було використано ще наприкінці XIX ст. [33], але широкого розповсюдження у практиці він набуває у 1972 р., коли його використав у своїй науково-практичній праці англійський державний службовець Десмонд Кілінг – «Публічне управління – це пошук у найкращий спосіб використання ресурсів задля досягнення пріоритетних цілей державної політики» [33]. Поява оновленої форми управління в публічній сфері була спричинена потребою модернізувати організаційні структури і процедури, які вони використовують, для того, щоб усі інституції публічної сфери відповідали потребам та очікуванням споживачів їхніх послуг. Публічне управління стосується ефективного функціонування всієї системи політичних інституцій.

У літературі можна знайти багато різних визначень публічного адміністрування та публічного управління. У глосарії Програми розвитку ООН є твердження про те, що термін «публічне адміністрування» має два тісно пов'язаних значення:

- цілісний державний апарат (політика, правила, процедури, системи, організаційні структури, персонал тощо), який фінансується за рахунок державного бюджету й відповідає за управління і координацію роботи виконавчої гілки влади та її взаємодію з іншими зацікавленими сторонами в державі, суспільстві та зовнішньому середовищі;

- управління та реалізація різних урядових заходів, що пов'язані з виконанням законів, постанов та рішень уряду та управління, що пов'язане з наданням публічних послуг [11]. Щодо терміна «публічне управління», то Програма розвитку ООН використовує визначення, запропоноване американським ученим Джеєм М. Шавріцом у Міжнародній енциклопедії державної політики та адміністрування: «Публічне управління – це галузь практики й теорії, яка є ключовою для публічного адміністрування і

зосереджена на внутрішній діяльності державних установ, зокрема, на вирішенні таких управлінських питань, як контроль, керівництво, планування, організаційне забезпечення, забезпечення інформаційними технологіями, управління персоналом та оцінка ефективності» [5].

Наразі у вітчизняній літературі все частіше застосовуються поняття «публічна влада», «публічне управління», що відповідає сучасним тенденціям і практиці функціонування інститутів демократичного суспільства. Зважаючи на свій молодий вік, вітчизняна наука поки що не дала всебічно обґрунтованої теорії публічної влади, а відповідно й публічного управління. Хоча розмаїття підходів до трактування цієї наукової категорії притаманне й для західних наукових шкіл.

Публічна влада, утілюючись у формі державної і муніципальної влади, здійснюється системою органів, яка має відповідну назву – «органи публічної влади». Зазначене поняття охоплює як сукупність державних органів усіх гілок влади та рівнів, так і систему органів місцевого самоврядування. З. Надюк вважає, що системі охорони здоров'я також має бути притаманне й лікарське самоврядування [31], яке, на нашу думку, теж можна включити до поняття «публічна влада у сфері охорони здоров'я».

Нова форма управління суспільством – публічне управління – робить наголос на взаємовідносинах, процесах, формальних і неформальних мережах, способах розв'язання проблем, багатоцентричних та мінімально ієрархізованих формах ефективного, але водночас гнучкого регулювання суспільних процесів. Вона кидає виклик політичній владі як єдиному центру прийняття рішень, стверджуючи можливість «урядування без уряду». Згідно з новими підходами в публічному управлінні беруть участь владні структури, громадські інституції та представники бізнесу на основі партнерських стосунків задля досягнення ефективної керованості суспільством, його впорядкованості та спрямування на досягнення стратегічних цілей [15]. Публічне управління здійснюється на різних рівнях суспільної системи шляхом визначення напряму розвитку; прийняття і впровадження суспільнозначущих для певного рівня рішень, які на

загальнонаціональному рівні мають переважно, хоч і не виключно, політичний характер.

На думку О. Ю. Оболенського, публічне управління – це передусім управління людьми. Багато дій органів публічної влади звернені й до всеосяжного колективу – суспільства в цілому [34]. У свою чергу, громадяни, їх колективи, суспільство реагують на публічне управління і встановлюють зворотні зв'язки з органами влади, державою в цілому. Специфічним елементом системи публічного управління є населення країни як визначальна складова серед суб'єктів публічного управління.

А. Ф. Колодій виокремлює такі головні критерії демократичного публічного управління:

Інституційні критерії:

- конституційність і законність державних структур, їх законне виникнення та функціонування;
- розвиненість структур громадського самоврядування і недержавних громадських організацій як інституцій громадянського суспільства;
- наявність чітко встановлених демократичних правил та процедур.

Відповідно до теорії публічного управління діяльність уряду й неприбуткових організацій у деяких важливих питаннях є подібною до діяльності установ приватного сектора. Таким чином, одні й ті ж управлінські інструменти, що максимізують ефективність та результативність роботи, можуть використовуватись як у приватному, так і у публічному секторі. Джей М. Шавріц наголошує на тому, що належне публічне управління має бути сфокусоване на забезпечення спроможності задля досягнення результатів. Роль менеджерів у публічному секторі полягає в тому, щоб «заохочувати працівників, а також представників широкої громадськості та окремих організацій, працювати разом для досягнення результатів, на які вони, можливо, мають незначний безпосередній вплив, зважаючи на децентралізацію влади» [11]. Крістофер Поллітт, професор з публічного управління

Лювенського католицького університету, стверджує, що термін «публічне управління» може вживатися у щонайменше трьох основних значеннях:

- діяльність державних службовців і політиків;
- структура і процедури органів державної влади;
- системне вивчення чи то діяльності, чи то структур і процедур [5].

Важливим елементом, який робить публічне управління більш наближеним до потреб громадян є соціальний діалог. Чинне законодавство України визначає охорону здоров'я як один із пріоритетних напрямів державної діяльності. Держава формує політику охорони здоров'я в Україні та забезпечує її реалізацію. Так, із точки зору такої суспільної діяльності як медичне страхування, до сторін соціального діалогу на національному рівні слід віднести профспілкову сторону, суб'єктами якої є об'єднання професійних медичних спілок та асоціацій, які мають статус всеукраїнських; сторону роботодавців, суб'єктами якої є об'єднання організацій роботодавців, які мають статус всеукраїнських і діють у межах сфери охорони здоров'я; сторону органів виконавчої влади, суб'єктами якої є Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство соціальної політики України, Міністерство фінансів України, інші центральні органи виконавчої влади, які діють або мають відношення до системи загальнообов'язкового державного соціального страхування [19].

Із публічним управлінням тісно пов'язана публічна політика, яка в сучасних умовах є формою політичного процесу, що реалізується в публічному просторі, підтримується інформаційно-комунікаційними та іншими видами ресурсів і представлений цілісним комплексом вертикальних та горизонтальних взаємодій його учасників. Публічна політика стає специфічною формою комунікації суб'єктів політичного процесу, яка дає змогу активізувати участь громадян у формуванні, виробленні та реалізації політичного курсу. Варто зазначити, що публічна політика – це особливий вид комунікації, який не є сферою боротьби за завоювання влади [53].

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначає, що держава формує політику охорони здоров'я в Україні та

забезпечує її реалізацію. У ст. 13 йдеться про те, які державні органи беруть участь у її формуванні та реалізації [35]. Основу державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада України шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитнофінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження загальнодержавних програм охорони здоров'я.

Реалізація державної політики охорони здоров'я покладається на органи виконавчої влади. Кабінет Міністрів України організує розробку та здійснення державних цільових програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у сфері охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також у межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади у сфері охорони здоров'я. Міністерства, інші центральні органи виконавчої влади в межах своєї компетенції розробляють програми і прогнози у сфері охорони здоров'я, визначають єдині науково обґрунтовані державні стандарти, критерії та вимоги, що мають сприяти охороні здоров'я населення, здійснюють державний контроль, нагляд та іншу виконавчо-розпорядчу діяльність у сфері охорони здоров'я.

Виконавчі органи сільських, селищних, міських рад здійснюють управління комунальними закладами охорони здоров'я, організацію їх матеріально-технічного, кадрового та фінансового забезпечення відповідно до закону [35].

Отже, публічне управління включає, зокрема, ту діяльність, яка забезпечує ефективне функціонування всієї системи органів державної влади та органів місцевого самоврядування і передбачає широке залучення різних зацікавлених сторін до розробки та реалізації державної політики. Державна політика в охороні здоров'я, у свою чергу, повинна мати чітко визначені цілі;

органи управління, які реалізують функції, котрі забезпечують досягнення сформульованих цілей; інформаційну систему, що формує інформаційний образ об'єкта регулювання, достатній для реалізації повноти функцій управління, інструменти управління й підтримки, за допомогою яких органи публічної влади впливають на організації й середовище в межах виконання своїх функцій [30].

Встановлення зворотного зв'язку з громадськістю, соціального діалогу, партнерських стосунків органів державної влади і громадянського суспільства, підвищення ефективності механізму залучення громадськості до розроблення та реалізації державної політики – питання першочергової ваги, від яких залежатимуть усі подальші дії влади [22].

Чинне законодавство України визначає, що державні органи, заклади охорони здоров'я зобов'язані сприяти реалізації права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я. При державних та комунальних закладах охорони здоров'я, що надають медичну допомогу вторинного і третинного рівнів, з якими головними розпорядниками бюджетних коштів укладені договори про медичне обслуговування населення, за рішенням власника закладу охорони здоров'я (уповноваженого ним органу) утворюються спостережні ради з обов'язковим залученням представників громадськості (за їхньою згодою). Спостережні ради також можуть утворюватися за рішенням власника при інших закладах охорони здоров'я.

У визначенні змісту та шляхів виконання державних цільових та місцевих програм у сфері охорони здоров'я, здійсненні відповідних заходів, вирішенні кадрових, наукових та інших питань державної політики можуть брати участь організації, що здійснюють професійне самоврядування у сфері охорони здоров'я, та інші громадські об'єднання, діяльність яких спрямована на захист прав у сфері охорони здоров'я, іноземні неурядові організації [35].

Яскравим прикладом зворотного зв'язку (як механізму залучення громадськості до розроблення та реалізації державної політики) є поява добровільної форми медичного страхування. Цей процес був зумовлений тим,

що обсяг послуг й умови надання медичної допомоги за програмою обов'язкового медичного страхування обмежені. Програми добровільного медичного страхування передбачають заходи, які розширюють можливості й поліпшують умови надання профілактичної, лікувально-діагностичної та реабілітаційної допомоги населенню. До цієї роботи через систему добровільного медичного страхування можна залучати найкваліфікованіші медичні кадри, підвищуючи тим якість медичних послуг. До суб'єктів цієї політики в медичній галузі слід віднести і представників недержавного сектора медицини, серед основних завдань діяльності яких є отримання прибутку через надання медичних послуг, можливо, подекуди якісніших, аніж надають державні медичні заклади.

На першочерговій необхідності зворотного зв'язку, відкритості публічної влади наголошує й М. М. Білинська, підкреслюючи, що «майже вся діяльність державних службовців сьогодні спрямована на підготовку адміністративних чи оперативних рішень. Водночас контроль за виконанням та оцінка таких рішень досить слабкі. Таким чином, співвідношення між державними службовцями, які обслуговують політичних лідерів сьогодення, та державними службовцями, які працюють на користь громадян, необхідно змінити на користь останніх. Переважна більшість державних службовців повинні займатися наданням послуг громадянам» [3].

У цілому можна стверджувати, що рівень відкритості є провідним критерієм демократичності державної влади. Прозорість та інформаційна відкритість владних структур, на думку багатьох науковців, – це одна із необхідних передумов сталого демократичного розвитку суспільства й держави, головна запорука здійснення ефективної політики, спроможної уможливити реальний громадянський контроль і зміцнити довіру громадян до влади [4; 22; 27].

Таким чином, публічне управління складається з державноуправлінської складової, де суб'єктом виступає держава в особі відповідних структур, а також бізнесової та громадської складових, де суб'єктами є недержавні утворення.

Перші виступають від імені держави, їх діяльність має юридичновладний характер і забезпечується примусовою силою держави. Суб'єктами ж громадського управління є недержавні утворення, самоврядні структури. Вони виступають як суб'єкти публічного права виключно від свого імені тільки для вирішення питань, що визначені їх статутними документами.

Отже, публічне управління охороною здоров'я в цілому слід розуміти як взаємодію в зазначеній сфері державноуправлінської, бізнесової та громадської складових з метою досягнення цілей державної політики охорони здоров'я.

1.2. Механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я

На сьогодні вчені, які зосереджуються на галузі охорони здоров'я, пропонують створення та розвиток різних механізмів публічного управління для цієї сфери.

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

У науково-аналітичній доповіді «Інституціоналізація публічного управління в Україні» автори вказують на те, що механізм публічного управління у сфері охорони здоров'я - це «сукупність національних рішень або зобов'язань, спрямованих на збереження та поліпшення фізичного та психічного здоров'я та соціального благополуччя населення, що є ключовою складовою їх національного капіталу, а також на захист генофонду української нації». Також звертається увага на важливість фінансових механізмів в даній

галузі, а також окреслюються головні напрями подальших реформ у системі охорони здоров'я України:

- завершення впровадження фінансових моделей з урахуванням
- принципу «гроші слідують за пацієнтом» на рівні первинної медичної допомоги;
- розвиток надання медичної допомоги та впровадження таких змін на рівнях спеціалізованої та високоспеціалізованої амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги;
- впровадження нових фінансових механізмів через реалізацію програми «Безкоштовна діагностика» - в поліклініках, які входять до другого етапу реформи, вартість візитів до лікарів-спеціалістів та інших послуг за направленням сімейних лікарів буде покривати Національна служба здоров'я України (НСЗУ), тощо [3].

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

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

Крім того, існує важливість прийняття відповідних управлінських та організаційних заходів на всіх рівнях управління. Ці заходи повинні бути спрямовані на покращення якості та доступності медичних послуг, оптимізацію витрат, забезпечення сталості та ефективності системи охорони здоров'я. Завдяки цьому підходу, держава може розробити комплексну стратегію розвитку системи охорони здоров'я, яка враховуватиме всі важливі аспекти та

механізми управління, щоб забезпечити найкращі результати для свого населення, як відображено на рис. 1.1 [12].

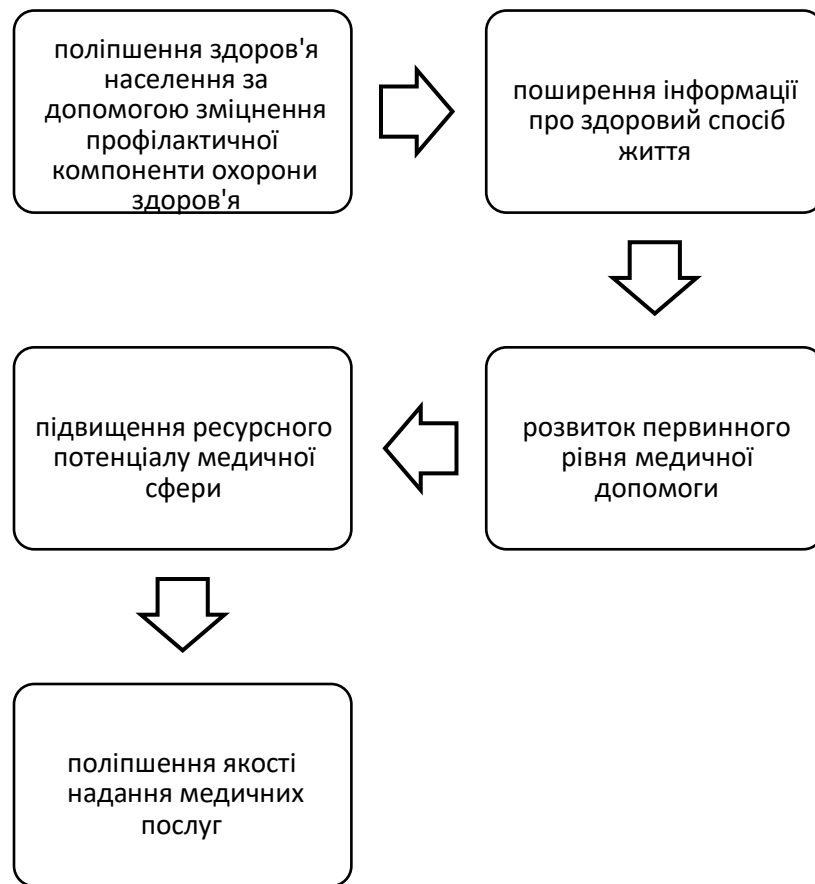


Рис. 1.1. Механізми державного управління в системі охорони здоров'я

Згідно з українськими дослідниками, завдання державного регулювання у сфері охорони здоров'я розподіляються на два головних аспекти. З одного боку, регуляторні заходи повинні вирішувати політичні завдання, а з іншого – вдосконалювати механізми управління. Політичний аспект визначається досягненням соціальних і економічних цілей. Цей аспект є нормативним за своєю природою, спираючись на систему цінностей, утвердження в суспільстві, і пов'язаний з політичними завданнями та інтересами суспільства. При цьому соціально-політичні виклики в галузі охорони здоров'я є загальними для всіх країн та стосуються справедливого і рівноправного доступу до медичних послуг, соціальної солідарності через національну службу охорони здоров'я або

соціальну медичну страховку, економічності через обґрунтоване фінансування системи охорони здоров'я, створення здорового оточення за допомогою безпечних умов праці, питної води, харчування тощо, підвищення обізнаності та освіченості громадян щодо аспектів охорони здоров'я, індивідуального вибору постачальників медичних послуг [10].

Другий аспект управління стосується механізмів управління охороною здоров'я, які мають складну природу і відображають складні взаємозв'язки між різними постачальниками послуг. Ці заходи спрямовані на найефективніше та раціональне використання людських та матеріальних ресурсів і мають переважно технічний характер. Вони передбачають регулювання якості та ефективності (включаючи оцінку економічності клінічних втручань, тобто співвідношення вартості та ефективності послуг), доступу хворих до послуг (зокрема через податкову політику), поведінки постачальників (наприклад, перетворення лікарень на державні підприємства, регулювання лікарняних позик, взаємодія між лікарнями та службами первинної допомоги), поведінки платників (встановлення правил контрактації, розробка планових ринків для лікарняних служб, встановлення цін на медичні послуги в державному секторі тощо), ринку медикаментів (з встановленням орієнтовних цін, контролем за прибутками тощо), та діяльності лікарів та інших медичних працівників (включаючи встановлення заробітної плати та вимог ліцензування) [52].

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

Другою важливою функцією є контроль, який полягає в нагляді за виконанням правових норм та стандартів у галузі охорони здоров'я. Держава використовує цю функцію, щоб переконатися, що медичні заклади та фахівці

дотримуються встановлених правил і надають якісні послуги. Третьою функцією є застосування адміністративних та господарських санкцій. Ця функція передбачає можливість застосування певних заходів, включаючи штрафи, зупинення ліцензій, чи навіть закриття медичних закладів у разі порушення правових норм.

У сучасний час, головною метою державного регулювання в галузі охорони здоров'я в Україні є створення правової основи для комплексних інструментів правового характеру, зокрема у сфері економічних відносин. Це враховує надмірну роль держави в наданні безоплатної медичної допомоги та дозволяє встановити стабільну систему, яка гарантує право на здоров'я та забезпечує ефективність та доступність медичних послуг для всього населення [1].

Одним з найсуттєвіших понять державного регулювання, через яке держава здійснює контроль за діяльністю суб'єктів громадських відносин та вимагає виконання своїх ухвалених рішень, є механізм. Механізми державного управління визначаються як система послідовних дій, що базуються на фундаментальних принципах, націлені на досягнення певних цілей, функціонують за певних форм та методів управління - це абстрактне зображення статично-динамічного (структурно-функціонального) змісту управлінського процесу, який представляє взаємодію між суб'єктом та об'єктом, взаємодію діяльності та відносин, функціонування відповідної системи або підсистеми - це також відображення взаємозв'язків явищ, дій і заходів, які націлені на досягнення спільних інтересів, формулювання цілей, створення рішень та їх реалізацію завдяки використанню державних ресурсів (включаючи владу, апарат, методи та засоби управління) [18].

Параметри та характеристики основних механізмів державного управління, наведено в таблиці 1.5 [59].

Механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я визначаються як комплексний набір форм, методів, засобів, стимулів і інструментів, які дозволяють здійснювати державно-управлінські та регуляторні впливи на цю

сферу. Ці механізми формуються на основі взаємодії політико-економічних, правових, соціально-культурних та ідеологічних факторів, а їх вибір залежить від цілей та завдань, які передбачає держава стосовно охорони здоров'я населення.

Таблиця 1.5

Основні характеристики механізмів державного управління

Характеристики	Зміст
Процесуальність як реалізація функцій державного управління	Фази становлення (потреби, обрані напрями, розбіжності, задачі, наміри, побудова мотивації, внутрішні спонукаючі фактори), здійснення (вирішення, активності, наслідки), та модернізації (спостереження, аналіз, корекційні дії).
Порядок функціонування та елементи	Встановлюється у відповідності з цілями, засобами впливу на певний об'єкт, взаємозв'язками між складовими елементами системи, наявністю ресурсів та можливостями конкретної ситуації. Враховуються цілі, принципи, функції, методи, інформаційний контекст, технологічні рішення та технічні засоби.
Структура	Загальний механізм управління, що охоплює всі аспекти суспільства, та специфічні механізми (регулювання певних сфер життєдіяльності суспільства): правовий, політичний, економічний, соціальний, організаційний, а також комплексні механізми, які враховують основні сфери суспільної діяльності.
Людський фактор	На стадії конструювання виявляються компетенції, розуміння принципів демократичного управління, інтереси працівників у конкретних секторах та інституціях різних рівнів ієрархії, які сприяють передовому розвитку країни.
Принципи побудови	Урахування потреб і характерних особливостей всіх учасників відносин у рамках системи; урахування історичних та ситуаційних аспектів; сприяння здійсненню як загальних, так і конкретних функцій, розподілу
	та співробітництва; створення умов для особистісного розвитку та виявлення творчої ініціативи.
Етапи побудови, функціонування чи вдосконалення	Опрацювання цілей для ефективного функціонування механізму; визначення круга учасників відносин, їхніх інтересів, цілей та завдань, спрямованих на досягнення загальної мети; ідентифікація областей взаємних інтересів та основних протиріч; обґрунтування оптимальних методів і форм взаємодії між учасниками; відбір економічних та технологічних процесів та оптимальних методів; створення плану дій для взаємодії; реалізація запланованих кроків; аналіз отриманих результатів; аргументація заходів щодо удосконалення механізму та їх втілення.

Ці механізми також відображають взаємозв'язки та взаємодії між різними суб'єктами та рівнями соціально-економічного розвитку країни, включаючи методи, засоби та інструменти, які визначаються в конкретних обставинах.

Так, публічне управління в охороні здоров'я є складним та багатогранним завданням, яке вимагає використання різноманітних інструментів та механізмів для забезпечення якості медичних послуг, фінансової стійкості та доступності

для всіх громадян. Це важливий аспект суспільної діяльності, який впливає на здоров'я та добробут населення.

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

1.3. Медична реформа як складова публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я

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

Загальновідомо, що для реалізації своїх функцій держава використовує відповідні механізми управління – штучно створену систему, яка відповідно до базових принципів і функцій управління, за допомогою доступних методів і засобів здійснює регуляторний вплив на суспільство, завдяки чому забезпечує ефективне функціонування системи державного регулювання для досягнення визначеної мети та розв'язання протиріч, що виникають між учасниками цього процесу [26]; механізм як система, призначена для практичного здійснення державного управління та досягнення поставлених цілей, яка має визначену структуру, методи, важелі, інструменти впливу на об'єкт управління з відповідним правовим, нормативним та інформаційним забезпеченням [13].

Публічне управління реформуванням сфери охорони здоров'я загалом (у т.ч. стосовно проведення медичної реформи) покладається на:

– Президента України, який: виступає гарантом права громадян на охорону здоров'я; забезпечує виконання законодавства про охорону здоров'я через систему органів державної виконавчої влади; проводить у життя державну політику щодо розвитку сфери охорони здоров'я;

– Кабінет Міністрів України, до основних завдань якого належить: організації розробки та здійснення комплексних і цільових загальнодержавних програм; створення економічних, правових та організаційних механізмів, що стимулюють ефективну діяльність у сфері охорони здоров'я; забезпечення розвитку мережі закладів охорони здоров'я; укладання міжурядових угод і координація міжнародного співробітництва з питань охорони здоров'я; здійснення в межах своєї компетенції інших повноважень, покладених на органи державної виконавчої влади в сфері охорони здоров'я;

– міністерства, відомства та інші центральні органи державної виконавчої влади, які в межах своєї компетенції розробляють програми і прогнози в сфері охорони здоров'я, що безпосередньо стосується: визначення єдиних науковообґрунтованих державних стандартів, критеріїв і вимог, які сприяли б охороні здоров'я населення; формування й розміщення державних замовлень з метою матеріально-технічного забезпечення галузі; здійснення державного контролю і нагляду; іншої виконавчо-розпорядчої діяльності у сфері охорони здоров'я;

– Міністерство охорони здоров'я України, яке забезпечує: розробку пріоритетних напрямів діяльності НСЗУ, гарантований рівень кваліфікованої медичної допомоги населенню підприємствами охорони здоров'я усіх форм власності; сертифікацію рівня медичних послуг, що надаються населенню закладами охорони здоров'я незалежно від форм власності та особами, які займаються індивідуальною медичною діяльністю; розробку й координацію заходів щодо забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення; розробку прогнозів і показників розвитку НСЗУ, пов'язаних зі змінами форм

власності; надання державними закладами охорони здоров'я загальнодоступної, переважно безоплатної, висококваліфікованої медичної допомоги населенню; здійснення медичного контролю й видачу дозволів на застосування ліків і методик, організацію промислового випуску або закупівлю лікарських засобів, бактерійних і вірусних препаратів, інших виробів медичного призначення, нагляд за їх постачанням населенню та закладам охорони здоров'я; організацію підготовки медичних працівників, удосконалення їхніх знань і практичних навичок; здійснення заходів, спрямованих на розвиток профілактичного напрямку в охороні здоров'я населення, формування здорового способу життя; охорону материнства та дитинства; розвиток пріоритетних напрямів наукових досліджень у сфері охорони здоров'я і забезпечення їх ефективності, впровадження в практику досягнень науки, техніки і передового досвіду; координацію розвитку мережі закладів охорони здоров'я [50].

У грудні 2017 р. було створено НСЗУ як центральний орган виконавчої влади. Його діяльність спрямовує і координує Уряд через МОЗ [48]. Основні завдання НСЗУ полягають у реалізації державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, виконанні функцій замовника медичних послуг і лікарських засобів за програмою медичних гарантій. Медичну послугу, що надається пацієнтові, оплачує її замовник, яким може бути держава (через НСЗУ), відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні й фізичні особи, у т.ч. пацієнт. НСЗУ оплачує медичні послуги закладів, які провадять господарську діяльність з медичної практики і які уклали договір про медичне обслуговування населення за державною програмою медичних гарантій із НСЗУ. Фінансування відбувається на основі аналізу результатів діяльності цих закладів і через контроль за цільовим та ефективним використання коштів за державною програмою медичних гарантій. Такий контроль здійснюється через заходи з перевірки дотримання надавачами медичних послуг вимог, установлених порядком використання коштів програми медичних гарантій і договорами про медичне обслуговування

населення. НЗСУ також відшкодовує вартість лікарських засобів згідно з договорами про реімбурсацію за програмою медичних гарантій [56].

Реформування національної сфери охорони здоров'я реалізується завдяки використанню відповідних механізмів публічного управління:

1. Організаційні:

- реформування сфери охорони здоров'я в напрямі забезпечення ефективності функціонування системи охорони здоров'я шляхом структурної реорганізації відповідно до потреб населення у різних видах медичної допомоги, а саме: проведення чіткого розмежування первинної, вторинної та третинної ланок медичної допомоги; розширення мережі закладів ПМСД; реформування вторинної ланки медичної допомоги з метою покращання якості її діяльності й підвищення ефективності використання наявних ресурсів, усунення невиправданого дублювання медичних послуг шляхом диференціації лікарень, виходячи з інтенсивності медичної допомоги, що надається; на третинному рівні – створення університетських клінік з метою ефективного використання потенціалу та ресурсів як обласних лікарень, так і медичних інститутів й університетів;

- створення гнучкої та ефективної системи державного управління галуззю, яка б поєднувала і координувала діяльність усіх складових управління (на центральному, регіональному та місцевому рівнях), оптимізація міжгалузевої взаємодії у напрямі збереження здоров'я населення, активна співпраця з інститутами громадянського суспільства; розширення повноважень закладів охорони здоров'я шляхом зміни їх господарсько-правового статусу;

- реформування кадрової політики у сфері охорони здоров'я (запровадження механізмів державного замовлення підготовки різних категорій медичних кадрів відповідно до потреб сфери охорони здоров'я; забезпечення механізмів соціального захисту медичних працівників; підготовка менеджерів сфери охорони здоров'я з метою формування керівного складу галузі тощо);

- відновлення системи профілактичної медицини, створення умов і стимулів профілактики професійних захворювань і травматизму на виробництві

(відновлення системи диспансеризації, медико-санітарних частин на підприємствах тощо).

2. Політичні:

– створення умов для стимулювання процесу інвестування у сферу охорони здоров'я, формування економіко-правових умов мінімізації негативного екологічного впливу на стан здоров'я населення, впровадження пріоритетів здорового способу життя.

3. Правові:

– створення раціональної системи державних гарантій щодо забезпечення населення медикаментозними препаратами;

– забезпечення законодавчого підґрунтя реформування шляхом прийняття ряду законодавчих актів, а саме: Закону України «Про загальнообов'язкове державне медичне страхування», «Про основні засади діяльності у сфері охорони здоров'я», «Про заклади охорони здоров'я», поправок до ст. 49 Конституції України (визначити чіткий обсяг державних гарантій щодо надання медичної допомоги, узгоджений і збалансований з фінансовими можливостями держави);

– посилення інститутів захисту прав пацієнтів і медичних працівників.

4. Економічні:

– реформування системи фінансування сфери охорони здоров'я (легалізація співучасті громадян в оплаті медичної допомоги; впровадження багатоканальної бюджетно-страхової системи фінансування сфери охорони здоров'я у поєднанні із системою контролю за цільовим використанням коштів; ефективне використання наявних ресурсів у сфері охорони здоров'я) [38].

У серпні 2014 р. МОЗ ініціювало розробку Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я з метою активізації та прискорення процесу реформування сектору охорони здоров'я шляхом розробки стратегічних підходів до покращення якості та доступу до медичної допомоги, а також забезпечення пом'якшення фінансової ситуації ризику для населення.

Процес написання цієї Стратегії для України співпав з важкими, в той же час перспективними, для країни часами. Багато міжнародних експертів відгукнулися на заклик українського уряду створити групу експертів, які б розробили стратегію реформування в галузі охорони здоров'я. Прагнення та очікування були високими – суспільство хотіло змін і охорона здоров'я була однією з сфер, де ця зміна довго очікувалася. Як і в багатьох країнах світу, здоров'я українців формується тими самими потужними силами: демографічне старіння, швидка урбанізація та глобалізація нездорового способу життя. Під тиском цих сил хронічні неінфекційні захворювання стали провідною причиною захворюваності, інвалідності та смертності. І система не могла ефективно вирішувати ці нові виклики [20]. У контексті перехідного періоду очікується, що європейські посткомуністичні держави розроблять модель медичного страхування, викоринують неформальні платежі та трансформують застарілу централізовану сферу охорони здоров'я. Процес децентралізації рішень базувався на структурах державного регулювання, що зробило його поверхневим і лише частковим: відбулася зміна або обов'язки щодо володіння медичними закладами на рівні місцевих органів влади, в обмеженому масштабі приватний сектор отримав дозволи брати участь у системі охорони здоров'я, але поза схемою державного фінансування, заснованою на безпосередніх виплатах пацієнтам, які є неформальними. В рамках системи надання державних послуг пацієнти теоретично мали право вибирати лікаря та установу. Однак на практиці це було очевидним правом, а спосіб побудови та дії системи залишали їхні потреби та права без належної уваги [58].

У 2016 р. КМУ затвердив Концепцію реформування фінансування охорони здоров'я. У 2017 р. кілька законодавчих документів, прийнятих ВРУ, а також накази, прийняті КМУ, відкрили процес переформування системи охорони здоров'я України, який має напрям на забезпечення нового підходу до фінансування закладів охорони здоров'я та окремих медичних працівників. Впровадження нової системи на первинному рівні було проведено у 2018 р., а вся реформа буде поступово проводитися до кінця 2020 р. [20].

Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, спрямована на реалізацію положень Конституції та законів України щодо забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину України, запровадження нових ефективних механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я, створення умов для формування здорового способу життя. Цим документом також чітко визначено основні напрями розвитку охорони здоров'я населення України, які зумовлюються реальними політичними та соціально-економічними процесами [46].

Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я передбачає можливість надавати бонусні доплати за досягнення певних, установлених договором про надання ПМСД, результатів, зокрема за показники й індикатори, які належать до сфери громадського здоров'я (в перспективі та за умови передбачення видатків у державному бюджеті). Отже, систему надання ПМСД буде залучено до виконання програм громадського здоров'я, що умовно можна розподілити на питання, які стосуються інфекційних хвороб і проблеми щодо неінфекційних захворювань [56].

Стратегією сталого розвитку «Україна–2020», здоров'я населення визначено однією з найбільших цінностей та необхідною умовою для соціально-економічного розвитку країни, відповідно до чого держава зобов'язана забезпечити створення оптимальних умов для реалізації потенціалу кожної особи впродовж усього життя, досягнення європейських стандартів якості життя та благополуччя населення [47].

Програма соціально-економічного розвитку України до 2036 р., передбачає, що подальший розвиток економіки країни спирається на ефективне функціонування системи охорони здоров'я, яка в свою чергу виділяють такі першочергові завдання як: надання медичної допомоги, спираючись на отримані державні гарантії; досягнення доступності медичних послуг для всіх категорій громадян країни; надання високоякісних медичних послуг [37].

Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я має за мету створення та запровадження нової моделі фінансування, що передбачає чіткі та

прозорі гарантії держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги, кращий фінансовий захист громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних коштів і скорочення неформальних платежів, створення стимулів до поліпшення якості надання медичної допомоги населенню державними і комунальними закладами охорони здоров'я.

Стратегічно реалізація Концепції дозволить створити сучасну модель фінансування сфери охорони здоров'я європейського зразка, яка забезпечить ефективне використання обмежених державних ресурсів у системі охорони здоров'я шляхом спрямування їх на покриття вартості фактично надаваних громадянам медичних послуг. Виходячи із цього, Концепція сприятиме: посиленню спроможності держави забезпечувати фінансовий захист для громадян у випадку хвороби; більш ефективному та справедливому розподілу публічних ресурсів у сфері охорони здоров'я; скороченню прямих платежів громадян на оплату медичних послуг і лікарських засобів, зменшенню рівня неформальних платежів; виникненню конкуренції постачальників всіх форм власності на ринку медичних послуг; появі ринку праці медичних працівників, підвищенню рівня оплати їх праці; приведенню мережі закладів охорони здоров'я у відповідність з реальними потребами населення у медичних послугах; підвищенню рівня якості надання медичних послуг, їх фізичної та фінансової доступності; реалізації принципу вільного вибору для всіх учасників системи охорони здоров'я (для пацієнта, лікаря, закладу охорони здоров'я, замовника медичних послуг); створенню умов для інтеграції приватного сектору до системи охорони здоров'я; підвищенню рівня прозорості та підзвітності використання бюджетних коштів.

Концепцією визначено принципи, на яких має базуватись нова модель фінансування охорони здоров'я, серед яких: універсальність покриття та справедливість доступу до медичної допомоги – забезпечення доступу до гарантованих державою послуг для всіх, хто їх потребує; конкуренція постачальників – залучення постачальників усіх форм власності, що створює мотивацію надавати більш якісні послуги, впроваджувати науково обґрунтовані

та економічно ефективні методи роботи, забезпечувати дотримання клінічних протоколів і професійних стандартів; фінансовий захист – недопустимість катастрофічних витрат громадян у випадку хвороби чи відмови від отримання необхідної медичної допомоги через неможливість її оплатити в момент отримання; вільний вибір – можливість для пацієнта отримати допомогу в тому закладі охорони здоров'я, який найкраще задовольняє його потреби; прозорість і підзвітність – недопустимість застосування корупційних схем, зрозумілість зобов'язань усіх сторін, відкритість у використанні публічних коштів; ефективність – максимально висока віддача кожної вкладеної в систему охорони здоров'я бюджетної гривні, краща якість і доступність послуг для пацієнтів, кращі умови роботи та доходи для лікарів; передбачуваність обсягу коштів на медичні послуги у держбюджеті – повноцінне стратегічне планування медичної допомоги та витрат на неї; субсидіарність – встановлення повноважень щодо фінансування системи охорони здоров'я та надання медичної допомоги на якомога нижчому рівні влади, який дозволяє забезпечити відповідні доступність, належну якість і найкращу можливу економічну ефективність цієї допомоги, а також необхідні для цього ресурси [46].

Концепцією передбачається забезпечення всім громадянам доступу до гідного для європейської держави рівня медичного обслуговування шляхом переходу системи охорони здоров'я України до фінансування на основі моделі державного солідарного медичного страхування громадян з використанням для цього коштів, акумульованих у державному бюджеті. Виходячи із цього, єдиним способом забезпечити якісний медичний захист без фінансового стресу для громадян є перехід до фінансування медицини за страховим принципом. Цей підхід дозволяє розподілити ризики хвороби та витрати на лікування між великою кількістю застрахованих осіб, заздалегідь збираючи посильні внески з великої кількості людей і спрямовуючи зібрані кошти на виплати за страховим випадком у разі хвороби чи іншого розладу здоров'я. Новий підхід у фінансуванні системи охорони здоров'я передбачає, що основним джерелом фінансування оновленої системи охорони здоров'я залишаються кошти

Держбюджету, отримані із загальнодержавних податків. Виплати для лікування окремої людини не прив'язані до розміру її індивідуальних внесків. Бюджетні кошти на фінансування медицини розподіляються через новий, сучасний механізм стратегічної закупівлі медичних послуг. Відбувається перехід від фінансування постатейних кошторисів закладів охорони здоров'я – бюджетних установ, розрахованих відповідно до їх існуючої інфраструктури (кількості ліжок, персоналу тощо), до оплати результату (тобто фактично пролікованих випадків або приписаного населення) закладам, які перетворюються на автономних постачальників цих послуг, а також аптекам як постачальникам призначених лікарями лікарських засобів. Урядовою стороною планується забезпечити перехід «на нову систему закупівель медичних послуг» шляхом створення та постійного вдосконалення сучасної платформи для збору і обміну медичною та фінансовою інформацією в електронному вигляді. Ця система надасть можливість для створення «єдиного медичного простору» – координації та інтеграції між рівнями медичної допомоги, а також для запровадження нової системи управління якістю медичних послуг [46].

Механізм використання коштів, передбачених у державному бюджеті за програмою «Надання первинної медичної допомоги населенню» визначений постановою КМУ, згідно з якою розпорядником бюджетних коштів нижчого рівня та відповідальним виконавцем бюджетної програми є НСЗУ. Послуги ПМСД за договором про медичне обслуговування населення, укладеним із НСЗУ, оплачуються на рахунки надавачів медичних послуг. Головним завданням надавача ПМСД є забезпечення населення комплексними й інтегрованими послугами з усебічної, безперервної та пацієнт-орієнтованої ПМСД, спрямованої на задоволення потреб населення у відновленні й збереженні здоров'я, профілактику розвитку захворювань, зменшення потреби в ушпиталенні та покращенні якості життя. Надавач ПМСД здійснює медичне обслуговування населення, безпосередньо пов'язане з наданням ПМСД. Оптимальний обсяг практики ПМСД становить: 1800 осіб на лікаря загальної практики – сімейного лікаря; 2000 осіб на лікаря-терапевта; 900 осіб на

лікаряпедіатра. Обсяг практики може бути не такий як оптимальний, що залежить від соціально-демографічних, інфраструктурних та інших особливостей території, в межах якої мешкають особи, котрі належать до відповідної практики [42].

У межах програми медичних гарантій держава гарантує громадянам, іноземцям та особам без громадянства, котрі постійно проживають на території України, й людям, яких визнано біженцями чи особами, що потребують додаткового захисту, повну оплату з коштів держбюджету необхідних їм медичних послуг і лікарських засобів, пов'язаних з наданням: первинної медичної допомоги; вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги; третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; екстреної медичної допомоги; паліативної медичної допомоги; медичної реабілітації; медичної допомоги дітям до 16 років; медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами. Медичні послуги, що не входять до програми медичних гарантій, можуть надаватися пацієнтам на платній основі. Весь перелік платних медичних послуг розподілено на три групи: послуги, що надаються згідно з функціональними повноваженнями державними та комунальними закладами охорони здоров'я; послуги з провадження господарської та/чи виробничої діяльності; послуги, які надаються відповідно до функціональних повноважень вищими медичними навчальними закладами та науково-дослідними установами [41]. Щоб гарантувати в Україні надання якісної первинної медичної допомоги, реформа медицини повинна реалізовуватися в контексті реформи децентралізації. Лише у такий спосіб медичну послугу можна наблизити до мешканців села. В процесі реформи децентралізації почала формуватися нова модель сільського розвитку з модерною системою управління й сучасними економічними відносинами [56].

Метою публічного управління реформуванням сфери охорони здоров'я визначено кардинальне, системне реформування, спрямоване на створення системи, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне обслуговування населення на рівні розвинених європейських держав. Головними напрямками реформ мають стати підвищення особистої відповідальності громадян за власне

здоров'я, забезпечення для них вільного вибору постачальників медичних послуг належної якості, надання для цього адресної допомоги найбільш соціально незахищеним верствам населення, створення бізнес-дружньої обстановки на ринку охорони здоров'я. Орієнтиром у проведенні реформи є програма ЄС «Європейська стратегія здоров'я – 2020» [45].

Отож, серед основних домінант публічного управління реформуванням сфери охорони здоров'я виокремлено наступні: створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги та інформатизації галузі; невідкладне здійснення комплексу заходів щодо підвищення рівня забезпечення населення медичною допомогою і лікарськими засобами, особливо в сільській місцевості, виділення приміщень для сільських лікарських амбулаторій і вдосконалення системи профілактичних медичних оглядів населення; забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я різних форм власності та різних відомств в єдиному медичному просторі держави; розробка загальнодержавних програм щодо попередження серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань, протидії захворюванню на туберкульоз, боротьби з онкологічними захворюваннями, розвитку сімейної медицини; запровадження сучасних економічних механізмів у діяльність КНП, чіткого розмежування бюджетних асигнувань на первинну, вторинну та третинну лікувально-профілактичну допомогу [24].

Таким чином, проведення медичної реформи в Україні здійснюється відповідно до розробленої і затвердженої належним чином державної політики у цій царині з використанням відповідних механізмів публічного управління.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

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

Правове регулювання системи охорони здоров'я здійснюється Конституцією України, Основами законодавства України про охорону здоров'я, Законами України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення», «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», «Про психіатричну допомогу», «Про лікарські засоби» та іншими законодавчими актами, прийнятими відповідно до них.

Так, ст. 49 Конституції України гарантує право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Конституційне право на охорону здоров'я дає змогу кожному дієздатному громадянину самостійно обирати законні шляхи і засоби для досягнення стану повного фізичного і соціального благополуччя [14].

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

Важливим нормативно-правовим актом, який регулює процедури трансформації системи управління охороною здоров'я, є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 р. [39], який визначає структуру реформи охорони здоров'я. Окрім цих основних положень, Закон регулює контроль та відповідальність за

виконання програм охорони здоров'я. У фінансовій сфері така відповідальність поширюється на центральні органи державної влади, які мають відповідні повноваження, а у випадку контролю за якістю медичної допомоги відповідальність покладається на МОЗ України.

Продовженням законодавчого врегулювання змін у системі управління є прийнятий 14 листопада 2017 р. Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [44]. Цей Закон спрямований на регулювання найслабшої ланки медичного обслуговування країни – охорона здоров'я громадян, які проживають у сільській місцевості. Квінтесенцією цього Закону є заходи, які заплановано реалізувати у сільській місцевості.

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

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

Так, у Стратегії наголошується, що «заклади охорони здоров'я та органи місцевого самоврядування проходять процес інституційного розвитку за такими напрямками:

- розробка власного плану розвитку;
- оцінка результатів з використанням сучасних інформаційно-комунікаційних технологій;
- використання медичної інформації;
- забезпечення якості;
- співпраця з пацієнтами та залучення до управління представників громадянського суспільства» [32].

Серед основних напрямів реформування системи охорони здоров'я, які є актуальними на сьогодні та відображені в Стратегії можна проілюструвати на рис. 2.1 [32].

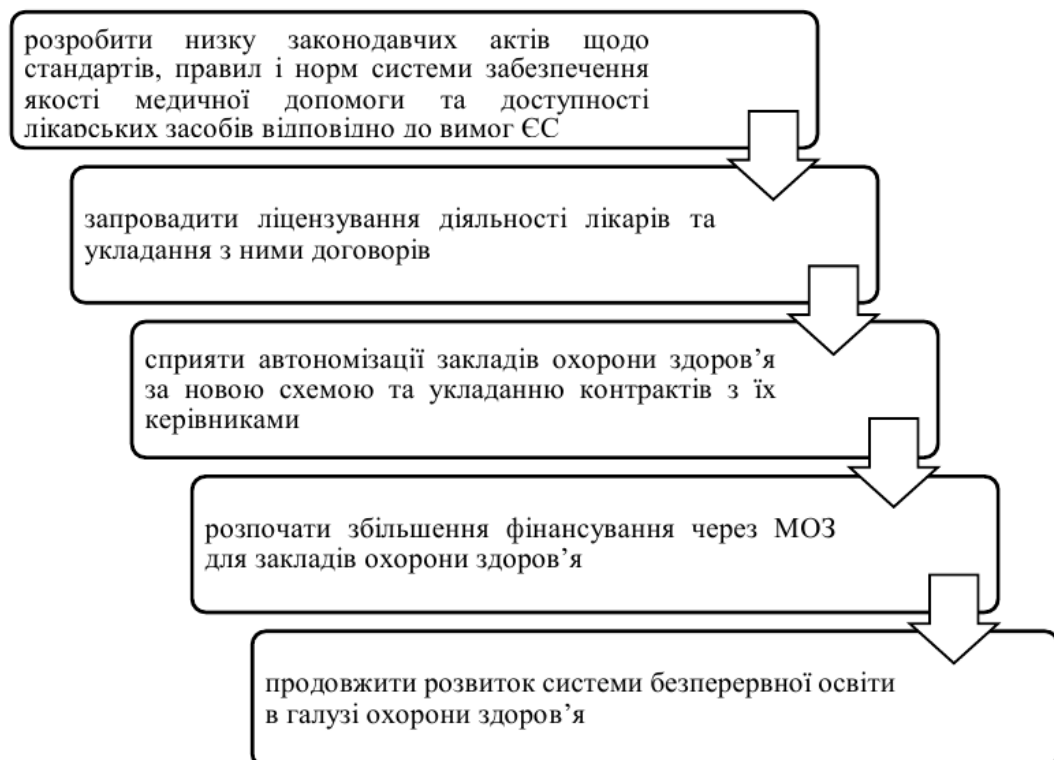


Рис. 2.1. Основні напрями реформування системи охорони здоров'я в Стратегії

Ще одним нормативним документом є розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» № 1164-р від 31 жовтня 2011 р..

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

Основним нормативним документом розвитку цієї сфери є наказ № 681 МОЗ України від 19 жовтня 2015 р. «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я». В наказі визначено, що головною метою телемедицини є поліпшення здоров'я населення шляхом забезпечення рівного доступу до медичних послуг належної якості. Основними завданнями телемедицини є:

- забезпечення надання медичної допомоги пацієнту, коли відстань є критичним чинником для ефективного та невідкладного лікування. Телемедицина дозволяє консультивати та надавати медичну допомогу в реальному часі, навіть якщо лікар і пацієнт знаходяться на великій відстані один від одного;

- збереження медичної таємниці та конфіденційності медичної інформації про стан здоров'я пацієнта. Важливою складовою телемедицини є

забезпечення безпеки та конфіденційності пацієнтських даних під час телемедичних консультацій та обміну інформацією;

- створення єдиного медичного простору, що дозволяє лікарям, медичним установам та пацієнтам спільно працювати та обмінюватися інформацією для забезпечення більш ефективної допомоги та лікування;

- сприяння підвищенню якості медичної допомоги та оптимізації процесів організації та управління охороною здоров'я. Телемедицина може допомогти вдосконалити процеси діагностики, лікування та реабілітації, зменшити час очікування на прийом до лікаря, а також раціонально використовувати медичні ресурси;

- формування системних підходів до впровадження та розвитку

- телемедицини в системі охорони здоров'я. Це означає створення законодавчої бази, стандартів та регуляторів, які сприяють інтеграції телемедицини у загальну систему охорони здоров'я та забезпечують її сталий розвиток.

Отже, проаналізовані законодавчі та нормативні акти є інституційною основою системи законодавчого забезпечення публічного управління системи охорони здоров'я. Вони встановлюють нові принципи регулювання відносин між державою та суб'єктами системи охорони здоров'я в Україні, запроваджують рівні медичного забезпечення, регулюють нові фінансові відносини в системі охорони здоров'я, гарантують право громадян на безоплатний доступ до медичних послуг, відкривають можливості систем доступу до медичних послуг у сільській місцевості, запроваджують всеохоплюючу мережу інформації у сфері охорони здоров'я та впроваджують кращі світові та європейські практики у вітчизняній системі охорони здоров'я.

Так, важливим кроком у сфері розвитку сфери охорони здоров'я України є те, що 2015 р. Уряд України започаткував трансформаційну реформу галузі охорони здоров'я, заради забезпечення всіх громадян країни рівним доступом до якісних медичних послуг, організаційної та концептуальної зміни системи охорони здоров'я так, щоб у її центрі уваги був споживач медичних послуг. В

основу цього рішення було закладено розробку та затвердження «Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 рр.» [35], яка стала ключовою складовою «Національного плану дій з реформування системи охорони здоров'я», проголошеного Указом Президента України від 12 січня 2015 р. №5/2015 «Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020» та урядом України (програма діяльності КМУ), схвалена постановою ВРУ від 11 грудня 2014 р. №26-VIII) [49].

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

Важливо також наголосити що, ґрунтовним чинником до впровадження змін у сфері охорони здоров'я в Україні існує вимога Всесвітньої організації охорони здоров'я [67] (далі – ВООЗ), щодо «обов'язкового виконання зобов'язань ЦСР та розробки і впровадження конкретних кроків для зміцнення здоров'я всіх верств населення країни – зокрема, забезпечення, щоб кожна

людина отримала доступ до ключових якісних послуг у сфері охорони здоров'я і не відчувала при цьому фінансових труднощів».

Враховуючи вищезазначене, Указом Президента України «Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 р.» [49] підтримано проголошені резолюцією Генеральної Асамблеї ООН глобальні ЦСР та результати їх адаптації з урахуванням специфіки розвитку України. В цьому контексті, ціль 3 «Міцне здоров'я та благополуччя» визначена ключовою і спрямована на забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччя для всіх у будь-якому віці та є наскрізною, адже прогрес у її здійсненні сприятиме досягненню інших цілей.

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

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

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

Тому законодавче визначення реального, а не декларативного обсягу державних гарантій безоплатної медичної допомоги є надзвичайно актуальним завданням, на вирішення якого й спрямовано прийняття відповідного закону, згідно з яким «державна гарантує повну оплату згідно з тарифом за рахунок коштів Державного бюджету України надання громадянам необхідних їм

медичних послуг та лікарських засобів, що передбачені програмою медичних гарантій ...».

У загальному контексті варто відзначити, що в реформі системи охорони здоров'я в Україні присутня певна поспішність, фрагментарність і непослідовність. Наприклад, скасування МОЗ України без попередньої ретельної підготовки та впровадження електронної системи документообігу може призвести до втрати керованості над процесами медичного обслуговування, особливо на першому рівні медичної допомоги. Ця дія наголошує на важливості виважених та послідовних кроків у процесі реформування.

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

Таким чином, нормативно-правове забезпечення у сфері охорони здоров'я населення в Україні в сучасний період характеризується системністю у здійсненні і плановістю у формуванні чинного законодавства. Важливим кроком для його вдосконалення стало прийняття єдиної довгострокової державної програми реформування галузі системи охорони здоров'я. ЦСР України на період до 2030 р. є орієнтирами для розроблення проєктів прогнозних і програмних документів, проєктів нормативно-правових актів з метою забезпечення збалансованості економічного, соціального та екологічного вимірів сталого розвитку країни.

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

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

2.2. Практична реалізація впровадження реформ системи охорони здоров'я України в умовах війни

Публічне управління у сфері охорони здоров'я передбачає управління та координацію діяльності та ресурсів у сфері охорони здоров'я для покращення загального стану здоров'я та добробуту громад і населення, включаючи планування, організацію, реалізацію та оцінку програм і послуг громадського здоров'я. Сутність публічного управління у сфері охорони здоров'я є багатогранною та включає кілька ключових аспектів таких як: управління здоров'ям населення; розробка політики; планування та оцінка програми; розподіл ресурсів; готовність до надзвичайних ситуацій і реагування; залучення громади; збір та аналіз даних; консалтингова діяльність; міжгалузеве співробітництво.

До повномасштабного вторгнення, система охорони здоров'я України мала ключові показники, які варто відзначити. Очікувана тривалість життя, за

даними на 2020 р., становила 76 років для жінок і 66 для чоловіків, що робить ці показники одними з найнижчих у Європі. Витрати на охорону здоров'я в

Україні постійно зростали, але не досягли світового рівня відносно частки від ВВП. Наприклад, у 2021 р. загальні витрати на програму медичних гарантій становили 2,4% ВВП.

Україна володіла надлишковими госпітальними можливостями, маючи майже вдвічі більше лікарень, ніж інші країни Європейського регіону ВООЗ (42 лікарні на 1 млн. населення). Однак, українські лікарні надавали допомогу нижчого рівня інтенсивності, і 20% всіх стаціонарних випадків можна було обробляти амбулаторно, а 57% стаціонарних ліжкоднів не можна було виправдати необхідністю цілодобового перебування пацієнта в стаціонарі.

Головними причинами передчасної смерті в Україні є неінфекційні захворювання (НІЗ), які відповідають за шість з десяти основних причин смерті, дев'ять з десяти основних причин передчасної смерті та 84% усіх річних смертей.

Ситуація в секторі охорони здоров'я під час війни є однією з найбільш критичних.

Станом на початок лютого 2024 р. було повністю зруйновано 195 закладів охорони здоров'я, а ще 1523 заклади були частково зруйновані (пошкодження від 2% до 90%). Орієнтовна вартість завданих збитків становить понад 35 мільярдів гривень. Програма медичних гарантій не в повній мірі враховує пакети пріоритетних послуг, необхідних в умовах війни та після неї (лікування травм, опіків, реабілітація, послуги психічного здоров'я). Державні програми в галузі охорони здоров'я не враховують втрат системи охорони здоров'я, необхідних змін у пріоритетах (переліку медичних послуг та станів) [6].

Після початку повномасштабного військового вторгнення Російської Федерації на територію України, під загрозою опинились мільйони громадян, а вітчизняна система охорони здоров'я функціонує в умовах підвищених ризиків.

У період з 2014 р. до нинішньої ескалації конфлікту понад 14 тис. осіб загинуло, у тому числі 3,1 тис. цивільних чоловіків, жінок і дітей; і приблизно

37 тис. (з них 7 тис. цивільних) отримали поранення. До ескалації більшість недавніх жертв була через мінування території, нерозірвані боєприпаси та інші вибухові об'єкти. З початку війни по 2 березня 2022 р. було підтверджено, що найменше 752 жертви серед цивільного населення, у тому числі 227 загиблих (15 дітей) та 525 поранених (28 дітей). За оцінками МОЗ, за той самий період постраждали понад 2000 осіб, однак реальні витрати набагато вищі [65].

До інших країн в умовах війни виїхало близько 18 млн громадян, з них 7,7 млн перемістилися в межах України у відносно безпечніші регіони. За даними ООН, кількість людей, які покинули Україну, перевищила 5,08 млн осіб. Найбільша кількість громадян виїхала до Польщі 2,84 млн осіб (56%); Угорщини – 0,47 млн осіб; Молдови – 0,43 млн осіб; Словаччини – 0,34 млн осіб; Румунії – 0,76 млн осіб; Чехії – 0,3 млн осіб [65].

У зв'язку з масовим переміщенням громадян України в умовах війни значно підвищується ризик поширення циркулюючого вакцинного поліовірусу типу 2 за межі країни. На теперішній час, за оцінками ВООЗ, загальний ризик поширення циркулюючого вакцинного поліовірусу типу 2 оцінюється як помірний. Через посилення соціального змішування та порушення роботи служб вакцинації існує ризик збільшення поширення кору.

З початку збройного конфлікту з 24 лютого та до 4 травня 2022 р. кількість нападів агресора на медичні установи та їх персонал, пацієнтів, інфраструктуру системи охорону здоров'я України постійно зростає. Так, за вказаний період зафіксовано 186 нападів. Результатом таких нападів є 126 постраждалих, з них 73 особи померли, госпіталізовано 53 особи [60].

Україна є країною з великою кількістю гірничодобувних та промислових ділянок, нафтопереробними заводами переважно на сході країни. Радіоядерні та хімічні центри становлять серйозний ризик для здоров'я, якщо вони будуть пошкоджені під час поточного конфлікту. Ризик біологічної небезпеки достатньо низький, оскільки в країні мало ймовірна наявність колекцій патогенних мікроорганізмів, однак ризик дезінформації щодо цих небезпек є високим. Наразі діючі атомні електростанції (АЕС) України працюють у

штатному режимі, порушення лімітів та умов безпечної експлуатації АЕС відсутні. Однак ВООЗ проводиться постійний моніторинг ситуації та оцінка радіаційного ризику в надзвичайній ситуації.

Гендерне насильство є серйозною проблемою в Україні. 75% жінок заявляють, що зазнавали певної форми насильства з 15 років, і кожен третій зазнав фізичного або сексуального насильства. Урядом країни вживаються заходи щодо роботи з постраждалими, які пережили тортури та сексуальне насильство, в тому числі з початку війни.

Населення, що постраждало від конфлікту, намагається впоратися з психологічними та фізичними травмами, соціально-економічними наслідками конфліктної ситуації. За оцінками ВООЗ, розлади психічного здоров'я вражають кожну п'яту людину в постконфліктних умовах, тоді як світова поширеність розладів психічного здоров'я – 1 на 14 осіб. Серед основних проблем медичних працівників є нестача персоналу, перевантаження, психологічні розлади внаслідок травмуючих подій, що впливають на психічне здоров'я.

В Україні у дорослих, які постраждали внаслідок війни, поширеність розладу психічного здоров'я, депресії та тривоги становила 32%, 22% і 17%, відповідно. Виходячи з цих оцінок, майже 4 млн дорослих і 1 млн дітей з 18 млн постраждалого населення ризикують зазнати проблем психічного здоров'я, пов'язаних із конфліктом. Серед дорослих внутрішньо переміщених осіб кожен третій ризикує захворіти на посттравматичний синдром. Для профілактики та контролю ситуації МОЗ веде онлайн-карти [65].

З початком повномасштабного вторгнення росії в Україну урядом ухвалено ряд рішень у частині аналізу видатків державного бюджету та виокремлення пріоритетних цілей для фінансування (підтримка людей, які постраждали під час війни, забезпечення державних гарантій медичним працівникам). КМУ прийнято постанову від 12 квітня 2022 р. №281-р щодо перерозподілу видатків на медичну галузь шляхом зменшення обсягу видатків

споживання та збільшення видатків розвитку за програмою «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» у сумі 200200 тис. грн.

Через війну МОЗ тимчасово змінило підхід до фінансування закладів охорони здоров'я за Програмою медичних гарантій. Більшість закладів охорони здоров'я отримують фінансування через програму медичних гарантій, загальний обсяг якої 157,3 млрд грн (+33,4 млрд грн порівняно з 2021 р.). Кожен медичний заклад щомісяця отримує від НСЗУ 1/12 від суми річного контрактування, щоб забезпечити медичні установи необхідним фінансуванням та зберегти кадровий потенціал. Звітність в електронній формі можна тимчасово не подавати. За даними Державної казначейської служби, на оплату медичних послуг за програмою медичних гарантій спрямовано 49,2 млрд грн, з них за квітень – 12,4 млрд грн. Від початку війни медичні заклади вже отримали більше 15 млрд грн.

Для оплати праці працівників комунальних закладів охорони здоров'я, які не долучені до програми медичних гарантій, передбачено субвенцію місцевим бюджетам на підтримку окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я в обсязі 2,2 млрд грн.

У світовій практиці для швидкого (впродовж 24 годин) вирішення надзвичайних ситуацій у медичній галузі створено Надзвичайний фонд на випадок надзвичайних ситуацій (Contingency Fund for Emergencies – CFE), який забезпечує ресурсами ВООЗ. Зазначений швидкий підхід до вирішення надзвичайних ситуацій знижує економічні, соціальні ризики та гарантує фінансове забезпечення життєво необхідних операцій в умовах обмеженості фінансових ресурсів.

Загальний обсяг фонду CFE становив 243 млн дол. США. До п'ятірки лідерів щодо розміру внесків до CFE можна віднести Нідерланди (12,57 млн дол. США), Великобританію (27 млн дол. США), Норвегію (13,08 млн дол. США), Німеччину (83,19 млн дол. США), США (49,65 млн дол. США) рис. 2.2 [65].

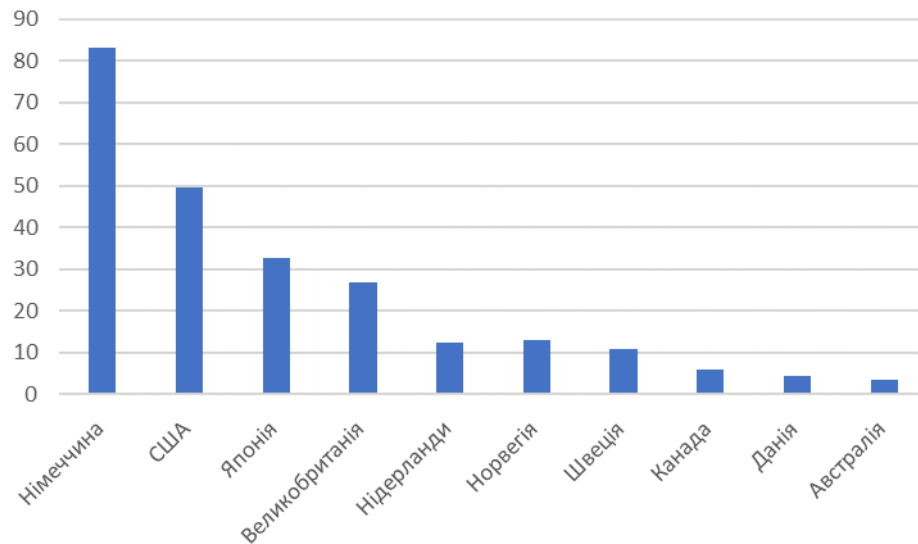


Рис. 2.2. Країни, що формують фонд CFE у 2017-2022 рр., млн. дол. США

Грузія, Естонія, Канада, Китай, Кувейт, Люксембург, Нова Зеландія, Португалія, Філіппіни, Франція, Швейцарія беруть участь у формуванні структури фонду, спрямованого на реалізацію ефективних та своєчасних дій уряду у сфері охорони здоров'я.

Фінансування CFE має такі переваги в загальній системі світового фінансового ринку: швидке реагування протягом 24 годин, висока забезпеченість фінансовими ресурсами, оперативні цикли виплат після надходження відповідного запиту про надзвичайну ситуацію. Загальні витрати фонду CFE у 2022 р. у загальному обсязі становлять 26,87 млн дол. США. З початку збройного конфлікту з лютого 2022 р. на потреби Україні виділено 1,4 млрд дол. США з фонду CFE табл. 2.1 [65].

В умовах російського вторгнення МОЗ України забезпечено підтримкою ВООЗ, яка, крім того, для забезпечення безпечної медичної евакуації пацієнтів підтримує країни, котрі приймають біженців.

Німецька неурядова організація надання підтримки ЕМТ, команда CADUS координують процес транспортування хворих через кордон до ЄС. Національна служба екстреної допомоги забезпечує транспортування хворих у межах України.

Таблиця 2.1

Виплати з фонду CFE у 2022 р., дол. США

Країна	Надзвичайна ситуація	Сума
Регіональна Африка (Сахель)	Сахельська криза	8 350 567
Мозамбік	Тропічний шторм Гомбе	1 218 676
Ефіопія	Посуха / Нестача продовольства	3 154 144
Україна	Конфлікт (українська криза)	5 000 000
Бенін	Холера	277 140
Україна	Конфлікт (Україна)	1 400 000
Регіональна Європа (українська криза)	Конфлікт (Україна)	3 518 572
Малаві	Тропічний шторм Ана / Повінь	398 600
Афганістан	Кір	1 500 000
Нігерія	Лихоманка Ласса	206 000
Регіональна Африка (Гвінея, Сьєрра-Леоне)	Ебола (Гвінея)/ Вакцинація	233 400
Мадагаскар	Затоплення	253 275
Україна	Конфлікт	310 000
Судан	Громадянські заворушення	80 000
Білорусь	Мігрантська криза	50 000
Південний Судан	Затоплення	462 200
Камерун	Холера	456 425

На сьогодні на об'єкти в Іспанії евакуювали 110 психіатрично хворих через Польщу та до 11 європейських країн більше 200 українських пацієнтів (Бельгія, Данія, Ірландія, Іспанія, Італія, Люксембург, Німеччина, Норвегія, Португалія, Румунія, Швеція).

Станом на 04 травня 2022 р. ВООЗ отримала 46,5 млн дол. США (81%) для задоволення потреб 6 млн людей, з них 12,5 млн дол. США призначені для забезпечення та підтримки охорони здоров'я громадян, які постраждали від конфлікту; 45 млн дол. США – для адаптації діючої системи охорони здоров'я в Україні до надзвичайних умов [65].

ВООЗ у перші тижні війни виділила Україні 10,2 млн дол. США зі свого резервного фонду на надзвичайні ситуації. В умовах збільшення потреб щодо якісної медичної допомоги під час збройного конфлікту доступ до медичних послуг є доволі ускладненим. Основними препаратами, доступ до яких у країні

обмежений, є ліки від гіпертонії (39%), знеболювальні (46%), ліки від серцевосудинних захворювань (40%).

Значний внесок для гарантування медичного забезпечення в регіонах України, які найбільше постраждали від війни, вносить ВООЗ. Завдяки зусиллям ВООЗ до України доставлено 393 метричні тонни медичних товарів для лікування травм (міжвідомчі засоби невідкладної допомоги, комплекти для невідкладної хірургії, основні ліки, автомобілі швидкої допомоги, сумки для тіла, холодильники, електрогенератори, інше обладнання). Гуманітарна допомога ВООЗ включає медичні товари первинної та хірургічної медикосанітарної допомоги, товари для лікування травм, у тому числі інсулін, кисень, хірургічні матеріали, набори для переливання крові, анестетики, дефібрилятори, генератори кисню, регідратаційні солі, монітори, бинти, марлю тощо.

Для підтримки гарантованих конституційних прав громадян на життя та здоров'я, безперервної реалізації найважливіших медичних послуг в умовах конфлікту в Україні проводиться закупівля товарів: 431,5 тис. дол. США на управління системою поставок холодового ланцюга; 1,62 млн дол. США – на біологічні, хімічні, ядерні, радіологічні, вибухові речовини; 4,8 млн дол.США – на хірургічні засоби; 6,4 млн дол. США – на первинну медичну допомогу [25].

З урахуванням поточної ситуації та проведених оперативних заходів щодо реформування охорони здоров'я потреба в додаткових фінансових ресурсах в Україні зростає. Актуальними цілями в цьому напрямі є забезпечення рівного доступу до невідкладної та критичної медичної допомоги, профілактика та протидія інфекційним захворюванням, екстрена медична інформація та спостереження, ефективна координація гуманітарних інтервенцій у сектор охорони здоров'я рис. 2.3 [62].

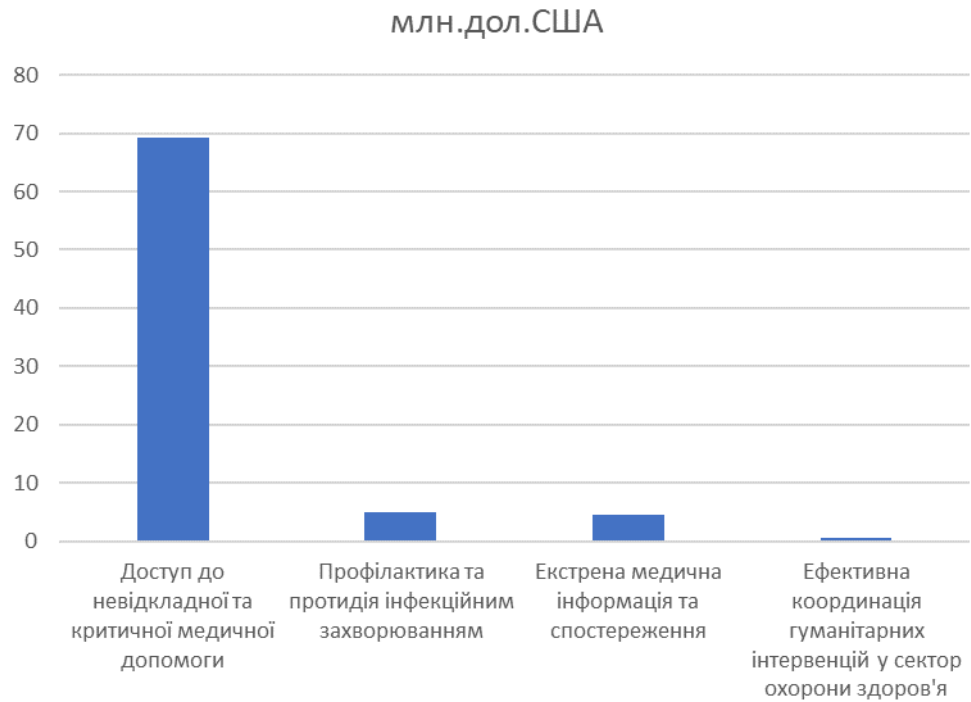


Рис. 2.3. Потреби в ресурсах за конкретними цілями в Україні

Протягом 2022 р. для забезпечення лікарень пріоритетним медичним обладнанням в умовах воєнного стану в Україні узгоджена можливість використання коштів Світового банку (близько 45 млн дол. США), для знеболення та лікування поранених у країну доставили понад 700 тис. одиниць наркотичних засобів. ВООЗ, взаємодіючи з МОЗ, обробляє пожертвування медичного обладнання, ліків від неурядових організацій (Проект Direct Relief, Foot Print, Європейський альянс крові), державних партнерів (Європейська комісія та Онтаріо, Канада), біотехнологічних та фармацевтичних компаній (Novo Nordisk, Reig Jofre, Roche, Seegene) [60].

У зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України МОЗ прийняло в 2022 р. ряд рішень для вдосконалення роботи сфери охорони здоров'я, серед них: юридичне закріплення можливості залучення студентів до роботи в аптеках, забезпечення роботи координаційної робочої групи з питань лікування громадян України в закордонних клініках на період дії воєнного стану в Україні, розробка Методичних рекомендацій щодо тактики хірургії контролю пошкоджень та стабілізації стану постраждалих на етапах евакуації,

затвердження нормативно-правової бази для початку закупівель лікарських засобів за централізованими програмами, спрощення порядку проведення медико-соціальної експертизи [51].

В умовах воєнного стану урядом країни впроваджено низку заходів, спрямованих на оптимізацію роботи медичних закладів. Аптечні заклади в разі відсутності технічної можливості можуть не вносити інформацію до електронної системи охорони здоров'я. Звіти аптечних закладів про відпущені лікарські засоби та надавачів медичних послуг про надані медичні послуги можуть не надаватися.

Постановою КМУ від 26 квітня 2022 р. №491 «Деякі питання використання коштів з рахунка для задоволення потреб охорони здоров'я» затверджено Порядок використання коштів з рахунка МОЗ, відкритого в Національному банку України для задоволення потреб охорони здоров'я. Кошти спрямовуються на закупівлю медичних меблів, лікарських засобів, мобільних госпіталів, спеціалізованих транспортних засобів, оплату банківських послуг, відновлення роботи комунальних та державних закладів охорони здоров'я, закупівлю послуг, пов'язаних з постачанням медичного забезпечення. Першочергово кошти спрямовуються на медичне забезпечення для регіонів, де ведуться бойові дії, та закладів охорони здоров'я, що залучені до надання медичної допомоги пораненим та постраждалим унаслідок бойових дій, відновлення роботи державних і комунальних закладів охорони здоров'я, що постраждали внаслідок бойових дій [16; 36].

У Програмі медичних гарантій на 2022 р. на початку 2022 р. передбачалось 36 пакетів медичних послуг за пріоритетними напрямками, які були й у 2020 р. В умовах воєнного стану уряд забезпечив безперервне фінансування медичних закладів у надзвичайній ситуації шляхом внесення змін до Порядку реалізації програми медичних гарантій у 2022 році. Після 1 квітня 2022 р. отримали фінансування за програмою медичних гарантій від НСЗУ 413 стаціонарних відділень (400% зростання) та 203 мобільні служби (зростання з декількох до 203). Надавачам медичних послуг у період воєнного стану

сплачується щомісяця максимально можлива фіксована сума коштів, незважаючи на фактично внесені записи в електронну систему охорони здоров'я. Видатки за програмою медичних гарантій на оплату медичних послуг профінансовано на 100% до плану за січень-березень 2022 р. в обсязі 36,8 млрд грн, із них найбільша сума за березень – 13,1 млрд грн. Профінансовано 100% до плану за січень-березень видатки на заробітну плату працівників загальнодержавних закладів охорони здоров'я (2,3 млрд грн, у тому числі за березень – 784,3 млн грн) [28] .

Нині в умовах війни медична галузь України перебуває в пошуку шляхів виходу з кризової ситуації та побудови моделі розвитку, наближеної до європейських стандартів. Саме тому в умовах повномасштабного вторгнення Російської Федерації на територію України впровадження в практику медичних закладів інноваційних, телемедичних технологій, нових методів діагностики та лікування захворювань дасть Україні змогу досягти позитивних результатів від реалізації стратегії реформування системи охорони здоров'я для виходу на єдиний світовий та європейський простір.

В умовах війни система охорони здоров'я України є ключовою необхідною галуззю в країні, однак здатність системи надавати послуги значно зменшилась. Тому ВООЗ збільшила свою присутність в Україні та в країнах, які приймають переміщених українців, надаючи необхідні медичні засоби, обладнання, фінансову допомогу. Реакцією ВООЗ на зміни потреб охорони здоров'я в Україні було перепрофілювання систем, у тому числі логістичних, збільшення кількості персоналу. ВООЗ створила логістичні центри в регіонах, близьких до конфлікту, щоб швидко дістатися до районів, у яких допомога потрібна найбільше. Для задоволення зростаючих потреб у сфері охорони здоров'я ВООЗ проводяться тренінги щодо боротьби з наслідками війни (травмами, масовими жертвами, опіками та хімічним впливом) для понад 1300 медичних працівників.

Таким чином, економічне забезпечення сфери охорони здоров'я є головним механізмом для реалізації негайних потреб у воєнному стані.

Фінансова допомога від ВООЗ та інших міжнародних організацій в Україні та за її межами для українського населення стали важливою та необхідною підтримкою.

Воєнний стан в Україні став загрозливим фактором для виконання багатьох стратегічних завдань, які забезпечили національні нормативні акти та міжнародні угоди. Головними ризиками формування ефективної системи охорони здоров'я в Україні відповідно до Цілі 3 ЦСР є воєнний стан, радіаційний (гамма) фон, новий коронавірус, розвиток інфекційних захворювань, поширення випадків харчових отруень тощо.

В умовах оголошеного воєнного стану функціональну підсистему медичного захисту приведено у готовність до виконання завдань за призначенням згідно з Планом цивільного захисту функціональної підсистеми медичного захисту на особливий період.

Кількість жертв серед цивільного населення, пов'язаних з конфліктом, продовжує зростати, в основному через використання вибухової зброї. Унаслідок активних бойових дій поблизу великих населених пунктів збільшується чисельність людей, які потребують травматологічної/хірургічної допомоги. Приблизно 300 медичних закладів розташовано в зонах конфлікту, а 1000 медичних закладів перебувають у змінених зонах контролю, що робить систему охорони здоров'я вразливою до пошкодження інфраструктури. Майже 50% аптек в Україні закриті, а багато медичних працівників або переміщені, або не можуть працювати. Таким чином, доступ до ліків, медичних закладів або медичних працівників у деяких районах обмежений або відсутній.

Попри обмеженість даних про поточну ситуацію зі здоров'ям матері та новонароджених, в Україні зафіксовані повідомлення про порушення норм у допологовому, внутрішньопологовому та післяпологовому періоді.

Дефіцит медичних товарів ускладнює доступ до основних медичних послуг. В Україні продовжується надання допомоги онкохворим, незважаючи на перебої в медичних послугах. Однак переривання профілактичних, діагностичних процедур лікування підвищують ризик несприятливих наслідків

захворювання та загрожують безперервності лікування. Потреба в постійних послугах психічного здоров'я та психосоціальної підтримки є дуже високою. Психосоціальна підтримка є актуальним пріоритетом медичної галузі, особливо з огляду на ймовірне збільшення негативних механізмів подолання стресових ситуацій. В умовах війни запобігання та захист від гендерного насильства, торгівлі людьми, сексуальної експлуатації і зловживання залишаються ключовими проблемами [62].

В Україні є як діючі, так і виведені з експлуатації ядерні об'єкти. Численні радіоактивні джерела використовуються в промисловості та в медичних установах. Відповідно до аналізу Міжнародного агентства з атомної енергії, поточна ситуація з ядерною безпекою знаходиться під контролем. Проте триваючий збройний конфлікт ставить під удар ядерні установки та підвищує ризик випадкового або навмисного пошкодження ядерних об'єктів. Через військову агресію з боку Росії є не лише ризики радіаційних аварій різного масштабу, втрати контролю над джерелами іонізуючого випромінювання, а й безпрецедентна загроза глобальної ядерної катастрофи.

ВООЗ співпрацює з МОЗ України та партнерами у сфері охорони здоров'я для підготовки до всіх небезпек для здоров'я, у тому числі тих, які можуть бути спричинені ненавмисним або навмисним виділенням токсичних хімічних речовин.

Наразі в Україні наявні населені пункти, де вода не відповідає нормам: за санітарно-хімічними показниками – хлориди (Запорізька область, м. Мелітополь); каламутність (Дніпропетровська область, м. Дніпро, м. Жовті Води, м. Кам'янське; Донецька область, м. Костянтинівка; Кіровоградська область, м. Олександрія); забарвленість (Дніпропетровська область, м. Дніпро, м. Синельникове; Кіровоградська область, м. Олександрія).

У світі зареєстровано 540,56 млн випадків нової коронавірусної інфекції (COVID-19), з них 6,33 млн – летальних, 515,86 млн людей одужали. У Європейському регіоні ВООЗ зафіксовано 199,26 млн підтверджених випадків захворювання [65].

В Україні лабораторно підтверджено 5,01 млн випадків COVID-19, з них 0,1 млн – летальні, 4,88 млн пацієнтів одужали. Ризик спалахів захворювань, таких як холера, кір, дифтерія або COVID-19, посилюється через відсутність доступу до води, санітарії та гігієни, умов проживання в бомбосховищах і колективних центрах, а також неоптимальне покриття населення плановим щепленням та щепленням від COVID-19 [65].

ВООЗ розробила технічні рекомендації й матеріали для комунікації з громадськістю та спеціальний веб-сайт. Навчальний модуль із застосування платформи МНПСС у ядерних надзвичайних ситуаціях було додано до МНПСС у навчанні з надзвичайних ситуацій на Навчальній платформі Open WHO. Крім того, Центр співпраці ВООЗ у Києві проводить навчальні вебінари для медичних спеціалістів з радіації. Інші навчальні програми, зосереджені на першому реагуванні на радіаційні надзвичайні ситуації, розробляються у співпраці з національними партнерами в Україні [65].

З урахуванням вищезазначеного, головною метою системи охорони здоров'я є її безперебійна робота для реалізації потреб населення та військових, а також вимушених переселенців. Залишається актуальним питання вибору механізмів публічного регулювання системи охорони здоров'я в умовах таких змін. Ключовими пріоритетами охорони здоров'я України в умовах воєнного стану мають стати зниження рівня травматизму, гарантування здоров'я матері та новонародженого, лікування хронічних захворювань і неінфекційних захворювань, ризик появи і поширення інфекційних захворювань, питання захисту (ризик торгівлі людьми, гендерне насильство), психічне здоров'я та психосоціальна підтримка, технологічні небезпеки та ризики для здоров'я, потенційні ядерні та хімічні небезпеки, глобальне управління COVID-19, лідерство та комунікація.

Досягнення позитивних результатів за даними пріоритетними напрямками дасть змогу підвищити рівень готовності уряду до пандемії, забезпечить справедливий доступ суспільства до медичних ліків та послуг високої якості,

забезпечить реалізацію оновленої стратегії розвитку системи охорони здоров'я України на шляху до досягнення сталого розвитку.

Трансформація пріоритетів розвитку системи охорони здоров'я України в умовах воєнного стану надасть можливість залишитися дієвими механізмам публічного управління в цій сфері на різних рівнях.

Для прискорення досягнення завдань Цілі 3 ЦСР в Україні в післявоєнний період необхідно вжити дії, що базуються на узгодженні, активізації та визначенні пріоритетів заходів:

1. Узгодження національних та глобальних завдань і показників ЦСР.
2. Розширення фіскального простору для стійкого фінансування охорони здоров'я, розширення систем дезагрегованих даних про здоров'я та розвиток міжнародних партнерських відносин для досягнення цілей ЦСР.
3. Сталі кадрові ресурси та публічна політика охорони здоров'я.
4. Міжнародна підтримка ВООЗ системи охорони здоров'я, медичних працівників і пацієнтів в Україні.
5. Дотримання міжнародного гуманітарного права, прав людини та захист цивільного населення.
6. Покращення стану імунопрофілактики на місцевому рівні.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В УМОВАХ ВІЙНИ

3.1. Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо проведення медичної реформи

Публічне управління у сфері охорони здоров'я виконує одну з ключових ролей у здійсненні внутрішньої політики країни, яка полягає у прийнятті державно-управлінських рішень для реалізації концепції надання доступної медичної допомоги усім, без винятку, громадянам країни. Для, наявної на сьогодні, ситуації в Україні щодо діючої системи охорони здоров'я характерним є комплекс проблемних питань у політичних, технологічних, демографічних, соціальних та екологічних напрямках. Кожного року зростає потреба в одержанні громадянами якісного медичного обслуговування від держави. Відповідно, виникає процес збільшення витрат бюджетних коштів та об'ємів використаних ресурсів через ряд причин, серед яких: підвищення темпів старіння населення держави, недотримання громадянами здорового способу життя, зміна характеру та прогресивність хвороб тощо.

Аналіз зарубіжних джерел свідчить, що модернізацію національних систем охорони здоров'я в XXI ст. визначатимуть три значущі тенденції:

- уніфікація стандартів надання медичних послуг на міжнародному рівні;
- пріоритетність ринкових відносин суб'єктів системи охорони здоров'я;
- вирішення проблем щодо регулювання витрат на медичні послуги [2].

Враховуючи те, що кожна держава має власну національну систему охорони здоров'я, а відтак володіє регламентованою методологією управління якістю у сфері громадського здоров'я, постає доцільність конкретизації єдиних організаційних завдань, задля реалізації яких має функціонувати національна

система охорони здоров'я у напрямі забезпечення управління якістю медичної допомоги. До таких організаційних завдань, спираючись на аналіз міжнародного досвіду, експерти ВООЗ відносять:

- міжвідомчу взаємодію структур управління, лікувально-профілактичних закладів і закладів системи медичного страхування, медичних асоціацій, громадських організацій пацієнтів;
- розвиток системи стандартизації, ліцензування, сертифікації, акредитації у сфері охорони здоров'я;
- розробку та впровадження системи моніторингу якості медичної допомоги, спрямованої на збір інформації з наступним аналізом і прийняттям управлінських рішень щодо вдосконалення довгострокового планування;
- розроблення єдиної методики внутрішньої та зовнішньої експертизи якості медичних послуг, показників якості медичної допомоги та методів оцінки цих показників;
- розробку й впровадження системи мотивації і економічних механізмів стимулювання медичних працівників залежно від обсягу зробленої роботи, якості та результатів надання медичних послуг [61].

Однією із кризових детермінант функціонування охорони здоров'я, що становить потенційну загрозу національній безпеці держави є розширення прямої участі населення у фінансуванні сфери охорони здоров'я, а також приватизація медичних закладів і розвиток приватної сфери охорони здоров'я. Абсолютна й тотальна приватизація медичної сфери без найменшого залишку державного фінансування у світі вже давно показала свій обмежений результат. Це підтверджує доцільність збереження державної моделі фінансування сфери охорони здоров'я, що дозволить подолати диспропорцію між стаціонарною та первинною медичною допомогою, а відтак слугуватиме відновленню профілактичних напрямів [66]. Така модель, слугуючи раціональному розподілу наявних ресурсів і збалансуванню форм надання медичної допомоги населенню, дозволить виробити новітній підхід до лікування кожного окремого

пацієнта та запровадити раціональні заходи у сфері охорони здоров'я, спрямовані на збереження здоров'я громадян і підвищення якості їх життя [21].

З кінця ХХ ст. більшість розвинених країн щорічно збільшують державні витрати на фінансування охорони здоров'я, що тим самим слугує підвищенню якості та доступності надання медичних послуг. Доцільність збільшення фінансування охорони здоров'я обумовлена такими об'єктивними факторами: високий рівень інфляції, що блокує проведення високовартісних наукових досліджень у сфері медицини і застосування високих інноваційних технологій; зростання нозологічних форм, що характеризується підвищенням показників хронічних захворювань; зростання об'єму медичних послуг і застосування високовитратних засобів збереження і розвитку охорони здоров'я; розширення прав пацієнтів, підвищення уваги громадян щодо збереження власного здоров'я; демографічний перехід на сучасний спосіб відтворення населення, який супроводжується реструктуризацією патологій, зниженням народжуваності та старінням населення; збільшення бюрократичного апарату в системі охорони здоров'я та використання коштів не за призначенням [21].

І хоча більшість країн, які мають високу потребу у збільшенні витрат на охорону здоров'я (при тому, що їх показники розвитку не дають їм такої можливості) не мають здорового населення, оскільки завжди «хвора економіка – це хворе населення». Саме тому задля належного забезпечення громадського здоров'я ВООЗ рекомендовано в розвинених державах виділяти мінімальну величину 6–8 % від ВВП та 5 % ВВП у тих державах, які перебувають в умовах розвитку. Свою позицію експерти одностайно базують на тому, що \$ 80 витрат на охорону здоров'я, як це є у США, при ВВП в \$ 2500 на громадянина у повній мірі забезпечує його медико-санітарні потреби. Виходячи з цього, підвищення на \$ 1000 долі валового національного продукту збільшує середню тривалість життя на пів року, а збільшення індивідуального прибутку громадян на \$ 1000 підвищує цей показник на 1 рік [63]. Також відзначимо достатньо суперечливу тенденцію, яка стає характерною для окремих держав, а саме – збільшення витрат на охорону здоров'я не завжди гарантує її ефективність, а в деяких

державках навіть спостерігаються динамічні показники падіння якості медичних послуг. Саме тому у XXI ст. більшість держав обирають політику державного скорочення показників ВВП на охорону здоров'я, аргументуючи це тим, що зростання витрат не гарантує бажаної результативності громадського здоров'я, тим більше, що витрати понад 12 % ВВП взагалі не дають конкретних результатів за показниками здоров'я на рівні популяції. Доволі аргументованою є позиція вчених, які доводять, що при збільшенні суми коштів, 12 % ВВП, які вкладаються в охорону здоров'я – виникає ефект сатурації щодо її ефективності – тобто ефективність охорони здоров'я як системи вже не підвищується, незважаючи на збільшення фінансових ресурсів. Загалом, більшість експертних досліджень доводить очевидність і того факту, що при високому рівні ВВП із державного бюджету достатньо виділяти лише 5,0 %, аби гарантувати більш-менш гідний рівень медичної допомоги та функціонування національної системи охорони здоров'я. Водночас, що розширення доступності медичної допомоги залежить від економічного рівня держави, проте жодна з держав не може витратити на охорону здоров'я більш 15 % ВВП, оскільки це негативно позначається на цінах товарів, а з тим – на зниженні їхньої конкурентоспроможності.

Через розширенням функцій у сфері охорони здоров'я у більшості європейських держав спостерігається посилення державного регулювання, що стосується навіть тих, де сфера охорони здоров'я базується на виключно страхових принципах. Отже, «магістральною лінією» розвитку цієї сфери у країнах Європи все більше стає не забезпечення мінімальних стандартів добробуту бідних, а підвищення якості життя для всього населення.

Реформуванням системи охорони здоров'я в Австрії займаються міністерство охорони здоров'я і захисту прав жінок, провінційні та муніципальні ради, організації соціального страхування. На допомогу їм були створені Федеральне медичне управління і Провінційні медичні комітети.

Функціями Федерального медичного управління є планування, менеджмент і фінансування системи охорони здоров'я, аналіз ефективності

роботи систем повернення витрат, контроль якості послуг і використання сучасних комунікаційних технологій в медицині. У Федеральну медичну комісію, яка є центральним органом Федерального медичного управління, входять члени національного уряду, представники муніципальних, провінційних і міських рад, благодійних організацій, комітетів із захисту прав пацієнтів і фондів соціального страхування. Провінційні медичні комітети, враховуючи економічні та регіональні потреби окремих провінцій, трансформують і запроваджують у практику основні принципи планування і практичні рекомендації, розроблені Федеральним медичним управлінням. В Австрії функціонує багатопрофільна система соціального страхування, яка передбачає надання допомоги населенню при нещасних випадках, у вигляді пенсійних виплат, проведенні необхідних медичних процедур і маніпуляцій при захворюванні, інвалідності, вагітності та народженні дитини, безробітті, смерті годувальника та настання старості. Всі організації, які надають страхові послуги населенню, входять до Національної асоціації органів соціального страхування, яка співпрацює з федеральним урядом. Фінансування системи соціального страхування здійснюється за рахунок внесків застрахованого населення, або роботодавців. Розмір страхових внесків визначається рівнем річних доходів, за умови, якщо сума останніх не перевищує певного рівня (у 2005 р. – € 3630 на місяць для службовців і € 4235 – для фермерів і приватних підприємців). Члени сім'ї застрахованого можуть отримувати медичну допомогу за його рахунок, навіть якщо вони не сплачують страхові внески самостійно. Таким чином, 98 % населення Австрії охоплені медичним соціальним страхуванням, яке покриває витрати на медичну допомогу, медикаменти, стаціонарне лікування, медсестринський догляд у домашніх стаціонарах, психотерапію і психологічну діагностику. Пацієнт може звернутися до будь-якого лікаря, який співпрацює з страховою організацією, що видала страховий поліс. Всі медикаменти, що відповідають Економічним протоколам з використання медикаментів і медичного обладнання, можна отримати в будь-якій аптеці за рецептом за рахунок соціальних фондів.

Страховка надає кожному громадянину Австрії можливість лікуватися амбулаторно та стаціонарно без обмеженого часу перебування в клініці. 70 % закладів стаціонарного типу припадає на шпиталі, які фінансуються за рахунок соціальних фондів. Є загальний і спеціальний типи оплати за стаціонарне лікування. максимальна кількість оплачених днів стаціонарного лікування становить 28 на рік, решту часу перебування у клініці оплачують соціальні фонди. Спеціальні фінансові витрати на лікування частково покриваються державою з соціального бюджету, решту пацієнт зобов'язаний оплатити сам, або за допомогою додаткових медичних страховок. Якщо пацієнт бажає покращити умови перебування у клініці, самостійно вибрати лікаря, то він повинен зробити додаткові страхові вклади в комерційні компанії, які встановлюються залежно від стану здоров'я пацієнта, професійних та спадкових факторів. Такими послугами користується близько 30 % населення Австрії. В Австрії працювати в сфері охорони здоров'я дозволяється лише спеціалістам з медичною освітою [29].

У контексті деконструкції вітчизняної сфери охорони здоров'я та переорієнтації її на новітні цивілізаційні пріоритети щодо реалізації системних структурних реформ у сфері охорони здоров'я стратегічним завданням виступає забезпечення розвитку державно-приватного партнерства. Реалізація даного завдання передбачає запровадження інвестиційних проектів у сфері охорони здоров'я шляхом залучення приватного капіталу та інших джерел фінансування.

На окрему увагу заслуговує модель державно-приватного партнерства, яка, зокрема, у Німеччині передбачає схему, відповідно до якої ЛПЗ продаються приватним компаніям за невелику вартість в обмін на інвестиції та зобов'язання обслуговувати пацієнтів у межах державного замовлення. На реалізацію проектів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я Великобританії за рік залучається в середньому від \$ 8 до 10 млрд, які призначаються на будівництво та управління шпиталями. Відтак, держава укладає контракти з приватним компаніями на 30 років, у результаті чого

останні здобувають право на володіння та експлуатацію медичних закладів, а також вносити узгоджену оплату за доступність медичної допомоги. На особливу увагу заслуговує модель державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я Австрії, де типовою є схема управління лікарнями, яка будується за кошти приватних інвесторів, при цьому 75 % ліжок перебувають у протектораті держави, а 25 % тимчасово (на період до 40 років) передаються в управління приватного інвестора [64].

Значну методологічну цінність становить модель державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я Іспанії, модель «Альзіра», яка здобула світове визнання на честь міста Альзіра, де було побудовано шпиталь La Ribera. Основними її принципами є: державна власність: шпиталь перебуває у державній власності, побудований на землі, яка належить державі, і є частиною державної системи охорони здоров'я; медичне обслуговування приватною компанією (обслуговування пацієнтів здійснюється приватною компанією-концесіонером, з якою держава укладає угоду на певний період і яка зобов'язується забезпечувати високі стандарти надання медичної допомоги); державне фінансування (шпиталь функціонує за моделлю фінансування певної групи населення, яка мешкає на території, яку обслуговує шпиталь), нормативи такого фінансування заздалегідь обговорюються і змінюються не частіше одного разу на рік; контроль з боку держави (державні органи наділені правом проводити інспекції шпиталю з метою контролю за якістю медичних послуг, а також накладати штрафні санкції у випадку невідповідності вимогам держави). Відповідно до моделі «Альзіра», між державою та приватною компанією укладається угода, яка врегульовує зобов'язання клініки обслуговувати пацієнтів, які переживають у межах території, де вона безпосередньо розміщена (приблизно 245 тис. мешканців). За умови звернення пацієнтів в іншу клініку La Ribera фінансує лікування хворих у розмірі 100 % від суми чеку. При зверненні сторонніх пацієнтів у шпиталь держава покриває вартість їх лікування у розмірі 80 % від загальної вартості послуги. Такий підхід є своєрідною функціональною умовою забезпечення зацікавленості шпиталю в

обслуговуванні пацієнтів, які проживають у межах певного округу. Дана модель підтверджує високу результативність державноприватного партнерства як гностичного показника громадського здоров'я, оскільки функціонально й стратегічно вона забезпечила економію бюджетних коштів з € 811 в попередній період до € 597 у 2017 р. Це дозволило скоротити час перебування пацієнтів у стаціонарі, в результаті чого загальний індекс споживчого задоволення пацієнтів склав 8,51 бала із 10.

Для України важливо вивчати досвід забезпечення медичної допомоги на місцевому рівні. Перед вітчизняною системою охорони здоров'я нині постала проблема надмірної децентралізації і фрагментації фінансових потоків. Використання коштів, що виділяються на охорону здоров'я на кожному рівні бюджетної системи, частково перетинається. Фінансування з бюджетів різних рівнів одних і тих же видів медичної допомоги для одних і тих же категорій населення, що надаються різними за ієрархією медичними закладами, створює умови для неефективного використання наявних ресурсів: потужності й робота медичних закладів різного рівня частково дублюють один одного. Водночас оптимізація потоків пацієнтів і структури медичного обслуговування стикається з важко вирішуваною проблемою відповідного перерозподілу обсягів фінансування медичних установ між бюджетами. Фінансові ресурси в охороні здоров'я дезінтегровані, перш за все, через надмірну фрагментацію коштів, що виділяються на охорону здоров'я (аж до рівня селищної ради), а механізми інтеграції практично не діють. Для підвищення ефективності системи охорони здоров'я, особливо в умовах, коли об'єктивно існує дефіцит як бюджетних коштів, так і особистих фінансових можливостей громадян на оплату медичних послуг, виникає потреба у вдосконаленні, насамперед, первинної медико-санітарної допомоги, до якої завжди звертається переважна більшість населення.

Аналізуючи досвід Норвегії в питанні організації охорони здоров'я на муніципальному рівні, отримуємо нове бачення ролі органів місцевого самоврядування в охороні здоров'я. Муніципалітет має діяти не тільки як

державна служба, але і як інституція з обслуговування своїх громадян. Споживач відіграє ключову роль у сфері охорони здоров'я. Щоб контролювати свій рух у потоці пацієнтів на місцевому рівні, споживач медичних послуг повинен мати інформацію: як уникати хвороб завдяки профілактиці, у якому медичному закладі він може одержати відповідне лікування. Відділ охорони здоров'я повинен інформувати населення через місцеві засоби інформації і надавати базову інформацію щодо ролі сімейної медицини та про медичні послуги і права пацієнтів. Споживачі медичних послуг повинні знати, куди скаржитися у випадку поганого лікування, про нову роль сімейних лікарів і своє право вибирати їх. Це позитивно впливатиме на оптимізацію руху пацієнтів між різними ланками медико-санітарної допомоги [55].

У більшості європейських держав система охорони здоров'я, базуючись на принципах соціал-демократії і сприяючи гармонії та рівності громадян, є важливою ланкою суспільного життя. До прикладу у Швеції діє принцип всезагальної, практично безкоштовної доступної медичної допомоги всім громадянам на рівних умовах за єдиними стандартами.

На основі узагальнення світового досвіду виділено два підходи щодо розвитку системи управління охороною здоров'я: підвищення ефективності національних систем охорони здоров'я у поєднанні з механізмами стимулювання суспільних витрат на охорону здоров'я – концепція «доброго управління»; збільшення державних витрат на охорону здоров'я. Зазначається, що в європейських країнах останнім часом переглядаються погляди на роль держави в охороні здоров'я. У більшості країн реформуються системи охорони здоров'я за принципами солідарності, загальнодоступності надання медичної допомоги, фінансування охорони здоров'я [57].

Успішна політика у сфері охорони здоров'я передусім має слугувати соціальній стабільності та внутрішньополітичній консолідації суспільства. Підтвердженням цього є політика у сфері охорони здоров'я розвинених держав, яка базується на справедливому розподілі ресурсів.

3.2 Розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України

Сьогодні система охорони здоров'я має безліч недоліків до яких відноситься зниження ступеня задоволеності населення доступністю і якістю медичних послуг, це в більшості обумовлено наявними інфраструктурними обмеженнями. Як один з варіантів рішення, на основі міжнародного досвіду, може стати формування державно-приватних партнерств, з його різноманітними формами, підходами та поєднанням їх між собою.

Дослідження та аналізування світової практики реалізації проектів ДПП доводить що, саме унікальність моделей та їх застосування, особливо у системі охорони здоров'я, дає медичним організаціям нові форми та рівні фінансування, децентралізації і автономії управління, а наприкінці підвищує тенденції економічного розвитку країни.

Розвиток державно-приватного партнерства в охороні здоров'я, може йти насамперед у первинні ланки надання медичної допомоги, а також і у високотехнологічній медичній допомозі. Первинна ланка не вимагає великих витрат, тому можна очікувати якщо найближчим часом сформується ДПП у медицині, то до 15% закладів будуть іншої форми власності.

В регіонах, як і раніше, спостерігається дефіцит багатьох видів високотехнологічної медичної допомоги, наприклад, центрів гемодіалізу, променевої терапії та онкології, централізованих лабораторій для дорогих досліджень, так що розвиток саме цих напрямків можна доручити приватному бізнесу. Тому в умовах вдосконалення нормативної бази у цій сфері можна очікувати активізацію застосування механізмів державно-приватного партнерства у практиці охорони здоров'я.

За даними проведеного аналізу державно-приватне партнерство в Україні представлено, як правило, лише інвестиційними договорами на будівництво, реконструкцію або модернізацію точкових соціально-значущих об'єктів. Проектів державно-приватного партнерства за формами, змістом, структурою

договорів, механізмів гарантій з боку держави, методів регулювання в охороні здоров'я дуже мало, чим і відрізняється медична система від аналогічних договорів в інших галузях.

Державно-приватне партнерство – взаємовигідне і рівноправне співробітництво держави з приватним юридичним або фізичним особам у реалізації соціально значущих проектів, що здійснюється шляхом укладання і виконання угод, у тому числі концесійних. Схематично це наведено на рис. 3.1. [7].

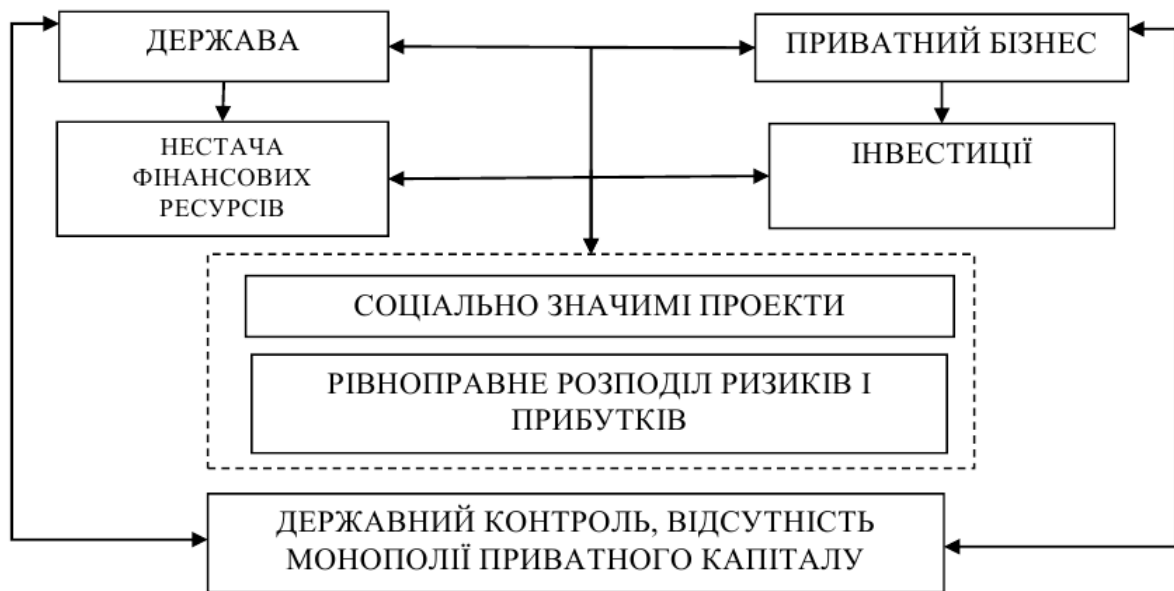


Рис. 3.1. Соціально-економічні підходи до формування концепції державно-приватного партнерства

Для розвитку форм ДПП в охороні здоров'я важливо уявляти, хто може виступати в якості інвестора. Як правило, великим потенціалом для участі в партнерстві володіють фінансово-промислові групи, у складі яких є діючий медичний напрям, які зарекомендували себе на ринку рис 3.2 [7].

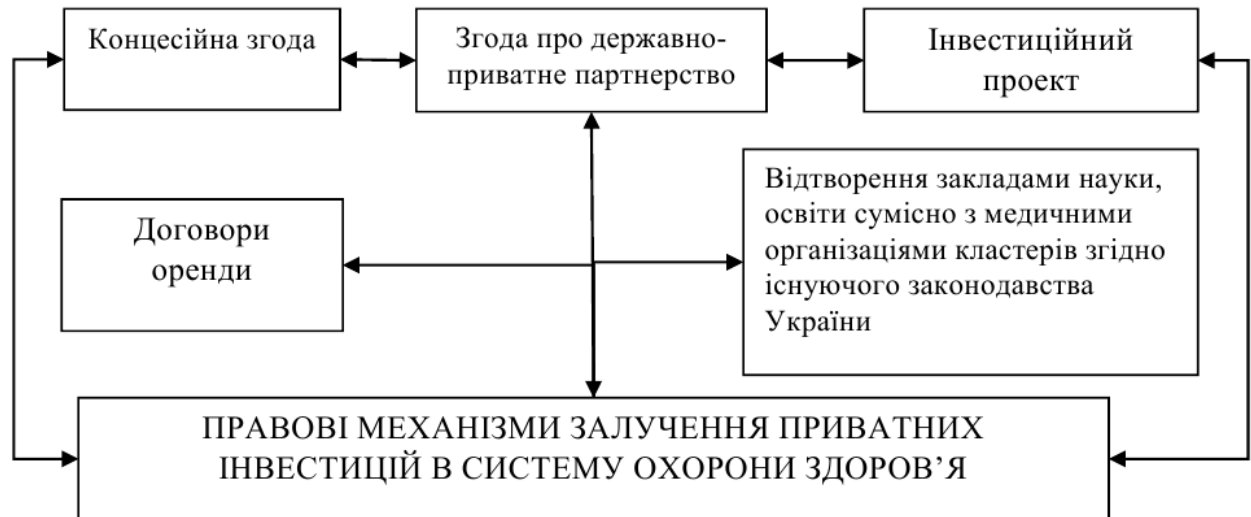


Рис. 3.2. Правові механізми залучення приватного інвестування в систему охорони здоров'я

У таких потенційних партнерів є декілька переваг:

- медичне минуле і сьогодення та бажання розвиватися в цьому напрямку;
- фінансовий інститут та інші активи, здатні як згенерувати фінансову основу проекту, так і отримати певний синергетичний ефект від взаємодії;
- репутація, яка в першу чергу буде турбувати публічного партнера.

Саме відсутність репутації зараз буде для багатьох потенційних інвесторів перешкодою в здійсненні проектів державно-приватного партнерства.

Теоретично, ДПП надає переваги та вигоди всім учасникам партнерства державі, бізнесу і суспільству - одному з головних споживачів «продукту» партнерства. Суспільство отримує максимальну якість медичні послуги при збереженні фізичних обсягів. До них відносять:

- зменшення, а іноді зовсім позбавлення тягаря інвестиційних і експлуатаційних витрат плюс збереження обсягів соціального контракту з населенням;
- приватний партнер зменшуючи ризики, отримує гарантований потік клієнтів на свої послуги з можливістю розвитку і комерціалізації нових потужностей.

Ці переваги наявні, проте для розвитку ДПП в охороні здоров'я в нашій країні необхідно опрацювати велику кількість питань. Серед найважливіших – оцінка ефективності даних проектів.

При прийнятті рішення про реалізації державно-приватного партнерства необхідно здійснити розрахунок загальних витрат і доходів держави за весь період життєвого циклу проекту, обмежити максимально допустимий обсяг щорічних виплат за ДПП-проектами, розробити незалежну від бюджетного процесу процедуру перевірки доцільності витрачання бюджетних ресурсів у проектах партнерств.

Для прозорості функціонування проектів в бюджетних документах і звітах необхідно буде розкривати інформацію про майбутні платежі і надходження держави, пов'язаних з наданням послуг в рамках угод партнерств; суми та умови фінансування та іншої підтримки ДПП; обсяги державних гарантій за проектами і тощо.

Підводячи підсумки, слід зазначити, що державно-приватне партнерство може стати найважливішою складовою функціонування системи охорони здоров'я в нашій країні і в найближчій перспективі – одним з системних механізмів реформування національної охорони здоров'я.

У вигляді особливої актуальності даної форми взаємодії держави і бізнесу необхідно сформувати повноцінне партнерство держави і бізнесу, де взаємодія механізмів державного управління які об'єднанні у концесійне партнерство, буде виступати як ефективний механізм інтеграції державних і приватних ресурсів та їх джерел. Для цього було розроблено модель взаємодії механізмів державного управління концесійним партнерством, яку показано на рис. 3.3.

Першочергове завдання це визначення юридичного та економічного статусу нової детермінанти медичних установ та забезпечення їх фінансуванням, виходячи, як мінімум, із реальних витрат на виробництво медичних послуг.

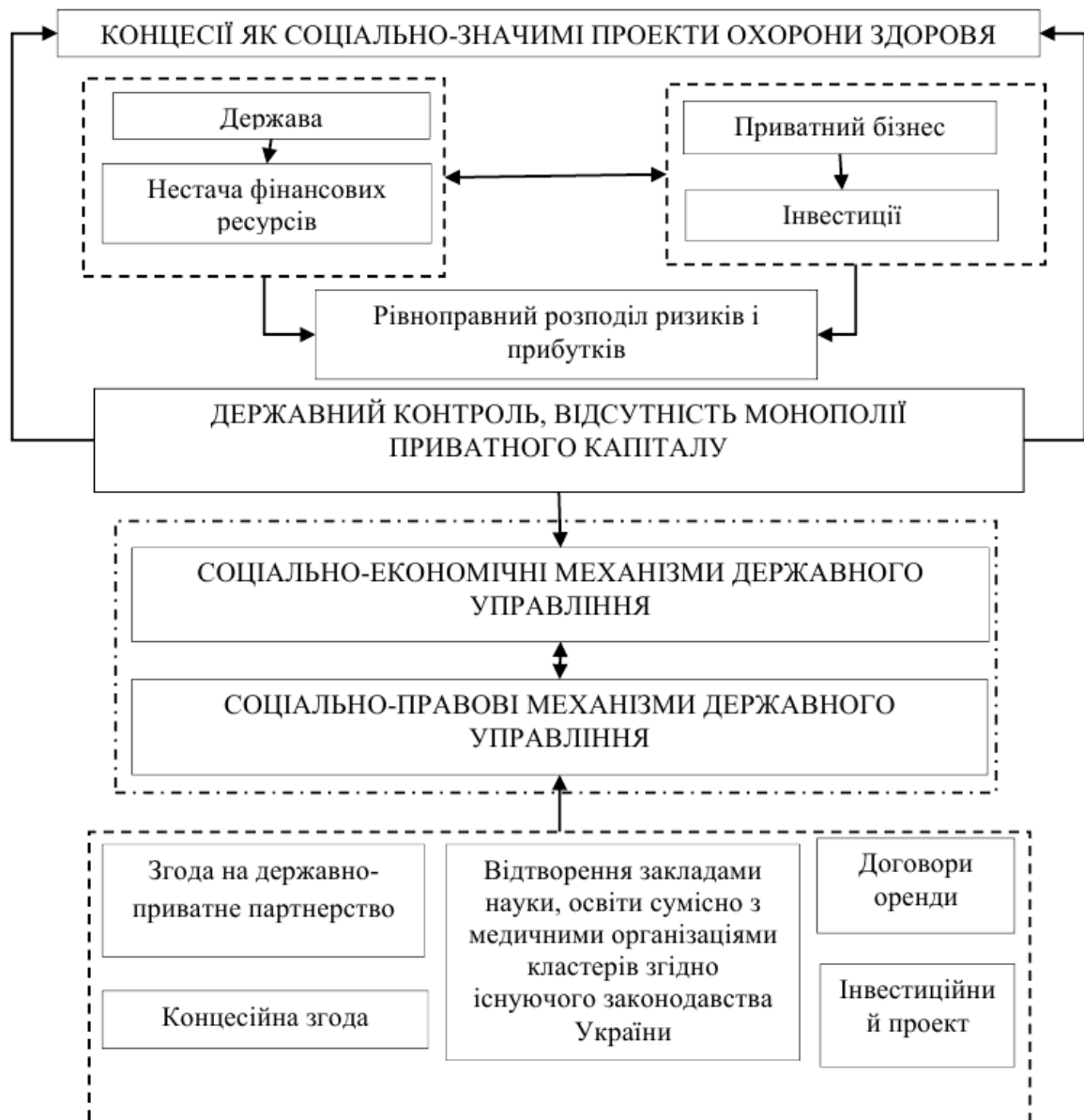


Рис. 3.3. Модель взаємодії механізмів державного управління концесійним партнерством

Фінансування, на рівні реальних витрат, забезпечить фінансову стійкість медичних установ країни, дозволить їм перейти від вирішення проблем виживання до проблем підвищення якості надання медичних послуг.

З економічної точки зору, лікувальні установи самостійно здійснюють індивідуальне відтворення, тобто організують виробництво, для чого наймають робочу силу, купують сировину й матеріали, напівфабрикати у інших підприємств, сплачують за це готівкою або беруть у кредит, користуючись безготівковим обігом, свої товари/послуги продають або тимчасово залишають

у себе. Такі фірми, як самостійні господарські одиниці володіють правами юридичної особи. Тобто, мають право вільного розпорядження майном, входити у договірні відносини із іншими підприємствами. Вони мають вільний рахунок у банку, де знаходяться кошти, які використовуються для розрахунків з іншими організаціями, на придбання медикаментів, виплати зарплати працівникам тощо. Також, готівка заноситься на банківський рахунок своїх підприємств (лікувальних закладів) або інкасується, її використовують для сплати боргів або тримають як резерв для придбання нових закупівель.

Характерні особливості медичної фірми це:

- по-перше, майнова відокремленість. Лікувальна фірма може володіти власним майном, а також може орендувати або на інших договірних засадах використовувати різні ресурсні елементи: землю, капітал та ін.;
- по-друге, вона має завершений відтворювальний цикл: мобілізує ресурси, перетворює їх й отримує готовий продукт (товар/послугу), реалізує його, а отримані кошти знову використовує для придбання ресурсів;
- по-третє, має самостійні економічні інтереси. Звичайно ж, інтереси найманих працівників й підприємців не можуть у всьому збігатися. Але, разом із тим, всіх дійових осіб фірми зазвичай об'єднує наявність вагомого загального інтересу – швидше виробити продукцію, дорожче її продати й отримати грошовий дохід.

На етапі трансформаційного періоду українська економіка зіткнулася із необхідністю формування умов для інноваційного розвитку медичних фірм, як галузей приватної виробничої сфери. Впровадження зазначених заходів у практичну діяльність вимагає розробки ринково-орієнтованих підходів до дослідження можливостей державно-приватного партнерства, як стратегічного критерію підвищення ефективності підприємницької діяльності.

Роздержавлення медичної власності, основа сучасних ринкових перетворень господарювання у сфері медичній послуг, зумовило утворення якісно нових проблем, ключова з яких – проблема вибору виду підприємницької практики.

Найбільш поширеною в країнах Європи, за останні роки, стала форма партнерств за моделлю DBFO. Головною особливістю є те, що приватний партнер самостійно фінансує, реконструює або будує певний об'єкт, а після здачі його до експлуатації відповідає за технічний стан. Це стосується будь-якого інфраструктурного об'єкту, чи то лікарня, житло для медичного персоналу, паркова тощо. Він може ще й надавати інші послуги, а саме: адміністрування, харчування, охорона, транспортні послуги та ін. Держава в цьому випадку відшкодовує бізнесу фіксовану платню, яка достатня щоб відшкодувати його витрати та отримати прибуток. Така робота у концесії або трасту формується та оплачується за принципом *no service no fee* (контракт). Тут усі ризики лікувальної діяльності не пов'язані з інвестором.

У таких країнах, як Канада, Португалія, Німеччина та Італія найбільш поширеною є модель DBFM – «дизайн – будівництво – фінансування – утримання». Особливість таких контрактно-концесійних угод, це надання приватним партнером нелікувальних додаткових послуг – безпека, дезінфікування, зв'язок та ін.

Ми вже звертали увагу, що Канада, Велика Британія, Ірландія за устроєм медичної системи відносяться до моделі Беверіджа, де державна охорона здоров'я має доповнення з інших джерел, а саме страхування, кошти роботодавців, власні внески населення. Такі моделі дозволяють знайти компромісні рішення, коли виникає питання при обговоренні спектра та обсягів державних гарантій у сфері охорони здоров'я.

Наприклад, у Канаді діє урядова програма *Alternative Financing Partnership system (AFP)*, згідно з якою консорціум *Healthcare Infrastructure Company of Canada consortium* спроектує, побудує, профінансує і буде керувати клінікою на 608 ліжок - *William Osier Health Centre* у Брамptonі (Онтаріо). Контракт, оформлений на 25 років, був обраний як пілотний проект програми AFP. У його реалізації бере участь британська компанія *Carillion*, яка буде відповідальна за забезпечення немедичних послуг і розділить фінансові ризики [8].

Заслуговує на увагу, ще й такий приклад гібридних проектів який був започатковано у Польщі та Чехії. У 2007–2013 рр. польській проект програм «Фінансова перспектива 2007–2013 рр.» використовував класичні моделі ДПП (DBFO, DBO), де ризики зв'язані з проектуванням, будівництвом, фінансуванням та експлуатацією передавалися приватній особі, було укладено 7 проектів. З них два проекти було у охороні здоров'я, а саме будівництво районної лікарні у Живець (2011 р.) та лікарні матері та дитини у Познані (2013 р.).

Згідно зі Статтею 4 Закону України «Про державно-приватне партнерство» та Закону України «Про концесію» охорона здоров'я є однією з галузей економіки, в якій можлива реалізація державно-приватного партнерства, спільна діяльність, концесійне партнерство та розподіл продукції [40; 43].

Законодавством передбачено здійснення проектів у формі спільної діяльності, концесії, передача об'єктів державної власності приватному партнеру на умовах договору о партнерстві. Джерелами фінансування можуть бути бюджети міст та державні, а також кошти приватного партнера, запозичені кошти або інші джерела, не заборонені законодавством. Там же, є певні умови за якими після закінчення терміну договору з передачі об'єктів державної власності приватному партнеру і їх використання, вони повертаються державі.

Але, окремим питанням є розподіл створюваної та виробленої продукції як специфічним видом ДПП-проектів. Якщо це стосується видобутку корисних копалин, переробки і утилізації твердих відходів тощо, то це має регулювання в спеціальному законодавстві, при цьому спеціального регулювання поки що не має по відношенню створення медичних послуг.

Отже, підсумуємо, з позиції закону дозвіл на здійснення ДПП у системі охорони здоров'я є спільна діяльність та створення концесій.

В рамках співробітництва між Програмою розвитку державно-приватного партнерства АМР США (P3DP USAID) та ГО «Ініціативи у громадській охороні здоров'я» у 2013 р. було підготовлено техніко-економічне обґрунтування

першого в Україні пілотного проекту дійсно державно-приватного партнерства на базі комунального закладу «Міська клінічна лікарні № 3» (далі КЗМЛ № 3) м. Запоріжжя. Суть проекту – здійснення співробітництва між органом місцевого самоврядування м. Запоріжжя та приватним партнером, що буде обраний в результаті конкурсу, шляхом підвищення якості та доступності існуючих медичних послуг. Приватний партнер отримує право здійснювати спільну діяльність без об'єднання вкладів протягом 25 років. КЗМЛ № 3 залишається у власності міста.

Приватний партнер бере на себе обов'язки по інвестуванню у реконструкцію та переоснащення КЗМЛ № 3. В свою чергу, приватний партнер надаватиме медичні та сервісні послуги, що доповнить вже існуючі в КЗМЛ № 3. Контроль за реалізацією заходів, передбачених проектом, здійснюватиме виконавчий орган Запорізької міської ради. На жаль, через політичну ситуацію і у зв'язку із зміною влади у м. Запоріжжі проект не був реалізованим до кінця, наразі міською радою планується проведення конкурсу для пошуку приватного партнера.

Основними проблемами, які заважають розвитку ДПП, залишаються:

- небажання органів влади ділитися ресурсами, тобто передавати частину матеріальних коштів з бюджету в розпорядження некомерційних організацій, не звертаючи уваги на очевидні економічні, організаційні та політичні переваги соціального замовлення (залучення додаткових ресурсів, мінімізацію адміністративних, накладних витрат, витрат на зарплату тощо);
- кваліфікаційна невідповідність багатьох некомерційних організацій до спільного з владою виконання серйозних завдань в межах соціальних проектів, відсутність у них досвіду роботи в умовах державного казначейського супроводу витрат бюджетних грошей та ін..

Вихід із цієї ситуації у роздержавленні охорони здоров'я через перетворення державних підприємств в різноманітні товариства, тобто корпоратизації та трансформації державної власності в змішану зі зміною суб'єкта права власності.

Мова йде про перерозподіл повноважень між державою і лікувальними організаціями в галузі, яка не може бути приватизована, але для якої держава не має коштів на розвиток. При цьому важливими умовами ефективності ДПП є ступінь участі медичного персоналу в реалізації проекту і збереження за державою істотною мірою господарської активності та окремих правомочностей власника. В іншому випадку реалізація механізмів ДПП може призвести до часткової чи повної приватизації бізнесом об'єктів партнерства. Приватний сектор зацікавлений в тому, щоб вкладати інвестиції та отримувати гарантований прибуток, залучаючи в спільні проекти сучасні технології, ноу-хау, ефективний менеджмент. Держава ж при цьому отримує додаткове фінансування спільних проектів і вирішує не тільки інфраструктурні проблеми, забезпечивши ефективне використання бюджетних коштів, але й досягає соціальної стабільності.

Підіб'ємо підсумок, не дивлячись на різноманіття форм діяльності лікувальних установ, у тому числі й підприємницьких, кожна з них буде мати свої позитивні сторони і негативні. Тим не менш, кожна із них має право на існування. Так, як вони у сукупності приносять користь для поліпшення якості надання медичних послуг.

3.3. Напрями удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах війни

Держава сьогодні потребує впровадження політики охорони здоров'я з урахуванням національного контексту узгодженого з політикою охорони здоров'я ООН і Європейського Союзу через гармонізацію цілей і індикаторів для системи охорони здоров'я, встановлених цими організаціями, з системою планування змін та моніторингу в охороні здоров'я.

Ситуація в секторі охорони здоров'я під час війни є однією з найбільш критичних. Станом на початок лютого 2024 р. було повністю зруйновано 195 закладів охорони здоров'я, а ще 1523 заклади були частково зруйновані

(пошкодження від 2% до 90%). Орієнтовна вартість завданих збитків становить понад 35 мільярдів гривень. Програма медичних гарантій не в повній мірі враховує пакети пріоритетних послуг, необхідних в умовах війни та після неї (лікування травм, опіків, реабілітація, послуги психічного здоров'я). Державні програми в галузі охорони здоров'я не враховують втрат системи охорони здоров'я, необхідних змін у пріоритетах (переліку медичних послуг та станів) [6].

У відомостях від Міністерства охорони здоров'я вказано, що медичні заклади Харківщини, Донеччини, Миколаївщини, Київщини, Чернігівщини, Дніпропетровщини, Херсонщини та Запоріжжя понесли найбільші втрати внаслідок ворожих обстрілів. Зараз неможливо отримати повну інформацію

щодо Луганщини. Також, від початку війни російська армія пошкодила 103 автомобілі екстреної медичної допомоги, знищила 258 машин та захопила 125 машин екстреної допомоги. На даний момент було успішно відновлено 502

медичних заклади, ще 362 заклади відбудовані частково або перебувають у процесі відновлення. Основний фокус відновлювальних робіт спрямований на медичні установи, які зазнали незначних пошкоджень, таких як пошкоджені вікна або покрівлі, фасади тощо. Найбільше відновлених закладів знаходиться на Миколаївщині, Дніпропетровщині, Київщині, Харківщині та Чернігівщині. Роботи з відновлення будуть продовжені [9].

Система охорони здоров'я також зазнає значного навантаження через масову міграцію населення (близько 7 мільйонів українців стали вимушеними переселенцями) та втрати та переміщення медичних працівників. Згідно з відомостями Всесвітньої організації охорони здоров'я, від початку

повномасштабного вторгнення російські війська здійснили 1682 атаки на медичні заклади в Україні. Ці напади призвели до загибелі 128 медичних медиків і пацієнтів, а також отримали поранення 288 осіб [54].

Крім того, 2 372 працівників центрів екстреної медичної допомоги знаходяться на окупованих територіях. 2 273 медичних працівника виїхали за кордон (0,5% від загальної кількості), 1714 лікарів та 1095 медичних сестер

змінити місце роботи через війну. Недостатня кадрова та організаційна спроможність системи охорони здоров'я у наданні послуг з реабілітації та психічного здоров'я загострює ситуацію з задоволенням потреб громадян у якісних та доступних послугах.

Забезпечення охорони та підвищення рівня здоров'я громадян є одним з найважливіших завдань державного управління у сфері охорони здоров'я.

Військова агресія Російської Федерації в Україні спричинила критичне перевантаження національної системи охорони здоров'я. Це призвело до серйозного пошкодження медичних закладів та збільшення попиту на різноманітні медичні послуги, які раніше не були пріоритетними. Проблема загострилася через масштабну міграцію населення та медичних працівників.

Відновлення української системи охорони здоров'я, враховуючи сучасні реалії, сприятиме ефективному відновленню людського капіталу, що є ключовим для відновлення країни після війни. Проте відновлення пошкодженої медичної інфраструктури – це лише один з аспектів запропонованих заходів. Основна мета полягає у перетворенні системи охорони здоров'я таким чином, щоб вона була готова не лише забезпечити громадян якісною та своєчасною медичною допомогою, але й реагувати на будь-які надзвичайні ситуації у цій галузі.

Для подолання негативних спричинених воєнними діями виникає гостра необхідність удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я,

Основні напрямки якого наведені:

1. Удосконалення політик та інститутів публічного управління в системі охорони здоров'я з метою керівництва процесом відновлення:

– впровадження універсальних підходів та інструментів врядування, спрямованих на забезпечення професійної автономії, сталості та ефективності національних інститутів у сфері охорони здоров'я;

– створення ефективної системи міжсекторального співробітництва для забезпечення цілісного підходу до охорони здоров'я на рівні держави, що базується на обґрунтованих політичних рішеннях та фактичних даних;

- розробка системи ефективного управління медичними закладами, яка забезпечує їх громадську підзвітність та контроль.

2. Посилення медичних послуг для врахування особливих потреб населення, що виникають внаслідок війни, через розвиток реабілітаційної допомоги та послуг з психічного здоров'я:

- розширення спектру медичних послуг, включаючи травматологічну, ортопедичну, опікову та інтенсивну терапію;
- вдосконалення пакетів програми медичних гарантій для відповідності потребам ветеранів війни та осіб, які постраждали внаслідок воєнних дій.

3. Посилення системи громадського здоров'я та готовності до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я:

- забезпечення функціонування ефективної системи громадського здоров'я, спрямованої на збереження та зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань та реагування на них;
- створення координаційного механізму для системи громадського здоров'я та забезпечення функціонування національної системи крові для забезпечення пацієнтів якісною та безпечною донорською кров'ю у достатній кількості.

4. Зміцнення та підвищення кваліфікації кадрових ресурсів у системі охорони здоров'я через інтеграцію освіти та наукової діяльності у цій сфері до міжнародного контексту:

- планування та забезпечення необхідних кадрів для системи охорони здоров'я відповідно до потреб;
- створення умов для професійного розвитку медичних працівників.

5. Відновлення та трансформація мережі медичних закладів з урахуванням сучасних підходів до госпітального планування:

- розширення послуг первинної медичної допомоги, впровадження моделі роботи мультидисциплінарних команд на рівні первинної медичної допомоги;

– укладання багаторічних договорів між Національною службою здоров'я України та медичними закладами.

6. Розвиток електронної охорони здоров'я та посилення кібербезпеки:

– створення єдиного медичного інформаційного простору з національною і транскордонною інтероперабельністю та наскрізними процесами та сервісами;

– забезпечення інфраструктурних та технічних умов надання якісних медичних послуг із використанням інформаційно-комунікаційних систем на всіх рівнях;

– створення зручних та прозорих механізмів доступу користувачів до повних даних про своє здоров'я та управління цією інформацією.

7. Забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я за допомогою впровадження гнучких методів фінансування, розширення програми медичних гарантій та розвитку ринку добровільного медичного страхування

8. Посилення системи управління якістю: розробка і впровадження елементів системи забезпечення якості в охороні здоров'я на національному рівні та на рівні закладу охорони здоров'я.

9. Відновлення фармацевтичного сектора та покращення доступу до ліків:

– гармонізація державних політик доступу до лікарських засобів та медичних виробів;

– утворення незалежної агенції з оцінювання медичних технологій для забезпечення обґрунтованості та доказової бази відбору та оцінювання ефективності лікарських засобів та медичних виробів;

– стимулювання розвитку фармацевтичної галузі, включаючи інвестиції в дослідження та розробку, локалізацію та інші методи освоєння новітніх технологій виробництва лікарських засобів та медичних виробів;

– забезпечення доступу населення до якісних, ефективних та безпечних лікарських засобів через сувору регуляторну систему.

ВИСНОВКИ

1. Узагальнення підходів до визначення низки ключових понять, сформульованих фахівцями з різних наукових дисциплін, таких як: «здоров'я», «медицина», «охорона здоров'я», «забезпечення здоров'я», «публічне управління», «публічна політика», «державний», «комунальний» та ін., – дало підстави конкретизувати зміст таких понять: охорона здоров'я – сукупність нормативно-правових, соціально-економічних, організаційних і медичних заходів, які здійснюються закладами і установами різних форм власності, об'єднаних у систему, і спрямованих на досягнення основної мети – здоров'язбереження населення і постійне покращання якості надання медичної послуг та їх доступності; публічне управління розвитком охорони здоров'я – взаємодія в зазначеній сфері державно управлінської, бізнесової та громадської складових з метою досягнення цілей державної політики охорони здоров'я;

З точки зору теорії управління визначено, що охорона здоров'я являє собою сукупність соціально-економічних, організаційних і медичних заходів, які здійснюють заклади й установи різних форм власності, об'єднані в систему, спрямовану на досягнення основної мети – забезпечення здоров'я населення і постійного покращання якості надання медичної допомоги та послуг.

2. Досліджуючи механізми публічного управління в сфері охорони здоров'я дало змогу визначити ключові аспекти, які сприяють покращенню системи охорони здоров'я. Ефективність публічного управління значною мірою залежить від інтеграції сучасних підходів та інноваційних практик. Серед найбільш ефективних управлінських підходів виокремлено децентралізацію управління, яка надає більше повноважень та відповідальності місцевим органам влади, сприяючи адаптації системи надання медичних послуг до специфічних локальних потреб населення. Важливими у цьому процесі є механізми залучення громадськості, зокрема пацієнтів, у процес прийняття рішень, що підвищує прозорість та відповідальність держави у гарантуванні

права людини на доступне і якісне медичне обслуговування. Інноваційні підходи, такі як використання цифрових технологій для збору та аналізу даних, телемедицина, електронні медичні записи, покращують рівень догляду за пацієнтами та оптимізують управління ресурсами. Розвиток гнучких фінансових моделей, які зосереджуються на результативності та ефективності використання ресурсів, також є ключовим аспектом покращення системи охорони здоров'я. Інтеграція цих механізмів та методів у практику публічного управління може значно підвищити ефективність системи охорони здоров'я, забезпечуючи краще задоволення потреб пацієнтів та зростання загального рівня стану здоров'я населення.

3. За результатами оцінки результатів публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я виявлено що відповідно до завдань першого етапу медичної реформи усі комунальні заклади охорони здоров'я були реорганізовані на КНП, що дозволило власникам (органами місцевого самоврядування) знайти більш оптимальну модель господарювання; автономізація та комерціалізація КНП, які отримали можливість надавати платні медичні та супутні послуги й самостійно розпоряджатись такими коштами (зокрема, на придбання обладнання, ремонт приміщень, стимулювання персоналу тощо); реформування первинної ланки – цілком виправданий крок на початку медичної реформи, оскільки дозволяє завдяки залученню відносно незначних коштів забезпечити доступними медичними послугами найбільшу кількість пацієнтів з порівняно нескладними патологіями; реформування вторинної та третинної ланки передбачає, що з 2020 р. КНП отримують кошти за договорами з НСЗУ з розрахунку 60 % – глобальний бюджет, 40 % – за пролікований випадок (з кожним роком означена пропорція буде змінюватись в бік зростання частки оплати пролікованого випадку); отримання коштів за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» було здійснено виключно відповідно до заздалегідь визначених пакетів медичних

послуг; створено госпітальні округи та визначено перелік опорних клінік; змінено підхід до призначення керівника КНП.

4. В ході аналізу нормативно-правового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні встановлено необхідність адаптації законодавства до сучасних викликів у сфері охорони здоров'я, зокрема інтеграція новітніх медичних технологій та практик. Насамперед потрібно зосередитися на удосконаленні нормативно-правових рамок для регулювання таких питань, як телемедицина, електронні медичні записи та захист даних пацієнтів. Крім того, існує потреба у більш чіткому регулюванні прав і обов'язків медичних працівників та пацієнтів, а також у встановленні прозорих процедур для фінансування та розподілу ресурсів у системі охорони здоров'я. Законодавчі зміни також повинні бути спрямовані на унормування проблеми стимулювання інновацій та розвитку інвестиційної привабливості сфери, покращення механізмів громадського контролю та залучення громадянського суспільства до процесів прийняття рішень у сфері охорони здоров'я. Урахування цих аспектів сприятиме створенню більш гнучкої, адаптивної та ефективної системи охорони здоров'я, здатної відповідати на сучасні виклики та потреби населення.

5. З урахуванням основ стратегії реформування медичної галузі, стратегічних змін діяльності уряду в умовах пандемії та повномасштабного військового вторгнення Російської Федерації на територію України визначено зміни у стратегічних пріоритетах розвитку системи охорони здоров'я України в умовах воєнного стану. Проаналізовано наслідки повномасштабного військового вторгнення Російської Федерації на територію України та прийняті урядом заходи для оптимізації роботи медичних закладів. Трансформаційні напрями публічних механізмів розвитку системи охорони здоров'я в умовах реформування (розвиток, безпека, відповідальність), пандемії (медична реформа, громадське здоров'я, спеціалізована медицина, доступні та якісні лікарські засоби, розвиток електронних сервісів) та воєнного стану (зниження рівня травматизму, гарантування здоров'я матері та новонародженого,

лікування хронічних захворювань і неінфекційних захворювань, ризик появи і поширення інфекційних захворювань, питання захисту, психічне здоров'я та психосоціальна підтримка, технологічні небезпеки та ризики для здоров'я, потенційні ядерні та хімічні небезпеки, глобальне управління COVID-19, лідерство та комунікація), реалізація яких забезпечить досягнення сталого розвитку сфери охорони здоров'я України.

6. Виокремлено для подальшої адаптації до умов Україні передовий світовий досвід проведення медичної реформи: врахування найбільш значущі тенденції (уніфікація стандартів надання медичних послуг на міжнародному рівні; пріоритетність ринкових відносин суб'єктів системи охорони здоров'я; вирішення проблем щодо регулювання витрат на медичні послуги); збільшення розміру бюджетного фінансування до 10 % ВВП (розвинені країни світу); планування, менеджмент і фінансування системи охорони здоров'я, аналіз ефективності роботи систем повернення витрат, контроль якості послуг і використання сучасних комунікаційних технологій в медицині (Австрія); запровадження медичного соціального страхування (розвинені країни світу); запровадження моделі державно-приватного партнерства (Австрія, Великобританія, Іспанія, Німеччина); споживач медичних послуг повинен мати інформацію: як уникати хвороб завдяки профілактиці, у якому медичному закладі він може одержати відповідне лікування, куди скаржитися у випадку поганого лікування (Норвегія).

7. Визначено умови розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я: поширення конкуренції між медичними закладами та секторами; розширення переліку медичних послуг; поширення співпраці між державним та приватним партнерами.

З'ясовано, що сучасний розвиток сфери охорони здоров'я України не використовує у повному обсязі потенціалу державно-приватних партнерств. На основі узагальнення концептуальних положень про державно-приватне партнерство доведено, що найбільш зручною формою здійснення проектів ДПП

є концесія, спільна діяльність, розподіл продукції тощо, а джерелами їх фінансування - кошти державного та місцевих бюджетів, фінансові ресурси приватного партнера, запозичені кошти та інші джерела, не заборонені законодавством.

На основі визначених переваг і проаналізованих недоліків було розроблено модель механізмів концесійної співпраці державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я.

Доведено, що трансформування медичної галузі неможливо без існуючих інституційних перетворень, спрямованих на подальший розвиток базових соціальних, політичних й економічних інститутів українського суспільства. Встановлено, що будь-які чинники трансформаційних змін в механізмах державного управління соціально-економічною системою держави мають різне спрямування.

8. Національна система охорони здоров'я переживає важкі часи, спричинені війною. Удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я є необхідною умовою відновлення країни та забезпечення майбутнього благополуччя її громадян.

Запропоновано напрями вдосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я:

- удосконалення політик та інститутів публічного управління в системі охорони здоров'я з метою керівництва процесом відновлення;
- посилення медичних послуг для врахування особливих потреб населення, що виникають внаслідок війни, через розвиток реабілітаційної допомоги та послуг з психічного здоров'я;
- посилення системи громадського здоров'я та готовності до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я;
- зміцнення та підвищення кваліфікації кадрових ресурсів у системі охорони здоров'я через інтеграцію освіти та наукової діяльності у цій сфері до міжнародного контексту;

- відновлення та трансформація мережі медичних закладів з урахуванням сучасних підходів до госпітального планування;
- розвиток електронної охорони здоров'я та посилення кібербезпеки;
- забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я за допомогою впровадження гнучких методів фінансування, розширення програми медичних гарантій та розвитку ринку добровільного медичного страхування;
- посилення системи управління якістю;
- відновлення фармацевтичного сектора та покращення доступу до ліків.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андріяш В., Козлова Л., Особливості державної політики регулювання медичних послуг в Україні. *Публічне управління та регіональний розвиток*. 2020. № 9. С. 689-713.
2. Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні: операційне керівництво. URL : http://moz.gov.ua/uploads/0/4992-phc_operational_manual_apr_2018_fin_web1.pdf (дата звернення: 01.10.2024).
3. Білинська М. М. Розвиток партнерських відносин між органами державної влади і громадянами: актуальні проблеми. *Університетські наукові записки*. 2012. № 2. С. 30–35.
4. Білинська М. М., Петров О. М. Інституціоналізація публічного управління в Україні: наук.-аналіт. доп. Київ: НАДУ, 2019. 210 с.
5. Босак О. З. Публічне управління як нова модель управління у державному секторі. *Державне управління: теорія та практика*. 2010. № 2. URL : <http://www.academy.gov.ua/ej/ej12/txts/10bozuds.pdf> (дата звернення: 15.10.2024).
6. В Україні під час війни зруйновані вщент 195 медзакладів та ще понад 1,5 тисячі пошкоджені. URL : <https://www.ukrinform.ua/rubric-health/3825629-v-ukraini-pidcas-vijni-zrujnovani-vscent-195-medzakladiv-ta-se-ponad-15-tisaci-poskodzeni.html> (дата звернення: 01.10.2024).
7. Вовк С. М. Концесії – делеговані повноваження в охороні здоров'я. Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Стратегічний потенціал державного та територіального розвитку» м. Маріуполь, 3-4 жовтня 2017 р.. 418 с.
8. Вороненко Ю. В., Губські К. І., Царенко А. В. Створення системи паліативної і хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні та соціальні аспекти. *Наука і практика. Міжвідомчий медичний журнал*. 2014. № 1 (2). С. 63-75.

9. Втрати медичної системи за понад 23 місяці війни: росія пошкодила 1523 об'єкти медзакладів та ще 195 зруйнувала вщент. URL : <https://moz.gov.ua/article/news/vtrati-medichnoi-sistemi-za-ponad-23-misjaci-vijni-rosija-poshkodila-1523-ob%e2%80%99ektimedzakladiv-ta-sche-195-zrujnuvala-vschent> (дата звернення: 07.10.2024).

10. Гавриченко Д. Г. Теоретичні підходи реформування механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я. *Публічне управління та регіональний розвиток*. 2022. № 1. С. 68-85.

11. Глосарій Програми розвитку ООН. URL : <http://www.unpan.org/Directories/UNPublicAdministrationGlossary> (дата звернення: 10.11.2024).

12. Григорович В. Р. Удосконалення управлінських механізмів державної підтримки системи охорони здоров'я в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2010. № 2. URL : <http://www.dy.nayka.com.ua/?or=1&z=93> (дата звернення: 10.11.2024).

13. Григорович В. Р. Державне управління процесами підготовки та прийняття управлінських рішень у системі охорони здоров'я України: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2011. 23 с.

14. Давидовська К. GMP-сертифікація; процедура, стоимость, основные проблемы. URL: https://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/EA005540.html (дата звернення: 12.11.2024).

15. Державна служба статистики України. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення: 10.11.2024).

16. Деякі питання використання коштів з рахунка для задоволення потреб охорони здоров'я : постанова Кабінету Міністрів України від 26.04.2022 № 491. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/491-2022-%D0%BF> (дата звернення 02.10.2024).

17. Загальна теорія здоров'я та здоров'я збереження : колективна монографія ; за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. Харків : Вид. Рожко С. Г., 2017. 488 с.

18. Задихайло Д. Держава та економічне ринкове середовище: господарсько-правовий аспект. *Вісник Академії правових наук України*. 2005. № 3(42). С. 149-161.
19. Карамішев Д. В. Загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні: від соціального діалогу до суспільного консенсусу. URL : <http://www.kbuara/e-book/tpdu/2013-4/doc/1/01.pdf> (дата звернення 02.10.2024).
20. Карлаш В. В. Механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2020. 214 с.
21. Кланца А. І. Охорона здоров'я як структурна складова національної безпеки держави: дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2019. 571 с.
22. Кохан А. І. Державна комунікативна політика – механізм ефективної діяльності інституту публічної влади в Україні. URL : <http://www.academy.gov.ua/ej/ej13/txts/zmist.htm> (дата звернення 02.10.2024).
23. Краснова О. І., Плужнікова Т. В. Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 7. С. 46-48.
24. Кризина Н. П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації: автореф. дис. ... д.держ.упр. : 25.00.02. Київ, 2008. 36 с.
25. Левченко А. Під час війни система охорони здоров'я України показала свою працездатність. Інформаційне агентство «Інтерфакс-Україна». URL : <https://interfax.com.ua/news/interview/821272.html> (дата звернення 02.11.2024).
26. Мельниченко О. А. Управління структурними зрушеннями: підручник. Харків : Оберіг, 2013. 300 с.
27. Мельниченко О. А. Якість публічного управління як запорука добробуту населення країни. *Актуальні проблеми державного управління*. 2017. № 1. С. 8-14.

28. Мінфін: В умовах воєнного стану заробітна плата медпрацівників за 3 місяці 2022 року профінансована у повному обсязі. URL : <https://www.kmu.gov.ua/news/minfin-v-umovah-voennogo-stanu-zarobitna-platamedpracivnikiv-za-3-misyaci-2022-roku-profinansovana-u-rovnomu-obsyazi> (дата звернення 02.11.2024).

29. Нагребецкий А. Реформування системи охорони здоров'я Німеччини – від доброго на краще. *Здоров'я України*. 2007. № 5. С. 16-17.

30. Надюк З. О. Державне управління інноваційним розвитком національної системи охорони здоров'я. *Державне будівництво*. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeVu_2019_1 (дата звернення 02.10.2024).

31. Надюк З. О. Поєднання механізмів державного управління і лікарського самоврядування на ринку медичних послуг в Україні. *Державне будівництво*. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeVu_2008_2_25 (дата звернення 02.10.2024).

32. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 року. URL: <https://uoz.cn.ua/strategiya.pdf> (дата звернення 02.10.2024).

33. Нікітін В. В. «Ефект Кілінга» у вітчизняній науці державного управління. *Теорія та практика державного управління*. 2018. Вип. 3. С. 364.

34. Оболенський О. Ю. Розвиток суспільства та публічне управління. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2013. № 3. С. 27-33.

35. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 10.10.2024).

36. Особливості бюджетного процесу в умовах воєнного стану. Децентралізація. URL: <https://decentralization.gov.ua/news/14654> (дата звернення 02.11.2024).

37. Питання сприяння розвитку громадянського суспільства в Україні. Указ Президента України від 25.01.2012 р. № 32/2012. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/32/2012>. (дата звернення: 01.10.2024)

38. Попченко Т. П. Державна політика щодо реформування системи охорони здоров'я як шлях до збереження та зміцнення здоров'я населення. Держава та регіони. (Серія: Державне управління). 2011. № 1. С. 252-255.

39. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення 02.10.2024).

40. Про державно-приватне партнерство : закон України від 01.07.2010 р. № 2404-VI. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17#Text> (дата звернення 02.10.2024).

41. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах : постанова Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 р. № 1138. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 01.10.2024)

42. Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання первинної медичної допомоги населенню : постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 р. № 283. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 01.10.2024) (дата звернення 02.10.2024).

43. Про концесію : закон України від 03.10.2019 р. № 155-IX. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/155-20#n646> (дата звернення 02.10.2024).

44. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості : Закон України від 14.11.2017 р. № 2206-VIII. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text> (дата звернення 02.10.2024).

45. Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020» : Указ Президента України від 12.01.2015 р. № 5/2015. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 01.10.2024).

46. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013р. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 01.10.2024).

47. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1002-р. URL : <https://www.kmu.gov.ua/ua/npras/249618799> (дата звернення: 01.10.2024).

48. Про утворення Національної служби здоров'я України : постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1101. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 01.10.2024).

49. Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року : указ Президента України від 30.09.2019 р. №722/2019. URL : <https://www.president.gov.ua/documents/7222019-29825> (дата звернення 02.10.2024).

50. Проект Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України. URL: https://as-ukr.org/wp-content/uploads/2016/07/Ohorona_zdorov_ya_CONSEPT_16.07.16.pdf (дата звернення: 01.10.2024).

51. Рішення МОЗ для удосконалення роботи сфери охорони здоров'я під час воєнного стану. Урядовий портал. URL : <https://www.kmu.gov.ua/news/rishennya-moz-dlya-udoskonalennya-roboti-sferiohoroni-zdorovya-pid-chas-voennogo-stanu> (дата звернення 02.12.2024).

52. Ровенська В. В., Саржевська Є. О. Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в Україні. *Економічний вісник Донбасу*. 2019. № 3(57). с. 163.

53. Транспарентність влади в контексті європейської інтеграції України : конспект лекції до короткотермінового семінару в системі підвищення кваліфікації кадрів ; уклад : Е. А. Афонін, О. В. Суший. Київ : НАДУ, 2010. 48 с.

54. У МОЗ підраховали, скільки пошкоджених армією рф медзакладів вдалося повністю відновити. URL : <https://ua.news/ua/ukraine/u-moz-pidrahuvalli->

skilki-poshkodzheniharmiyeyu-rf-medzakladiv-vdalosya-povnistyu-vidnoviti (дата звернення 02.10.2024).

55. Фірсова О. Д. Система охорони здоров'я Норвегії, особливості її організації на муніципальному рівні: досвід для України. *Економіка та держава*. 2011. № 1. С. 100-104.

56. Худоба О. В. Державна політика забезпечення права на охорону здоров'я хворих на деменцію в Україні: механізми формування та реалізації: дис... д.держ.упр. : 25.00.02. Львів, 2019. 535 с.

57. Шевцов В. Г. Державне управління розвитком медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2011. 20 с.

58. Шевчук П. І. Соціальна політика. Львів: Світ, 2013. 400 с.

59. Шегедин Я. Ю. Еволюція концептуальних засад державної політики України в галузі охорони здоров'я: регіональний аспект розвитку медсестринства. *Ефективність державного управління*. 2016. Вип. 1-2(1). С. 203-210.

60. Emergency in Ukraine: External Situation Report. World Health Organization. URL : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353941/WHO-EURO-2022-5152-44915-64481-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Last accessed: 02.11.2024).

61. Ijsselmuiden C., Ghannem H., Bouzouaia N. Development of health research system: analysis and defining priorities in Tunisia. *La Tunisie Medicale*. 2009. № 87. P. 1–2.

62. Kasia Strek. WHO emergency appeal: Ukraine & refugeereceiving and hosting countries. URL : https://cdn.who.int/media/docs/defaultsource/documents/who_emergency_response_appeal_ukraine_update_may_2022.pdf?sfvrsn=c6097bb5_35&download=true (Last accessed: 02.11.2024).

63. McDowell M.A. et al. Leishmaniasis: Middle East and North Africa research and development priorities. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 2011. URL : <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0001219> (Last accessed: 02.11.2024).

64. McKee M., Edwards N., Atun R. Public-private partnership for hospitals. *Bulletin of the World Health Organization*. 2016. Vol. 84. P. 890-96.

65. Ukraine emergency. World Health Organization. URL : <https://www.who.int/emergencies/situations/ukraine-emergency> (Last accessed: 02.11.2024).

66. Vandoros S., Hessel P., Leone T., Avendan M. Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? *European Journal of Public Health*. 2016. № 23. P. 727–731.

67. WHO Model Lists of Essential Medicines World Health Organization. URL : <https://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/> (Last accessed: 02.11.2024).