

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 Золотаревської Ольги Олегівни

академічної групи 281м-23з-2 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

за освітньо-професійною програмою 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Управління розвитком закладів охорони здоров'я в умовах війни (на прикладі Комунального некомерційного підприємства «Міська клінічна лікарня № 4» Дніпровської міської ради)»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Кравцов О.В.			
розділів:				

Рецензент:	Бут Н.О.			
-------------------	----------	--	--	--

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

Дніпро
2024

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему «Управління розвитком закладів охорони здоров'я в умовах війни (на прикладі Комунального некомерційного підприємства «Міська клінічна лікарня № 4» Дніпровської міської ради)».

78 с., 1 табл., 4 рис., 52 джерела.

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ; ЦИФРОВІЗАЦІЯ, ЦИФРОВІ ТЕХНОЛОГІЇ;
ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я; ІННОВАЦІЇ; УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ;
ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД.

Об'єкт дослідження – система охорони здоров'я України.

Предмет дослідження – процеси удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я в Україні.

Мета дослідження – наукове обґрунтування теоретичних та аналіз практичних рекомендацій щодо удосконалення управління розвитком закладів охорони здоров'я в умовах війни.

У першому розділі досліджено сутність, особливості та нормативно-правове забезпечення публічного управління закладами охорони здоров'я. У другому розділі представлено аналіз основних проблем у роботі медичних закладів в умовах війни. У третьому розділі розглянутий зарубіжний досвід управління закладами охорони здоров'я та використання цифрових технологій та інновацій для підвищення якості медичних послуг в умовах війни.

Рекомендації та пропозиції, надані в роботі, можуть застосовуватись органами державної влади під час розробки заходів щодо управлінням розвитком закладів охорони здоров'я в умовах війни.

ABSTRACT

Explanatory note of the master's degree qualification thesis on the topic «Managing the Development of Healthcare Institutions in the Context of War (on the Example of the Municipal Non-Profit Enterprise «City Clinical Hospital No. 4» of the Dnipro City Council)».

78 pages, 1 figures, 4 tables, 52 sources.

PUBLIC ADMINISTRATION; DIGITALIZATION, DIGITAL TECHNOLOGIES; HEALTHCARE; INNOVATION; DEVELOPMENT MANAGEMENT; FOREIGN EXPERIENCE.

Object of research – the health care system of Ukraine.

Subject of research – the processes of improving the management system of health care institutions in Ukraine.

The purpose of the study is to provide scientific substantiation of theoretical and analysis of practical recommendations for improving the management of health care institutions in wartime.

The first section examines the essence, features and regulatory and legal support of public administration of health care institutions. The second section presents an analysis of the main problems in the work of medical institutions in wartime. The third section discusses foreign experience in managing healthcare institutions and using digital technologies and innovations to improve the quality of medical services in times of war.

The recommendations and suggestions provided in this paper can be used by public authorities in developing measures to manage the development of healthcare facilities in times of war.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	8
1.1. Сутність та особливості публічного управління зкладами охорони здоров'я.....	8
1.2. Нормативно-правове забезпечення у сфері охорони здоров'я	18
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНОГО НЕКОМЕРЦІЙНОГО ПІДПРИЄМСТВА «МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ № 4» ДНІПРОВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ В УМОВАХ ВІЙНИ	28
2.1. Загальна характеристика діяльності лікарні та її управлінської структури	28
2.2. Аналіз основних проблем у роботі медичних закладів в умовах війни.....	38
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ТА МЕХАНІЗМИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ	48
3.1. Зарубіжний досвід управління зкладами охорони здоров'я та його використання в Україні.....	48
3.2. Запровадження інноваційних технологій та цифрових рішень в умовах війни.....	64
ВИСНОВКИ.....	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	79

ВСТУП

Актуальність дослідження механізмів управління в українській сфері охорони здоров'я зумовлена нагальною потребою адаптації та якісної трансформації системи охорони здоров'я відповідно до динамічних викликів сучасності та глобальних тенденцій розвитку медицини. Ефективне управління охороною здоров'я є критично важливим для забезпечення якісного та доступного медичного обслуговування всіх громадян. Україна зіткнулася з комплексом завдань, пов'язаних із модернізацією галузі, що включає в себе впровадження інноваційних медичних технологій, покращення матеріально-технічної бази медичних закладів, реформування фінансового забезпечення, а також залучення громадськості до процесів прийняття рішень та контролю. Важливим є використання міжнародного досвіду, враховуючи особливості українського контексту та адаптуючи найкращі світові практики.

Сучасний етап розвитку українського суспільства позначений цілою низкою викликів у сфері громадського здоров'я, серед яких, зокрема, демографічні зміни, такі як старіння населення, зростання захворюваності на хронічні хвороби, а також нагальна потреба в інтеграції новітніх медичних технологій та ефективному реагуванні на різноманітні надзвичайні ситуації в галузі охорони здоров'я. Для подолання цих викликів необхідні глибокі системні зміни та застосування прогресивних підходів у публічному управлінні. Водночас, триваюча війна стала серйозним випробуванням для вітчизняної системи охорони здоров'я, поглиблюючи вже існуючі проблеми та створюючи нові.

Наявна мережа закладів охорони здоров'я, що складається з лікарень загального профілю, центрів первинної медичної допомоги, відділень невідкладної допомоги, дитячих лікарень, пологових будинків та амбулаторних установ, потребує суттєвого переосмислення та модернізації. Актуальність даного дослідження полягає у необхідності розробки ефективних та адаптивних механізмів управління закладами охорони здоров'я, з урахуванням специфічних

особливостей українського контексту та створення стійкої, гнучкої і оперативно реагуючої системи охорони здоров'я.

Військовий стан в Україні суттєво загострив проблеми системи охорони здоров'я, поставивши під загрозу її стабільність та функціональність. Внаслідок бойових дій, руйнування інфраструктури, втрати кадрового потенціалу та переривання надання базових медичних послуг, система зазнала значного навантаження.

Проблематика публічного управління в галузі охорони здоров'я, зокрема питання нормативно-правового забезпечення, вже давно перебуває в центрі уваги науковців та експертів у сферах публічного управління, права, історії та медицини.

У наукових публікаціях М. Білинської, О. Гудзенко Ф. Мельника та О. Оболенського, О. Баєва, І. Демченка, Н. Васюка, Л. Руснака, Д. Карамішева, З. Мнушка, В. Лехана, З. Надюка, Н. Паршина, Г. Панфілова, М. Пасічника, Я. Радиша проаналізовано процес медичного забезпечення, його складових частин, новітніх управлінських технологій у сфері охорони здоров'я України.

Однак, незважаючи на досягнення і результати проведених досліджень, питання управління в сфері охорони здоров'я залишається недостатньо обґрунтованим у сучасних умовах.

Ураховуючи вищезазначене, метою даної роботи є вибір і обґрунтування шляхів удосконалення системи державного управління сферою охорони здоров'я в Україні.

Об'єктом дослідження даної роботи виступає система охорони здоров'я України.

Предметом дослідження є процеси удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я в Україні.

Метою роботи є

Відповідно до мети, у роботі визначено наступні завдання:

– дослідити сутність та особливості публічного управління закладами охорони здоров'я;

- проаналізувати нормативно-правове забезпечення у сфері охорони здоров'я;
- проаналізувати діяльність комунального некомерційного підприємства «Міська клінічна лікарня № 4» Дніпровської міської ради в умовах війни;
- здійснити аналіз основних проблем у роботі медичних закладів в умовах війни;
- розглянути зарубіжний досвід управління закладами охорони здоров'я та його використання в Україні;
- проаналізувати запровадження інноваційних технологій та цифрових рішень в умовах війни.

Методологічною основою дослідження є діалектичний метод пізнання та системний підхід до аналізу державного управління системою охорони здоров'я України. У роботі також використано методи теоретичного та емпіричного дослідження, узагальнення, аналітичний і структурно-логічний.

Слід приділити увагу оновленню законодавства з захисту персональних даних, управлінню інформаційними ризиками та процесу навчання громадян та медичного персоналу цифровим навичкам

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність та особливості публічного управління закладами охорони здоров'я

Розвиток публічного управління у сфері охорони здоров'я є складною та багатогранною проблемою, яка потребує системного аналізу та підходів для її ефективного вирішення.

В публічному управлінні підхід система охорони здоров'я розглядається як складна система зі своєю ієрархією, процедурами та правилами. Увага, при цьому, акцентується на:

- управлінні ресурсами;
- бюджетуванні;
- плануванні і координації.

Загалом, публічний адміністративний підхід надає можливість краще розуміти внутрішню структуру та функціонування системи охорони здоров'я, що, в свою чергу, може допомогти удосконалити управління та ефективність цієї важливої сфери громадського життя.

У рамках проєкту Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року визначено ключові принципи, на яких базується система охорони здоров'я:

- забезпечення гарантованого доступного пакету послуг для всіх громадян незалежно від різних критеріїв;
- дотримання національних стандартів професіоналізму та якості медичної допомоги з метою забезпечення ефективності та безпеки;
- розвиток взаємоповаги між медичними працівниками та пацієнтами, що сприяє забезпеченню гідності та якісного обслуговування;

- здійснення співпраці між різними секторами та службами з метою підвищення рівня добробуту та здоров'я населення;
- ефективне використання ресурсів та забезпечення взаємозв'язку між ціною та якістю медичних послуг;
- забезпечення підзвітності пацієнтам та громадам через доступ до інформації та системи відповідальності за прийняті рішення [1].

Управління системою охорони здоров'я в Україні забезпечується за рахунок співпраці між численними центральними органами влади, такими як МОЗ, Мінфін, Мінекономіки, Мінпраці та соціальної політики, Міносвіти і науки, а також органами, відповідальними за надзвичайні ситуації та іншими відомствами. Сучасна система охорони здоров'я стикається з суттєвими змінами в соціально-економічному контексті, станом здоров'я населення, існуючими недоліками, критичною демографічною ситуацією та несприятливим екологічним станом, що вимагає поліпшення та вдосконалення організації функціонування галузі та негайного вирішення її актуальних викликів [2].

Основними принципами, що сприяють ефективному розвитку системи охорони здоров'я, є:

- орієнтованість на потреби людей та здатність до адаптації: майбутня система охорони здоров'я повинна визнавати пріоритет потреб людей – як працівників, так і пацієнтів. Необхідно забезпечити ефективність моделей фінансування та управляти ризиками, для забезпечення доступу до якісних послуг;
- забезпечення безпеки та якості: в умовах війни та післявоєнних трансформацій, головним завданням системи охорони здоров'я є забезпечення якості та безпеки надання послуг, здатності адаптуватися до змінюваних викликів зовнішнього середовища та вимог, а також запобігання ризикам та загрозам, які можуть виникнути в процесі надання медичних послуг;
- взаємодія та діалог: система охорони здоров'я складається з соціальних інституцій, що залежать від взаємодії різних учасників: управлінців, лікарів, медичного персоналу, науковців, пацієнтів, постачальників тощо.

Забезпечення взаємоповаги, діалогу та довіри між цими сторонами є ключовим для досягнення ефективності та розвитку системи охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я України стикається з низкою викликів та загроз, що виникають як унаслідок внутрішніх реформ, так і через зовнішні чинники, включно з війною, глобальною економічною нестабільністю та демографічними змінами.

1. Фінансування та неефективне використання ресурсів:

- недостатність бюджетного фінансування: попри реформу фінансування, держава (особливо в умовах війни) не може забезпечити належний рівень витрат на охорону здоров'я, що ставить під загрозу надання якісних медичних послуг;

- неефективний розподіл коштів: існують значні диспропорції у фінансуванні між міськими та сільськими регіонами. Більшість ресурсів витрачається на вторинну та третинну допомогу, тоді як первинна ланка потребує підтримки;

- залежність від міжнародної допомоги: у критичних ситуаціях (пандемія COVID-19, воєнний стан) система значною мірою залежить від іноземних грантів і гуманітарної допомоги.

2. Кадровий дефіцит та міграція медичних працівників:

- еміграція фахівців: багато кваліфікованих медичних працівників виїжджають за кордон у пошуках кращих умов праці та оплати;

- нерівномірний розподіл кадрів: у сільській місцевості гостро бракує лікарів та медичного персоналу;

- низький рівень оплати праці: зарплати лікарів і медсестер не відповідають рівню їхньої кваліфікації та робочого навантаження;

- відсутність мотиваційних програм: бракує дієвих механізмів заохочення медиків до роботи в регіонах чи на «першій лінії» під час надзвичайних ситуацій.

3. Інфраструктурні проблеми:

- застарілі медичні заклади: більшість лікарень та поліклінік не відповідають сучасним стандартам. Потребують капітального ремонту та модернізації;

- нестача обладнання: значна кількість лікарень не мають належного медичного обладнання, особливо у сільській місцевості;

- проблеми з цифровізацією: інформаційні системи потребують вдосконалення та інтеграції на всіх рівнях медичної допомоги.

4. Вплив війни та надзвичайних ситуацій:

- знищення інфраструктури: військові дії призвели до руйнування численних медичних закладів на окупованих та прифронтових територіях;

- переміщення населення: внутрішньо переміщені особи (ВПО) створюють додаткове навантаження на медичну систему приймаючих регіонів;

- психічне здоров'я: зростає потреба у психосоціальній підтримці через наслідки війни.

5. Впровадження реформ та нормативно-правові прогалини:

- неповна імплементація реформ: попри автономізацію закладів охорони здоров'я та впровадження медичних гарантій, залишається багато невирішених питань;

- суперечності у законодавстві: існує фрагментація нормативно-правових актів, що створює юридичну невизначеність у діяльності медичних закладів;

- опір змінам: частина медичних працівників та управлінців чинить опір реформам через страх втрати роботи або зниження фінансування.

6. Демографічні та соціальні виклики:

- старіння населення: зростає частка літніх людей, що підвищує потребу у довгостроковому медичному догляді та паліативній допомозі;

- зростання кількості хронічних захворювань: наслідки військових дій, стреси, неправильне харчування, нездоровий спосіб життя населення призводить до зростання серцево-судинних захворювань, діабету, онкології тощо;

- недостатня профілактика: профілактичні програми, зокрема вакцинація та медичні огляди, не охоплюють значну частину населення.

7. Вплив глобальних загроз:

- пандемії: пандемія COVID-19 продемонструвала слабкі місця української медичної системи, зокрема недостатність підготовки до надзвичайних ситуацій;

- економічна нестабільність: війна, слабка економіка, залежність від зовнішніх запозичень та глобальні економічні кризи обмежують можливості держави інвестувати у медичну галузь;

- зміна клімату: збільшення випадків природних катаклізмів та екологічних проблем впливає на здоров'я населення.

8. Корупція та неефективне управління:

- непрозорі тендери: закупівлі ліків та медичного обладнання часто супроводжуються корупційними схемами;

- зловживання фінансами: відсутність належного контролю за витратами призводить до їх нецільового використання;

- неофіційні платежі: пацієнти нерідко змушені платити за «безкоштовні» медичні послуги.

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

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

Однією з найбільш нагальних проблем є відсутність прозорих та дієвих механізмів управління бюджетними коштами, які б забезпечували ефективний розподіл і контроль фінансових ресурсів. Це створює ризики для фінансової

стабільності системи охорони здоров'я, оскільки непрозорі процеси можуть спричинити нераціональне використання коштів без досягнення очікуваних результатів.

Крім того, неефективне управління бюджетами часто призводить до затримок у фінансуванні, що негативно впливає на функціонування медичних закладів. Несвоєчасне виділення коштів унеможливорює закупівлю необхідного обладнання, медикаментів і медичних засобів, що безпосередньо загрожує якості медичної допомоги та безпеці пацієнтів. Вирішення цих фінансово-управлінських проблем є критично важливим для забезпечення стабільної та ефективної роботи системи охорони здоров'я.

Державні фінансові ресурси відіграють ключову роль у фінансуванні системи охорони здоров'я в Україні. Механізми фінансування передбачають використання різних джерел фінансування, як визначено у розпорядженні КМУ «Про схвалення Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України» від 14 липня 2014 року [3]. Концепція розвитку системи фінансового забезпечення в сфері охорони здоров'я, затверджена розпорядженням КМУ від 18 вересня 2013 року №776-р [4], була розроблена з урахуванням вказівок Світового банку, Європейської комісії, ВООЗ та інших міжнародних організацій, а також міжнародного досвіду фінансового забезпечення охорони здоров'я.

Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я була затверджена розпорядженням КМУ від 30 листопада 2016 року №1013-р [5]. Це відзначення також дало поштовх для прийняття в грудні 2017 року Законів України «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України» [6] та «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [7], що стали початком реформи охорони здоров'я в країні. Однією з головних цілей реформи є вирішення проблем в галузі охорони здоров'я, таких як катастрофічні витрати домогосподарств на медичне обслуговування, неефективне використання бюджетних коштів та низька якість надання медичних послуг.

Під час 2017 року проведено консультації щодо впровадження реформи в усіх регіонах України, з участю міжнародних та громадських організацій та МОЗ. 19 жовтня 2017 року був прийнятий Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [7], а також внесені необхідні зміни до Державного бюджету. 14 листопада 2017 року було ухвалено Закон «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування в сільській місцевості» [8].

В квітні 2018 року розпочалася національна кампанія з вибору педіатрів, терапевтів та сімейних лікарів без обмеження за місцем реєстрації пацієнтів.

Починаючи з другої половини 2019 року, була запущена програма «Безкоштовна діагностика», яка є наступним етапом після реформи первинної медичної допомоги. Ця програма надає 80% необхідних діагностичних послуг для пацієнтів, які звертаються до педіатра, терапевта або сімейного лікаря. Вона охоплює послуги спеціалістів з вузького профілю, безкоштовні аналізи та дослідження. Пацієнти можуть проходити різноманітні обстеження за направленням лікаря, включаючи ультразвукову діагностику, рентген, ехокардіографію серця, мамографію та інші обстеження, у будь-якому медичному закладі за умовами договорів з Національною службою здоров'я України (НСЗУ). Ця програма також призводить до зміни фінансування поліклінік, які надають амбулаторну спеціалізовану допомогу [9].

Україна справді потребує впровадження трансформаційних механізмів у системі охорони здоров'я та переорієнтації підходів до управління та фінансування цієї галузі з метою покращення доступності та якості медичного обслуговування в країні. Стан здоров'я населення та якість медичного обслуговування залежать від ефективного використання та належної забезпеченості медичної сфери необхідними ресурсами. Відповідно, сучасна система охорони здоров'я вимагає створення державної політики, що дозволяє охопити всю популяцію основними формами профілактики, допомоги, лікування та реабілітації, забезпечуючи надання медичних послуг належними фінансовими

ресурсами, підвищення ефективності та зменшення фінансових ризиків, пов'язаних з медичною допомогою [10].

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

На даний момент також розроблений проект Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Цей документ поєднується з Цілями сталого розвитку у сфері охорони здоров'я та демографічними показниками до 2030 року і був розроблений МОЗ за участю ключових зацікавлених сторін сфери охорони здоров'я та у співпраці з міжнародними партнерами [1].

Принципи та цінності цієї Стратегії визначаються як людиноцентричний підхід, підзвітність, міжсекторальна співпраця, запобігання збідненню через погіршення здоров'я, рівність та залученість, універсальний доступ. Щодо людиноцентричності в системі охорони здоров'я та наданні медичної допомоги, то послуги розроблені спільно для того, щоб задовольнити потреби людей. Послуги координуються для забезпечення безперервної допомоги, вони комплексні, безпечні, ефективні, своєчасні та доступні. Всі посадовці, які надають медичну допомогу, повинні мати відповідні знання та навички та працювати у підтримуючому середовищі. Під час розробки стратегії були враховані ключові нормативні документи на міжнародному та національному рівнях (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

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

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

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

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

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

- Стратегія та план заходів щодо забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту за засадами «Єдиного здоров'я» на період до 2025 року [11];
- Стратегія та план заходів з розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб [12];
- Державна стратегія протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року, яка сприятиме подоланню епідемій ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та вірусних гепатитів типу В та С [13].

Можна виділити основні принципи та цінності реалізації публічного управління у сфері охорони здоров'я:

- прозорість: забезпечення доступу до інформації та процесів прийняття рішень у сфері охорони здоров'я громадськості та стейкхолдерів;
- доступність: забезпечення рівного доступу до медичних послуг можливо для всіх громадян, незалежних від соціального статусу та фінансових ресурсів;
- партнерство: залучення громадськості, громадських організацій та інших стейкхолдерів до управління та прийняття рішень в охороні здоров'я;
- якість: забезпечення високої якості медичних послуг;
- ефективність: забезпечення раціонального використання ресурсів та досягнення максимальних результатів в охороні здоров'я;
- достовірність: постійна перевірка та оцінка результатів діяльності в охороні здоров'я, включаючи дослідження та аналіз;

Проте виклики, що стоять перед Україною у процесі впровадження реформи, мають як галузевий, так і політичний характер. З цієї причини головними завданнями до 2030 року визначені: забезпечення стабільності внесених змін у систему, закріплення досягнутого вже прогресу та активне

продовження реформ у відповідності з чинною нормативно-законодавчою базою, а також застосування різноманітних відповідних інструментів.

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

1.2. Нормативно-правове забезпечення у сфері охорони здоров'я

Законодавство України у сфері охорони здоров'я – це комплекс законодавчих та нормативно-правових актів, які визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, а також регулюють суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності й довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості. За історію незалежності в Україні була сформована потужна законодавча та нормативно-правова база з питань охорони здоров'я, яка містить 331 законів України, 134 укази Президента України, 677 постанов Кабінету Міністрів України, які прямо чи опосередковано стосуються питань охорони здоров'я. Законодавство України у сфері охорони здоров'я складається з відповідних законодавчих та нормативно-правових актів, що здійснюють правове регулювання управління у цій сфері: одна його частина встановлює правове регулювання організації та здійснення державного управління загалом, а друга – законодавство, яке встановлює правове регулювання здійснення управління саме у сфері охорони здоров'я.

Правове регулювання здійснюється Конституцією України [14], Основами законодавства України про охорону здоров'я [15], Законами України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» [16], «Про

захист населення від інфекційних хвороб» [17], «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» [18], та іншими законодавчими актами, прийнятими відповідно до них. Зокрема: стаття 49 Конституції України [14] гарантує право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування; за змістом положень Конституції України забезпечення виконання Конституції і законів України, в тому числі з питань охорони здоров'я є функцією Кабінету Міністрів України як вищого органу в системі органів виконавчої влади.

Одним із основних нормативних актів, що регулює основні підходи в системі управління охороною здоров'я, є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року [15]. Основними положеннями цього Закону є: сучасне визначення медичної термінології, яке використовується в практиці ринкових відносин, регулювання прав і обов'язків громадян у сфері охорони здоров'я, економічні та соціальні основи організації охорони здоров'я, медична термінологія, забезпечення здорових і безпечних умов життя, форм і методів надання медичної допомоги, забезпечення лікувально-протезними виробами, охорони здоров'я матері та дитини, медикосанітарного забезпечення санаторно-курортної діяльності та відпочинку, амбулаторно-поліклінічної, медичної та фармацевтичної діяльності, міжнародного співробітництва та інше [15].

Слід звернути особливу увагу на ту частину Закону, згідно з якою відповідно до Конституції України держава гарантує всім громадянам реалізацію їх прав у сфері охорони здоров'я шляхом: а) створення розгалуженої системи охорони здоров'я; б) організація та здійснення системи державних і громадських заходів щодо охорони та зміцнення здоров'я; в) фінансування надання гарантованого обсягу медичних послуг і лікарських засобів усім громадянам та іншим особам, визначеним законом, у порядку, встановленому законом; г) здійснення державного і громадського контролю та нагляду у сфері охорони здоров'я; д) організація державного моніторингу, обробки та аналізу соціальної, екологічної та спеціальної медичної статистичної інформації; є) встановлення

відповідальності за порушення прав і законних інтересів громадян у сфері охорони здоров'я [15].

Указ Президента України «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України» від 7 грудня 2000 р. № 1313 [18] був одним із перших фундаментальних нормативно-правових актів, який визначив стратегію державної політики у сфері охорони здоров'я щодо спрямування заходів органів державної влади та органів місцевого самоврядування на підвищення рівня здоров'я, поліпшення якості життя і збереження генофонду українського народу. Згідно з цим документом державні заходи у сфері охорони здоров'я повинні передбачати:

- поетапне збільшення державних асигнувань у сферу охорони здоров'я, їх ефективне використання та запровадження ефективної системи багатоканального фінансування;
- забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення;
- вирішення проблем гігієни та безпеки праці, профілактики виробничого травматизму та професійних захворювань;
- створення умов для формування та стимулювання здорового способу життя;
- здійснення активної демографічної політики, а також соціальної політики підтримки молоді та захисту інвалідів і людей похилого віку;
- забезпечення всебічного гармонійного фізичного та психічного розвитку дитини, починаючи з народження, тощо [18].

Прийняття Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 07 липня 2011 р. № 3612-VI [19], дало правові підстави для початку реформ охорони здоров'я у пілотних регіонах.

В умовах реформування медицини необхідно:

- враховувати та максимально впроваджувати найкращі світові практики та розробки в галузі охорони здоров'я;

- забезпечувати постійний моніторинг санепідеміологічного стану в країні та за її межами, а також можливостей його впливу на конкретне середовище;
- впроваджувати міжнародні підходи щодо управління у сфері охорони здоров'я;
- інтегрувати в глобальний простір у якості повноцінного суб'єкта, що здатний вкладати свій внесок у міжнародну медичну реформу.

В. В. Мортіков зазначає, що охорона здоров'я є елементом національної безпеки, і тому реформування цієї сфери – одне з головних завдань сучасної України [20-23]. Для забезпечення високого рівня національної безпеки потрібне удосконалення системи охорони здоров'я як на рівні окремих суб'єктів, так і на рівні галузі в цілому [23]. Н. П. Кризина зазначає, що «стратегічною метою державної політики у сфері охорони здоров'я є підвищення рівня здоров'я, поліпшення якості життя і збереження генофонду українського народу» [24].

Щодо головних векторів сучасного реформування системи охорони здоров'я, це перехід від суб'єктнооб'єктних ієрархічних управлінських систем до партнерства на різних рівнях. Це простежується в дослідженнях С. М. Вовк та Д. В. Карамишев, Н. М. Удовиченко, які вважають, що «сьогодні спостерігається процес переходу від моделі стратегічного керівництва, у центрі якої стоїть держава, до моделі співробітництва, за якою стратегічне керівництво є продуктом спільної діяльності широкого кола суб'єктів, що діють на рівні держави і суспільства: парламенти, міністерства, відомства, організації, комісії, бізнесові структури, громадські об'єднання, засоби масової інформації, громадяни; таке стратегічне керівництво в інтересах здоров'я розосереджене по горизонталі; це сприяє здійсненню спільних дій у загальних інтересах сектору охорони здоров'я та інших секторів економіки» [20].

Нормативно-правова база реформування системи охорони здоров'я в Україні є багаторівневою та включає Конституцію, базові законодавчі акти, спеціальні закони, підзаконні нормативно-правові акти, накази Міністерства охорони здоров'я (МОЗ), рішення Кабінету Міністрів України (КМУ) та інші

документи, що визначають напрями, принципи й механізми модернізації галузі. Ключовим завданням цих реформ є перехід від фінансування ліжко-місць до фінансування конкретних медичних послуг для пацієнтів, створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як єдиного національного закупівельника медичних послуг і впровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом» (рис. 1.1).

Вагомим кроком щодо реформування системи охорони здоров'я було створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ), яка є центральним органом виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення через виконання таких завдань:

- реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій);
- виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;
- внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [25].

Цільові програми в галузі охорони здоров'я є здебільшого загальнодержавними та покликані виправити гострі збої в системі управління охорони здоров'я, в результаті чого відбулася регресія в суспільстві.

Для розбудови галузі охорони здоров'я необхідно визначити порядок і механізми пріоритетного фінансування, кадрового та матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я. Необхідна державна підтримка, регулювання та адекватного фінансування програм паліативної допомоги з метою досягнення однакової доступності в різних регіонах України, на різних рівнях медичної допомоги. А також важливим є визначення особливостей цільових програм у галузі охорони здоров'я, які сприятимуть власне процесу управління ними.

Нормативно-правова база медичної реформи в Україні	
Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років	
Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р	
Закони України	«Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»; «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я»; «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я»
Постанови Кабінету Міністрів України	«Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» (від 25 квітня 2018 р. № 411); «Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» (від 25 квітня 2018 р. № 410); «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» (від 28 березня 2018 р. № 391); «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування» (від 27 грудня 2017 р. № 1075); «Про затвердження Порядку проведення конкурсу на зайняття посад державної служби» (від 25 березня 2016 р. № 246); «Деякі питання договорів медичного обслуговування населення» (від 27.11.2019 № 1073); «Деякі питання реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2020 рік» (від 27.11.2019 № 1119); «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті на реалізацію програми державних гарантій медичного обслуговування населення» від 24.12.2019 № 1086; «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році» (від 05.02.2020 № 65)
Накази Міністерства охорони здоров'я України	«Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» (від 19.03.2018 № 503); «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» (від 19.03.2018 № 504); «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу (від 26.01.2018 № 148); «Про затвердження Методики розрахунку тарифів» (від 19.12.2019 № 2559)

Рис. 1.1. Структура нормативно-правової бази медичної реформи в Україні

Програмно-цільовий метод у бюджетному процесі – метод управління бюджетними коштами для досягнення конкретних результатів за рахунок коштів бюджету із застосуванням оцінки ефективності використання бюджетних коштів на всіх стадіях бюджетного процесу.

Програмно-цільовий метод у бюджетному процесі – метод управління бюджетними коштами для досягнення конкретних результатів за рахунок коштів бюджету із застосуванням оцінки ефективності використання бюджетних коштів на всіх стадіях бюджетного процесу.

Передумовами для запровадження програмно-цільового методу в Україні стала бюджетна реформа, розпочата з ухваленням Бюджетного кодексу в Україні.

На відміну від постатейного (традиційного) бюджету, який спрямований на утримання бюджетних установ, програмно-цільовий метод передбачає визначення мети, якої необхідно досягти в результаті використання бюджетних коштів, і забезпечує інформацію про якість надання послуг та отриманий соціально-економічний ефект.

Особливими складовими програмно-цільового методу в бюджетному процесі є:

- бюджетні програми;
- відповідальні виконавці бюджетних програм;
- паспорти бюджетних програм;
- результативні показники бюджетних програм.

Бюджетні програми визначаються головними розпорядниками бюджетних коштів.

Бюджетна програма — це впорядкований набір дій, що їх пропонує та втілює розпорядник бюджетних коштів для досягнення конкретної мети та завдань, відповідно до його повноважень. Головний розпорядник коштів, узгоджуючи з місцевим фінорганом, призначає відповідального виконавця. Ним може бути як сам головний розпорядник (для програм, що виконуються його апаратом), так і розпорядник нижчого рівня, що працює в його системі. Відповідальний виконавець забезпечує цільове та ефективне використання

бюджетних грошей протягом усього часу дії програми, в межах виділених асигнувань.

Паспорт бюджетної програми – документ, що містить усю ключову інформацію: обсяг фінансування, законодавчу базу, мету, завдання, напрямки діяльності, відповідальних осіб, результативні показники та інші параметри. Цей паспорт є основою для контролю за витрачанням бюджетних коштів та аналізу результатів програми.

Результативні показники – це кількісні та якісні вимірювання, що відображають досягнення програми, підтверджені звітністю, і дозволяють оцінити ефективність використання коштів. Оцінка ефективності програми, включно з висновками фінансових контролюючих органів, є підставою для корегування бюджетних призначень, підготовки пропозицій до наступних бюджетів або навіть для призупинення реалізації програм.

Застосування програмно-цільового методу бюджетного планування дозволяє:

- поліпшити макроекономічний баланс шляхом розроблення узгоджених і реалістичних прогнозів доходів до бюджету;
- визначити загальні цілі бюджетної політики та забезпечити відкритість їх досягнення впродовж декількох років;
- визначити і дотримуватись чітких пріоритетів у сфері державних видатків;
- забезпечити можливість ініціювання змін у бюджетній політиці та механізмах контролю за їх реалізацією;
- удосконалити розподіл бюджетних коштів, спрямованих на досягнення стратегічних пріоритетів;
- підвищити відповідальність головних розпорядників бюджетних коштів за ефективне та раціональне використання бюджетних коштів;
- – посилити загальний бюджетний контроль.

Впровадження програмно-цільового підходу в управлінні охороною здоров'я в Україні стимулювало розробку та впровадження низки

загальнодержавних програм. Серед них програми громадського здоров'я, заходи з боротьби з епідеміями, медико-соціальна експертиза, судово-медична та судово-психіатрична експертизи та інші. Органи місцевого самоврядування, у межах своїх повноважень, також фінансують місцеві програми, спрямовані на розвиток та підтримку комунальних закладів охорони здоров'я. Це включає оновлення матеріально-технічної бази, капітальний ремонт, реконструкцію, підвищення зарплат працівників, а також місцеві програми надання медичних послуг та програми громадського здоров'я.

Усі державні програми забезпечуються фінансуванням з державного, обласних, міських та районних бюджетів (через відповідні регіональні програми), що надає додаткову фінансову підтримку сфері охорони здоров'я. Кожна цільова програма має паспорт, який містить нормативну базу, термін дії, порядок фінансування, мету, обґрунтування шляхів та засобів розв'язання проблеми, основні заходи та завдання, терміни їх виконання, обсяги та джерела фінансування, очікувані результати, порядок звітування та необхідні додатки. Це забезпечує методичне управління програмою та фінансовий менеджмент.

Серед особливостей та складностей державних цільових програм у сфері охорони здоров'я виділяють відсутність довгострокового планування, складність залучення ресурсів на загальнодержавному рівні, потребу в якісній медичній та фінансовій освіті, необхідність застосування високих технологій, врахування міжнародного досвіду, а також орієнтацію на результативність програм, що безпосередньо впливає на здоров'я населення. Державні цільові програми є методом регулювання економіки, впливу держави на соціально-економічний розвиток та визначення інвестиційних пріоритетів. Звітування за використання бюджетних коштів здійснюється відповідними міністерствами та відомствами (наприклад, МОЗ зі своїми територіальними підрозділами, Державна санітарно-епідеміологічна служба, Державна служба з лікарських засобів, Державна служба з питань протидії ВІЛ/СНІДу). Фінансування цих програм є важливим елементом державного управління, що поглинає значні фінансові ресурси.

Основна складність полягає у довготривалості програм охорони здоров'я, що робить їх прогнозування проблематичним для контролюючих органів, джерел фінансування та навіть самих ініціаторів. Фінансовий менеджмент цих програм є складним, необхідне залучення багатьох осіб, що виконують різноманітні ролі: від відповідальних виконавців до контролерів, від ініціаторів до кінцевих користувачів у межах державних та регіональних ініціатив.

Видатки Державного бюджету на охорону здоров'я у 2024 р. загально склали 203,4 млрд. грн.

Програма медичних гарантій була розширена: її бюджет зріс на 16 млрд. грн. і в 2024 р. становить 158,8 млрд. грн.

Надання якісної медичної допомоги потребує оновлення за сучасними вимогами матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я. Тому в бюджеті враховано видатки на централізовану закупівлю високовартісного медичного обладнання в обсязі 2,8 млрд грн, із них 1,6 млрд грн для розбудови системи високоточної діагностики раку.

Війна спричинює й інші виклики, які зумовлюються підвищеними ризиками щодо епідеміологічної ситуації на території України. Для забезпечення прогнозування, виявлення та реагування на спалахи інфекційних та неінфекційних хвороб, надзвичайні ситуації передбачено 4,9 млрд грн на систему громадського здоров'я, зокрема 544,8 млн грн для закупівлі лабораторного обладнання для розбудови мережі центрів контролю та профілактики хвороб.

Отже, незважаючи на складну ситуацію в державі у зв'язку з воєнним станом, Уряд вживає всіх можливих заходів для своєчасного забезпечення доступу населення до необхідної медичної допомоги.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНОГО НЕКОМЕРЦІЙНОГО ПІДПРИЄМСТВА «МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ № 4» ДНІПРОВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ В УМОВАХ ВІЙНИ

2.1. Загальна характеристика діяльності лікарні та її управлінської структури

Комунальне некомерційне підприємство «Міська клінічна лікарня № 4» Дніпровської міської ради є однією з ключових медичних установ міста Дніпро, яка має довгу та насичену історію. З моменту свого заснування лікарня пережила низку трансформацій, відображаючи зміни в системі охорони здоров'я України та адаптуючись до нових соціальних, економічних і політичних реалій.

Лікарня № 4 була заснована в другій половині ХХ століття, коли Дніпро (тодішній Дніпропетровськ) стрімко розвивався як індустріальне та наукове місто [26]. У ті роки уряд Радянського Союзу активно будував інфраструктуру охорони здоров'я, аби забезпечити належний медичний догляд для швидко зростаючого населення міста. Лікарня почала свою діяльність як багатопрофільний медичний заклад, який надавав медичну допомогу широкому спектру пацієнтів. В перші десятиліття свого існування лікарня була частиною централізованої системи охорони здоров'я, характерної для радянської моделі. Основним завданням було обслуговування як місцевого населення, так і робітників великих підприємств, яких у Дніпрі було чимало. Структура лікарні була тісно пов'язана з соціальною політикою держави, яка забезпечувала безкоштовне медичне обслуговування для всіх громадян.

Після Другої світової війни та в період відбудови радянської економіки лікарня почала розширювати спектр своїх послуг. Було відкрито кілька спеціалізованих відділень, таких як кардіологія, хірургія, травматологія, анестезіологія та інші. Завдяки цьому лікарня стала одним з основних центрів надання медичних послуг у Дніпрі та регіоні. У 1970-х та 1980-х роках лікарня

активно впроваджувала нові технології та методи лікування. Зокрема, розвиток кардіології та хірургії дозволив зменшити смертність від серцево-судинних захворювань, які були однією з основних причин смертності в Україні. Було налагоджено співпрацю з медичними інститутами та науково-дослідними центрами, що сприяло підвищенню якості медичних послуг.

Після розпаду Радянського Союзу та проголошення незалежності України в 1991 році, система охорони здоров'я країни зазнала значних змін. Лікарня № 4 зіткнулася з новими викликами, пов'язаними з економічною нестабільністю, дефіцитом фінансування та реформуванням державної системи охорони здоров'я. На початку 1990-х років лікарня, як і багато інших медичних установ країни, відчувала брак фінансових ресурсів, що вплинуло на якість обслуговування. В цей період лікарня пережила низку реформ, спрямованих на оптимізацію витрат і підвищення ефективності використання ресурсів. Одним із важливих кроків було перетворення лікарні в комунальне некомерційне підприємство, що дозволило їй більш гнучко реагувати на фінансові виклики та шукати додаткові джерела фінансування. Попри труднощі, лікарня змогла зберегти свої медичні кадри та продовжила надавати послуги високого рівня. У 1990-х роках була модернізована матеріально-технічна база закладу, зокрема придбано нове медичне обладнання для хірургічного та терапевтичного відділень.

З початком 2000-х років лікарня № 4 продовжувала розвиватися, реагуючи на зміни в системі охорони здоров'я та нові потреби населення. Одним із основних завдань стало впровадження сучасних стандартів лікування та діагностики, що відповідало європейським і світовим тенденціям у галузі медицини. У цей період лікарня активно співпрацювала з міжнародними організаціями та фондами, що дозволило залучати додаткове фінансування для придбання обладнання та проведення навчання для медичних працівників. Також було проведено низку заходів для покращення умов перебування пацієнтів у лікарні, зокрема ремонти відділень і оновлення палат. У 2010-х роках лікарня почала впроваджувати нові форми організації медичних послуг, такі як денний

стаціонар та амбулаторне лікування, що дозволило підвищити ефективність використання ресурсів та зменшити навантаження на лікарів і медперсонал. Було вдосконалено систему електронного документообігу, що значно полегшило роботу адміністрації закладу та забезпечило кращий контроль за наданням медичних послуг.

На початок 2020-х років лікарня № 4 продовжує залишатися одним із провідних медичних закладів у Дніпрі. У 2020 році, у зв'язку з пандемією COVID-19, лікарня зіткнулася з новими викликами. Було оперативно розгорнуто відділення для лікування пацієнтів із коронавірусною інфекцією, закуплено новітнє обладнання для діагностики та лікування COVID-19, зокрема апарати штучної вентиляції легенів. Пандемія також прискорила впровадження нових технологій у роботу лікарні, таких як телемедицина та дистанційний моніторинг стану пацієнтів. Завдяки цьому лікарня змогла продовжувати надавати високоякісні медичні послуги навіть в умовах значного навантаження на систему охорони здоров'я. У 2021–2023 роках лікарня активно брала участь у національній програмі медичних реформ, яка передбачає перехід до нової моделі фінансування медичних закладів через механізм державного медичного страхування. Це дозволило лікарні покращити фінансову стабільність і продовжити розвиток своїх послуг.

Щорічно тут лікується більше 33000 чоловік, виконується понад 10000 операцій. З 2023р. лікарня законтракована на 24 пакетів медичних послуг (НСЗУ).

Згідно з Статутом, Комунальне некомерційне підприємство «Міська клінічна лікарня № 4» Дніпровської міської ради – заклад охорони здоров'я – комунальне унітарне некомерційне підприємство, що надає послуги вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги будь-яким особам у порядку та на умовах, установлених законодавством України та Статутом. Підприємство створено на підставі рішення Дніпровської міської ради від 19.06.2019 р. № 70/46 відповідно до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» шляхом перетворення Комунального закладу «Міська клінічна лікарня № 4»

Дніпровської міської ради у Комунальне некомерційне підприємство «Міська клінічна лікарня № 4» Дніпровської міської ради. Скорочене найменування Підприємства – КНП «МКЛ № 4» ДМР. Місце знаходження: вул. Ближня, 31, м. Дніпро, Дніпропетровська область, 49102, Україна.

Власником Підприємства є територіальна громада міста Дніпра, в особі Дніпровської міської ради, ІК 26510514, місцезнаходження: пр. Дм. Яворницького, буд. 75, м. Дніпро, Дніпропетровська область, 49000, Україна. Підприємство є підпорядкованим, підзвітним та підконтрольним департаменту охорони здоров'я населення Дніпровської міської ради.

Основною метою створення Підприємства є надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в порядку та обсягах, установлених чинним законодавством України [26]. Надання своєчасної, якісної медичної допомоги населенню, розвиток медичної науки в галузі діагностики та лікування захворювань – головна мета діяльності закладу [26].

КНП «МКЛ № 4» ДМР у своїй діяльності керується Конституцією України, Господарським та Цивільним кодексами України, законами України, постановами Верховної Ради України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, загальнообов'язковими для всіх закладів охорони здоров'я наказами та інструкціями Міністерства охорони здоров'я України, загальнообов'язковими нормативними актами інших центральних органів виконавчої влади, відповідними рішеннями місцевих органів виконавчої влади, рішеннями міської ради та її виконавчого комітету, розпорядженнями міського голови, наказами департаменту охорони здоров'я населення Дніпровської міської ради та Статутом [2].

До основних завдань, функцій та повноважень Комунального некомерційного підприємства «Міська клінічна лікарня № 4» Дніпровської міської ради відносяться:

– створення разом із Власником умов, необхідних для забезпечення доступної та якісної медичної допомоги населенню, організації належного

управління внутрішнім лікувально-діагностичним процесом і ефективного використання майна та інших ресурсів Підприємства;

– надання пацієнтам відповідно до вимог чинного законодавства України на безвідплатній та відплатній основі послуг вторинної (спеціалізованої) стаціонарної медичної допомоги, у тому числі екстреної (невідкладної), необхідної для забезпечення належної профілактики, діагностики і лікування хвороб, травм, отруєнь чи інших розладів здоров'я, медичного контролю за перебігом вагітності та ведення пологів і післяпологового періоду;

– надання пацієнтам відповідно до вимог чинного законодавства України на безвідплатній та відплатній основі спеціалізованої амбулаторної медичної допомоги (спеціалізована медична практика);

– організація, у разі потреби, надання пацієнтам медичної допомоги більш високого рівня спеціалізації на базі інших закладів охорони здоров'я шляхом направлення пацієнтів до цих закладів у порядку, встановленому законодавством України;

– організація взаємодії з іншими закладами охорони здоров'я з метою забезпечення наступництва у наданні медичної допомоги на різних рівнях та ефективного використання ресурсів системи медичного обслуговування;

– проведення експертизи тимчасової непрацездатності та контролю за видачею листків непрацездатності;

– направлення на медико-соціальну експертизу осіб зі стійкою втратою працездатності;

– проведення профілактичних оглядів;

– виробництво лікарських засобів;

– придбання, зберігання, перевезення, реалізація (відпуск), знищення, використання наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів;

– організація та проведення з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій, наукових форумів, круглих столів, семінарів тощо;

– видавнича діяльність (науково-виробничі, науково-практичні, навчальні та довідкові видання);

- видавництво навчальної та монографічної літератури;
- навчально-методична, науково-дослідницька робота;
- розробка та втілення спільно з співробітниками вищих медичних навчальних закладів усіх рівнів акредитації нових технологій в області діагностики та лікування захворювань, а також пов'язана з цим діяльність, в тому числі в рамках програм міжнародних клінічних досліджень. Участь у клінічних іспитах сучасних фармакологічних препаратів.

- провадження зовнішньоекономічної діяльності згідно із законодавством України;

- здійснення навчання та безперервний професійний розвиток лікарів закладу, лікарів-інтернів;

- здійснення іншої, не забороненої законодавством України діяльності, необхідної для належного забезпечення та підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, управління ресурсами, розвитку та підвищення якості кадрового потенціалу Підприємства [27].

Підприємство надає медичні послуги на підставі ліцензії на медичну практику. КНП «МКЛ № 4» ДМР зобов'язане:

- керуватись у своїй діяльності Конституцією України, законами України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, нормативно-правовими актами Міністерства охорони здоров'я України, іншими нормативно-правовими актами, рішеннями міської ради та її виконавчого комітету, розпорядженнями міського голови, наказами департаменту охорони здоров'я населення Дніпровської міської ради та цим Статутом;

- планувати свою діяльність з метою реалізації єдиної комплексної політики в галузі охорони здоров'я за відповідним напрямком (мети та предмета діяльності);

- створювати для працівників належні і безпечні умови праці, забезпечувати додержання чинного законодавства України про працю, правил та норм охорони праці, техніки безпеки, соціального страхування;

– забезпечувати своєчасну сплату податкових та інших обов’язкових платежів з урахуванням своєї статутної діяльності та відповідно до чинного законодавства України [27].

Комунальне некомерційне підприємство «Міська клінічна лікарня № 4» Дніпровської міської ради – потужний сучасний заклад [2]. Організаційна структура управління КНП «МКЛ № 4» ДМР затверджена з 01.01.2024 року (рис. 2.1 – рис. 2.2). КНП «МКЛ № 4» ДМР очолює генеральний директор – Бут Наталя Олександрівна. Генеральному директору підпорядковані: медичний директор з лікувально-діагностичної роботи; медичний директор з хірургічної допомоги; директор Філії за напрямом «Інфекційні хвороби»; заступник генерального директора з технічних питань; головний бухгалтер; провідний юрисконсульт; уповноважений з антикорупційної діяльності; головна медична сестра; відділ (начальник) організаційно-кадрової роботи; планово-економічний відділ (начальник); інженер з охорони праці; провідний фахівець з питань цивільного захисту; господарський відділ (начальник); відділ (завідувач) інфекційного контролю; статистично-аналітичний відділ (керівник).

Медичному директору з лікувально-діагностичної роботи підпорядковані: терапевтичний стаціонар та допоміжні лікувально-діагностичні кабінети і відділення, клініко-діагностична лабораторія, кабінет медичного догляду, харчоблок (склад продуктів харчування), фармацевт (склад лікарських засобів та медичних виробів).

Медичному директору з хірургічної допомоги підпорядковані хірургічний стаціонар та допоміжні лікувально-діагностичні кабінети і відділення в т.ч: операційне відділення з централізованим операційним блоком та стерилізаційним відділом, відділення анестезіології та інтенсивної терапії, травматологічний пункт, рентгенівське відділення, відділення трансфузіології, відділення ендоскопії, патологоанатомічне відділення.

СХЕМА СТРУКТУРНОГО ПІДПОРЯДКУВАННЯ
в Коштовному некомерційному підприємстві "Міська багатопрофільна клінічна лікарня № 4" Дніпровської міської ради

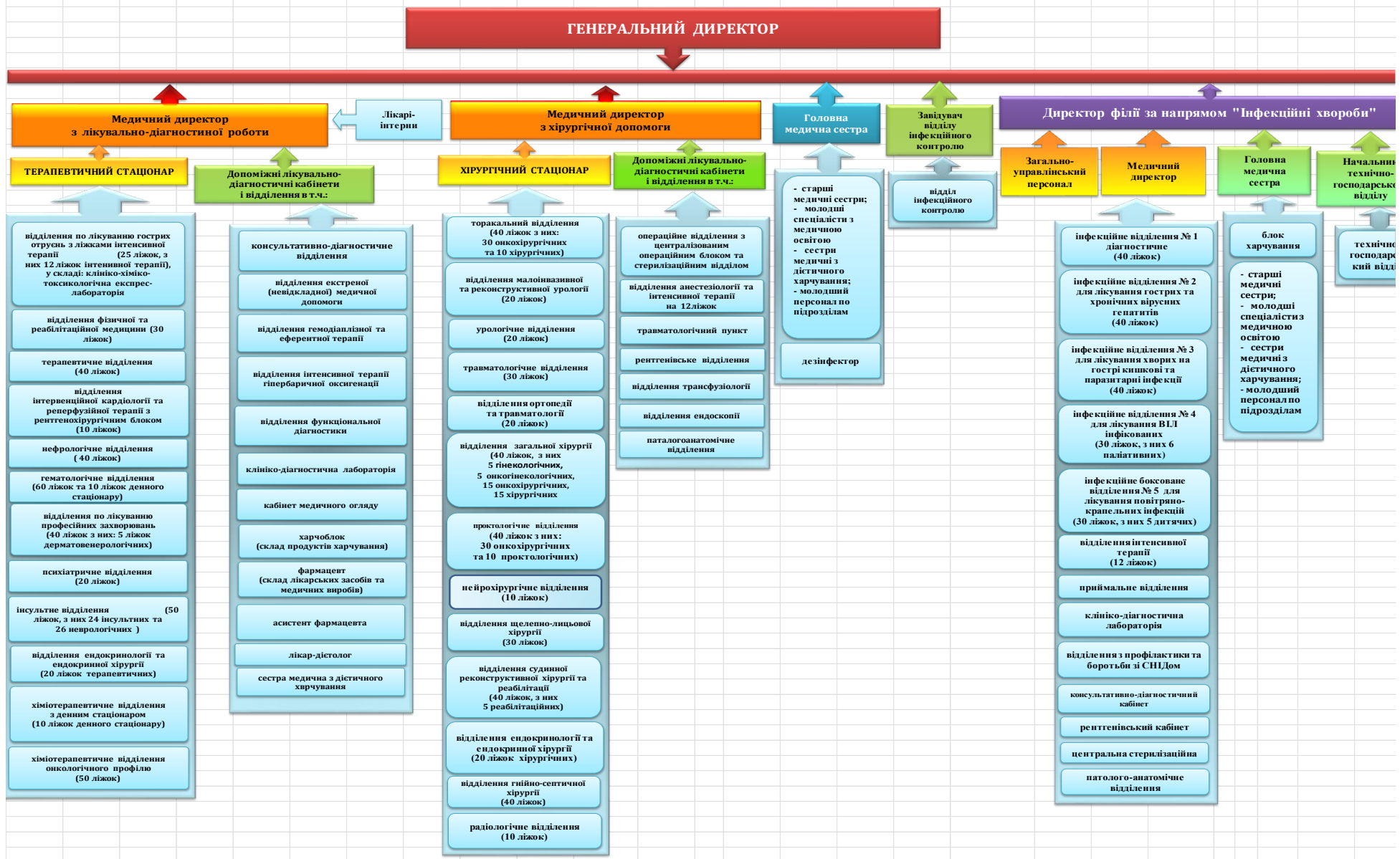


Рис. 2.1. Організаційна структура КНП «МКЛ № 4» ДМР



Рис. 2.2. Організаційна структура КНП «МКЛ № 4» ДМР

Директору Філії за напрямом «Інфекційні хвороби» підпорядковані: загально-управлінський відділ, інфекційне відділення № 1 – № 5, відділення інтенсивної терапії, приймальне відділення, клініко-діагностична лабораторія, відділення з профілактики та боротьби зі СНІДом, консультативно-діагностичний кабінет, рентгенівський кабінет, центральна стерилізаційна, патолого-анатомічне відділення, господарський відділ, блок харчування.

Заступнику генерального директора з технічних питань підпорядковуються інженерно-технічний відділ і технічна служба. Головному бухгалтеру підпорядковується бухгалтерія. Головній медичній сестрі підпорядковуються: сестри медичні старші (брат медичний старший) в межах функціональних обов'язків; сестра медична (брат медичний) з дієтичного харчування в межах функціональних обов'язків; молодші спеціалісти з медичною освітою (фахових молодших бакалаврів), фахівцям з початковим рівнем (короткий цикл) вищої медичної освіти, першим (бакалаврський) рівнем вищої медичної освіти і магістрів з медсестринства в межах функціональних обов'язків; молодші медичні сестри (брати) всіх найменувань в межах функціональних обов'язків.

Начальнику планово-економічного відділу підпорядкований планово-економічний відділ. Начальнику відділу організаційно-кадрової роботи підпорядкований відділ організаційно-кадрової роботи. Завідувачу відділу інфекційного контролю підпорядкований відділ інфекційного контролю. Начальнику господарського відділу підпорядковується господарський відділ. Керівнику статистично-аналітичного відділу підпорядковується статистично-аналітичний відділ.

Всі працівники підприємства підпорядковуються керівникам структурних підрозділів відповідно до структури, штатного розпису і посадових інструкцій.

КНП «МКЛ № 4» ДМР активно бере участь в розвитку сучасних підходів до європейської інтеграції:

- Міжнародне медичне партнерство;
- розвиток на базі медичного закладу пріоритетних євроінтеграційних напрямів в охороні здоров'я;
- євроінтеграція у сфері охорони здоров'я (фармацевтика, медичні послуги, громадське здоров'я та кадровий потенціал);
- залучення іноземних лікарів для навчання та обміну досвідом;
- навчання лікарів КНП «МКЛ № 4» ДМР на базі найкращих лікарень світу;
- співпраця з Європейським агентством з лікарських засобів;
- адаптації роботи українських лікарень до міжнародних стандартів;
- навчання працівників грамотного використання штучного інтелекту у сфері охорони здоров'я.

Сучасна тенденція цифрових перетворень системи управління та надання послуг з використанням технологій Інтернету речей спонукає до цифровізації сфери охорони здоров'я в Україні з метою забезпечення прозорості та ефективності управління нею. Впровадження системи електронного здоров'я має суттєве значення для розвитку електронного урядування в Україні. Комунальне некомерційне підприємство «Міська клінічна лікарня № 4» Дніпровської міської ради є активним користувачем систем електронного здоров'я.

2.2. Аналіз основних проблем у роботі медичних закладів в умовах війни

Інвестиції в людський капітал, зокрема у здоров'я нації, є фундаментом суспільного добробуту та розвитку держави. Здоров'я є ключовим фактором конкурентоспроможності країни, її економічної стабільності, наукового прогресу та обороноздатності. Воно також створює сприятливу соціальну атмосферу та довіру до держави, а лікар є гарантом його збереження. Система

охорони здоров'я України стикається з численними викликами, що послаблюють її ефективність. Однак, реформи, націлені на боротьбу з корупцією, нове фінансування, модернізацію медичних закладів та впровадження інновацій, можуть змінити ситуацію. Важливо також залучити та мотивувати кваліфікованих фахівців. Кінцева мета цих заходів – забезпечення якісною та доступною медичною допомогою для всіх українців.

Широкі можливості для розвитку сфери охорони здоров'я для України надає її участь у реалізації Європейської програми роботи «Спільні дії для міцнішого здоров'я» (European Programme of Work, EPW) – це стратегічна рамка Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) для Європейського регіону на період 2020-2025 років [28]. Вона спрямована на покращення здоров'я та благополуччя всіх людей у регіоні, акцентуючи увагу на зменшенні нерівностей у сфері охорони здоров'я.

EPW базується на наступних наскрізних принципах:

- здоров'я для всіх: забезпечення рівного доступу до охорони здоров'я для всіх, незалежно від соціального статусу, місця проживання чи інших факторів;
- міжсекторальна співпраця: залучення різних секторів суспільства, таких як освіта, соціальний захист, навколишнє середовище, до покращення здоров'я;
- участь громадськості: залучення громадян до процесу прийняття рішень щодо охорони здоров'я;
- орієнтація на дані та докази: використання наукових даних для прийняття рішень і розробки політики.

Основою стратегічного бачення EPW є чотири основні цілі, реалізація яких передбачає виконання відповідних завдань:

1. Забезпечити, щоб усі люди мали доступ до якісних та необхідних медичних послуг без фінансових труднощів:

- зміцнення первинної медичної допомоги;

- розширення доступу до основних ліків і вакцин;
- створення стійких систем фінансування охорони здоров'я;
- інтеграція послуг охорони здоров'я з соціальними послугами;

2. Посилити готовність до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я, таких як пандемії, спалахи інфекційних хвороб та стихійні лиха, а також ефективно реагувати на них:

- зміцнення епідеміологічного нагляду та лабораторної діагностики;
- розвиток потенціалу для швидкого реагування на спалахи;
- посилення міжсекторальної координації у сфері надзвичайних ситуацій;
- забезпечення доступу до необхідних ресурсів під час криз.

3. Створити сприятливі умови для здорового життя, включаючи профілактику неінфекційних захворювань та сприяння психічному здоров'ю.

- зменшення факторів ризику неінфекційних захворювань (наприклад, тютюнопаління, нездорове харчування, низька фізична активність);
- сприяння здоровому способу життя через освіту та просування здоров'я;
- поліпшення послуг з охорони психічного здоров'я;
- забезпечення здорового та безпечного навколишнього середовища;

4. Створення сильних та стійких систем охорони здоров'я на основі даних і доказів:

- зміцнення потенціалу управління охороною здоров'я;
- інвестування в інформаційні системи охорони здоров'я та дослідження;
- забезпечення залучення громадськості до процесу прийняття рішень;
- сприяння співпраці між країнами та організаціями [28].

Для України ця програма є важливим орієнтиром для реформування системи охорони здоров'я в Україні, наближення її до європейських стандартів та досягнення цілей сталого розвитку. Зокрема, EPW допомагає Україні:

- розбудовувати ефективну систему первинної медичної допомоги;
- впроваджувати профілактичні програми щодо неінфекційних захворювань;
- посилювати готовність до надзвичайних ситуацій;
- створювати стійку та орієнтовану на потреби пацієнтів систему охорони здоров'я.

Треба відмітити, що постійний розвиток та стійкість сфери охорони здоров'я є однією із складових системи забезпечення національної безпеки [29].

У процесі впровадження медичної реформи, започаткованої в Україні у 2017 році, відбувається докорінне переосмислення діяльності вітчизняних закладів охорони здоров'я. Більшість із них уже трансформовано в комунальні некомерційні підприємства, що змушені конкурувати за пацієнта. Однак, не завершивши всі заплановані етапи реформи, країна зіткнулася з новим складним викликом: різким зростанням навантаження на систему охорони здоров'я, спричиненим повномасштабними воєнними діями росії проти України, які розпочалися 24 лютого 2022 року.

Ця ситуація обумовлена не лише масштабними руйнуваннями та пошкодженнями медичних закладів, а й значним підвищенням попиту на медичну допомогу та послуги, пов'язані з лікуванням поранень, травм і захворювань, отриманих унаслідок бойових дій. Подібна потреба була нехарактерною для мирного часу, що спричинило нестачу фахівців у цій сфері. За таких умов, визначення стратегічних напрямів розвитку українських закладів охорони здоров'я стає пріоритетом для стабілізації ситуації та ефективної відповіді на нові виклики як в умовах війни, так і під час післявоєнної відбудови. Відповідно до дослідження «Два роки під прицілом.

Медичні та освітні заклади, з якими воює росія», проведеного Українською Гельсінською спілкою з прав людини, за два роки війни в Україні зруйновано близько 50% закладів охорони здоров'я [30].

За даними моніторингу руйнувань закладів охорони здоров'я, проведеного Міністерством охорони здоров'я України (МОЗУ), «з початку повномасштабного вторгнення і до 4 січня 2024 року зафіксовано руйнування 1696 об'єктів закладів охорони здоров'я. З них зруйновано – 195, а пошкоджено – 1501». Найбільша кількість зруйнованих та пошкоджених закладів охорони здоров'я зафіксована у прифронтових територіях, зокрема: у Харківській (348), Херсонській (204) та Донецькій (257) областях.

За даними ВООЗ, «від початку повномасштабного вторгнення росії в Україну в лютому 2022 року «верифіковано 1682 атаки на медичну систему, що призвело до 128 смертей і 288 поранень медичного персоналу й пацієнтів». Протягом першого кварталу 2024 року із 68 атак, підтверджених ВООЗ, 12 (майже 20%) були спрямовані на служби екстреної медичної допомоги, включно з дев'ятьма атаками на пункти базування екстреної медичної допомоги, сім атак призвели до пошкодження машин швидкої допомоги та шість атак пошкодили обладнання екстреної медичної допомоги.

Важливо наголосити, що з кожним днем продовження війни кількість зруйнованих та пошкоджених закладів охорони здоров'я, а також убитих і поранених медичних працівників зростає. З кожним днем бойових дій систематично зростає кількість травмованих серед військових та цивільного населення. Така ситуація є загрозливою та вимагає посилення захисту медичних працівників та пацієнтів, а також організації безперервного надання основних медичних послуг.

В умовах війни фінансування лікування та подальшої медичної реабілітації українських військових і цивільного населення лягла на плечі держави. Попри воєнний стан в Україні працює розгалужена система закладів охорони здоров'я, в яких медична допомога та медичні послуги надається

кожній людині – як цивільній, так і військовій. Протягом останніх років проведена значна робота в цій сфері: розроблено нові та удосконалено вже існуючі нормативно-правові акти, розширено пакети програми медичних гарантій та підвищено вимоги до закладів охорони здоров'я, які надають реабілітаційні послуги. Також в Україні відбудовано декілька великих реабілітаційних закладів. Окрім цього запроваджено програми навчання та підвищення кваліфікації медичних працівників, налагоджено обмін досвідом з міжнародними експертами в цій сфері.

Проте сама система реабілітації військових в Україні влаштована хаотично. За даними дослідження «Шлях пораненого: потреби, проблеми та бачення майбутнього», яке у вересні 2023 року презентував правозахисний центр для військовослужбовців «Принцип», «більше ніж половина військових не отримують інформацію про можливості реабілітації та змушені шукати її самі. А 68% використовували власні кошти для лікування та реабілітації».

Найбільш гострими проблемами вітчизняної системи реабілітації військових є: ускладнений маршрут пораненого; брак вільних місць та навчених фахівців; інформаційний вакуум пацієнтів та їх родин; не залучення військової частини до процесу реабілітації; неякісна психологічна реабілітація; відсутність або недостатня поширеність допоміжних видів реабілітації (ігрової, дружньої, родинної, освітньої, соціальної, енімал- та бізнес-реабілітації).

Саме тому для повноцінної адаптації вітчизняних закладів охорони здоров'я до умов війни та післявоєнного відбудови, а також їх подальшого розвитку в умовах конкуренції особливої важливості набуває започаткування або відновлення надання реабілітаційних послуг військовим та цивільним громадянам.

В умовах війни Україна не залишається сам на сам з ворогом. Долати його та підтримувати громадян допомагають інші країни та міжнародні організації. З початком війни в Україні започатковано нову ініціативу МОЗУ

в сфері міжнародної співпраці на рівні конкретних закладів охорони здоров'я – міжнародне медичне партнерство.

Міжнародне медичне партнерство – це проєкт, який заснований і реалізується під патронатом Третього саміту перших леді та джентльменів. Його мета полягає у «створенні довгострокових взаємовигідних партнерств, спрямованих на підсилення технічного, експертного, наукового та управлінського потенціалу конкретних закладів. Вони формують спроможну мережу закладів охорони здоров'я, що здатна трансформувати спільний досвід у наданні психологічної та реабілітаційної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії російської федерації у передові глобальні практики і політики». В рамках цієї ініціативи укладено 25 меморандумів про міжнародне медичне партнерство між закладами охорони здоров'я України та країн, які підтримали декларацію. Вітчизняні заклади охорони здоров'я знаходяться у 11 областях: Вінницькій, Дніпропетровській, Закарпатській, Івано-Франківській, Київській, Львівській, Миколаївській, Одеській, Рівненській, Тернопільській областях та м. Києві. Серед закладів охорони здоров'я, які стали партнерами, багатопрофільні (зокрема університетські) лікарні, дитячі лікарні, спеціалізовані онкологічні та психіатричні заклади, медичні університети з Австрії, Данії, Естонії, Ізраїлю, Іспанії, Канади, Латвії, Литви, Молдови, Нідерландів, Північної Македонії, Польщі, Франції».

Незважаючи на не завершений процес реформування та значні збитки, завдані повномасштабними військовими діями росії проти України, вітчизняна система охорони здоров'я успішно адаптується до викликів та продовжує розвиватися.

Якщо узагальнити, то в умовах повномасштабної війни, яка триває на території України, заклади охорони здоров'я опинилися перед низкою гострих проблем та викликів, пов'язаних як з безпосереднім впливом бойових дій, так і з більш системними факторами. Основні труднощі можна поділити на кілька категорій:

1. Матеріально-технічні та інфраструктурні проблеми:

- знищення та пошкодження медичної інфраструктури. Лікарні, амбулаторії, поліклініки, станції швидкої допомоги часто знаходяться під загрозою обстрілів, вибухів та ракетних ударів. Руйнування медичних об'єктів та комунікацій суттєво ускладнюють надання планової та ургентної допомоги;
- нестача медичного обладнання та матеріалів. Через порушення логістичних ланцюжків, труднощами з поставками, блокуванням транспортних шляхів медичні заклади відчують дефіцит життєво важливих ліків, витратних матеріалів, хірургічного обладнання, перев'язувальних засобів тощо.
- перебої з енергопостачанням і зв'язком. ЗОЗ стикаються із частими перебоями в електро- та водопостачанні, що негативно впливає на роботу операційних, відділень інтенсивної терапії, лабораторій. Відсутність стабільного доступу до інтернету та зв'язку ускладнює координацію дій медиків.

2. Кадрові проблеми та професійне вигорання:

- нестача медичних працівників. Велика кількість лікарів, медсестер та іншого персоналу виїхали з зон активних бойових дій або були евакуйовані. Частина медиків була призвана до лав Збройних Сил, що створює дефіцит кваліфікованого персоналу;
- високе навантаження та стрес. Ті медики, які залишаються, працюють у надзвичайно складних умовах – довгі зміни, ургентні операції у непридатних приміщеннях, постійна загроза життю. Це призводить до емоційного та фізичного вигорання, підвищених ризиків помилок, зниження морального духу.

3. Медичне забезпечення постраждалих та внутрішньо переміщених осіб:

- зростання кількості пацієнтів з воєнними травмами. До лікарень поступає значна кількість поранених як серед військових, так і цивільного

населення, у тому числі дітей. Потрібен високий рівень травматологічної, хірургічної, інтенсивної та реабілітаційної допомоги;

- забезпечення первинної медичної допомоги ВПО. Мільйони людей змушені були залишити свої домівки, переїхавши у більш безпечні регіони. ЗОЗ у цих регіонах мають перерозподілити ресурси для надання базових медичних послуг, вакцинації, лікування хронічних захворювань людям, які втратили доступ до попередніх лікарів чи медичних закладів.

4. Психологічна і психічна підтримка пацієнтів та персоналу:

- зростання кількості пацієнтів з психоемоційними розладами. Страх, тривога, посттравматичний стресовий розлад стають все більш розповсюдженими. ЗОЗ повинні надавати психологічну підтримку пацієнтам, які пережили бойові дії, втрату близьких та майна;

- підтримка медичного персоналу. Самі лікарі та медсестри піддаються сильному емоційному навантаженню, тому їм також необхідна психологічна підтримка, супервізія, можливість відпочинку чи ротації.

5. Погіршення епідеміологічної ситуації:

- поширення інфекційних хвороб. Погіршення гігієнічних умов, скупченість у тимчасових притулках, ускладнений доступ до чистої води та вакцин призводять до ризику спалахів інфекційних захворювань (кір, дифтерія, поліомієліт, туберкульоз);

- ускладнення профілактичних заходів. У воєнний час важко дотримуватися календаря профілактичних щеплень, проводити скринінги та профогляди. Це матиме довгострокові негативні наслідки для здоров'я населення.

6. Фінансові та управлінські виклики:

- обмежене фінансування та невизначеність бюджетів. Воєнні дії вимагають суттєвих видатків з державного бюджету на оборону, що зменшує ресурс для фінансування медицини. ЗОЗ змушені оптимізувати витрати та шукати додаткові ресурси.

– логістика та менеджмент в кризових умовах. Керівники ЗОЗ стикаються з необхідністю оперативно реагувати на динамічні ситуації, перерозподіляти кадри, медикаменти та обладнання, підтримувати зв'язок з гуманітарними організаціями, міжнародними партнерами.

Таким чином, в умовах війни перед закладами охорони здоров'я України постає комплекс проблем: від руйнування інфраструктури та дефіциту медичних ресурсів до кадрових складнощів та психоемоційного перевантаження персоналу. Проте, незважаючи на ці виклики, медична спільнота продовжує надавати допомогу, мобілізуючи внутрішні резерви та залучаючи міжнародну підтримку.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ ТА МЕХАНІЗМИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ

3.1. Зарубіжний досвід управління закладами охорони здоров'я та його використання в Україні

Провідним стратегічним завданням нашої держави в галузі охорони суспільного здоров'я є її реформування з метою забезпечення правових, фінансово-економічних, організаційних управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян України – отримання доступних і якісних медичних послуг та допомоги всіма категоріями населення.

Для досягнення цієї мети необхідно насамперед визначитись, якою в майбутньому буде модель системи охорони суспільного здоров'я в Україні, а відповідно, і система фінансування галузі. Світова практика охорони здоров'я виробила декілька моделей системи медичної допомоги, найбільш розповсюдженими серед яких є такі: «ринкова модель», система Бісмарка (ринкові відносини, що регулюються державою), модель Бевериджа та модель Семашка. Відповідно до цих моделей сформовані й реалізуються системи фінансування галузі.

Так звана «ринкова модель» охорони здоров'я, типовим представником якої є система США, базується на принципі надання медичних послуг на комерційній основі [31]. Це означає, що лікарі, медичні установи та інші надавачі медичних послуг діють як підприємства, що пропонують свої послуги за ринковими цінами. Пацієнти, зі свого боку, виступають споживачами цих послуг, оплачуючи їх вартість самостійно, зазвичай із використанням механізму добровільного медичного страхування. Страхові компанії, в цій системі, функціонують як звичайні суб'єкти ринку, головною метою яких є отримання прибутку.

Держава, в контексті ринкової моделі, відіграє відносно обмежену роль. Її функція полягає в першу чергу в правовому регулюванні відносин між різними учасниками ринку охорони здоров'я – між лікарями та пацієнтами, страховими компаніями та клієнтами, медичними закладами та їх постачальниками. Держава також може фінансувати певні соціальні програми, націлені на надання допомоги вразливим верствам населення або компенсацію найбільш очевидних недоліків ринкової моделі, таких як недоступність медичних послуг для малозабезпечених.

Однією з ключових характеристик ринкової системи є наявність добровільного медичного страхування. Хоча страхові компанії встановлюють певні верхні межі вартості страхових полісів та існують певні обмеження на ціни медичних послуг, більшість страхових планів покривають лише частину витрат пацієнта. Так, наприклад, часто страхове покриття складає дві третини від загальної суми, а решту пацієнт оплачує з власної кишені. Варто також зазначити, що існують спеціальні податкові пільги для малого та середнього бізнесу, які надають медичне страхування своїм співробітникам, що сприяє більшому охопленню населення страхуванням.

Попри ряд переваг, ринкова модель охорони здоров'я має і суттєві недоліки. Серед позитивних аспектів можна відзначити стимулювання впровадження інноваційних медичних технологій, високу інтенсивність праці медичного персоналу, покращення якості медичного обслуговування та гнучкість у перерозподілі ресурсів залежно від попиту та потреб ринку. Однак, основним та найсерйознішим недоліком є високі, навіть завищені ціни на медичні послуги. Ці ціни часто є непомірними для значної частини населення, створюючи серйозні фінансові бар'єри до отримання необхідної медичної допомоги.

В Україні, впровадження ринкової моделі охорони здоров'я вважається історично невиправданим та небажаним з цілого ряду причин. Експерти висловлюють серйозне занепокоєння щодо можливих наслідків

запровадження такої системи, зокрема щодо ймовірної «тихої приватизації» медичних закладів. Згідно їх побоювань, це може призвести до того, що лікувальні установи перейдуть у власність приватних комерційних структур, орієнтованих на отримання прибутку, а не на задоволення потреб пацієнтів та розвиток галузі охорони здоров'я в цілому. Ця орієнтація на прибуток може суттєво погіршити доступність та якість медичної допомоги для населення, особливо для найбільш вразливих його верств.

Модель охорони здоров'я, відома як «ринкові відносини під контролем держави», або ж модель Бісмарка, представляє собою відмінний підхід від суто ринкової системи. Ця модель базується на принципі загальнообов'язкового медичного страхування, що запроваджується на національному рівні. На відміну від ринкової моделі, де відповідальність за оплату медичних послуг здебільшого покладається на самих пацієнтів, модель Бісмарка передбачає активну участь держави в організації та фінансуванні системи охорони здоров'я, хоча й зберігає елементи ринкових відносин [32, 33].

У моделі Бісмарка, лікарі та інші медичні фахівці, попри те, що надають послуги на ринкових засадах, зберігають свою незалежність як суб'єкти ринку. Вони самостійно визначають перелік послуг, які вони надають, та ціни на них, хоча й перебувають у певних законодавчих рамках, встановлених державою. Проте, фінансування медичних послуг не покладається виключно на пацієнтів. Натомість, держава через законодавчі механізми зобов'язує роботодавців брати активну участь у фінансуванні системи охорони здоров'я. Це здійснюється шляхом внесків до так званих лікарняних кас, що є особливими страховими організаціями, створеними для управління медичним страхуванням.

Таким чином, модель Бісмарка передбачає механізм, де роботодавці частково компенсують вартість медичних послуг своїх працівників. Громадяни також беруть участь у фінансуванні системи, шляхом доплат, які покривають різницю між вартістю послуги та страховим відшкодуванням. Цей підхід

дозволяє розділити фінансове навантаження між роботодавцями та громадянами, забезпечуючи більш солідарний підхід до фінансування охорони здоров'я. Важливою відмінністю цієї моделі є те, що страхові організації, як повноцінні учасники ринку медичних послуг, зобов'язані використовувати усі зібрані кошти виключно на оплату медичної допомоги. Ця умова дозволяє гарантувати цільове використання коштів, зібраних від роботодавців та громадян.

Модель Бісмарка широко використовується у багатьох країнах Європи, зокрема в Австрії, Бельгії, Франції, Німеччині та Нідерландах. Її ключовою перевагою є солідарний підхід до фінансування системи, де кошти розподіляються між всіма членами суспільства, що дозволяє досягти відносної рівності у доступі до медичних послуг для всіх мешканців країни, незалежно від їхнього соціального та економічного статусу. Це особливо важливо для забезпечення того, щоб кожен, навіть найменш фінансово захищений громадянин, мав можливість отримати якісну та необхідну медичну допомогу.

Втім, попри свої переваги, модель Бісмарка, на думку українських фахівців та науковців, не є оптимальним варіантом для впровадження в Україні. Однією з ключових причин цього є відносно низький рівень доходів значної частини населення, що може зробити внески до лікарняних кас або доплати за медичні послуги надмірно обтяжливими. Крім того, створення та забезпечення функціонування розгалуженого адміністративного апарату, необхідного для складних розрахунків та взаємодії з медичними закладами в рамках такої моделі, вимагатиме значних додаткових фінансових витрат. Це ставить під сумнів її економічну ефективність в українських реаліях. Також слід зважати, що для успішного впровадження цієї моделі необхідний високий рівень довіри до державних та страхових інституцій, а також належний рівень контролю за використанням коштів, що може становити серйозний виклик для українського контексту.

Модель охорони здоров'я, що отримала назву моделі Бевериджа, є значним відходом від ринкових принципів у сфері надання медичних послуг. Її характерною ознакою є суттєве обмеження ринкових відносин між лікарями та пацієнтами, та вона базується на принципі, що медична допомога має бути доступною абсолютно для всіх громадян, незалежно від їхнього соціального становища, рівня доходів або інших особистих обставин. Головним гарантом забезпечення медичної допомоги у цій системі виступає держава. Це означає, що фінансування, організація та контроль за системою охорони здоров'я здійснюються державою [34, 35].

Однією з ключових особливостей моделі Бевериджа є те, що основним джерелом фінансування галузі охорони здоров'я є державний бюджет. Це відрізняє її від моделей, де використовуються механізми страхування чи приватні кошти. Всі податки, що збираються державою, частково використовуються для фінансування медичної допомоги, що надає змогу всім громадянам країни отримати необхідне медичне обслуговування. Це дозволяє створити систему охорони здоров'я, що є орієнтована на потреби населення, а не на отримання прибутку, що характерно для ринкових моделей.

У системі Бевериджа лікарі та інший медичний персонал виступають як наймані працівники, що перебувають на службі держави, а не як незалежні підприємці, що пропонують свої послуги на ринку. З цього випливає, що їхня оплата праці не залежить безпосередньо від кількості пацієнтів, яких вони прийняли, чи вартості наданих ними послуг, а встановлюється державою на основі кваліфікації, обсягу виконаної роботи та інших критеріїв. Пацієнти у цій системі позбавлені необхідності самостійно обирати медичних працівників або медичні заклади, орієнтуючись на ціни або рейтинги на ринку, а доступ до потрібної допомоги надається згідно з визначеною процедурою, розробленою державою.

Попри відсутність ринкових відносин у звичайному їх розумінні, між медичними працівниками у цій системі все ж зберігається певна конкуренція,

що стимулює їх до вдосконалення своєї кваліфікації та покращення якості надання послуг. Однак, ця конкуренція підтримується не коштами громадян, а ресурсами держави, яка створює стимули для медиків та забезпечує необхідні умови для їхнього професійного зростання. Розмір оплати праці медичних працівників залежить від багатьох факторів, включаючи їхню кваліфікаційну категорію, спеціалізацію, обсяг виконаної роботи та рівень досвіду.

Модель Бевериджа успішно реалізована в різних країнах світу, зокрема, в Канаді, Італії, Норвегії, Великій Британії та багатьох інших, що свідчить про її життєздатність. До основних переваг цієї моделі належать насамперед абсолютна доступність медичної допомоги для всіх громадян, незалежно від їхнього матеріального стану, що гарантує базову соціальну справедливість. Іншою важливою перевагою є відносна простота механізмів фінансування та розрахунків у галузі охорони здоров'я, що спрощує адміністративне управління та знижує витрати на його здійснення.

Разом із тим, слід відзначити, що система Бевериджа потребує значних фінансових ресурсів з боку держави, адже фінансування системи охорони здоров'я повністю покладається на державний бюджет. Це може створювати значні економічні виклики, особливо у тих країнах, де рівень економічного розвитку є недостатнім. В українському контексті на даний час це видається особливо складною проблемою, адже галузь охорони здоров'я постійно потерпає від хронічного недофінансування. Існує також занепокоєння, що модель, де рішення приймає виключно держава, може страждати від надмірної бюрократії та зниженої чутливості до індивідуальних потреб пацієнтів.

Четверта модель організації системи охорони здоров'я, відома як модель Семашка, являє собою найбільш радикальний відхід від ринкових принципів. Вона повністю виключає ринкові механізми в сфері надання медичних послуг, замінюючи їх на державну адміністративно-командну систему. Це означає, що всі аспекти функціонування охорони здоров'я, починаючи від фінансування і

закінчуючи розподілом ресурсів та організацією роботи медичних установ, перебувають під повним контролем держави [36, 37].

Основоположним принципом моделі Семашка є те, що всі витрати на надання медичної допомоги покриваються виключно за рахунок державного бюджету. Іншими словами, не передбачається ніякого іншого джерела фінансування, окрім податків, зібраних державою. За цією моделлю, медична допомога розглядається не як товар чи послуга, а як гарантоване соціальне право громадян, що забезпечується державою. Це радикально відрізняє її від усіх попередньо описаних моделей, які в більшій чи меншій мірі зберігають ринкові відносини у системі охорони здоров'я.

Метою повної заміни ринкових механізмів на державне управління, є викорінення недоліків, притаманних ринковій системі. У моделі Семашка взаємодія між лікарями та пацієнтами чітко регламентована державою, при цьому враховуються планово-розподільчі принципи господарювання. Це означає, що держава визначає як структуру медичної допомоги, так і обсяги необхідних ресурсів, а також визначає, хто, де, та яку саме допомогу має надавати. Лікарі та інші медичні працівники працюють за фіксованими планами та завданнями, встановленими державою.

Історично, модель Семашка довела свою ефективність в екстремальних ситуаціях, таких як війни та епідемії, коли потрібна швидка та централізована мобілізація ресурсів для надання медичної допомоги великій кількості постраждалих. Централізоване управління та розподіл ресурсів в цій моделі дозволяє максимально швидко забезпечити доступ до медичної допомоги навіть у найскладніших умовах, адже пріоритетом стає саме доступність, а не економічна вигода.

Однак, разом з певними перевагами, модель Семашка має суттєві недоліки, що суттєво обмежують її ефективність у мирний час. Одним з головних недоліків є низький темп розвитку галузі в цілому, що зумовлюється відсутністю конкуренції та слабким стимулюванням впровадження

інноваційних підходів. Оскільки всі ресурси розподіляються за планом, часто не враховуються індивідуальні потреби конкретних пацієнтів, а також гальмується технологічне оновлення медичної сфери. Крім того, для цієї моделі характерною є відсутність стимулів для поліпшення якості медичної допомоги. Оплата праці медиків, яка, як правило, є досить низькою, не залежить безпосередньо від якості їхньої роботи, що призводить до зниження мотивації у професійному розвитку. Ще одним недоліком є значний ризик повернення до неефективної планової економіки з її надмірною бюрократією та відірваністю від реальних потреб населення.

У підсумку, модель Семашка хоч і може бути ефективною у кризових умовах, в цілому вона не здатна забезпечити високий рівень розвитку та якості медичної допомоги в умовах сучасності, що робить її менш привабливою в порівнянні з іншими системами охорони здоров'я, які базуються на більш збалансованому підході з урахуванням ринкових механізмів, конкуренції та потреби у якісній мотивації працівників.

В Чехії, після краху тоталітарної системи уряд здійснив реорганізацію охорони здоров'я країни, завершену в 1993 – 1994 рр.

Основні принципи трансформації системи:

- децентралізація – передача певних функцій регулювання муніципальним департаментам охорони здоров'я;
- демонополізація та приватизація – більшість закладів первинної медико-санітарної допомоги, фармацевтичної промисловості, стоматологічної допомоги та санаторно-курортного лікування перебувають у приватній власності, і лише структури, що здійснюють стаціонарну допомогу, і переважна більшість клінік та інститутів є державними;
- лібералізація – вільний вибір страхової організації, лікувального закладу та лікаря;
- запровадження обов'язкового медичного страхування (ОМС).

Дуже швидко ці нововведення запрацювали як єдиний злагоджений механізм, що дало змогу в найкоротші терміни перейти на якісно вищий рівень медичного обслуговування населення.

У Чехії система обов'язкового медичного страхування (ОМС) базується на моделі регуляторної конкуренції. Це означає, що кількість страхових компаній не обмежена, але розмір страхової премії, яку отримує страхувальник, регулюється і залежить від кількості та складу застрахованих осіб. Такий підхід мінімізує відбір «вигідних» клієнтів страховиками.

Страхові компанії в Чехії самостійно збирають внески з працюючого населення. Зібрані кошти вони розподіляють: 60 % передають до Загальної медичної страхової організації (VZP), яка є національною компанією і обслуговує близько 80 % громадян. VZP має центральний офіс та 76 регіональних філій, кожна з яких очолює директор, підзвітний наглядовій раді. До ради входять представники роботодавців, громадськості (місцевих рад або парламенту), а також Міністерств охорони здоров'я, фінансів та соціальної політики. Ключові рішення щодо VZP приймає Управлінська рада, де представлені держава, роботодавці та працівники в рівній кількості.

VZP акумулює зібрані кошти та кошти з бюджету, призначені для ОМС непрацюючих громадян, забезпечуючи загальне охоплення медичним страхуванням. На відміну від інших страхових компаній, які самостійно несуть фінансову відповідальність, VZP має державні гарантії стабільності. У випадку банкрутства іншої страхової компанії, її клієнти автоматично переходять до VZP.

В Чехії система обов'язкового медичного страхування вирізняється індивідуалізованим підходом до кожного застрахованого. Кожен громадянин, що підлягає страхуванню, особисто звертається до обраної страхової компанії для оформлення необхідної документації. Після завершення терміну дії страхового договору, який зазвичай становить три місяці, громадянин має право змінити страхову компанію. У такому випадку, він обирає нового

страховика та укладає з ним новий договір. При зміні страхової організації, компанія, з якою застрахований уклав договір, зобов'язана повідомити про це попереднього страховика, надіславши йому копію підписаного договору. Додатково, ще одна копія документів відправляється платнику основної частини страхового внеску за цю застраховану особу, яким може бути роботодавець або місцева адміністрація. Завдяки такій процедурі громадяни захищені від можливих недобросовісних дій конкурентів на ринку страхових послуг, зокрема від домовленостей між роботодавцями та страховими компаніями, що можуть обмежувати вибір застрахованих. Також, такий механізм надає застрахованим особам можливість активно брати участь у фінансуванні власного медичного обслуговування та самостійно обирати страхову організацію, що, в свою чергу, сприяє підвищенню їхньої вимогливості до якості медичних послуг.

У Чехії розмір страхового внеску для працюючого населення становить 13,5 % від їхньої заробітної плати. Цей внесок розподіляється між роботодавцем і працівником: роботодавець бере на себе дві третини суми, а працівник сплачує одну третину. Внесок працівника автоматично вираховується з його заробітної плати. Непрацюючі категорії населення, такі як пенсіонери, студенти та безробітні, отримують медичне страхування за кошти державного бюджету. Законодавство Чехії визначає мінімальний розмір страхового внеску з бюджету на обов'язкове медичне страхування непрацюючих, який становить 60% від середнього внеску на одну працюючу особу.

Перелік медичних послуг, що надаються в рамках обов'язкового медичного страхування, встановлює Міністерство охорони здоров'я. На сьогодні цей перелік включає понад 4500 видів медичних втручань та різноманітних послуг. Виключення становлять деякі види стоматологічної допомоги, косметичні процедури та інші подібні послуги. До цього переліку також входять витрати на лікарські засоби, необхідні як для стаціонарного, так

і для амбулаторного лікування. Тарифи на медичні втручання формуються з двох складових: оцінки в балах, встановленої Міністерством охорони здоров'я для кожної маніпуляції, та вартості матеріалів, необхідних для її проведення, вираженої в чеських кронах. Нормативна ціна одного бала є єдиною по всій країні та періодично переглядається. Якщо у страхової компанії не вистачає коштів для оплати послуг за встановленою ціною бала, пацієнт може здійснювати доплату, яка зазвичай не перевищує кількох відсотків від загальної суми. Розрахунок за амбулаторне лікування проводиться щоквартально, а за стаціонарне – після завершення курсу лікування.

Пенсіонери, жінки у декретній відпустці, діти, жінки з однією дитиною до семи років або двома дітьми до п'ятнадцяти років, які постійно проживають у Чехії, отримують медичне страхування безкоштовно. Іноземці, які не підпадають під ці категорії, мають три варіанти отримання медичних послуг: перший – не сплачувати страховку, а оплачувати медичні послуги безпосередньо у лікаря. Проте, це може призвести до значних витрат, оскільки, наприклад, звичайний огляд у лікаря коштуватиме близько 500 крон (20 євро), видалення зуба – 420 крон (17 євро), аналіз крові – 2000-4000 крон (80-160 євро), а пологи без ускладнень – 30000 крон (1200 євро). Згідно з міжнародною угодою, яка діє з 1980 року, перша невідкладна допомога має надаватися безкоштовно, але внутрішнє розпорядження Міністерства охорони здоров'я дозволяє лікарям брати плату і за невідкладну допомогу, причому ця сума може бути досить значною.

Договірне медичне страхування в Чехії, доступне за наявності річної візи, пропонує два варіанти обслуговування:

- договір укладений безпосередньо з медичною страховою компанією надає право на медичне обслуговування у всіх закладах, що співпрацюють зі страховою компанією, а також відшкодування витрат на первинний медичний огляд. Загальна сума покриття може сягати 1 мільйона крон протягом дії договору. Вартість страховки варіюється від 750 крон на рік

до 3000 крон на місяць, залежно від віку, статі та обраного типу страхового полісу;

– якщо особа є засновником компанії, договір може бути укладений від імені фірми. В такому випадку, страховий внесок складатиме близько 1200 крон на місяць на одну особу, незалежно від її віку та статі. При цьому обсяг безкоштовних послуг буде ідентичним тому, що надається звичайним громадянам Чехії, оскільки договір оформлений від імені чеської фірми.

Переваги договірного страхування включають широку мережу медичних закладів по всій Чехії (список доступний у кожному відділенні VZP) та можливість страхування на випадок поїздок за межі Чехії на тих же умовах, що й для її громадян.

Обов'язкова система медичного страхування, що застосовується при працевлаштуванні, надає іноземцям право на медичне забезпечення на рівні з громадянами Чехії. За умови оптимальної заробітної плати, сума всіх страхових внесків (соціального та пенсійного) зазвичай не перевищує вартість договірного медичного страхування. При такому виді страхування, як страхові внески, так і заробітна плата, розглядаються як витрати, що зменшують податкову базу підприємства.

Іноземці, які не мають постійного місця проживання в Чехії та не працюють тут, не можуть скористатися суспільною системою медичного страхування, проте мають можливість укладати договори про медичне страхування. Існує два види таких договорів:

– призначені для іноземців та осіб без громадянства, що мають дозвіл на тимчасове перебування в Чехії. Ліцензію на укладання цих договорів має виключно VZP;

– короткострокове медичне страхування для іноземці, які приїхали в Чехію на короткий термін, наприклад, туристи. Цей тип страхування діє протягом року і покриває витрати на невідкладну медичну допомогу у разі травм чи гострих станів, що виникли під час перебування в країні.

В Чехії функціонують як державні, так і приватні медичні заклади. Більшість з них мають договори зі страховими компаніями, надаючи застрахованим пацієнтам медичну допомогу без прямої оплати. Медичні послуги надаються в амбулаторіях, трирівневій мережі стаціонарів, закладах профілактики, невідкладної допомоги, транспортування хворих, а також у закладах, що постачають лікарські засоби, медичний інвентар, стоматологічну продукцію та надають курортне лікування.

У разі захворювання пацієнт, як правило, звертається до лікаря первинної медичної допомоги у своєму районі, який співпрацює зі страховою компанією, де він застрахований. До таких спеціалістів належать терапевти, педіатри, стоматологи та гінекологи. Перед першим прийомом пацієнт має зареєструватись. Лікар може відмовити в реєстрації лише в тому випадку, якщо це створить значне навантаження і завадить наданню якісної медичної допомоги іншим пацієнтам. Лікар не має права відмовити у наданні невідкладної допомоги. Після обстеження пацієнта він направляє його до постійного лікаря. У разі відмови від обстеження в невідкладних ситуаціях, пацієнт має право вимагати письмову відмову та звернутись до департаменту охорони здоров'я при місцевій адміністрації.

Лікар первинної допомоги може рекомендувати та організувати стаціонарне лікування в лікарнях та спеціалізованих закладах, таких як клініки, психіатричні лікарні, реабілітаційні центри, туберкульозні диспансери та курортні здравниці.

Служба швидкої та невідкладної допомоги працює у випадках гострих захворювань та травм у неробочий час медичних закладів. Її організація залежить від населеного пункту. У невеликих містах це може бути чергування лікарів, а у великих містах функціонують спеціалізовані приймальні або служби невідкладної допомоги при лікарнях. Існує навіть стоматологічна швидка допомога. У невідкладних випадках, коли пацієнт не може самостійно

звернутися до лікаря, можна викликати «швидку» за спеціальним номером телефону.

Профілактична медична допомога організовується на підприємствах у співпраці з роботодавцем для профілактики травм на виробництві, професійних захворювань та інших станів, що можуть бути зумовлені специфікою та умовами праці. Такі заклади надають консультації, проводять профілактичні огляди: вступні, регулярні та після закінчення роботи.

Забезпечення населення лікарськими засобами відбувається як за рецептами, так і без них. Рішення про групу, до якої належить препарат, приймається спеціальною комісією при Міністерстві охорони здоров'я. Ліки за рецептами можуть оплачуватись пацієнтом, страховою компанією або частково. За тривалістю дії рецепти бувають: дійсні лише в день видачі та наступного дня (видані службою швидкої допомоги); дійсні протягом трьох днів (рецепти на антибіотики); дійсні протягом тижня (всі інші рецепти).

За статистикою, вартість якісної медичної допомоги в Чехії є однією з найнижчих у Європі, що приваблює «медичних туристів» з усього світу. Багато чеських медичних центрів визнані одними з найкращих у Західній Європі та США. Серед них Інститут клінічної та експериментальної медицини в Празі, клінічна лікарня в Мотолі, Центральний воєнний шпиталь у Празі, Онкологічний інститут ім. Масарика.

Чеські лікарні впроваджують унікальні операції та нові методи лікування. Наприклад, у 2005 році був представлений робот-асистент Да Вінчі, що дозволяє проводити надточні лапароскопічні операції. Також, Головна Празька клінічна лікарня першою в регіоні отримала пристрій Ампулі Чіп для точного визначення ефективності лікарських засобів, що дозволяє підібрати оптимальне лікування. Також, інтерес викликає досвід Франції, включно з її традиційною моделлю, реформами та суперечностями, що виникають при їх реалізації.

Французька система охорони здоров'я сформувалася та розвивалася протягом століття і в 2000 році ВООЗ визнала її найкращою у світі. Вона забезпечує всім громадянам доступ як до традиційних, так і до найсучасніших терапевтичних послуг.

Медичне страхування Франції розглядають як компроміс між Національною системою охорони здоров'я Великобританії (National Health Service) та жорстко регламентованою моделлю та американським розмаїттям страховиків. Французи вільні у виборі лікарів і послуг, а влада підтримує систему як поєднання солідарності, лібералізму й плюралізму.

Французьке медичне страхування фінансується за рахунок зарплатних податків, пропорційних прибуткових податків, а також непрямих мит на алкоголь і тютюн. Нещодавні закони розширили можливості допомоги людям, які потребують постійного догляду, а також гарантують компенсації за медичні витрати незалежно від лікарських помилок.

Система страхування має змішане фінансування: державні фонди, обов'язкові податки та приватні страховки. Пацієнти з інвалідністю або хронічними хворобами звільнені від додаткових страхових платежів.

Державне управління здійснюється на центральному, регіональному і відомчому рівнях. Міністерство охорони здоров'я контролює мережу лікувально-профілактичних та адміністративних установ за допомогою Служби загального менеджменту охорони здоров'я та Служби менеджменту клінік і надання медичних послуг. Медичні заклади поділяються на державні, приватні комерційні та приватні некомерційні. Державні лікарні фінансуються переважно страховими фондами, а впроваджена медична інформаційна система дозволяє враховувати навантаження на конкретну клініку, відносну ефективність підрозділів і вносити корективи до обсягу фінансування. Встановлення вартості послуг здійснюється спеціальним комітетом у відповідності до макроекономічних показників. Якість роботи приватних клінік контролює спеціальна комісія. Некомерційні клініки, засновані

релігійними організаціями, відповідають за помітну частку стаціонарної допомоги. Таким чином, співпраця державних і приватних структур дає змогу уникати довгих черг.

У 2004 році система опинилася у фінансовій скруті, і уряд запроваджує реформу з метою зберегти доступність послуг. Підвищено деякі податки та впроваджено державний менеджмент охорони здоров'я: комп'ютеризація даних, розробка лікувальних протоколів, використання первинної ланки для оптимізації навантаження на спеціалістів. Через це виникли труднощі проведення глибокої реструктуризації та подолання опору лікарів. Передбачено й мікроменеджмент, що викликає занепокоєння медичної спільноти. Франція відкинула популярні в Європі підходи цінової конкуренції та вибору між локальними страховими фондами, вважаючи їх несумісними з принципом солідарності, де платежі визначаються платоспроможністю, а не ризиком.

Попри це, принципи лібералізму і плюралізму зберігаються: пацієнт може обирати лікаря, лікарі – місце роботи (приватний чи державний сектор). Зберігаються також: клінічна автономність, конфіденційність та безпосередня оплата з подальшою компенсацією.

Нові податкові схеми посилили залежність від центрального бюджету та здатність уряду впливати на реформування. Прогрес медичних технологій та спеціалізацій знецінює приватну індивідуальну практику, а економічний спад та безробіття ускладнюють забезпечення стабільності фінансування. Водночас ужито заходів для контролю за розподілом високотехнологічного обладнання та скорочення числа студентів-медиків.

Реформи систем охорони здоров'я тривають у багатьох країнах, кожна має свої підстави для вдосконалення. В українських проєктах теж не планується повна відмова від державної системи, але намічається поступовий перехід до ринкових механізмів і відхід від жорсткої централізації.

Українська система охорони здоров'я, що раніше діяла за моделлю Семашка, поступово набуває ознак системи Бевериджа. Міністерство охорони здоров'я наголошує, що впроваджувана модель нагадує страхову медицину, подібну до тієї, що існує у Великобританії, Іспанії, Норвегії, Швеції, Канаді, Австралії та інших країнах.

У межах цієї системи держава гарантує медичну допомогу всім громадянам, фінансуючи не заклади загалом, а конкретні послуги, які можуть надавати медичні підприємства різних форм власності. Пацієнти в Україні, на відміну від класичної моделі Бевериджа, мають право вільно обирати медичний заклад і лікаря, укладаючи з ним декларацію. Приватні заклади теж можуть надавати послуги, укладаючи угоди з роботодавцями для їхніх працівників.

Відбуваються фундаментальні зміни: держава переорієнтовує фінансування з утримання медичних закладів на закупівлю послуг, передаючи відповідальність за ліжковий фонд, приміщення і персонал територіальним громадам. Таким чином, кошти з державного бюджету йдуть на підтримку державних закладів та управлінських структур галузі, а також на оплату медичних послуг, які можуть надавати підприємства будь-якої форми власності.

3.2. Запровадження інноваційних технологій та цифрових рішень в умовах війни

Цифрова охорона здоров'я визначається Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) як «широкий загальний термін», який включає концепцію електронної охорони здоров'я, що означає «використання інформаційних і комунікаційних технологій для підтримки здоров'я та пов'язаних зі здоров'ям сфер» [38]. Цифрова трансформація охорони здоров'я впливає на всі системи охорони здоров'я та їх учасників. Ця цифрова

трансформація медичних послуг є багаторівневою через те, що вона впливає на постачальників послуг, послуги, пацієнтів та їхні сім'ї та на всю систему охорони здоров'я. Починаючи з появою телематики, яка втілювала в собі телекомунікації та інформатику для обміну даними між інформаційними системами [39], цифрові технології в секторі охорони здоров'я почали розвиватися і стали фундаментальним фактором у наданні медичної допомоги. Медичні послуги можуть отримати вигоду від цифровізації на широкосистемному рівні, де технологія розглядається як інструмент, що сприяє досягненню результатів, пов'язаних зі здоров'ям, і виконанню цілей і місії систем охорони здоров'я [40]. У цьому контексті було визнано, що спалах коронавірусної хвороби 2019 (COVID-19) дав важливий урок щодо цінності цифрових рішень у закладах охорони здоров'я [41]. Такі рішення, як відеоконсультації, електронне навчання та телемедицина, надають підтримку в управлінні тягарем хвороби шляхом планування, спостереження, тестування, відстеження контактів, карантину та клінічного лікування [42, 43]. Крім того, втручання в систему електронної охорони здоров'я, націлені на медичних працівників (НСР), також було впроваджено для покращення їхнього добробуту та якості робочого середовища [44,45], щоб пом'якшити виснаження та депресію [46].

Цифрова політика охорони здоров'я – це офіційні письмові документи, які спрямовані на керівництво та регулювання цифрової трансформації охорони здоров'я та визнані ключовою бюрократичною характеристикою, за якою функціонують сучасні суспільства [47, 48]. Цифрова політика в галузі охорони здоров'я може бути спрямована на громадян (наприклад, щодо ініціатив зміцнення здоров'я) і пацієнтів (наприклад, щодо медичних послуг), постачальників медичних послуг (наприклад, які працюють з електронними медичними записами), медичну допомогу. послуги (наприклад, впровадження електронного розкладу змін) і повні послуги даних (наприклад, усі види

діяльності, пов'язані зі збором, керуванням, використанням та обміном даними), включаючи ті, у дослідженнях.

У своїх стратегічних планах ЄС, ухваливши такі програми, як EU4Health 2021–2027 [49] і DIGITAL [50], підкреслив важливість цифрової політики охорони здоров'я для покращення якості медичної допомоги та збільшення інтеграції послуг до надавати індивідуальну, персоналізовану, ефективну та результативну медичну допомогу. У стійкій системі охорони здоров'я потрібна постійна увага до цифрового здоров'я, щоб протистояти новим викликам системі охорони здоров'я, що постійно розвивається. Цифрове здоров'я може сприяти стійкості системи охорони здоров'я; з іншого боку, слід враховувати стійкість запроваджених інновацій у їхніх ширших наслідках. Насправді стійкість цих цифрових систем є критично важливим аспектом, як відзначають міжнародні авторитети. ВООЗ підкреслила потребу в екологічно стійких закладах охорони здоров'я [51], здатних також надавати покращені медичні послуги з впровадженням цифрових технологій охорони здоров'я, а Організація Об'єднаних Націй розробила 17 цілей сталого розвитку (ЦСР) як посібник для досягнення сталий розвиток, де цифровізація є ціллю, а також фактором, здатним сприяти сталому розвитку [52].

З початком повномасштабного російського вторгнення Україна перебувала у розпалі помітних змін у секторі охорони здоров'я. Урядовий задум передбачав трансформацію цієї галузі в більш технологічну, доступну для громадян, вільну від корупції, а також гідне підвищення заробітних плат медичного персоналу. Попри те, що частину завдань вдалося реалізувати частково, чимало задумів ще очікували свого втілення. Таким чином, реформи продовжувалися вже в умовах активних бойових дій, коли багато медичних закладів були вимушені переорієнтуватися на потреби ЗСУ. Лікарні ставали мішенями для обстрілів і бомбардувань, а медичні працівники продовжували допомагати пацієнтам, нерідко ризикуючи власним життям. Незважаючи на ці екстремальні обставини, реформування не зупинилося й нині демонструє

певні позитивні результати. Так, навіть у стані війни країна змогла запровадити електронні рецепти та розширити спектр високотехнологічних операцій, а міжнародні некомерційні організації та західні партнери активно підтримують ці зусилля.

Створена в Україні система електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ або eHeals) – це комплексна електронна платформа, впроваджена в межах медичної реформи для підвищення прозорості, ефективності та доступності системи охорони здоров'я основною ціллю якої є створення цифрової екосистеми, де пацієнти, медичні заклади, лікарі, аптеки та держава взаємодіють за допомогою інформаційних технологій.

Система ЕСОЗ в Україні – це комплексна електронна платформа, впроваджена у межах медичної реформи для підвищення прозорості, ефективності та доступності охорони здоров'я. Її основна мета полягає у створенні цифрового середовища, де пацієнти, медичні заклади, лікарі, аптеки та держава взаємодіють за допомогою інформаційних технологій. Запровадження електронних медичних записів дозволяє кожному пацієнтові мати власну цифрову картку з актуальними даними про стан здоров'я, діагнози, результати аналізів та призначення лікарів. Така система полегшує доступ до медичної інформації та знижує ризик її дублювання або втрати. Упровадження електронних рецептів дає можливість лікарям виписувати, а аптекам відпускати ліки в електронному форматі, що сприяє раціональному використанню медикаментів і запобігає зловживанням. Окрім цього, медичні заклади, зареєстровані у системі ЕСОЗ, укладають договори з Національною службою здоров'я України, що забезпечує прозоре та справедливе фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» та водночас полегшує моніторинг наданих послуг. Завдяки ЕСОЗ значно поліпшуються умови для прозорості та аналітики у сфері охорони здоров'я, оскільки вона дає змогу відстежувати статистичні дані, аналізувати ефективність діяльності медичних установ, використання ресурсів та дотримання стандартів якості. Усе це

допомагає державі ухвалювати обґрунтовані рішення щодо подальшого розвитку системи охорони здоров'я. Запровадження та вдосконалення ЕСОЗ в Україні здійснюється за підтримки міжнародних донорів, експертів та організацій, що сприяє інтеграції країни у глобальну медичну цифрову спільноту.

ЕСОЗ стає фундаментом модернізації медичної галузі, поліпшення доступу до якісних медичних послуг, раціонального використання ресурсів і посилення довіри між пацієнтами, лікарями та державою.

Як основа eHealth в Україні активно розвивається електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) – національна інформаційна система, яка зберігає медичні дані про здоров'я пацієнтів у єдиному місці (рис. 3.1). ЕСОЗ складається з центральної бази даних та медичних інформаційних систем (МІС). Центральна база даних ЕСОЗ зокрема містить реєстри даних. Серед таких реєстрів – реєстр пацієнтів, реєстр медичних записів, реєстр медичних висновків та інші. Медичні фахівці, фармацевти та лаборанти можуть працювати з ЦБД тільки через МІС – медичну інформаційну систему.

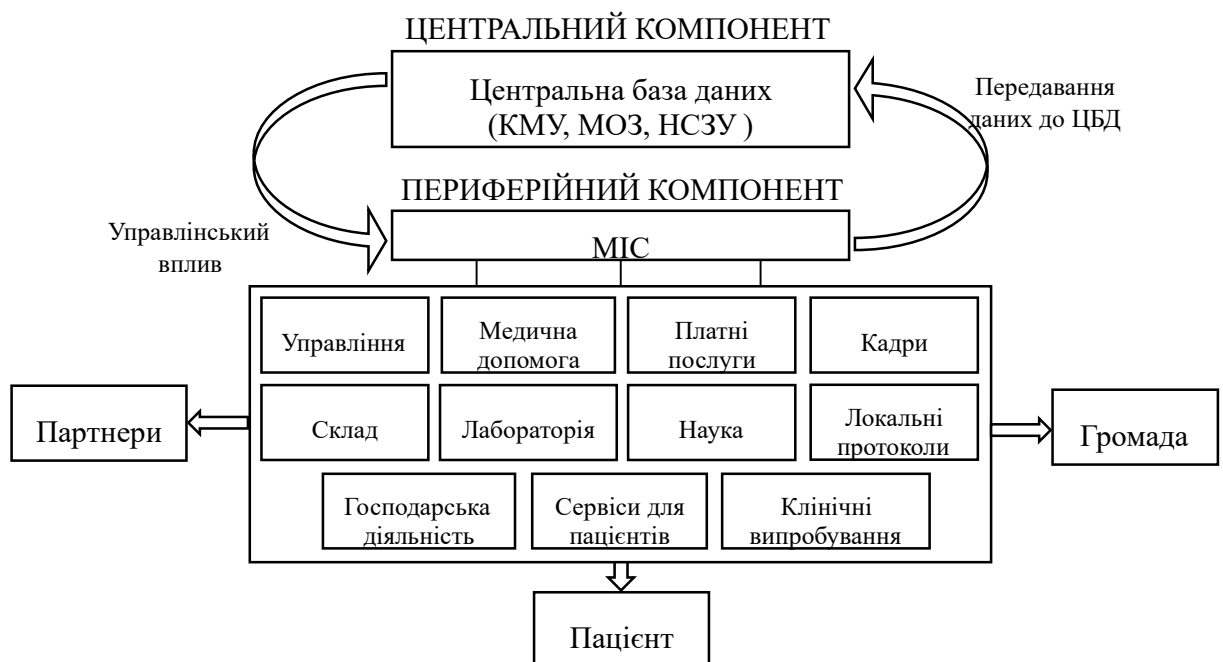


Рис. 3.1. Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) [18]

Центральна база даних ЕСОЗ має електронну взаємодію з трьома із дев'яти передбачених державних інформаційних ресурсів та систем: Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань, Державним реєстром лікарських засобів та Державним реєстром актів цивільного стану громадян.

Передбачено що ЕСОЗ буде обмінюватись інформацією (наразі обмін відбувається в режимі дослідної експлуатації) ще з шістьма інформаційними системами та державними інформаційними ресурсами:

- Єдиним державним демографічним реєстром,
- Державним реєстром фізичних осіб – платників податків,
- інформаційними системами Мінсоцполітики,
- Єдиною державною електронною базою з питань освіти,
- Єдиним державним реєстром МВС,
- інформаційно-аналітичною платформою електронної верифікації та моніторингу.

Це дозволить ЕСОЗ актуалізувати дані реєстрів пацієнтів, декларацій про вибір лікаря, медичних працівників, медичних записів, тощо.

Медичні інформаційні системи – це інформаційно-комунікаційні платформи, що дають змогу лікарням, лабораторіям та аптекам автоматизувати щоденну діяльність і взаємодіяти з центральною базою даних ЕСОЗ. Завдяки МІС медичний персонал може вносити, переглядати та обмінюватися даними у центральному реєстрі ЕСОЗ, а фармацевти – переглядати та погашати електронні рецепти. У результаті пацієнти отримують доступ до електронних рецептів, е-направлень та інших цифрових послуг. Окрім інтеграції з ЕСОЗ, розробники МІС пропонують додаткові сервіси для закладів охорони здоров'я: від бухгалтерських модулів та систем обліку запасів ліків до зрозумілих багатьом систем онлайн-запису на прийом.

На місцевому рівні існує чимало процесів, які потрібно автоматизувати, та великий масив даних, що вимагає обробки. Це охоплює роботу лабораторій,

науково-дослідних підрозділів, пацієнтські послуги, а також адміністративну діяльність – управління персоналом, ліжковим фондом, складськими ресурсами, документообігом тощо. Подібна інформація є надзвичайно цінною як для керівництва медичних установ, зацікавленого в підвищенні ефективності, так і для місцевих органів самоврядування, що здійснюють громадський контроль за їхньою діяльністю. Проте одне з ключових питань – ефективне використання державних коштів: для цього потрібна всебічна інформатизація на місцевому рівні, переважно на базі медичних інформаційних систем, але не обмежуючись лише ними.

Треба відмітити, що цифрова трансформація регіонального рівня значною мірою обмежена збором інформації для задоволення потреб центрального рівня. Тому, формально модель системи охорони здоров'я України ієрархічно є дворівневою, але з точки зору принципу управління та залежності одне від одного, можна стверджувати, що вона «асиметрично дворівнева», або навіть «центроцентрична».

На сьогодні МІС орієнтовані на надання послуг переважно для закладів охорони здоров'я, медичних фахівців та жодна з них ще не має власних пацієнтських інтерфейсів, які б взаємодіяли з ЦБД ЕСОЗ та перевірялися державою.

На сьогодні до ЕСОЗ приєднано понад 20 медичних інформаційних систем, які розроблено провідними українськими ІТ-компаніями (розроблено, але не підключено ще більше). Усі без винятку МІС, які взаємодіють з центральною базою даних ЕСОЗ, проходять тестування на відповідність технічним вимогам, зокрема і з питань безпеки, які встановлює та перевіряє держава. Найбільш поширеними є МедЦентр+, МедЦентр+, nHealth, Каштан, Доктор Елекс.

Серед переваг системи треба відмітити ефективну відкриту архітектуру та використання протоколу FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources) – стандарту взаємодії для обміну медичною інформацією між різними

системами у сфері охорони здоров'я. Даний протокол характеризується легкістю використання, стандартизованою структурою даних та масштабованістю

Значним успіхом в процесі цифровізації охорони здоров'я є такі системи:

- «е-Ліки» – (електронна система управління запасами лікарських засобів та медичних виробів, Державний реєстр медичних виробів, електронний рецепт для інсулінів, наркотичних засобів та всіх рецептурних препаратів);
- медична інформаційна система «Моніторинг соціально значущих захворювань» – інформаційний фонд у галузі громадського здоров'я, електронна інтегрована інформаційна система спостереження за інфекційними захворюваннями.

Наразі реалізується велика кількість проєктів, наприклад:

- інформаційно-комунікаційна система донорства крові (eКров);
- електронна система управління запасами лікарських засобів та медичних виробів (e-Stock) ;
- інформаційно-аналітична система «MedData»;
- Єдиний вебпортал вакансій для медичних та фармацевтичних працівників;
- електронна система безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я;
- єдина державна інформаційна система трансплантації;
- електронна система епідеміологічного нагляду (ЕСЕН);
- інформаційна система «Моніторинг соціально значущих хвороб».

Реалізовано або перебуває на різних етапах реалізації 12 систем та реєстрів на платформі Дія Engine, зокрема, Реєстр дезінфекційних засобів, Реєстр кадрових ресурсів для роботи на деокупованих територіях, Реєстр харчових добавок, Реєстр небезпечних факторів тощо.

Дорожньою картою проєктів eHealth на 2024 рік заплановано роботу над 142 проєктами. Серед них: проєкти у сфері громадського здоров'я, кібербезпеки, євроінтеграційного та антикорупційного напрямів, інтеграції з іншими державними системами та реєстрами тощо.

Електронна система охорони здоров'я, незважаючи на суттєві переваги, має й низку недоліків, пов'язаних переважно з технічними, організаційними та соціальними аспектами її впровадження. Проблеми захисту персональних даних та конфіденційності пацієнтів часто викликають занепокоєння як у суспільства, так і серед фахівців, адже витоки інформації можуть негативно позначитися на довірі до системи. Додаткові складнощі спричиняє недостатній рівень цифрової грамотності серед частини населення й деяких медичних працівників, через що впровадження нових технологій може тривати повільніше, ніж очікувалося. Суттєве навантаження лягає на технічну інфраструктуру: нестабільний доступ до інтернету, технічні збої чи відсутність належного обладнання в окремих регіонах ускладнюють роботу системи, роблячи неможливою належну обробку даних у реальному часі. Крім того, різноманіття програмних рішень та відсутність уніфікованих стандартів іноді призводять до проблем із сумісністю різних компонентів системи, ускладнюючи обмін даними між закладами охорони здоров'я. Усе це призводить до того, що впровадження електронної системи охорони здоров'я потребує значних фінансових, часових та людських ресурсів, а також ретельного планування, навчання персоналу та вдосконалення нормативно-правової бази.

Також впровадження електронної системи охорони здоров'я супроводжується низкою ризиків, що пов'язані як з технічними, так і з організаційними та соціальними чинниками. По-перше, існує небезпека витоку персональних даних, якщо системи захисту інформації виявляться недостатньо надійними, що може підірвати довіру до системи з боку пацієнтів і медичних фахівців. По-друге, недостатня цифрова компетентність частини

медичного персоналу та населення може ускладнити впровадження технологій і спричинити нерівномірний доступ до електронних послуг. По-третє, нестабільна технічна інфраструктура, відсутність високошвидкісного інтернету чи належного обладнання в окремих регіонах можуть призвести до збоїв у функціонуванні ЕСОЗ та загальмувати її поширення. Для мінімізації цих ризиків необхідно інвестувати в безпеку, освіту та інфраструктуру, а також удосконалення нормативно-правових бази.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз особливостей публічного управління закладами охорони здоров'я дало змогу визначити ключові аспекти, які сприяють покращенню системи охорони здоров'я.

Ефективне публічне управління, особливо в критично важливій сфері охорони здоров'я, неможливе без активного впровадження сучасних підходів та інноваційних рішень. Серед ключових управлінських стратегій, що демонструють найвищу результативність, особливе місце займає децентралізація. Ця модель управління передбачає делегування значної частини повноважень і відповідальності на рівень місцевих органів влади. Це дозволяє системі охорони здоров'я точніше реагувати на різноманітні потреби конкретних територіальних громад, враховуючи їхні унікальні соціально-економічні та демографічні характеристики. Не менш важливими в цьому процесі є ефективні механізми залучення громадян, насамперед пацієнтів, до процесу формування політики та прийняття управлінських рішень. Забезпечення активної участі громадськості не лише підвищує рівень прозорості та підзвітності державних органів, а й сприяє ефективнішому виконанню їхніх обов'язків у сфері гарантування права кожного громадянина на доступну і якісну медичну допомогу.

Впровадження інноваційних підходів відкриває широкі можливості для модернізації системи охорони здоров'я. Зокрема, використання цифрових технологій у зборі, обробці та аналізі медичних даних забезпечує оперативний доступ до точної інформації, що є необхідною умовою для прийняття обґрунтованих управлінських рішень. Телемедицина дозволяє розширити географію надання медичних послуг, особливо в сільських та віддалених районах, а електронні медичні карти спрощують обмін інформацією між різними ланками медичної системи. Ці технологічні рішення не тільки підвищують якість надання медичної допомоги, але й сприяють оптимізації

використання наявних ресурсів та скороченню неефективних витрат. Важливим аспектом також є розробка та впровадження гнучких фінансових моделей, що базуються на принципах результативності та ефективного використання наявних ресурсів. Такий підхід сприяє орієнтації системи на досягнення конкретних результатів і стимулює медичні установи до покращення якості та доступності медичних послуг.

Загальна ефективність системи охорони здоров'я в значній мірі залежить від комплексної інтеграції всіх цих механізмів та інструментів у практику публічного управління. Лише поєднуючи ці підходи та інновації, можна створити по-справжньому пацієнтоорієнтовану систему охорони здоров'я, здатну ефективно задовольняти потреби населення та забезпечувати зростання загального рівня здоров'я громадян.

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

3. Основною метою діяльності «Міська клінічна лікарня № 4» Дніпровської міської ради є забезпечення медичного обслуговування населення, військових та ВПО шляхом надання їм медичних послуг в порядку та обсязі, встановлених законодавством. Реалізуючи місію, підприємство спирається на такі цінності, як суспільство, клієнти, партнери, персонал, розвиток.

4. Основними проблемами у роботі медичних закладів в умовах війни є: Матеріально-технічні та інфраструктурні проблеми: знищення та пошкодження медичної інфраструктури, нестача медичного обладнання та матеріалів та перебої з енергопостачанням і зв'язком.

Кадрові проблеми та професійне вигорання: нестача медичних працівників та високе навантаження та стрес.

Медичне забезпечення постраждалих та внутрішньо переміщених осіб: зростання кількості пацієнтів з воєнними травмами та необхідність забезпечення первинної медичної допомоги ВПО.

Психологічна і психічна підтримка пацієнтів та персоналу: зростання кількості пацієнтів з психоемоційними розладами та актуальність підтримки медичного персоналу.

Погіршення епідеміологічної ситуації: поширення інфекційних хвороб та ускладнення профілактичних заходів.

Фінансові та управлінські виклики: обмежене фінансування, невизначеність бюджетів та складнощі з логістикою та менеджментом в кризових умовах.

Таким чином, в умовах війни перед закладами охорони здоров'я України постає комплекс проблем: від руйнування інфраструктури та дефіциту медичних ресурсів до кадрових складнощів та психоемоційного перевантаження персоналу. Проте, незважаючи на ці виклики, медична спільнота продовжує надавати допомогу, мобілізуючи внутрішні резерви та залучаючи міжнародну підтримку.

5. Досвід організації національних систем охорони здоров'я розвинених країн свідчить, що Україна, як і будь-яка інша держава, не повинна сліпо переймати чужі моделі без урахування власних традицій, менталітету, історичних та економічних реалій. Водночас нагальною є потреба реформувати вітчизняну систему, спираючись на міжнародний досвід та орієнтуючись на суспільно визнані соціальні пріоритети. Основний акцент варто зробити на тісній взаємодії всіх елементів і секторів охорони здоров'я.

Так, один із ключових підходів – забезпечення пацієнтові вільного вибору лікаря у державних чи приватних закладах, частину витрат за який покриватиме система соціального страхування. Некомерційні інститути покликані пом'якшувати недоліки ринкових відносин у медичній сфері, адже вони діють не з комерційною метою, а задля суспільного добробуту, якості та тривалості життя. У постіндустріальних країнах такі інститути доповнюють і коригують державне фінансування, заповнюють неприбуткові ніші, конкуруючи за суспільні ресурси з державними та приватними постачальниками медичних послуг.

Крім того, вони популяризують здоровий спосіб життя, сприяють економії витрат на діагностику та лікування, контролюють дотримання законодавства посадовцями та відіграють роль арбітрів у реалізації важливих соціальних ініціатив, які пропонують органи місцевого самоврядування.

6. Аналіз запровадження інноваційних технологій та цифрових рішень в умовах війни в Україні показав наступне.

Попри повномасштабне вторгнення з боку Росії, Україна змогла досягти певних позитивних результатів у впровадженні електронної медицини та інших ініціатив, сприяючи покращенню якості надання медичних послуг. Серед досягнень виділяють: швидкість впровадження, найшвидший в світі запуск електронних рецептів, ефективна відкрита архітектура, найбільша система на протоколі FHIR, найшвидший темп підписання декларацій. За допомогою міжнародних партнерів, реалізуються проєкти з відновлення

медичної інфраструктури та діджиталізації охорони здоров'я. Система eHealth в Україні досягла значних успіхів, але також стикається з технічними проблемами та викликами в забезпеченні безпеки даних і рівномірного доступу. Розвиток цифрової інфраструктури, сприяння міжнародних ініціатив та запуск онлайн-послуг стали важливими засобами надання медичної підтримки громадянам та обміну медичною інформацією. Визначено, що система електронної охорони здоров'я в Україні відповідає світовим стандартам безпеки та якості. Але, при цьому вся система вимагає постійного вдосконалення підходів та нормативної бази для широкого впровадження.

Слід приділити увагу оновленню законодавства з захисту персональних даних, управлінню інформаційними ризиками та процесу навчання громадян та медичного персоналу цифровим навичкам.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я в Україні на 2021-2030 роки URL: <https://ipps.org.ua/analitychni-materiali/strategiya-rozvitku-sistemiokhoroni-zdorovya-v-ukrayini-na-2021-2030-roki/>.
2. Health Systems and Health Reforms in Europe: An Introduction to Key Concepts, Issues and Debates - European Observatory on Health Systems and Policies. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK315942>.
3. Про схвалення Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України: проект розпорядження Кабінету Міністрів України від 14.07.2014 р. Верховна Рада України. URL: <https://www.apteka.ua/article/295842>.
4. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. Київ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>.
5. Підтримка впровадження Цілей сталого розвитку в Україні. Програма № 1013-р. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>.
6. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України: Закон України від 22 листопада 2018 року № 2621-VIII. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2621-19>.
7. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.
8. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: Закон України від 14 листопада 2017 року № 2206-VIII. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>.

9. Що змінилося за рік після прийняття закону про медичну реформу. URL: <https://moz.gov.ua/article/reform-plan/scho-zminilosja-za-rik-pislja-prijnat-tjazakonu-pro-medichnu-reformu>.
10. Які послуги увійдуть у програму «Безкоштовна діагностика» з липня 2019 року, МОЗ. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/yaki-poslugi-uvijdu-tu-programu-bezkoshtovna-diagnostika-z-lipnya-2019-roku-moz>.
11. Orlova N., Mokhova I., Diegtiar O., Khomutenko O. Methodology of the electronic government evaluation of the european union countries based on taksonometric method. 33rd IBIMA Conference (Granada, 10-11 April 2019). Granada, Spain. 2019, p. 505–516.
12. Про схвалення Стратегії забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту за принципом «єдине здоров'я» на період до 2025 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації : розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1416-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1416-2019-%D1%80#Text>.
13. Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року : розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1415-р. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/KR191415?an=1>.
14. Конституція України : Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>.
15. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. № 2801 в редакції від 10.03.2018 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
16. Про систему громадського здоров'я : Закон України від 6 вересня 2023 року № 22573-IX. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#n840>.
17. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які

живуть з ВІЛ : Закон України від 12 грудня 1991 року № 1972-ХІІ. Верховна Рада України. Редакція від 01.10.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#Text>.

18. Про охорону навколишнього природного середовища : Закон України від 25 червня 1991 року № 1264-ХІІ. Верховна Рада України. Редакція від 15.11.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#n840>.

19. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 7 липня 2011 року № 3612-VI. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3612-17#Text>.

20. Білик О. І. Удосконалення механізму фінансування охорони здоров'я України. Вісник ОНУ імені І. І. Мечникова. 2014. Т. 19. Вип. 2/5. С. 105–109.

21. Вітязь О. Надання медичної допомоги в умовах воєнного стану. *Вісник*. 2022. № 3–5 (81). С. 115–118.

22. Вовк С.М. Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я: дис. докт. держ. упр.: 25.00.02. Маріуполь, 2019. 492 с.

23. Гергелійник В. Взаємозв'язок конституційного права на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування з іншими соціальними правами людини. *Публічне право*. 2019. № 2 (34). С. 17.

24. Кризина Н. П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації: автореф. дис... д ра наук з держ. упр.: 25.00.02; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. К., 2008. 36 с.

25. Про утворення Національної служби здоров'я України : постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>.

26. Офіційний сайт Комунального некомерційного підприємства «Міська клінічна лікарня № 4» Дніпровської міської ради. URL: www.likarnya4.dp.ua.

27. Статут Комунального некомерційного підприємства «Міська клінічна лікарня № 4» Дніпровської міської ради (Нова редакція). Затверджено 16.10.2020. Дніпро. 14 с. URL: drive.google.com/file/d/1g22d9CJvQEnNnDUyEkh27fc29ZPEH-8l/view.

28. Європейська програма роботи на 2020–2025 рр. «Спільні дії для міцнішого здоров'я». URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345924/WHO-EURO-2021-1919-41670-59496-ukr.pdf>.

29. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 14 вересня 2020 року «Про Стратегію національної безпеки України»: Указом Президента України від 14 вересня 2020 року № 392/2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/392/2020#n5>.

30. «Два роки під прицілом. Медичні та освітні заклади з якими воює Росія»: дослідження. URL: <https://www.helsinki.org.ua/publications/dva-roky-pid-prytsilom-medychni-ta-osvitni-zaklady-z-iaakymy-voiuie-rosiia-doslidzhennia>.

31. Татаренко О. Система охорони здоров'я в Сполучених Штатах Америки: страхування нації. *Здоров'я України*. 2008. URL: <http://health.ua.com>.

32. Chevreul K, Berg Brigham K, Durand-Zaleski I, Hernandez-Quevedo C. France: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2015; 17(3), 1– 193 218. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/297938/France.HiT.pdf?ua=1.

33. Kimberly Amadeo. What Is Obamacare? Updated September 17, 2020. URL: <https://www.thebalance.com/what-is-obamacare-the-aca>.

34. Дзюндзюк В. Б. Ефективність діяльності публічних організацій : моногр. Українська Академія держ. управління при Президентові України;

Харківський регіональний ін-т. Харків : Видавництво ХарРІ УАДУ «Магістр», 2003. 236 с.

35. Філіпова Н, Левчук, Ю. Світові моделі системи охорони здоров'я, адаптація в Україні та вплив на тривалість життя. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: право, публічне управління та адміністрування*, 2024. DOI: 10.54929/2786-5746-2024-11-02-07. URL: <http://www.inliberty.ru/library/study/1392/#ref135>.

36. Вакуленко О., Жаліло Л., Комарова Н. Законодавче та нормативне забезпечення діяльності з формування здорового способу життя. URL: <http://www.health.gov.ua/Publ/conf.nsf/50e0ce97d91c75b3c2256d8f0025c386/39db46894f4d5a16c2256ddc003c6a90?OpenDocument>.

37. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. у 2х ч. За заг. ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.

38. WHO. WHO Guideline: Recommendations on Digital Interventions for Health System Strengthening. World Health Organization; Geneva, Switzerland: 2019. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324998/WHO-RHR-19.7-eng.pdf>.

39. Meister S., Deiters W., Becker S. Digital health and digital biomarkers-Enabling value chains on health data. *Curr. Dir. Biomed. Eng.* 2016; 2: 577–581. DOI: 10.1515/cdbme-2016-0128. URL: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/cdbme-2016-0128/html>.

40. Odone A., Buttigieg S., Ricciardi W., Azzopardi-Muscat N., Staines A. Public health digitalization in Europe. *Eur. J. Public Health.* 2019; 29: 28–35. DOI: 10.1093/eurpub/ckz161. URL: https://academic.oup.com/eurpub/article-abstract/29/Supplement_3/28/5628048.

41. Multidisciplinary Working Group «ComuniCovid» [Italian Society of Anaesthesia and Intensive Care (SIAARTI), Italian Association of Critical Care Nurses (Aniarti), Italian Society of Emergency Medicine (SIMEU), and Italian Society Palliative Care (SICP)] How to communicate with families of patients in

complete isolation during SARS-CoV-2 pandemic multidisciplinary working group «ComuniCoViD». *Recenti Prog. Med.* 2020; 111: 357–367. DOI: 10.1701/3394.33757. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32573551>.

42. Whitelaw S., Mamas M.A., Topol E., Van Spall H.G.C. Applications of digital technology in COVID-19 pandemic planning and response. *Lancet Digit. Health.* 2020; 2: 435–440. DOI: 10.1016/S2589-7500(20)30142-4. URL: [https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500\(20\)30142-4/fulltext?ref=medicalnotes.co](https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500(20)30142-4/fulltext?ref=medicalnotes.co).

43. Editorial Team The human relationship as a sentinel event: A wish for the future. *Assist. Infirm. Ric.* 2022; 41: 100–102. DOI: 10.1702/3920.39043. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36503946>.

44. Howarth A., Quesada J., Silva J., Judycki S., Mills P.R. The impact of digital health interventions on health-related outcomes in the workplace: A systematic review. *Digit. Health.* 2018; 4: 2055207618770861. DOI: 10.1177/2055207618770861. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29942631>.

45. Carolan S., Harris P.R., Cavanagh K. Improving Employee Well-Being and Effectiveness: Systematic Review and Meta-Analysis of Web-Based Psychological Interventions Delivered in the Workplace. *J. Med. Internet Res.* 2017; 19: 271. DOI: 10.2196/jmir.7583. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28747293>.

46. Pospos S., Young I.T., Downs N., Iglewicz A., Depp C., Chen J.Y., Newton I., Lee K., Light G.A., Zisook S. Web-Based Tools and Mobile Applications to Mitigate Burnout, Depression, and Suicidality Among Healthcare Students and Professionals: A Systematic Review. *Acad. Psychiatry.* 2018; 42: 109–120. DOI: 10.1007/s40596-017-0868-0. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29256033>.

47. Dalgligh S.L., Khalid H., McMahon S.A. Document analysis in health policy research: The READ approach. *Health Policy Plan.* 2021; 35: 1424–1431. DOI: 10.1093/heapol/czaa064. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33175972>.

48. Weber M. Weber's Rationalism and Modern Society: New Translations on Politics, Bureaucracy, and Social Stratification. Palgrave MacMillan; London, UK: 2015. URL: https://www.academia.edu/12107148/Webers_Rationalism_and_Modern_Society_New_Translations_on_Politics_Bureaucracy_and_Social_Stratification.

49. EU. Regulation (EU) 2021/522 of the European Parliament and of the Council of 24 March 2021 Establishing a Programme for the Union's Action in the Field of Health ('EU4Health Programme') for the Period 2021–2027, and Repealing Regulation (EU) № 282/201. EUR-Lex; Luxembourg: 2021. URL: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv%3AOJ.L_.2021.107.01.0001.01.ENG.

50. EU. Regulation (EU) 2021/694 of the European Parliament and of the Council of 29 April 2021 Establishing the Digital Europe Programme and Repealing Decision (EU) 2015/2240. EUR-Lex; Luxembourg: 2021. URL: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2021/694/oj>.

51. WHO. WHO Guidance for Climate Resilient and Environmentally Sustainable Health Care Facilities. World Health Organization; Geneva, Switzerland: 2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240012226>.

52. United Nations The 17 Sustainable Development Goals. [(accessed on 15 October 2023)]. URL: <https://sdgs.un.org/goals>.