

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

студента Ширінкіна Сергія Володимировича

академічної групи 281м-21з-5 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Особливості державної політики в сфері охорони здоров'я у
повоєнний період в Україні»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Бородін Є.І.			
розділів:				

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

Нормоконтролер:	Вишнеvsька О.В.			
-----------------	-----------------	--	--	--

Дніпро
2022

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему *«Особливості державної політики в сфері охорони здоров'я у повоєнний період в Україні»*.

76 с., 2 рис., 8 табл., 68 використаних джерел.

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ, ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА, ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ВОЄННИЙ СТАН, ПОВОЄННИЙ СТАН, РЕФОРМУВАННЯ, МЕДИЧНА ДОПОМОГА.

Об'єкт дослідження – система охорони здоров'я.

Предмет дослідження – особливості державної політики в сфері охорони здоров'я у повоєнний період в Україні.

Мета дослідження – обґрунтувати особливості формування та реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я в Україні та напрями її удосконалення в умовах повоєнного стану.

У першому розділі досліджуються теоретичні основи організації реформування системи охорони здоров'я в Україні. Проаналізована робота органів управління охорони здоров'я, закладів охорони здоров'я та формувань екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Другий розділ присвячено аналізу багатосекторальної готовності до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я та реагування на них. Визначено особливості надання медичних послуг для фізичних осіб в умовах воєнного стану.

У третьому розділі визначено перспективи створення людиноцентричного медичного простору в Україні.

Сфера практичного застосування результатів роботи – органи управління охорони здоров'я.

ABSTRACT

Explanatory note of the qualification work of the master's degree on the topic "Peculiarities of state policy in the field of health care during the war period in Ukraine".

76 pp., 2 pics, 8 tab., 68 verses of dzherel.

PUBLIC ADMINISTRATION, STATE POLICY, STATE POLICY IN THE SPHERE OF HEALTH CARE, MILITARY CAMP, POWILENNY CAMP, REFORM, MEDICAL ADVICE.

The object of follow-up is the health care system.

The subject of the study is the peculiarities of the state policy in the field of health care during the war period in Ukraine.

The metaphor is to highlight the specifics of the formation and implementation of the state policy of reforming the health care system in Ukraine, which is directly improved in the minds of the war-torn people.

In the first division, the theoretical foundations of the organization of the reform of the health care system in Ukraine are covered. The work of the health care management bodies was analyzed, laying the foundation for health care and the formation of emergency medical assistance and disaster medicine.

Another section is devoted to the analysis of the rich-sectoral readiness to the extreme situations in the field of health care and the response to them. The specialty of medical services for physical needs in the minds of a military camp was determined.

The third division was assigned the prospects for the creation of a human-centric medical space in Ukraine.

The sphere of practical assessment of the results of work is the management of health care.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	5
1.1. Значення системи охорони здоров'я для відновлення, миру та безпеки в Україні.....	8
1.2. Критерії оцінювання інвестиційного потенціалу відновлення та реформування системи охорони здоров'я.....	15
1.3. Динамічна візія відновлення системи охорони здоров'я України..	20
РОЗДІЛ 2. ГОТОВНІСТЬ ДО НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА РЕАГУВАННЯ НА НИХ	25
2.1. Багатосекторальна готовність до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я та реагування на них	25
2.2. Система та послуги громадського здоров'я	28
2.3. Надання медичних послуг для фізичних осіб.....	31
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО- ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ СТРУКТУРИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	35
3.1. Забезпечення кадрового потенціалу.....	35
3.2. Інфраструктура, капітальне обладнання та медикаменти.....	36
3.3. Фінансування охорони здоров'я.....	41
3.4. Управління системою охорони здоров'я.....	48
3.5. Міжнародний досвід охорони здоров'я громадян.....	52
ВИСНОВКИ.....	73
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	77

ВСТУП

ВООЗ підтримує процес медичної реформи в Україні. З 2016 року реформи прискорилися зі створенням нових інституцій та нових механізмів у системі охорони здоров'я для підвищення ефективності та справедливості. Був досягнутий значний прогрес у фінансуванні охорони здоров'я, налагодженні надання первинної медичної допомоги, електронної охорони здоров'я, забезпеченні доступу до лікарських засобів та переорієнтації на громадське здоров'я. У 2020 році пандемія COVID-19 вимагала зосереджених зусиль на реагуванні на пандемію, як це було в країнах по всьому світу, але в той же час шлях медичної реформи продовжувався. Разом з багатьма партнерами ВООЗ підтримала реагування на пандемію та реформи, і до моменту вторгнення в лютому 2022 року Україна знову досягла значного прогресу. Для досягнення цілей у сфері охорони здоров'я та добробуту, визначених на 2030 рік, ВООЗ надавала підтримку Міністерству охорони здоров'я України у розробці Стратегії охорони здоров'я до 2030 року для подальшого розвитку сектору. Проект мав бути обговорений Урядом наприкінці лютого 2022 р. До того, як це могло статися, звичайно, почалася війна і знову порушила ситуацію.

В умовах війни ВООЗ надає підтримку органам охорони здоров'я України у реагуванні на найактуальніші потреби населення та медичних працівників, які мають надихали нас своєю мужністю і самовідданістю. За цей період багато дізналися про зв'язок між здоров'ям та безпекою населення України. Безпрецедентна кількість нападів на здоров'я з 24 лютого 2022 року також спонукала уряд ініціювати планування післявоєнного відновлення, і ВООЗ повністю схвалює рішення про планування відновлення зараз. Здоров'я є невід'ємною частиною загального відновлення України. Поки здоров'я – це ще не все, без здоров'я нічого немає.

Критичне питання, яке має стимулювати процес відновлення, полягає в тому, як найкраще отримати послуги українцям населення – громадське здоров'я, охорона здоров'я та профілактика захворювань, зміцнення здоров'я,

лікування та паліативна допомога – а також зв'язок з необхідними соціальними та іншими послугами.

Проблематика державної політики у сфері охорони здоров'я України була предметом наукових пошуків таких дослідників, як: Т. Бахтєєва, М. Білинська, Я. Радиш, Н. Рингач, І. Рожкова, Г. Слабкий, І. Солоненко, А. Терент'єва, І. Хожило, Н. Ярош та ін. Характеризуючи загальний стан дослідженості зазначеної проблеми, слід наголосити, що переважна більшість наукових праць стосувалась організації лікувально-евакуаційного процесу (І. Кочін, Є. Лопін, В. Москаленко, В. Пасько, П. Сидоренко, Г. Черняков).

Мета дослідження – обґрунтувати особливості формування та реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я в Україні та напрями її удосконалення в умовах повоєнного стану.

Для досягнення поставленої мети було визначено такі *завдання*:

- проаналізувати теоретичні основи формування та реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я в Україні;
- визначити особливості роботи органів управління охорони здоров'я, закладів охорони здоров'я та формувань екстреної медичної допомоги та медицини катастроф;
- узагальнити недоліки в організації медичного забезпечення військ та населення в умовах воєнного стану;
- визначити критерії оцінювання інвестиційного потенціалу відновлення та реформування системи охорони здоров'я;
- проаналізувати міжнародний досвід реформування медичної сфери;
- сформулювати рекомендації щодо удосконалення організації медичної допомоги в умовах повоєнного часу в Україні.

Об'єкт дослідження – система охорони здоров'я.

Предмет дослідження – особливості державної політики в сфері охорони здоров'я у повоєнний період в Україні.

Методи дослідження. Теоретичну та методологічну основу дослідження складають праці вітчизняних і зарубіжних учених, які охоплюють широкий

спектр питань щодо медичної допомоги в Україні.

Для досягнення поставленої мети в роботі застосовано сукупність загальнонаукових та спеціальних методів: аналізу, синтезу, узагальнення, абстрактно-логічний метод (для визначення сутності та співвідношення основних теоретичних понять і категорій), системний підхід (для визначення умов та напрямів удосконалення форм та механізмів системи охорони здоров'я в Україні), порівняльний (для імплементації зарубіжного досвіду в Україні), структурно-функціональний (для визначення структури системи охорони здоров'я).

Інформаційною й емпіричною базою дослідження є нормативні документи органів державної влади, статистичні й соціологічні дані, матеріали, опубліковані в періодичних виданнях і мережі Інтернет.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Значення системи охорони здоров'я для відновлення, миру та безпеки в Україні

Незважаючи на триваючу війну в Україні, Уряд готується до відновлення та відбудови країни. Враховуючи масштаби атак на інфраструктуру охорони здоров'я та, як наслідок, порушення функціонування системи охорони здоров'я, реконструкція системи охорони здоров'я є невід'ємною частиною відновлення країни. Безпосередніми пріоритетами є відновлення основних послуг, реагування на нові потреби фізичного та психічного здоров'я, захист громадського здоров'я та забезпечення безпечного та привабливого середовища для повернення як медичних працівників, так і населення в цілому. Потрібно визначити стратегічні напрямки відновлення післявоєнної системи охорони здоров'я в короткі та довгострокові терміни, одночасно підтримуючи основні послуги охорони здоров'я під час триваючого вторгнення.



Рис. 1.1. Постулати відновлення системи охорони здоров'я

Стратегічні напрямки базуються на наборі з п'яти принципів (або постулатів), які можуть бути використані як критерії для оцінки потенційних інвестицій для забезпечення надання якісних індивідуальних та громадських послуг у сфері охорони здоров'я населенню, а не просто відновлення того, що був зруйнований війною. Метою є узгодження очікуваних інвестицій з пріоритетними напрямами розвитку системи охорони здоров'я в Україні.

Постулати мають бути застосовані до реалізації проекту Стратегії охорони здоров'я до 2030 року, щоб узгодити інвестиції у відновлення системи охорони здоров'я зі стратегією реформ та інтегрувати їх у триваюче гуманітарне реагування.

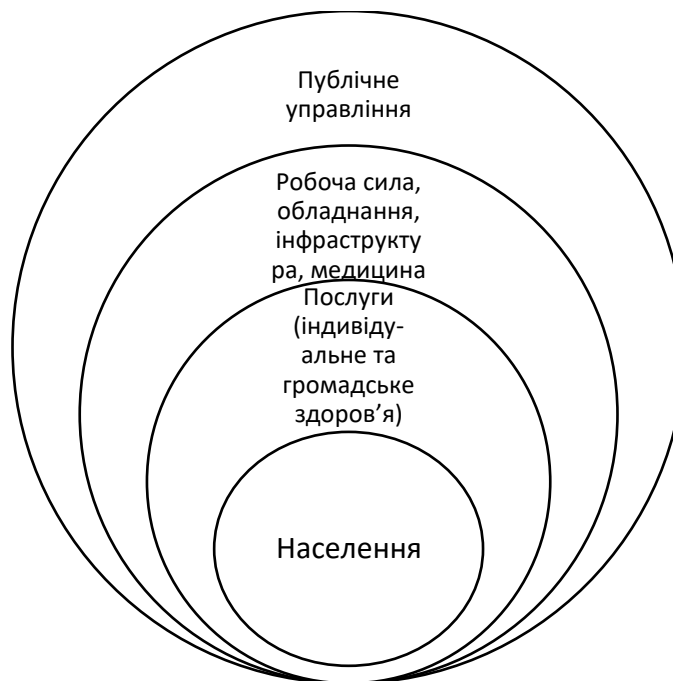


Рис. 1.2. Людиноцентрична система охорони здоров'я

Рис. 1.2 ілюструє людиноцентричну систему охорони здоров'я; ця модель має бути посилена в рамках відновлювальної діяльності в Україні. На людей безпосередньо впливають як громадське здоров'я, так і окремі служби. Надання цих послуг вимагає ефективної робочої сили в галузі охорони здоров'я та інших ресурсів (ліки та матеріали, обладнання, фізична та цифрова інфраструктура), а також фінансування та управління для встановлення

стимулів та правил для забезпечення узгодженого функціонування системи охорони здоров'я. Визначення принципів, на основі яких Уряд може оцінити заходи з відновлення здоров'я, є критично важливим кроком для забезпечення добре скоординованого інвестиційного підходу, узгодженого з основними напрямками української медичної реформи, включаючи процес вступу до Європейського Союзу та прискорення трансформації системи охорони здоров'я до максимальної користі населенню.

Таблиця 1.1

Наслідки постулатів для відновлення та трансформації системи охорони здоров'я з послідовним визначенням

Заходи	Зелене світло	Початкові дії	Подальші дії
Готовність до надзвичайних ситуацій системи громадського здоров'я			
Роз'яснити ролі, обов'язки та підзвітність, а також наростити потенціал УЦГЗ, Центру медицини катастроф, обласних центрів з контролю та профілактики захворювань та місцевих органів влади у сфері охорони здоров'я	+	+	
Впровадити рекомендації ЄЕЗ щодо готовності до надзвичайних ситуацій та привести у відповідність до процесу вступу до ЄС	+	+	+
Забезпечити інтеграцію та координацію служб громадського здоров'я з індивідуальними службами, зокрема в рамках ПМСД	+	+	+
Не організовувати інвестиції в охорону здоров'я за допомогою хвороб або програми охорони здоров'я	-	-	-
Надання послуг з охорони здоров'я			
Координація та інтеграція гуманітарної допомоги з наданням послуг національних об'єктів	+	+	
Посилення, розширення та розширення послуг первинної медичної допомоги	+	+	
Розробити плани багатопрофільних лікарень, організованих за територіальною ознакою	+	+	
Удосконалювати клінічні настанови та використовувати дані сумісних електронних систем охорони здоров'я та фінансової інформації	+	+	+
Не надавати пріоритет спеціалізованим лікарням над первинною медичною допомогою та багатопрофільними об'єктами	-	-	-
Не організовуйте мережу охорони здоров'я окремо за кожним рівнем влади	-	-	-

Продовження табл. 1.1

Медична робоча сила			
Залучити та підготуватися до повернення медпрацівників та розробити цифровий реєстр робочої сили	+	+	
Постачати модульні навчання для потреб, пов'язаних з війною, зокрема психічне здоров'я, сексуальне та гендерно зумовлене насильство, фізична реабілітація та загрози здоров'ю	+	+	
Кількісна оцінка потреб працівників охорони здоров'я відповідно до бачення надання послуг	+	+	
Удосконалення медичної освіти та регулювання медичних працівників (ліцензування, саморегулювання)	+	+	+
Не створювати окремі треки для громадського здоров'я та медичної освіти	-	-	-
Інфраструктура (фізична, цифрова), обладнання та ліки			
Реконструювати або будувати об'єкти ПМСД з більшою енергоефективністю	+	+	+
Проведення критично важливих короткострокових реконструкцій лікарень, що включають більшу енергоефективність	+	+	
Розробити плани реконструкції та будівництва лікарень з пріоритетом мультипрофільних програм лікарень, розвиток географічної мережі та рівність у різних регіонах	+	+	
Відремонтувати або побудувати більш енергоефективні лікарні на базі мережевих планів лікарні	+	+	
Функції і Наслідки			
Відновлення та зміцнення ІТ-інфраструктури, включаючи пристрої та підключення	+	+	+
Планувати, закуповувати та керувати інвентаризацією дорогих високотехнологічних технологій та медичного обладнання	+	+	+
Підтримувати та посилювати як центральні закупівлі ліків, так і закупівлю НСЗУ послуг ПМГ, а також реімбурсацію АМР через приватні аптеки	+	+	+
Відновлення або посилення потужностей вітчизняного виробництва вакцин, фармацевтичних препаратів та виробів медичного призначення	+	+	+
Оновлення системи регулювання для ліків і медичних продуктів	+	+	+
Розробити національний порядок денний біомедичних досліджень з інвестиціями в науку та технології індустрії ліків та медичного обладнання	+	+	
Не просто відновлювати те, що було зруйновано, а плануючи на основі мережі надання послуг та потреб у здоров'ї	+	+	

Продовження табл. 1.1

Не будувати/не перебудувати фрагментовані електронні системи охорони здоров'я та фінансової інформації	-	-	-
Фінансування охорони здоров'я			
Посилення інституційної та кадрової спроможності НСЗУ з достатнім фінансуванням для адміністративних витрат	+	+	+
Перекласти кошти на витрати на комунальні послуги від органів місцевого самоврядування до НСЗУ, тим самим повністю перетворивши НСЗУ на єдиного покупця окремих медичних послуг	+	+	
Удосконалити інформаційні системи НСЗУ для забезпечення гнучких стратегічних закупівель шляхом впровадження формульної системи оплати для ПМГ (наприклад, для подолання мобільності населення) та стимулювання реструктуризації лікарень	+	+	+
Розширити використання податків на охорону здоров'я для зміцнення здоров'я та збільшення доходів	+	+	+
Уточнити процедури обліку капіталу та запасів	+	+	
Зміцнення автономії та підзвітності фінансового рівня на рівні об'єкта управління	+	+	+
Не повертатися до тенденції 2016–2019 років неухильної деприоритизації здоров'я в державні видатки	-	-	-
Не відходити від універсальних прав, що не ґрунтуються на внесках на медичні послуги, що фінансуються із загальних доходів	-	-	-
Управління системою охорони здоров'я			
Функціональна специфікація, перебудова ролей та відносин у всіх рівнях влади та нарощування потенціалу	+	+	
Підвищення голосу та залученості громадян до рішень, які на них впливають	+	+	
Посилення прозорості та незалежного нагляду за капітальними інвестиціями	+	+	+
Інтегрувати або створювати сумісні інформаційні системи, забезпечуючи кібербезпеку	+	+	+
Не підривати автономність об'єкта (управління об'єктом має важливе значення для відновлення)	-	-	-

У таблиці визначено наслідки постулатів для кожного з аспектів системи охорони здоров'я. Постулати керують питаннями «що» і «як», але ця примітка також стосується «коли», надаючи конкретну ілюстрацію послідовних пріоритетів та динаміки між початковими та подальшими діями.

Це означає, що початкове реагування на контекст війни може закласти основу для переходу від кризового управління до нормального функціонування системи охорони здоров'я. Центральним у цьому переході є (пере)розбудова та розширення мережі надання медичних послуг з надання первинної медичної допомоги в основі, включаючи покращення доступу до фармацевтичних препаратів та нагляд за охороною здоров'я. Подальші дії повинні узгоджуватися з відбудованими та реструктуризованими багатопрофільними лікарнями та амбулаторними спеціалізованими центрами з цим фондом, застосовуючи зелений підхід до проектування інфраструктури, щоб зменшити майбутнє споживання енергії та періодичні витрати. Таким чином, початкові та наступні дії тісно пов'язані між собою: послідовність дає загальну вказівку на пріоритети, узгоджені з постулатами, для дій, необхідних для отримання індивідуальних та громадських послуг охорони здоров'я людям, які їх потребують. Застосування постулатів може допомогти Уряду розробити план відновлення, який узгоджує державну політику та різні зацікавлені сторони з бажаною трансформацією системи охорони здоров'я.

Незважаючи на триваючу війну в Україні, Уряд висловив бажання підготуватися до відновлення та відбудови для всіх галузей економіки, включаючи сектор охорони здоров'я. Війна мала серйозний ефект збільшення потреби населення в охороні здоров'я, одночасно знижуючи здатність системи надавати послуги, з істотними відмінностями в розрізі країни. Деякі об'єкти були зруйновані, а інші були перевантажені людьми, які шукають допомоги через хвороби та травми, спричинені безпосередньо війною. Проблеми переміщення та задоволення мінливих потреб населення у сфері охорони здоров'я посилюються наслідками війни для надання допомоги. Наприклад, люди з хронічними захворюваннями відчують погіршення симптомів через перерваного лікування. Такі зриви разом з наслідками пандемії COVID-19 посилили кризи, пов'язані з конфліктом, створивши сплеск потреби в психіатричній допомозі та психосоціальній підтримці, який тільки

починається і, ймовірно, буде продовжений. Наслідки збоїв у зміцненні здоров'я та профілактичних послугах будуть спостерігатися протягом наступних років, включаючи підвищений ризик захворювань, яким можна запобігти за допомогою вакцин. Без цілеспрямованих зусиль, спрямованих на наздоганяння таких важливих втручань у сфері охорони здоров'я, наслідки зривів війни можуть наблизитися або перевищувати пряму захворюваність і смертність, пов'язані з бойовими діями.

Система охорони здоров'я та охорона здоров'я в цілому мають важливе значення для відновлення, миру та безпеки в Україні з наступних причин.

– Збереження і відбудова. Україна стала свідком тривожно високої кількості нападів на охорону здоров'я. Фізичне знищення ресурсів охорони здоров'я в поєднанні з психологічним впливом війни на медичних працівників і широке населення матиме тривалі наслідки. Збереження та відновлення системи охорони здоров'я має вирішальне значення для передачі відчуття безпеки та нормальності для всіх.

– Відновлення. Реагування на потреби в охороні здоров'я є не лише короткостроковим гуманітарним зобов'язанням, але й невід'ємною частиною людського добробуту та інвестицій, необхідних для довгострокового відновлення та зростання України. Доступність якісних медичних послуг та ліків має важливе значення для того, щоб дати людям, які втекли від конфлікту, впевненість повернутися до своїх домівок, для примирення на рівні громади та для підтримки довіри до органів державної влади. Зміцнення сектору охорони здоров'я для залучення медичних працівників, які повертаються, та населення в цілому є життєво важливим для національного відновлення.

– Захист. Окрім надання клінічних послуг, війна порушила роботу служб охорони здоров'я, таких як нагляд та моніторинг захворювань, а також доступ до безпечної води та продуктів харчування, вивезення сміття та контроль гризунів. Крім того, конфлікт приніс ризики впливу, пов'язані з навмисним або випадковим пошкодженням ядерних і хімічних заводів або

застосуванням хімічної, біологічної або ядерної зброї. Зміцнення системи охорони здоров'я має вирішальне значення для пом'якшення цих ризиків шляхом підготовки до реагування на потенційні надзвичайні ситуації, пов'язані з охороною здоров'я населення та всіма небезпеками.

– Розвиток. Інвестиції в системи охорони здоров'я та охорони здоров'я є передумовою сталого розвитку та сильної макроекономіки. Сектор охорони здоров'я робить ключовий внесок у стабільність і стійкість національних економік у всьому світі [1] і є важливим роботодавцем (і великим роботодавцем жінок) [2]. Крім того, досвід пандемії COVID-19 та інших надзвичайних ситуацій показує, як швидко можна втратити досягнення гендерної рівності в робочій силі та інші форми нерівності можуть загострюватися.

1.2. Критерії оцінювання інвестиційного потенціалу відновлення та реформування системи охорони здоров'я

Україна прагне до збереження, захисту та зміцнення здоров'я та добробуту своїх громадян. Це знайшло своє відображення в її державній політиці [3], а також у схваленні нею ключових міжнародних декларацій, включаючи Талліннський статут [4] і Політичну Декларацію Організації Об'єднаних Націй з питань універсального охоплення послугами охорони здоров'я [5]. Президент України нещодавно анонсував ініціативу United24 [6], яка визначила охорону здоров'я однією зі сфер, на які будуть спрямовані національні та міжнародні пожертви. Багато міжнародних партнерів та урядів з розвитку, а також неурядових та фізичних осіб також планують підтримати зусилля Уряду України з відновлення.

Щоб забезпечити приведення внутрішніх та міжнародних інвестицій у відновлення до урядового проекту Стратегії охорони здоров'я до 2030 року [3], слід визначити набір постулатів з важливими наслідками для гуманітарної допомоги (короткострокова підтримка нагальних потреб) а також середньо- та

довгострокові інвестиції у сферу охорони здоров'я. Постулати відображають цілі системи охорони здоров'я, але є більш оперативними та адаптованими до поточної ситуації. Вони стосуються рішень про відновлення, прийнятих на національному рівні (наприклад, плану, який готує Національна рада з відновлення [8], яка була створена президентом Володимиром Зеленським у квітні 2022 року) або в рамках багатосекторальних регіональних планів відновлення. Оскільки постулати не є унікальними для конкретного джерела фінансування або географічного регіону, вони можуть бути застосовані як критерії для оцінки та управління внутрішніми урядовими, приватними, багатосторонніми або двосторонніми джерелами інвестицій. Вони також мають відношення до забезпечення того, щоб поточна гуманітарна допомога заклала основу для коротко- та середньострокового відновлення.

Щоб максимізувати переваги використання постулатів як критеріїв оцінки, важливо поставити правильне запитання про те, що оцінювати. З огляду на прагнення України досягти універсального охоплення послугами охорони здоров'я та безпеки здоров'я, питання не в тому, «Як замінити пошкоджений або зруйнований медичний заклад?». Але «Як ми можемо найкраще отримати індивідуальні та громадські послуги охорони здоров'я для населення, яке цього потребує?» Іншими словами, перехід до більш стійкої, орієнтованої на людей, справедливої, ефективною та підзвітної системи охорони здоров'я є головним фактором розвитку.

Постулати, запропоновані для використання в якості критеріїв оцінки, полягають в наступному.

Людиноцентричність. Ставити людей у центр – це більше, ніж гасло: серйозне сприйняття цієї концепції має важливі наслідки для організації як індивідуальних, так і державних служб охорони здоров'я, а також для працівників охорони здоров'я, фінансування охорони здоров'я та управління охороною здоров'я. Звідси випливає, наприклад, що інвестиції не повинні підтримувати вертикальну систему доставки (організовану хворобами); натомість охорона здоров'я повинна зосереджуватися на системах, необхідних

для цілісної підтримки здоров'я людини шляхом впровадження послуг, що стосуються конкретних захворювань або станів, та різних напрямів охорони здоров'я в послуги, які координуються та зосереджені на потребах людини.

Власний і фінансовий захист. Це тягне за собою зобов'язання реагувати на тих, хто найбільше постраждав від конфлікту (як прямо, так і опосередковано), а також тих, хто має найбільшу потребу в медичних послугах і найменшу здатність справлятися з фінансовими витратами. Особливу увагу слід звернути на найбільш вразливі групи, включаючи людей, які зазнали сексуального та гендерно-обумовленого насильства, а також тих, хто страждає від психічних та/або фізичних травм від війни. Люди, загнані конфліктом у бідність, повинні бути захищені від фінансових бар'єрів і катастрофічних витрат, зокрема літні люди з хронічними захворюваннями.

Стійкість. Цей постулат означає, що спільнота, система охорони здоров'я або суспільство в цілому готові і здатні протистояти, поглинати, відновлюватися, адаптуватися і своєчасно і ефективно реагувати на небезпеки або інші потрясіння, зберігаючи і відновлюючи свої основні структури і функції [9; 10]. Стійкі структури та процеси можуть захистити суспільства, роблячи системи більш надійними, тим самим зберігаючи громади більш пов'язаними та зберігаючи людей здоровішими. Це вимагає установ та управлінських процесів, які дозволяють людям реагувати, навчатися та адаптуватися під час кризи, щоб пом'якшити порушення рутинних послуг, а також контролювати, оцінювати та вирішувати питання потреби підвищення здоров'я та ризику для здоров'я населення. Наприклад, надзвичайні ситуації надають можливості для глибоких системних оглядів та регулярних оцінок, а потім змін для підвищення стійкості на основі отриманих уроків. Це також вимагає систем, які можуть адаптуватися до різних обставин у різних випадках країни та до конкретних контекстуальних зрушень, таких як переміщення послуг та перепланування шляхів; втрата кваліфікованих медпрацівників; велика кількість внутрішньо переміщених осіб (ВПО) та біженців; ймовірний повільне повернення біженців; потреба у відновленні здоров'я населення.

Вона також вимагає, щоб Україна продемонструвала потужність до швидкого корегування своїх медичних установ та служб та відновлення своєї медичної робочої сили, коли виникає загроза безпеці.

Ефективність і стійкість. Ефективне використання обмежених наявних ресурсів необхідне для досягнення цілей України у сфері охорони здоров'я, особливо з огляду на те, що в найближчі роки країна може зіткнутися з серйозними фіскальними обмеженнями. Крім того, і, як багато країн дізналися у своїй відповіді на COVID-19, ефективний підхід повинен враховувати не тільки негайне розгортання ресурсів, але й необхідність резервних/надлишкових потужностей. Як і у випадку з людиноцентричністю, існують критичні наслідки для того, як розподіляються та використовуються ресурси в системі охорони здоров'я, і, таким чином, для проєктування майбутніх інвестицій. Це включає в себе конфліктний контекст, де потужність і розташування послуг повинні бути адаптовані до мінливої демографічної ситуації. Сталий розвиток – це пов'язана, але інша концепція, яка стосується здатності країни з часом прогресувати у досягненні своїх цілей, таких як універсальне охоплення послугами охорони здоров'я.

Звітності. Підзвітна система охорони здоров'я і, як наслідок, уряд, має надійні зобов'язання щодо політики охорони здоров'я і відповідає перед населенням за свою діяльність та використання ресурсів. Для забезпечення виконання зобов'язань, взятих Урядом України, важливо мати чітко визначені ролі та відносини як для Кабінету Міністрів України, так і медичних відомств (зокрема, Міністерство охорони здоров'я, Національна служба здоров'я України (НСЗУ), Центр громадського здоров'я МОЗ України та Центральна закупівельна агенція) та на всіх рівнях уряд, а також процедури залучення громадян; планування участі; стандартизоване бюджетування, бухгалтерський облік та фінансова звітність; прозорі видатки та закупівлі; зменшення корупційних ризиків та чітка комунікація. Ефективність систем підзвітності та управління фінансами залежить від механізмів, що використовуються для розподілу коштів, у тому числі від того, як управляти грошима та натуральною

підтримкою, що надходить до країни. Наприклад, бажано, щоб гроші на підтримку періодичних витрат на надання медичних послуг надходили через механізми закупівлі НСЗУ для національного пакету пільг: Програми медичних гарантій (ПМГ). Хоча визнано, що деякі надходження таких витрат надходять окремо (наприклад, безпосередньо до постачальників та людей), максимально повною мірою потоки мають бути інтегровані (або принаймні узгоджені з) домовленостями про закупівлю медичних послуг НСЗУ. Капітальні інвестиції повинні бути прозорими та використовувати прийняті національні практики закупівель та/або практики партнерів з розвитку. Ці постулати не є новими для України: вони або неявні, або явні в Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я України на 2015–2020 роки [3], а також у проєкті Стратегії охорони здоров'я 2030 [7]. Пропозиція полягає у використанні постулатів як критеріїв як для оцінки, так і для спрямування потенційних інвестицій відповідно до основних напрямів політики України. Це забезпечить міцний фундамент для забезпечення злагодженого та адаптивного інвестиційного підходу. По суті, постулати визначають, як оперувати гаслом «краще відбудувати» або, бажано, «будувати вперед розумніше». Відновлення має керуватися стратегіями та процесами реформування сектору охорони здоров'я до війни, одночасно реагуючи на зміну потреб населення у сфері охорони здоров'я та пом'якшуючи вже існуючі неефективності, щоб побудувати більш надійну та стійку систему охорони здоров'я, здатну поглинати майбутні шоки та кризи. Такий підхід відображає широку та глибоку підтримку ВООЗ напрямку медичної реформи, як це вже закладено Урядом України в існуючих законах, підзаконних актах, стратегіях та планах, визнаючи при цьому, що для повної реалізації цих постулатів все ще необхідні критичні кроки, враховуючи виклики довоєнного впровадження.

1.3. Динамічна візія відновлення системи охорони здоров'я України

П'ять постулатів, викладених вище, містять вказівки щодо ключових питань «що» і «як» для планів відновлення, але також важливо забезпечити конкретні послідовні пріоритети, оскільки контекст війни вимагає негайного реагування, включаючи відновлення функціональності мережі охорони здоров'я та забезпечення доступу до основних послуг для задоволення поточних, підвищених та нових потреб у сфері охорони здоров'я та загроз громадському здоров'ю. Поки ця відповідь триває, можна закласти основу для переходу від антикризового управління (при цьому українські центральні та місцеві органи влади працюють в умовах закону воєнного стану і підтримується гуманітарною допомогою, орієнтованою на нагальні потреби) до ролі мирного часу для всіх урядових рівнів у здійсненні довгострокових реформ і розвитку. Для цього потрібне стабільне, але динамічне бачення для відновлення системи охорони здоров'я України, що:

- спирається на сильні сторони існуючої системи України, попередній порядок денний реформ, інституції та людський капітал;
- пов'язує гуманітарну допомогу та розвиток середньострокової системи з якомога раніше, знаходячи можливості для стабілізації, поглиблення та прискорення реалізації існуючої стратегії реформ в Україні включає постулати як критерії, що визначають, як діяти далі;
- плани реалістичного секвенування.

Досягнення цього бачення вимагає послідовного, але динамічного підходу, який визнає, що дії на кількох фронтах пов'язані між собою і що є пріоритети, а також що ситуація може передбачають деяке перекриття з точки зору термінів реалізації. Спочатку гуманітарна допомога/ короткострокова підтримка (як грошові, так і натуральні виплати) на нагальні потреби повинні бути негайно (або як тільки це можливо, залежно від різних масштабів та наслідків війни в різних частинах країни) інтегровані в рутинне

функціонування об'єктів і служб, що перебувають в управлінні системи охорони здоров'я України. У координації з цим зміцнюйте існуючі, відремонтовані або відбудовані заклади первинної медичної допомоги, щоб вони були більш орієнтованими на людей та орієнтованими на охоплення тих, хто найбільше потребує, та мали здатність надавати розширені послуги. У практичних цілях розширені послуги первинної медичної допомоги відносяться до:

- переведення стаціонарного відділення на амбулаторні послуги як частини системи охорони здоров'я;
- трансформація та збільшення охоплення населення цими послугами;
- зміна обсягу послуг, включених до настанов з клінічної практики;
- розширення послуг для задоволення критичних потреб, що виникають внаслідок безпосереднього конфлікту, включаючи травматологічну та реабілітаційну допомогу, психіатричну допомогу, догляд за постраждалими від сексуального та гендерно-обумовленого насильства, а також координацію послуг для ВПО;
- посилення зв'язків та координації зі службами охорони здоров'я (наприклад, чиста вода та санітарія, харчування та нагляд за COVID-19 та іншими новими загрозами громадському здоров'ю);
- розширення послуг з профілактики та сприяння здоров'ю на рівні громад;
- розширення надання послуг на рівні громад шляхом включення мобільних бригад, які в даний час надають основні медичні послуги в рамках гуманітарного реагування, щоб пізніше стати частиною надання місцевих медичних послуг як інформаційно-роз'яснювальні послуги для важкодоступних районів або пацієнтів з мобільністю проблеми та забезпечення наддоганяння основних послуг, таких як імунізація та скринінг [11].

Інтеграція послуг, що надаються через гуманітарну допомогу

(короткострокова підтримка нагальних потреб) у розширенні послуги первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), має бути інституціоналізована шляхом адаптації існуючих платіжних систем постачальників на основі результатів НСЗУ, які використовуються для ПМГ (включаючи АМП) для покриття як медичних послуг, так і основних лікарських засобів, за які наразі здійснюється більшість платежів з власної кишені. В очікуванні скорочення гуманітарних поставок та товарів пріоритетами мають стати розширення центральних закупівель ліків та реімбурсація приватних аптек НСЗУ в рамках АМП, тим самим сприяючи переходу від стаціонарних до амбулаторних послуг; відновлення функціонування приватних і державних роздрібних аптек на звільнених територіях, де дозволяють умови; зміцнення потенціалу Центральної закупівельної агенції та посилення національних ланцюгів виробництва та постачання деяких видів продукції. У поєднанні з доступністю розширених послуг первинної медичної допомоги та посиленням інтегрованих систем медичної та фінансової інформації, ці дії забезпечать портативність та безперервність медичної допомоги по всій країні. Кошти як з внутрішніх, так і з міжнародних джерел можуть бути включені, з адаптивністю (тобто стійкістю), необхідною для забезпечення в різних контекстах всередині країни (наприклад, мобільного населення, велика кількість ВПО). Паралельно багатопрофільні лікарні будуть (ре)побудовані відповідно до очікуваної потреби у вторинних та третинних послугах для очікуваного населення в кожному зоні покриття, з урахуванням необхідності і доступності здоров'я робочої сили.

Початковий підхід полягає в тому, щоб (пере)побудувати та розширити послуги ПМСД при переході від гуманітарної допомоги (де це доречно), а також покращити доступ до фармацевтичних препаратів, травматологічної та невідкладної допомоги, а також нагляду за охороною здоров'я. Це ляже в основу подальших дій щодо узгодження відбудованих та реструктуризованих багатопрофільних лікарень з амбулаторними спеціалізованими центрами.

Враховуючи тривалість часу, необхідного для відновлення та зміцнення інфраструктури медичних закладів наступного покоління, початкові та подальші дії можуть бути ініційовані на початку відновлення, але вибрані заходи будуть пріоритетними для початкового фінансування та /або прогресувати швидше. Таблиці функцій системи охорони здоров'я, які будуть розглянуті нижче, підсумовують інвестиції та пов'язані з ними політики, які впливають з використання п'яти постулатів як критеріїв оцінки, що призводить до зеленого світла (робити) або червоного світла (не робити), а також із зазначенням початкових та подальших заходів.

Гарне секвенування забезпечує гнучкість, необхідну для адаптації реалізації до різних ситуацій та умов у різних географічних районах України. Чотири фактори будуть суттєво відрізнятися по всій країні і повинні бути розглянуті для контекстуалізації:

- (1) статус конфлікту (наприклад, контроль уряду над територіями з різним рівнем зриву обслуговування, триваючим конфліктом або районами, які тимчасово не контролюються урядом);
- (2) кількість ВПО та біженців, які повертаються;
- (3) кількість медичних працівників, які залишаються в медичних закладах або в географічному районі;
- (4) перехід від військової до цивільної адміністрації та використання закладів охорони здоров'я.

Послідовність відновлювальних заходів також висвітлює практичні рішення різноманітних складних проблем, які особливо важливі для координації національних інвестицій з інвестиціями партнерів з розвитку. Рішення включають:

- визначення різних часових рамок для різних видів інвестицій, зокрема, фізичної інфраструктури та розвитку людського капіталу (наприклад, навчання, наставництво);
- синхронізація регіональних інвестицій партнерів з розвитку з національними стандартами/керівними принципами, особливо у світлі

необхідності планування інвестицій у госпітальну інфраструктуру в районах області на основі географічного району, а не рівня уряду, та визначення пріоритетів багатопрофільні лікарні;

– координація інвестицій та розбудови потенціалу з перебудовою інституційної структури, ролей та відносин, включаючи здатність закупівель ПМГ НСЗУ забезпечити сталість інвестицій у заклади охорони здоров'я та надати можливість керівникам закладів охорони здоров'я покращити бухгалтерський облік та фінансове управління на рівні закладу.

РОЗДІЛ 2

ГОТОВНІСТЬ ДО НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА РЕАГУВАННЯ НА НИХ

2.1. Багатосекторальна готовність до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я та реагування на них

Україна виходитиме (і потенційно також залишатиметься) за сценарієм воєнного часу, одночасно вирішуючи наслідки нинішньої війни та пандемії COVID-19 для здоров'я та продовжуючи значні зусилля з реформування системи охорони здоров'я, які вона докладала з 2016 року. Ці комбіновані фактори підкреслюють важливість розбудови потенціалу громадського здоров'я, зосередженого на профілактиці, готовності, виявленні та реагуванні, відповідно до Міжнародних правил охорони здоров'я (IHR) (2005) та використанні всього суспільства, всіх небезпек та єдиного здоров'я підходів (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Готовність до надзвичайних ситуацій системи громадського здоров'я

Заходи	Зелене світло	Початкові дії	Подальші дії
Роз'яснити ролі, обов'язки та підзвітність, а також наростити потенціал УЦГЗ, Центру медицини катастроф, обласних центрів з контролю та профілактики захворювань та місцевих органів влади у сфері охорони здоров'я	+	+	
Впровадити рекомендації ЄЕЗ щодо готовності до надзвичайних ситуацій та привести у відповідність до процесу вступу до ЄС	+	+	+
Забезпечити інтеграцію та координацію служб громадського здоров'я з індивідуальними службами, зокрема в рамках ПМСД	+	+	+
Не організовувати інвестиції в охорону здоров'я за допомогою хвороб або програми охорони здоров'я	-	-	-

Спільне зовнішнє оцінювання (ЄВР), проведене у 2021 році, IHR (2005), забезпечує базовий рівень статусу 19 основних потужностей IHR (2005) в

Україні. В основі майбутніх відновлювальних дій лежить посилення (і в деяких сферах, таких як нещодавно звільнені території, відновлення) служб охорони здоров'я, включаючи посилений нагляд за виникаючими захворюваннями і факторами ризику, моніторинг небезпек для здоров'я, інтеграція інформаційні системи охорони здоров'я від органів охорони здоров'я та окремих служб охорони здоров'я, розуміння поточних та майбутніх загроз, раннє виявлення та реагування, а також комунікація з населенням та координація відповідних органів для забезпечення належних заходів контролю та захисту.

Готовність до надзвичайних ситуацій забезпечує стійке реагування на загрози здоров'ю. Критично важливими факторами для цього є ресурси (наприклад, безпечні будівлі, лабораторії та склади), ефективна медична інформація та розвідка, персонал з необхідними навичками та досвідом, інтеграція потужностей IHR (2005) в рамках всі частини системи охорони здоров'я, прийняття підходу One Health, ефективні комунікації між рівнями влади та підтримка цивільно-військового зв'язку. Готовність до всіх небезпек набула нової актуальності внаслідок війни. Мається на увазі підготовка до загроз здоров'ю, що виникають внаслідок причин хімічних, біологічних, радіологічних і ядерних речовин і вибухових речовин (CBRNE). Тому важливо переглянути функції Центру медицини катастроф як основи для модернізації його потужностей, а також забезпечити взаємозв'язок з роботою Центру з УРНС та мережею обласних центрів з контролю та профілактики захворювань, Державної служби України з надзвичайних ситуацій та військово-медичних управлінь, щоб Україна була готова та була готова до застосування підходу всіх небезпек.

Для підвищення ефективності в рамках відновлення важливо також зменшити потенційну фрагментацію послуг громадського здоров'я на національному та регіональному рівнях, уникнути потенційних конфліктів інтересів та дублювання функцій, а також створити добре узгоджені внутрішньо- та міжвідомчі механізми координації (у тому числі з безпека

харчових продуктів, здоров'я тварин, охорона навколишнього середовища, цивільний захист, оборона та безпека). Ці дії забезпечать комплексний підхід One Health у розбудові спроможності України готувати та реагувати на загрози здоров'ю будь-якого походження. Вони можуть бути підтримані впровадженням рекомендацій ЖЕЕ та уроків, отриманих під час пандемії COVID-19 [12], які полягають у наступному:

- ухвалити п'ятирічний національний план дій з охорони здоров'я;
- розробити та впровадити багатосекторальний план реагування на надзвичайні ситуації на випадок загальних небезпек на основі національного картування ризиків та стратегічної оцінки ризиків;
- розробити і впровадити багатоступеневу програму регулярних навчальних курсів, імітаційні та стройові вправи для всіх секторів;
- затвердити та впровадити підходи «Єдине здоров'я» та «Всі небезпеки» в уряді, у різних секторах та між міністерствами;
- залучати громади через слухання та сильну комунікацію з ризиками;
- створити готову до дії архітектуру командування, управління та координації, вкорінену в доказах і адаптовану до потреб громад;
- керувати діями, заснованими на своєчасних і якісних даних, як фундамент для прикладних досліджень і використання інтелекту;
- забезпечити добре забезпечений ресурсами ланцюжок поставок та можливості оперативної підтримки, доступні в будь-який час;
- підготуватися до надання основних медичних послуг людям у дорозі;
- розробити план реагування на стрибки напруги (людський, фінансовий і матеріальний).

ЄДІ визначила сильніші та слабші сфери в основних можливостях охорони здоров'я. Період відновлення створить можливості для покращення в деяких слабких місцях, таких як біобезпека та радіаційна безпека, системи спостереження, готовність до надзвичайних ситуацій, активація та координація медичних контрзаходів для надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я, а також повідомлення про ризики несподіваних подій, для

яких у воєнний час було докладено конкретних зусиль. Вона також визначила потужні довоєнні потужності, такі як доступ та доставка вакцин, аналіз даних спостереження, глобальна IHR ВООЗ (2005) та звітність Всесвітньої організації охорони здоров'я тварин – Продовольчої та сільськогосподарської організації США Трестороння угода країн [13], польова епідеміологія, системи екстрених лікарських засобів, а також радіологічні та ядерні механізми реагування на надзвичайні ситуації. Важливо, що уряд України може скористатися цими потужними потужностями та розвивати їх.

2.2. Система та послуги громадського здоров'я

Трансформація системи громадського здоров'я вже розпочата і побудована на ключових сферах: охорона здоров'я, профілактика захворювань та зміцнення здоров'я. Створити систему громадського здоров'я, здатну реагувати на надзвичайні ситуації та потреби населення у здоров'ї та добробуті, існує критична потреба чітко окреслити ролі, обов'язки та підзвітність державних закладів охорони здоров'я в системі охорони здоров'я та за її межами. Це має бути підкріплено законодавчою базою. Роль УРНС як найвищого професійного, політично незалежного та технічно спроможного закладу громадського здоров'я має бути посилена через делеговані повноваження щодо координації управляти обласними центрами з контролю та профілактики захворювань, а також виділяти технічні ресурси на основі оцінки ризиків. Центр також повинен підтримувати узгодженість та координацію своїх зусиль з Міністерством охорони здоров'я як органом, що формує політику, для забезпечення доказового прийняття рішень у сфері громадського здоров'я та підзвітності для всього континууму управління системою громадського здоров'я, включаючи оцінку потреб, планування та встановлення пріоритетів для найбільш ефективних результатів.

Приклад нагляду за охороною здоров'я (тобто систематичного та постійного збору, управління, аналізу, інтерпретації та поширення інформації

з метою інформування про дії осіб, які приймають рішення у сфері громадського здоров'я [14]) ілюструє, як ці принципи можуть бути застосовані для спрямування інвестицій для охорони здоров'я.

Послуги. Добре функціонуюча система спостереження покладається на (i) виявлення на рівні об'єкта; (ii) підтвердження, в якому часто беруть участь лабораторії; та (iii) реєстрація, звітність та аналіз, які базуються на добре пов'язаній та оперативній інформації системи [15]. Критерії людиноцентричності та ефективності спільно передбачають організацію нагляду за охороною здоров'я на всьому системному рівні, оскільки вони включають наскрізні функції, які не сидять виключно в межах однієї зони, специфічної для хвороби або втручання. Системи спостереження з пов'язаними з ними входами, організованими навколо захворювань або конкретних популяцій, застаріли, неефективні та не можуть задовольнити вимоги до даних у реальному часі [16]. Вони також можуть обмежувати можливості для багатоцільових стратегій, які враховують повні потреби індивідів [17].

Такий загальносистемний підхід узгоджується з рекомендаціями ЄВС щодо покращення нагляду в Україні шляхом:

- впровадження електронної інтегрованої системи нагляду за захворюваннями для моніторингу та планового нагляду за всіма інфекційними захворюваннями на всіх рівнях, а також для забезпечення можливості узгодженого аналізу епідеміологічного нагляду та лабораторних даних;

- посилення міжсекторальної співпраці для уніфікованого нагляду на всіх рівнях, особливо між секторами охорони здоров'я населення та ветеринарії, шляхом регулярних обмінів (наприклад, шляхом створення щотижневих зустрічей);

- вдосконалення заходів нагляду на основі подій на всіх рівнях, у тому числі шляхом навчання персоналу та розширення існуючих заходів на основі подій підходи до спостереження для інтеграції подальших джерел. Ці рекомендації можуть бути реалізовані в період відновлення для створення

систем спостереження, які добре функціонують, реагують і наскрізні (за межами вертикальних програм захворювання).

Україна вже подала анкету першого раунду для потенційних держав-членів Європейського Союзу (ЄС). Процес вступу до ЄС також визначить обсяг необхідних втручань для зміцнення системи громадського здоров'я в таких сферах, як нагляд за пріоритетними інфекційними захворюваннями; інтеграція систем раннього попередження в рамках ЄС; впровадження ІНР (2005); якість та безпека речовин людського походження, таких як кров, тканини та клітини, а також вирішення основних детермінант та проблем здоров'я, таких як здоров'я матері та дитини, психічне здоров'я та фактори ризику неінфекційних захворювань (контроль над тютюном, вживання алкоголю та безпека дорожнього руху).

Інвестиції в ці функції громадського здоров'я та готовності, орієнтовані на населення, які тісно пов'язані з розширенням ПМСД на рівні громад, лежать в основі повоєнного відновлення та служать основою для майбутнього здоров'я та добробуту українців. Інвентаризація мінливих епідеміологічних моделей знадобиться в умовах нових загроз. У світлі повоєнного відновлення забезпечення відновлення послуг водопостачання та водовідведення є пріоритетом і має бути залучене до гуманітарного реагування та розширення ПМСД підходу. Хоча люди можуть не вимагати або не знати про ці функції громадського здоров'я, вони мають вирішальне значення для людиноцентричних та ефективних систем охорони здоров'я. Загалом ця орієнтація вимагає міжсистемного, міжгалузевого та багаторівневого підходу до інвестування в робочу силу, лабораторії та інформаційні системи охорони здоров'я в Україні під керівництвом Центру громадського здоров'я (спільно з обласними центрами з контролю та профілактики захворювань, які наразі створюються).

2.3. Надання медичних послуг для фізичних осіб

Україна матиме можливість трансформувати свої медичні послуги для задоволення очікуваних потреб та потреб своїх громадян у найближчі десятиліття, включаючи:

- зростаючий тягар неінфекційних захворювань зі значною смертністю, якої можна уникнути;
- збереження порядку денного боротьби з інфекційними захворюваннями, у тому числі щодо туберкульозу, ВІЛ та захворювань, яким можна запобігти за допомогою вакцин;
- збільшення діапазону тривалих станів психічного здоров'я та фізичної реабілітації як прямих наслідків війни та її наслідків;
- соціально-економічних проблем, пов'язаних з проблемами фізичного та психічного здоров'я.

Система охорони здоров'я повинна бути в змозі вирішити проблему одночасного відновлення послуг, реагування на нові потреби в охороні здоров'я і мінливих загроз здоров'ю, вирішення старих і нових бар'єрів доступу та прискорення реалізації запланованих реформ. Удосконалення клінічної практики буде пріоритетом на всіх рівнях надання медичної допомоги за допомогою доказових настанов/протоколів, а також безперервної медичної освіти та методів підвищення якості. Пріоритетом є усунення перебоїв або бар'єрів у доступі до основних послуг з охорони здоров'я матері та дитини та хронічних захворювань.

Людиноцентричність вимагає застосування підходу ПМСД до надання послуг, який ставить первинну медичну допомогу в основу інтегрованих медичних послуг та забезпечення того, щоб системи реагували на потреби, цінності та вподобання людей. Міркування, пов'язані з цим, а також з справедливим та фінансовим захистом, а також ефективністю та стійкістю включають просування реформ надання послуг для задоволення індивідуальних потреб у безпечних, зручних умовах за допомогою здатності

вирішувати більшість проблем зі здоров'ям (і зв'язуватися з іншими соціальними послугами, де це необхідно), включаючи нові та розширені потреби в психічному здоров'ї, травмах, інвалідності та реабілітаційній допомозі, а також потреби постраждалих від сексуального та гендерно зумовленого насильства. Щоб реалізувати цей складний порядок денний, надавачі первинної медичної допомоги повинні поєднувати біомедичний та психосоціальний підходи для комплексного вирішення проблем людей, включаючи раннє розпізнавання небезпечних станів здоров'я, своєчасну реанімацію та цільове направлення, де це необхідно. Пандемія COVID-19 показала, який вплив може мати такий інтегрований мультидисциплінарний підхід до первинної медичної допомоги (включаючи послуги на рівні громади), щоб реально змінити життя людей [18 – 21]). З точки зору організації охорони здоров'я та виходячи з українського контексту, минулий досвід країни та постулати свідчать про те, що конкретні атрибути збереження, зміцнення та розширення послуг первинної медичної допомоги (табл. 2.1) включають:

- мультидисциплінарний командний підхід, що поєднує лікарів загальної практики, медсестер, психологів та соціальних працівників;
- розширення послуг, що включають психосоціальну підтримку;
- інституціоналізація практик надання мультиплатформених послуг, що поєднує консультації віч-на-віч, мобільні бригади, що надають інформаційно-роз'яснювальні послуги, та цифрові дистанційні консультації;
- мережева організація послуг для полегшення економії на масштабі за допомогою спільного використання ресурсів (наприклад, діагностики, психологів), для підтримки віддалених районів та створення каскадного підходу до управління змінами та навчання;
- інвестування в цифрову інфраструктуру охорони здоров'я для виявлення та охоплення найбільш вразливих та високоризикових людей у громаді в режимі реального часу, передбачення їхніх потреб та активного реагування.

Стійкість вимагає, щоб система охорони здоров'я була здатна реагувати

на потреби людей у своєчасній та неробочій невідкладній допомозі та забезпечувати доступ до критичної допомоги та хірургічних послуг, які можуть бути безпечно надані лише в лікарні. Інтегроване надання послуг, орієнтованих на людей, вимагає екстреної, критичної та хірургічної допомоги, які пов'язані з громадами через первинну медичну допомогу та за допомогою механізмів зв'язку, транспортування, направлення та зустрічного направлення.

Людиноцентричність та ефективність також передбачають оптимізацію стаціонарних можливостей шляхом більш широкого використання амбулаторних та одноденних послуг та переходу до більш широкого використання багатоспеціалізованих лікарень з посиленням інфекційним контролем (а не окремими інфекційними захворюваннями) об'єктів). Обидва ці критерії також подаються, коли послуги організуються за географічною (територіальною) ознакою, а не за рівнем влади, що узгоджується з довоєнною реформаторською стратегією створення загальнонародних госпітальних округів. Однак ці зусилля необхідно буде активізувати та включати національні стандарти, керівні принципи та нагляд, щоб адаптуватися до переміщення населення та зменшити надлишкові потужності або перепрофілювати заклади під нові потреби охорони здоров'я (наприклад, реабілітація).

Людиноцентричність та ефективність також вимагають зменшення фрагментації системи охорони здоров'я між міністерствами. В даний час медичні заклади перебувають у власності та управлінні різних центральних органів виконавчої влади, таких як Міністерство оборони України, Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство юстиції України, Міністерство інфраструктури України, Міністерство внутрішніх справ України, Міністерство соціальної політики України, Міністерство молоді та спорту України, Національна Академія медичних наук України, Національна поліція України, Служба безпеки України, Державні адміністрації, Державна прикордонна служба України, Державна служба України з надзвичайних ситуацій та Укрзалізниця.

Стійкість також передбачає здатність адаптуватися до нових потреб та мінливих/ різноманітних ситуацій для забезпечення безперервності догляду в

умовах високої мобільності населення, ВПО та біженців, які повертаються. Справедливість передбачає зменшення географічних диспропорцій у структурі системи охорони здоров'я та наявність механізмів та ресурсів, необхідних для досягнення віддалених сільських районів з низьким рівнем доходу та найбільш вразливі групи населення. Також слід враховувати бар'єри з боку попиту, включаючи необхідність усунення або компенсації транспортних збоїв, що тривають, незахищеність поблизу лінії фронту, страх людей відвідувати медичні заклади, які стають об'єктами нападу під час війни, комендантська година та інші обмеження пересування, а також втрата доходів, що призводить до зменшення платоспроможності зі своєї кишені (особливо для літніх людей з хронічними захворюваннями та обмеженою мобільністю).

Таблиця 2.2

Надання послуг з охорони здоров'я

Заходи	Зелене світло	Початкові дії	Подальші дії
Координація та інтеграція гуманітарної допомоги з наданням послуг національних об'єктів	+	+	
Посилення, розширення та розширення послуг первинної медичної допомоги	+	+	
Розробити плани багатoproфільних лікарень, організованих за територіальною ознакою	+	+	
Удосконалити клінічні настанови та використовувати дані сумісних електронних систем охорони здоров'я та фінансової інформації	+	+	+
Не надавати пріоритет спеціалізованим лікарням над первинною медичною допомогою та багатoproфільними об'єктами	-	-	-

Критично важливим фактором, який відображає всі ці критерії, а також публічну відповідальність за результати діяльності, є подальший розвиток та сумісність електронних систем охорони здоров'я та фінансової інформації для обслуговування декількох потреб. Цифровізація цих послуг дозволяє зв'язуватися між охороною здоров'я та соціальними послугами, обслуговуючи кілька програм охорони здоров'я, за потреби підключати окремі послуги до системи нагляду за охороною здоров'я та сприяти належному фінансовому управлінню.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ СТРУКТУРИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Забезпечення кадрового потенціалу

Нестача робочої сили в галузі охорони здоров'я, безсумнівно, є критично важливими вузькими місцями для відновлення системи охорони здоров'я і є ключем до пацієнтоцентричності, справедливості, ефективності та стійкості. Виникне необхідність залучити медпрацівників, підготуватися до повернення тих, хто виїхав біженцями, і задовольнити психічне здоров'я, фізичне здоров'я і соціальні потреби всіх медпрацівників. Тому дуже важливо розглянути пріоритетні сфери уваги (і можливих інвестицій) у робочу силу охорони здоров'я, необхідні для реалізації стратегій, структури та моделей надання послуг, описаних у наступних розділах, відповідно до п'яти постулатів (таблиця 3.1).

Таблиця 3.1

Наслідки постулатів для медичної робочої сили з послідовним визначенням

Заходи	Зелене світло	Початкові дії	Подальші дії
Залучити та підготуватися до повернення медпрацівників та розробити цифровий реєстр робочої сили	+	+	
Постачати модульні навчання для потреб, пов'язаних з війною, зокрема психічне здоров'я, сексуальне та гендерно зумовлене насильство, фізична реабілітація та загрози здоров'ю	+	+	
Кількісна оцінка потреб працівників охорони здоров'я відповідно до бачення надання послуг	+	+	
Удосконалення медичної освіти та регулювання медичних працівників (ліцензування, саморегулювання)	+	+	+
Не створювати окремі треки для громадського здоров'я та медичної освіти	-	-	-

Це для того, щоб:

- кількісно визначити тип і кількість робочої сили в галузі охорони здоров'я, необхідної для досягнення бачення надання послуг (включаючи зміцнення і розширення ПМСД), і оцінити еволюцію дефіциту з плином часу, з особливим акцентом на зонах конфліктів і сільських і недостатньо обслуговуваних географічних регіонах райони;
- визначити пріоритети для навчання, набору та утримання медичних працівників та відповідно скорегувати шкали заробітної плати;
- спиратися на навчальні компоненти в рамках гуманітарного реагування та досвіду, починаючи з 2014 року на сході України, та включати нові повоєнні потреби відновлення в медичну освіту та підготовку (такі як психічне здоров'я, сексуальне та гендерно-обумовлене насильство, фізична реабілітація та загрози здоров'ю).

Підзвітність передбачає вдосконалення розвитку та регулювання медичної освіти (з особливим акцентом на навчальні програми медсестер) для створення правильного типу, рівня та кількості медичних працівників з більш практичною підготовкою, разом з регулюванням медичних працівників, включаючи дозвільні процедури та перехід до саморегулювання.

3.2. Інфраструктура, капітальне обладнання та медикаменти

3.2.1. Інфраструктура (фізична і цифрова) і капітальне обладнання

Фізична інфраструктура буде найпомітнішим кандидатом на інвестиції. Однак відновлення не варто сприймати як інфраструктурний проєкт. Оцінка потреби населення в послугах, відповідно до критеріїв ефективності та сталості, людиноцентричності та справедливості, інформує про рішення про те, чи слід і як (повторно) будувати об'єкт як частина прийняття рішень щодо проєктування та функціональності локальної мережі надання послуг. Більш конкретно, однак, критерій ефективності та стійкості є найбільш центральним у проєктуванні нової або перебудованої інфраструктури: проєкт повинен

враховувати майбутні експлуатаційні витрати на об'єкта і, що критично, акцент повинен бути зроблений на більшій енергоефективності (табл. 3.2). Тут сходяться кілька цілей: фінансова стійкість (менш витратна в експлуатації), екологічна стійкість (більш екологічний дизайн, менший вуглецевий слід) і національна безпека (менш залежна від іноземної енергетики і здатна підтримувати власні операції в разі відключень електроенергії). Аналіз наслідків різних варіантів проектування об'єкта для майбутніх періодичних витрат на комунальні послуги (тобто опалення, електроенергію) повинен бути частиною будь-якого процесу інвестиційного планування. Власний капітал буде основним фактором у визначенні варіацій інвестицій у різних географічних районах, з національним моніторингом того, наскільки інвестиції збільшують географічний (не)власний капітал у доступності послуг.

Підзвітність вимагає чіткої функціональної специфікації та ролі для закупівлі капітальних інвестицій для інфраструктури та обладнання. Крім того, процедури закупівлі інфраструктури за рахунок державних або пожертвуваних коштів повинні бути посилені для підвищення прозорості (та ефективності). Потреби в медичному обладнанні повинні бути добре сплановані, можливо, включаючи регуляторний процес (схвалення Міністерства охорони здоров'я), щоб забезпечити планування, закупівлю та управління дорогим обладнанням у мережах об'єктів, щоб уникнути дублювання та ескалації вартості.

Побудова та зміцнення інфраструктури інформаційних технологій (включаючи як апаратне забезпечення, так і зв'язок) є першочерговим завданням для покращення доступу та використання, якщо це необхідно для виконання всіх п'яти постулатів та функцій системи охорони здоров'я. Основна увага має бути зосереджена на розширенні оперативної сумісності на всіх рівнях системи охорони здоров'я та розробці інтегрованих електронних та фінансових інформаційних систем, узгоджених з державною політикою щодо кібербезпеки.

3.2.2. Ліки

Критерії людиноцентричності, рівності та фінансового захисту вимагають зосередження уваги на розширенні послуг первинної медичної допомоги, включаючи збільшення обсягу АМФП ПМГ та функціональності приватної аптечної мережі. АМР має потенціал для підтримки більш ефективного надання послуг та зменшення потенційно збіднілих платежів для населення з власної кишені. Активізація та посилення системи е-рецептів є пріоритетом.

Міркування підзвітності вимагають посилення процедур закупівлі лікарських засобів за державні або донорські кошти для підвищення прозорості (та ефективності). За останні роки Україна досягла значного прогресу в цьому. Більшість державних закупівель лікарських засобів та товарів медичного призначення проводить Центральна закупівельна агенція. В останні роки розбудова потенціалу співробітників Агентства в галузі управління якістю проводилася шляхом спеціальної теоретичної та практичної підготовки з метою отримання ліцензії на імпорту. Уряд України також повинен розглянути критерії стійкості та ефективності для прийняття стратегічного рішення щодо державного ланцюга поставок. Пропрацювавши кілька років з моделлю аутсорсингу, Центральна закупівельна агенція та її зацікавлені сторони повинні вивчити плюси та мінуси поточної моделі (в основному на аутсорсингу) проти моделі, в якій Агентство використовуватиме внутрішні можливості для імпорту, зберігання та розподілу лікарських засобів, або змішаної моделі.

Відновлення національного фармацевтичного сектору залежить від підтримки довоєнних здобутків та використання цієї можливості для зміцнення сфер, які були історично складними, таких як ціноутворення. Надання фармацевтичних послуг зазнало значних збоїв у постраждалих від війни районах через швидкий рух населення, руйнування критичної інфраструктури з подальшими труднощами в плануванні поставок, і початкове закриття багатьох приватних аптек. Для підвищення стійкості в постачанні

лікарських засобів існує необхідність створення чергових аптек, готових працювати на постійній основі, захищені від зовнішніх пошкоджень, мають реєстр провізорів, які мають кваліфікацію для роботи у воєнний час, і чий запаси ліків призначені для того, щоб бути готовими до надзвичайного стану. Можливі різні варіанти, з хорошим потенціалом для партнерства, в якому держава відповідає за норми та специфікацію запасів ліків і фінансово відповідає за забезпечення наявності мінімального запасу основних лікарських засобів, а приватні аптеки зосереджуються на доставці та управлінні.

До війни фармацевтична промисловість України забезпечувала близько 75% національного ринку (що вимірюється в одиницях виміру). Виробництво впало в березні через війну, оскільки кілька виробничих майданчиків і складів були зруйновані або пошкоджені. Були порушені лінії постачання сировини і пакувальних матеріалів, а також енергопостачання на об'єкти. Промисловість, в якій працює багато жінок, також втратила значну кількість кваліфікованих кадрів, які стали біженцями. Крім того, компанії, звичайно, стикаються з величезними фінансовими проблемами при оплаті платежів своїм постачальникам (як в межах України, так і за її межами). Незважаючи на ці проблеми, виробництво знову почалося протягом квітня, коли деякі виробники працювали 24-годинні зміни, а деякі відновили доступ до міжнародного капіталу.

У рамках гуманітарного реагування поставки забезпечувалися через ВООЗ та міжнародну спільноту, неурядові організації та фармацевтичну промисловість за межами України. Останній також мав на меті задовольнити підвищений попит на анальгетики, антибіотики та хірургічні матеріали. Ситуація досить складна, оскільки повідомлялося про проблеми з перевантаженнями при залученні поставок в Україну та в місцях розподілу всередині країни.

У короткостроковій перспективі постійна гуманітарна підтримка також може слугувати зміцненню фундаментів на майбутнє. Існує нагальна потреба

у відновленні та наданні як фінансової, так і технічної підтримки, щоб підприємства могли відремонтувати свої виробничі та складські приміщення, а також модернізувати їх відповідно до більш високих нормативних стандартів (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Наслідки постулатів для інфраструктури, обладнання та лікарських засобів з послідовним визначенням

Заходи	Зелене світло	Початкові дії	Подальші дії
Реконструювати або будувати об'єкти ПМСД з більшою енергоефективністю	+	+	+
Проведення критично важливих короткострокових реконструкцій лікарень, що включають більшу енергоефективність	+	+	
Розробити плани реконструкції та будівництва лікарень з пріоритетом мультипрофільних програм лікарень, розвиток географічної мережі та рівність у різних регіонах	+	+	
Відремонтувати або побудувати більш енергоефективні лікарні на базі мережевих планів лікарні	+	+	
Відновлення та зміцнення ІТ-інфраструктури, включаючи пристрої та підключення	+	+	+
Планувати, закуповувати та керувати інвентаризацією дорогих високотехнологічних технологій та медичного обладнання	+	+	+
Підтримувати та посилювати як центральні закупівлі ліків, так і закупівлю НСЗУ послуг ПМГ, а також реімбурсацію АМР через приватні аптеки	+	+	+
Відновлення або посилення потужностей вітчизняного виробництва вакцин, фармацевтичних препаратів та виробів медичного призначення	+	+	+
Оновлення системи регулювання для ліків і медичних продуктів	+	+	+
Розробити національний порядок денний біомедичних досліджень з інвестиціями в науку та технології індустрії ліків та медичного обладнання	+	+	
Не просто відновлювати те, що було зруйновано, а плануючи на основі мережі надання послуг та потреб у здоров'ї	+	+	
Не будувати/не перебудувати фрагментовані електронні системи охорони здоров'я та фінансової інформації	-	-	-

Це може надати можливості для залучення нових технологій і підвищення ефективності. Фінансова підтримка знадобиться для сировини, а кредитні лінії повинні бути передбачені для того, щоб галузь відновила свої лінії постачання, з постачальниками, а також клієнтами. Нарешті, існує також короткострокова потреба в інтенсивній програмі навчання та працевлаштування, в тому числі для персоналу на виробничих об'єктах, науково-дослідних і виробничих відділах, відділах контролю якості та регулювання. Хоча масштаби такої підготовки будуть залежати від кількості і норми віддачі технічного персоналу, який виїхав з країни, важливо акцентувати на цьому увагу зараз.

Забігаючи на майбутнє, Україна отримає вигоду від комплексної національної стратегії щодо біомедичних інновацій як інвестиції в людський капітал, у тому числі в університети та науково-дослідні установи. У поєднанні з пошуком угод про передачу технологій та ліцензування, ця стратегія допоможе створити динамічний промисловий сектор, здатний виробляти високоякісні лікарські засоби та медичні вироби, підкріплений стимулом та нормативно-правовим кліматом, який може залучення інвестицій. Пріоритетом має стати забезпечення гармонізації нормативно-правових актів з виробництва та обігу лікарських засобів із законодавством ЄС та врахування вимог Угоди про асоціацію з ЄС та умов членства в міжнародних організаціях. Спрощені процедури проведення клінічних випробувань в країні, якщо вони добре регульовані, можуть надати додаткові можливості для доступу населення до лікарських засобів та для додаткових надходжень для закладів охорони здоров'я.

3.3. Фінансування охорони здоров'я

Проект Стратегії охорони здоров'я до 2030 року визначає пріоритетність зміцнення ключових інституцій у сфері охорони здоров'я, включаючи НСЗУ як національну агенцію стратегічних закупівель та реалізації політики,

спрямованої на забезпечення того, щоб все населення могло отримати гарантовані державою якісні медичні послуги з фінансовим захистом [7]. Дизайн відповідає найкращій міжнародній практиці [22; 23], і ВООЗ повністю підтримує цей підхід. Разом з іншими партнерами з розвитку ВООЗ продовжить працювати з НСЗУ, Міністерством охорони здоров'я та іншими відповідними органами для підтримки України у просуванні реформ фінансування охорони здоров'я.

Макроекономічні та фіскальні наслідки війни свідчать про те, що державні доходи будуть обмеженими, і це вплине на можливості державних витрат на охорону здоров'я. Хоча частка охорони здоров'я в загальних державних витратах значно зросла в період 2020 – 2021 років, це було багато в чому пов'язано з відповіддю на COVID-19. Однак з 2016 по 2019 рік сектор охорони здоров'я неухильно деприоритизувався в державних витратах, хоча реальний рівень на душу населення зростав через неухильне поліпшення валового внутрішнього продукту в цей період [24]. Однак ефективне фінансування охорони здоров'я залежить не тільки від рівня витрат. Здатність системи справлятися як з існуючими, так і з новими потребами буде скомпрометована, якщо відновиться тенденція деприоритизації з 2016 року, оскільки це передбачає стагнацію або зниження реального рівня владних витрат на охорону здоров'я, враховуючи очікуваний негативний вплив війни на зростання валового внутрішнього продукту України та податкових надходжень.

У цьому контексті обмежені можливості для мобілізації нових державних ресурсів. Однак, як зазначається в проекті Стратегії охорони здоров'я 2030, слід продовжити податки на тютюн, розширити податки на алкоголь і ввести податок на підсолоджені цукром напої [7]. Такі податки на охорону здоров'я є важливими заходами громадської охорони здоров'я, які також, ймовірно, генеруватимуть певний дохід для уряду в короткостроковій перспективі. Хоча очікується розширення потоків міжнародної допомоги для підтримки відновлення, розробка та обговорення фактичних механізмів для

цього повинні включати явні спроби забезпечити, щоб ці зовнішні кошти були додатковими до ніж замінює деякі внутрішні бюджетні асигнування на охорону здоров'я. Нещодавно започаткована президентом Зеленським ініціатива United24 включає охорону здоров'я як один із трьох стовпів і пропонує потенціал для спрямування благодійних пожертв до державного бюджету [6]. Таким чином, він ефективно підтримує бюджет сектору охорони здоров'я та повністю узгоджується з механізмами управління державними фінансами Уряду України.

До інших варіантів мобілізації коштів населення, таким як збільшення використання співоплати і добровільне медичне страхування (ДМС), слід ставитися з обережністю. Міжнародні дані демонструють, що ні те, ні інше не є панацеєю для вирішення проблеми фінансування; більш того, вони становлять ризик принести більше шкоди, ніж користі.

Проблема, яку небагатьом країнам вдалося подолати, полягає в тому, щоб розробити ці приватні джерела таким чином, щоб вони явно доповнювали державне фінансування гарантованого пакету послуг.

У більшості країн ДМС не є ефективним у скороченні витрат з власної кишені. Натомість вона має тенденцію до розширення нерівності у доступі до послуг [25]. Фактично, ДМС явно покриває співоплати в державно закріпленій системі лише в трьох країнах (Хорватія, Франція та Словенія), які змогли забезпечити справедливість лише шляхом надання додаткового державного фінансування для безпосереднього субсидування поглинання групами з низьким рівнем доходу а також сильний державний нагляд за приватними страховиками. В інших країнах ДМС розширює нерівність [26, 27]. Однак використання податкових кредитів та відрахувань – по суті, державних видатків – для субсидування захоплення ДМС є особливо проблематичним у контекстах, коли воно не призначене для доповнення гарантований державою пакет пільг. У таких випадках ці податкові субсидії непропорційно вигідні людям з більш високим доходом, які вже мають можливість купувати ДМС [26]. Тому, перш ніж розглядати такі субсидії, Україні потрібно буде створити

сприятливі умови для взаємодоповнюваності та справедливості, включаючи потужну нормативну базу.

Початковий дизайн реформ фінансування охорони здоров'я в Україні включав набір пріоритетних послуг (ПМГ), які мають бути безкоштовними для користувачів, з наміром поступово розширювати обсяги послуг, що охоплюються таким чином, у міру збільшення фіскального простору. Поки неофіційно залишається практика нарахування плати пацієнтам, вона не буде вирішена просто введенням співоплати. Перетворення обіцянки безоплатної допомоги в реальність для населення критично залежить від скоординованих політичних дій щодо збільшення державного фінансування ПМГ, посилення методів закупівель НСЗУ таким чином, щоб провайдери могли досягти підвищення ефективності (наприклад, шляхом зменшення вартості комунальних послуг), а також посилення моніторингу та управління, щоб визначити, чи є послуги, які повинні мати нульову співоплату, тобто фактично надається пацієнтам безоплатно. Для послуг, що виходять за рамки ПМГ, будь-які співоплати повинні бути розроблені у спосіб, що відповідає цілям політики, шляхом встановлення зборів, які визначаються у фіксованому валютному еквіваленті, а не у відсотках від вартості або плата; встановлюються на низьких, доступних рівнях; визначаються простими термінами, які легко зрозуміти населенню (прозорість); і включають механізми захисту осіб з низьким рівнем доходу (власний капітал). Рекомендації ВООЗ щодо цього чітко вказують як на те, що співоплати не є можливим механізмом збільшення бюджетного простору для охорони здоров'я, так і про те, що дизайн співоплати повинен відповідати цим принципам належної практики [28].

Відновлення надає Україні можливість відновити реформи фінансування охорони здоров'я, розпочаті у 2016 році [11], та зробити наступні кроки, необхідні для реалізації переваг цих реформ (таблиця 3.3). Національне об'єднання сприяє справедливості та стійкості, максимізуючи потенціал перерозподілу туди, де потреби є найбільшими.

Це критична турбота про справедливість, враховуючи широкі відмінності у впливі війни, а також довоєнний розподіл доходів і бідності по географічних регіонах. До війни Україна мала незавершений порядок денний об'єднання реформ. Органи місцевого самоврядування продовжували брати на себе відповідальність за фінансування витрат на комунальні послуги в державних закладах охорони здоров'я, а органи місцевого самоврядування в регіонах з вищим рівнем доходу надавали додаткове періодичне фінансування надавачам на додаток до коштів, отриманих від НСЗУ шляхом закупівлі пільг ПМГ. Проект Стратегії охорони здоров'я до 2030 року передбачає, що НСЗУ є єдиним національним закупівельником медичних послуг для населення і, як такі, об'єднують все державне фінансування на періодичні витрати ПМГ, включаючи кошти, які органи місцевого самоврядування в даний час використовують на витрати на комунальні послуги медичного закладу [7]. Це подальше розширення реформ об'єднання та закупівель має перетинатися з інвестиційними планами інфраструктури надання послуг для узгодження фінансових стимулів та механізмів управління стимулювати підвищення ефективності, що виникає внаслідок змін у структурі та моделях надання послуг [22; 29]. У цьому процесі органи місцевого самоврядування збережуть відповідальність за капітальні інвестиції та розвиток закладів охорони здоров'я.

Перехід оплати послуг ПМГ на формульний підхід дозволить підвищити людиноцентричність, справедливість, ефективність та стійкість завдяки підвищеній гнучкості, яку це забезпечує. Наприклад, НСЗУ може розглянути можливість оновлення (безперервного або ретроспективного) місць реєстрації на первинну медичну допомогу або водозбору для відображення мобільності населення та концентрації ВПО в певних географічних районах, додавши до формули регулювальники платежів для включення коротко- та довгострокових цілей політики, тоді як збереження бюджетного нейтралітету та усунення будь-яких бар'єрів в управлінні державними фінансами. Ринкову владу НСЗУ можна збільшити, стимулюючи реструктуризацію госпітального

сектору з акцентом на багатопрофільні лікарні, організовані за територіальною ознакою (госпітальний округ), вирішуючи нерівність у різних регіонах, зменшуючи фрагментацію пакетів послуг та поступово переходячи до вибіркового контрактів.

Таблиця 3.3

Наслідки постулатів для фінансування охорони здоров'я з послідовним визначенням

Заходи	Зелене світло	Початкові дії	Подальші дії
Посилення інституційної та кадрової спроможності НСЗУ з достатнім фінансуванням для адміністративних витрат	+	+	+
Перекласти кошти на витрати на комунальні послуги від органів місцевого самоврядування до НСЗУ, тим самим повністю перетворивши НСЗУ на єдиного покупця окремих медичних послуг	+	+	
Удосконалити інформаційні системи НСЗУ для забезпечення гнучких стратегічних закупівель шляхом впровадження формульної системи оплати для ПМГ (наприклад, для подолання мобільності населення) та стимулювання реструктуризації лікарень	+	+	+
Розширити використання податків на охорону здоров'я для зміцнення здоров'я та збільшення доходів	+	+	+
Уточнити процедури обліку капіталу та запасів	+	+	
Зміцнення автономії та підзвітності фінансового рівня на рівні об'єкта управління	+	+	+
Не повертатися до тенденції 2016–2019 років неухильної деприоритизації здоров'я в державні видатки	-	-	-
Не відходити від універсальних прав, що не ґрунтуються на внесках на медичні послуги, що фінансуються із загальних доходів	-	-	-

Подальше розширення сфери діяльності АМФП може призвести до збільшення людиноцентричності, ефективності, справедливості та фінансового захисту, оскільки це має потенціал для покращення надання послуг, прискорення переходу від стаціонарного до амбулаторного обслуговування, приведення аптек приватного сектору у відповідність до цілей державної політики та суттєве скорочення витрат населення з власної

кишені. Оновлення інформаційних систем НСЗУ є пріоритетом для забезпечення гнучкої роботи платіжних систем, інтеграції фінансових та електронних інформаційних систем охорони здоров'я, використання даних для постійно вдосконалювати та вдосконалювати закупівлі ПМГ.

Підзвітність вимагає чіткої функціональної конкретизації ролей і взаємозв'язків у поєднанні з удосконаленням управління фінансами на всіх системних рівнях, але особливо в закладах охорони здоров'я. Оплата на основі результатів делегує медичним закладам право визначати та закуповувати найкраще поєднання факторів виробництва, що вказує на необхідність кращих систем управління, процедур закупівель та внутрішнього контролю. Як власники регіональних закладів охорони здоров'я, органи місцевого самоврядування повинні надати керівникам закладів повноваження реагувати на фінансові стимули відповідно до бажаних цілей політики і, таким чином, максимізувати інвестиційні результати, надаючи медичні послуги більш ефективно, здійснення належного фінансового менеджменту та публічної звітності про використання коштів. Якщо місцева влада продовжить фінансувати ресурси, вони можуть перейти від постійних витрат на інфраструктуру (наприклад, комунальні послуги) до охорони здоров'я та багатосекторальних програм охорони здоров'я та соціальної допомоги відповідно до місцевого контексту. Це могло б підтримати надання вкрай необхідних послуг населенню при подоланні існуючого спотворення стимулів для перебудови структури системи надання медичної допомоги. Національні та місцеві заходи підзвітності також необхідні для визначення того, чи реалізуються обіцяні пільги ПМГ для населення. Капітальні закупівлі також мають наслідки для фінансування охорони здоров'я, зокрема пов'язані з посиленням процедур закупівель та внутрішнього контролю.

3.4. Управління системою охорони здоров'я

Ефективне управління системою охорони здоров'я та інвестиційним процесом стане ключем до успіху зусиль з відновлення (табл. 3.4). Підзвітність та ефективність вимагають чіткої та прозорої функціональної специфікації, інституційної структури, ролей та відносин, включаючи:

- визначення ролей та функцій між національними закладами/установами охорони здоров'я, включаючи Центральну закупівельну агенцію, Міністерство охорони здоров'я, НСЗУ та УРНС;

- визначення ролей та функцій у національних урядах та міністерствах, включаючи співпрацю з Міністерством фінансів та Міністерством економіки щодо багаторічного планування періодичних та капітальних бюджетів, а також з іншими міністерствами для забезпечення багатосекторального підходу до здоров'я;

- визначення ролей та функцій на урядових рівнях, у тому числі в управлінні автономними медичними закладами та структурами з управління та управління новими мережами закладів охорони здоров'я, відмежування на рівні закладу від ролей органів місцевого самоврядування та, в рамках цього, розвиток ролі та функціональності органів управління, зокрема наглядових рад щодо закладів охорони здоров'я та мереж закладів охорони здоров'я;

- посилення механізмів координації та співпраці між сусідніми органами місцевого самоврядування щодо планування та функціонування закладів охорони здоров'я в межах мережі, направлення та переведення пацієнтів (наприклад, шляхом налагодження співпраці в межах та між обласними госпітальними округами), а також функції у сфері охорони здоров'я;

- посилення взаємодії та регуляторних механізмів для узгодження приватного суб'єкта в системі охорони здоров'я з метою державної політики;

- підвищення голосу та залучення громадян до рішень, які впливають на них, таких як розвиток ПМГ, планування мережі медичних закладів,

моніторинг громадян/пацієнтів та зворотній зв'язок щодо якості та доступності медичних послуг та неформальних платежів, а також соціальної відповідальності, включаючи залучення громадянського суспільства, щоб допомогти попередити органи влади про потенційні випадки виникнення корупція та шахрайство.

Таблиця 3.4

Наслідки постулатів для управління системою охорони здоров'я з послідовним визначенням

Заходи	Зелене світло	Початкові дії	Подальші дії
Функціональна специфікація, перебудова ролей та відносин у всіх рівнях влади та нарощування потенціалу	+	+	
Підвищення голосу та залученості громадян до рішень, які на них впливають	+	+	
Посилення прозорості та незалежного нагляду за капітальними інвестиціями	+	+	+
Інтегрувати або створювати сумісні інформаційні системи, забезпечуючи кібербезпеку	+	+	+
Не підривати автономність об'єкта (управління об'єктом має важливе значення для відновлення)	-	-	-

Забезпечення підзвітності через прозорі процеси закупівель основних капітальних інвестицій вимагає посилення наглядової спроможності на всіх державних рівнях та створення баз даних, систем і процесів моніторингу прогресу і використання інвестиційних фондів. Використання незалежних експертних комісій допоможе забезпечити відповідність розподілу та відбору інвестицій п'яти постулатам і щоб процес прийняття рішень був керованим і прозорим, враховуючи дуже велику кількість зацікавлених сторін з різними інтересами, які будуть шукати можливість впливати на рішення. Міркування, орієнтовані на людину та справедливість, відображають необхідність застосування національними та місцевими органами влади прозорих критеріїв та аналізу даних для визначення пріоритетів розподілу ресурсів для інвестицій у різних регіонах країни, виходячи з потреби населення.

Характер відносин між державним та приватним секторами стане

ключовим елементом у відновленні системи охорони здоров'я в Україні. Досвід війни в Україні свідчить про те, що справедливість, ефективність та стійкість найкраще забезпечуються в короткостроковій та середньостроковій перспективі шляхом збереження державної власності на більшість медичних закладів.

Як і у випадку з іншими видами надзвичайних ситуацій, конфлікти часто пов'язані зі швидким скороченням потенціалу, ресурсів та активності приватного сектору. Наприклад, багато роздрібних аптек в Україні закрили свою діяльність на початку війни і неохоче знову відкриваються в постраждалих від конфлікту районах. З керівництвом Міністерства охорони здоров'я та НСЗУ можна знайти стійке рішення для сприяння стійкості системи шляхом утримання приватних аптек у бізнесі, наприклад, шляхом включення фінансування на стороні пропозиції в контракти, що включають платежі за доступність, якщо попит значно зменшується через переміщення населення. Прагнучи до відновлення, якщо державно-приватне партнерство слід вважати основною стратегією закупівель для реконструкції або капітальних інвестицій у стаціонарну та амбулаторну спеціалізовану допомогу, національні інвестори та партнери з розвитку повинні забезпечити, щоб вони використовували постулати як критерії для оцінки обох загальних стратегій закупівель та конкретні інвестиційні пропозиції. Це допоможе зменшити ймовірність зобов'язання щодо фіксованого та значного розподілу майбутніх ресурсів на сфері обслуговування, які інакше не були б пріоритетними.

Коллективна спроможність закладів охорони здоров'я має бути достатньою (у тому числі для стрибків напруги, за потреби), але не надмірною для покриття потреб населення у медичній допомозі. Заклади охорони здоров'я повинні мати можливість легко і швидко адаптуватися до несподіваних потреб у здоров'ї (наприклад, епідемій, стихійних лих) або переходів від цивільної до військової адміністрації. У той же час необхідний баланс, щоб уникнути надмірного регулювання та забезпечити достатню

автономію для медичних закладів (з відповідною підзвітністю управління), щоб забезпечити реалізацію та реінвестування підвищення ефективності на користь пацієнтів. Політика та регулювання приватного сектору є ключовими, особливо в контексті закупівель НСЗУ у приватних постачальників та аптек в рамках ПМГ, включаючи АМП. Загалом, чітка політика та правила мають важливе значення для узгодження приватних постачальників із цілями державної політики, наприклад, для планування та організації мережі медичних закладів, планування на випадок надзвичайних ситуацій та доступу та краще використання інформації у всьому секторі охорони здоров'я. Потенційна політика щодо використання державно-приватного партнерства для деяких із запланованих інвестицій повинна бути ретельно розроблена для забезпечення достатнього урядового потенціалу для управління такими домовленостями.

Нарешті, ключовим фактором, що сприяє всім постулатам, є дані для інформування про політику та управлінські рішення. Ефективне управління необхідне для системи охорони здоров'я, яка підтримує ефективне надання послуг, дотримуючись урядових заходів з кібербезпеки. Більш конкретно, необхідно рухатися до безперебійних, інтегрованих або сумісних електронних систем охорони здоров'я та фінансової інформації для всіх функцій системи охорони здоров'я, рівнів уряду, а також державного та приватного секторів.

Застосування критеріїв до окремих функцій системи охорони здоров'я може призвести до довгого списку справ, коли насправді багато дій тісно пов'язані та взаємозалежні. В основі лежать послуги з охорони здоров'я населення та особистості (рис. 1.2), які стають можливими завдяки зусиллям працівників охорони здоров'я у використанні обладнання, лікарських засобів та витратних матеріалів, а також через фізичну та цифрову інфраструктуру системи охорони здоров'я. У свою чергу, на використання всіх вхідних даних впливають фінансові стимули і норми і правила системи охорони здоров'я. Управління разом із покращеним управлінням у всій системі допомагає зібрати всі частини разом, щоб узгодити пріоритетні цілі охорони здоров'я.

3.5. Міжнародний досвід охорони здоров'я громадян

Інтенсивна інтеграція України у глобальний простір та забезпечення національної безпеки держави обумовлюють доцільність детального вивчення міжнародного досвіду охорони здоров'я як пріоритету реалізації національних інтересів. Важливим видається аналіз загальних тенденцій інституціоналізації національних систем охорони здоров'я як засобу реалізації національних інтересів та забезпечення національної безпеки держави, включаючи їх індивідуально-типологічні особливості, структуру та динаміку розвитку. Головним методологічним питанням для більшості національних систем охорони здоров'я залишається подолання відповідних технологічних обмежень у рівні всезагального медичного обслуговування. Більшість держав постійно працюють над розширенням доступності якісних медичних послуг. При цьому вони діаметрально скорочують кількість базових послуг, загальнодоступних для всіх верств населення.

Головним трендом для національних систем охорони здоров'я – не залежно від рівня їх методологічного й технологічного розвитку – є забезпечення відповідного балансу між витратами на медичну сферу та доступністю якості її послуг. Відтак, корелятивно постає питання щодо скорочення фінансування державами медичної сфери і водночас забезпечення її всезагальної доступності для всіх без винятку прошарків населення. У більшості держав запроваджуються різні стратегії оптимізації системи охорони здоров'я та забезпечення її максимальної відповідності інтересам і потребам населення.

Світовий ринок охорони здоров'я традиційно поділяється на кілька сегментів, кожен із яких визначає її функціональну спроможність щодо забезпечення національних інтересів держави. Серед них:

- товарний сегмент – визначає рівень представництва держави на світовому ринку лікарських препаратів та ринку медичної техніки;
- сегмент медичних та освітніх послуг – поділяється на три підрозділи:

а) надання швидкої та невідкладної допомоги; б) лікування захворювань і підтримка на певній стадії хронічних захворювань та інвалідності; в) профілактика;

– сегмент інновацій – характеризується кількістю результатів наукових досліджень, патентних ліцензій, ноу-хау, програмних продуктів, навчальних програм [45].

Кожен із наведених вище сегментів ринку охорони здоров'я визначає ресурсну спроможність держави у відстоюванні власних національних інтересів, посилення функціонального потенціалу держави в забезпеченні результативності відповідних інституцій у сфері надання медичних послуг, а відтак і перспективи формування сильної держави. При цьому варто відзначити, що визначальну роль у системі світових медичних послуг відіграє товарний та інноваційний сегмент, який слугує розширенню національних ринків охорони здоров'я та спроможності їх інтеграції у глобальний ринок медичних послуг. За експертними даними Світового банку, «на медичні послуги у світі припадає 82% світового ринку охорони здоров'я, лікарські препарати займають 10% обігу, інновації – 5%, медична техніка – 2,3%, освітні послуги – 0,6%» [46].

Варто також охарактеризувати достатньо суперечливу тенденцію, яка блокує вільну кореляцію певних сегментів охорони здоров'я та їх представництво в межах певних національних систем. Йдеться про те, що світовий ринок охорони здоров'я визначається інтересами на споживачів медичних послуг, а інтересами суб'єктів їх надання, внаслідок чого спостерігається «зростання обсягів ринків медичної допомоги в країнах з т.зв. «гонорарним» принципом оплати медичних послуг (США, Франція), менший – з «подушним» принципом плати (Великобританія)» [46]. При цьому важливо, що підставою для розгортання певної конкуренції між різними транснаціональними компаніями є боротьба за використання новітніх інноваційних розробок у фармацевтичній сфері. З огляду на це національні системи охорони здоров'я більшою мірою зорієнтовані на відстоювання

національних інтересів. Відтак, динаміка національних систем охорони здоров'я залежить від рівня розвитку їх фармацевтичної промисловості та включення у світові фармацевтичні ринки, що є важливим показником розвитку економіки. З іншого боку, чим більший перелік фармацевтичної продукції держава випускає самостійно, тим менше залежить від глобального світу, а отже має можливість відстоювати власні національні інтереси. Аби забезпечити таку можливість держава повинна сприяти й стимулювати потужний розвиток фармацевтичної продукції шляхом підтримки «новітніх наукових досліджень у біології, хімії, міждисциплінарних дослідженнях, постійно створювати та підтримувати нові напрями в різних наукових галузях, витрачаючи на це до 25% коштів від загального обігу галузі» [46].

Розвиток фармацевтичної промисловості є важливою тенденцією, яка характеризує результативність певних систем охорони здоров'я у їх спрямуванні на реалізацію національних інтересів та забезпечення національної безпеки держави. Цікавим стосовно цього є досвід Китаю, який характеризується потужним розвитком фармацевтичної промисловості, завдяки чому з 90-х років ХХ ст. і дотепер йому вдалося сформувати третю за величиною (після США та Європейського Союзу) фармацевтичну промисловість у світі. Вона виробляє понад 18 млрд дол. товарної продукції для внутрішнього споживання і близько 11 млрд дол. експортної продукції; майже 80% усіх активних інгредієнтів, що використовуються у США для виготовлення ліків, надходять туди за експортом з Китаю» [47].

За даними ВООЗ, у світі відбувається значне зростання вартості медико-технічних виробів. Так, з 2000 р. по 2005 р. воно становило 96 млрд дол.: лідером залишаються США, які мають більше 40% продажів і які виготовляють продукцію за всіма видами медичної техніки, друге місце за обсягами продажів посідає Західна Європа (25%), третє – Азія (21%, в т. ч. Японія)» [48]. Більшість експертів однастайні в тому, що дуже незначним є обсяг сучасних світових ринків наукових інновацій, який становить лише 5% світового ринку охорони здоров'я, однак суттєво впливає на розвиток інших

секторів економіки. Особливо варто наголосити на розширенні обсягів наукових досліджень у сфері охорони здоров'я, оскільки це слугує потужним фактором розвитку її інноваційного сектору, завдяки чому також розширюється перелік медичних послуг та медичної допомоги при хронічних захворюваннях.

Позитивним прикладом щодо цього є США, де «сукупні затрати на систему охорони здоров'я досягли 35 млрд дол. (20%) від всіх науково-дослідних проєктів» [46]. При цьому належна увага до питань охорони здоров'я з боку держави у США дозволила вирішити низку системних питань, зокрема забезпечити електронну доступність медичної сфери, оптимізувати систему медичних послуг шляхом запровадження стандартів якості медичної допомоги та модернізації системи лікарського забезпечення. Он-лайн доступність історій хвороб пацієнтів для лікарів допомагає ознайомити їх з клінічними даними і в такий спосіб зменшити кількість лікарських помилок при призначенні лікування та при виписуванні рецептів.

Одна із новацій американської сфери охорони здоров'я стосується також створення системи «оплати праці» надавачів медичної допомоги через технологію Медікер, яка забезпечує гласність їх роботи на основі 140 стандартів якості медичної допомоги, що охоплює 34 клінічні групи. Запровадження стандартів якості включає «запровадження відповідних діагностичних тестів та способів лікування, які забезпечують кращий результат для пацієнта – більш високу тривалість життя, покращення якості життя та скорочення ризику ускладнень» [49, с. 307]. Структурно-функціональну роль в оптимізації сфери охорони здоров'я як національного пріоритету у США відіграє закон «Про покращення та модернізацію лікарського забезпечення програми Медікер» (2006), який передбачає суттєві інноваційні зміни у даній сфері та гарантує доступ кожному учаснику програми незалежно від рівня його прибутків та стану здоров'я до належного лікарського забезпечення. Задля реалізації даної програми «було створено 140 мереж санітарної просвіти та організовано роботу майже з 10 тис. місцевих

партнерів, включаючи місцеві відділи геріатричної допомоги» [49, с. 311]. Результативність даної законодавчої інновації була очевидною для американської системи охорони здоров'я, оскільки завдяки вступу в дію програми Медікер «приблизно 42 млн. громадян похилого віку та інвалідів отримали право на реєстрацію у приватних планах охорони здоров'я, за якими субсидіюється вартість виписаних лікарем ліків» [49, с. 404]. Це дозволило великій кількості громадян скористатись новими пільгами, а конкуренція між т.зв. «приватними планами» привела до зниження витрат за програмою забезпечення якості сфери охорони здоров'я. Саме завдяки цьому була зменшена «планова вартість страхових премій із 37 дол. до 25 дол., а сама вартість програми на десятилітній період склала 678 млрд дол. замість планових 730 млрд дол.» [49, с. 410].

Характерною особливістю сфери охорони здоров'я США є «практично некероване зростання витрат на медичну допомогу, завдяки чому у найближчі десятиліття старіюча Америка витратитиме на медичну допомогу один із кожних п'яти доларів, а тому витрати на неї можуть сягнути більш ніж 4 трлн дол. причому половину цієї суми візьмуть на себе споживачі, а іншу частину – уряд» [46].

Варто відзначити, що досвід США також є прикладом оптимізаційного впливу політичних партій на охорону здоров'я. Ініціатива докорінної реформи охорони здоров'я сягає 90-х років ХХ ст. і належать Б. Клінтону. Вона передбачала «запровадження загального обов'язкового медичного страхування (ОМС), але під тиском великого медичного бізнесу, який витратив на її скасування більше 100 млн дол. була згорнута, оскільки приводила до вирівнювання можливостей, що суперечить основам американського способу життя» [50]. Слідуючи цьому у 1997 р. було прийнято закон «Про звітність та універсальність медичного страхування», який передбачав відповідність спеціальних заходів «групового медичного страхування» певним федеральним стандартам, виключаючи будь-яку дискримінацію та захищаючи страховий статус осіб і сімей на випадок втрати

роботи» [50]. У 1998 р. було прийнято урядову програму «Тимчасового підтримання групового медичного страхування безробітних та членів їх сімей з попереднього місця роботи», що передбачала 750 млн дол. на надання допомоги особам, які втратили роботу, для підтримання групового медичного страхування за попереднім місцем роботи. Програма була розрахована на п'ять років. Її запровадження шляхом посилення регулюючої ролі держави сприяло розширенню доступності медичних послуг у США, а відтак виступало одним із загальнонаціональних пріоритетів її розвитку. Однак оцінюючи результативність такої програми окремі експерти наголошують на тому, що вона переважно була спрямована на задоволення інтересів заможного прошарку американського суспільства. Підтвердженням цього факту стало те, що 44 млн громадян не мали медичної страховки, а відтак і можливості отримувати медичну допомогу, у зв'язку з чим майже 100 тис. осіб померли від неякісного медичного обслуговування [46]. З огляду на це національним пріоритетом у сфері охорони здоров'я США у XXI ст. виступає ідея націоналізації охорони здоров'я, яка передбачає можливість індивідуального вибору громадянами закладів і фахівців для отримання якісних медичних послуг, їх доступність для малозабезпечених верств населення, що нівелює необхідність запровадження урядових стандартів, які не завжди враховують показники якості та модернізаційної синергії.

Варто відзначити, що у США система охорони здоров'я фактично діє на приватній основі. Водночас існує урядова програма «Medicaid», відповідно до якої уряд сплачує 52% усіх витрат на медичне обслуговування бідних людей та осіб похилого віку. Окрім того у США функціонує також система приватного страхування, відповідно до якої «близько 85% американців, які не досягли віку входу в Medicare, мають приватну медичну страховку. Завдяки цьому споживач практично не платить за власне медобслуговування: лише 13 центів з кожного долара сплачується безпосередньо з кишені споживача» [46]. Відтак у США «державна не платить лікарям ні за бідних, ні за літніх людей, і взагалі не бере участі в оплаті медичного обслуговування, медичні

страховки продають приватні компанії, кожна з яких громадянин купує самостійно» [46]. Не можна констатувати, що американська модель охорони здоров'я є концептуально й технологічно досконалою, однак вона декларує загальнонаціональний пріоритет гарантування державою безпеки життєдіяльності громадян шляхом забезпечення високої якості надання медичних послуг.

Важливою тенденцією охорони здоров'я нації як пріоритету реалізації національних інтересів у світі є вплив політичних партій на її розвиток. Цікавим щодо цього є досвід Великобританії, де зокрема завдяки лейбористській партії у 1948 р. була створена Національна служба здоров'я (НСЗ), діяльність якої базувалась на забезпеченні загальнодоступності медичних послуг. Її фінансування здійснювались виключно державою за рахунок коштів платників податків і лише у 90-ті роки ХХ ст. консервативна партія ініціювала реформу системи охорони здоров'я, яка розширювала ринкові принципи її фінансування, сприяючи скороченню витрат на медицину. На особливу увагу в цьому контексті заслуговує результативність дії програми «Cradle to grave» – «З пелюшок до могили», яка супроводжувала початок «глобального реформування соціального забезпечення населення», що мало на меті скорочення витрат на медичну допомогу шляхом зменшення кількості хворих. Одним із результатів такої програми стало «створення громадської системи надання медичної допомоги National Health Service (Національна служба охорони здоров'я), або NHS, яка й до сьогодні вважається показником найвищої якості в наданні медичних послуг» [46]. Варто відзначити, що Національна служба охорони здоров'я Великобританії є державною інституцією, яка однією з перших у світі почала надавати універсальні безкоштовні послуги у сфері охорони здоров'я, гарантуючи стабільність та системний розвиток сфер охорони здоров'я до цього часу.

У 2000 р. лейбористською партією була презентована «Програма фінансування та реформування НСЗ відповідно до потреб ХХІ століття», яка визначала інтереси пацієнта основою функціонування системи охорони

здоров'я, відхиляючи принципи страхової медицини. Її фінансування мало здійснюватися за рахунок загального оподаткування. Аби відповідати реальним потребам суспільства фінансування системи охорони здоров'я має наблизитись до показника фінансування, який діє в межах країн Європейського Союзу – 8% від ВВП. Виходячи з цього має бути продовжена практика делегування повноважень і відповідальності лікарням та організаціям первинної медико-санітарної допомоги, а також обмежене залучення приватного сектору до надання медичних послуг. Підтвердженням результативності дії лейбористської програми стало «створення 100 нових лікарень, що привело до зниження смертності від серцево-судинних захворювань на 40%, від раку – на 20%» [51, с. 107].

У Великобританії особлива увага приділяється запровадженню нових технологій у сфері охорони здоров'я, що має забезпечити ефективну профілактику та лікування хворих. У такий спосіб уряд доводить, що досягнення нових технологічних успіхів у медичній сфері, забезпечуючи структурну результативність системи охорони здоров'я, сприяє покращенню показників здоров'я нації. Варто також відзначити, що Великобританія «стала першою країною з ринковою економікою, яка ще в 1946 р. взяла охорону здоров'я на державне забезпечення приклад якої згодом наслідували Канада, Швеція, Голландія, Австралія, Італія, Данія, Норвегія, де частка витрат держави на неї становить 86%, тоді як у США – 42%; Канаді – 74%; Німеччині – 78%» [52, с. 118]. Переконливим аргументом результативності такого підходу до організації системи охорони здоров'я Великобританії та перетворення його на загальнонаціональний пріоритет є 80% державного фінансування амбулаторного лікування, на відміну від України, де воно майже повністю перекладено на пацієнтів. При цьому важливим фактом, який характеризує англійську модель охорони здоров'я, є те, що Великобританія виділяє на медичну допомогу найнижчу частку внутрішнього валового продукту – 6% на відміну від інших держав, де вона в середньому становить 15%. Незважаючи на це система охорони здоров'я Великобританії, маючи

значний рівень централізованого управління, гарантує високу ефективність та доступність медичних послуг при відносно низьких витратах, а також дозволяє стримувати зростання вартості ліків.

Відтак, основна ідея успішності англійської моделі охорони здоров'я полягає в реалізації ідеї її соціалізації, що передбачає забезпечення соціальної солідарності та соціального добробуту населення шляхом надання йому якісної медичної допомоги. Процес реалізації даної ідеї супроводжувався запровадженням системних нововведень у систему охорони здоров'я, завдяки чому на початок XXI ст. «кожен британець дістав доступ до високоякісних медичних послуг охорони здоров'я, які гарантуються системою прогресивного оподаткування, коли кожен громадянин сплачує відповідно до своїх фінансових можливостей і як пацієнт отримує послуги за потребою» [52]. Аналізуючи переваги британської системи охорони здоров'я варто вказати на її особливість – динамічно реагувати на запити населення, що гарантується мобільним законодавством у цій сфері. Важливу структурно-функціональну роль у забезпеченні охорони здоров'я відіграє також результативність структури організації системи охорони здоров'я, зокрема Департаменту охорони здоров'я як «окремого урядового органу, що забезпечує централізований контроль за впровадженням законів та нормативних актів у медичній галузі, відцентруючи на місцевий локальний рівень прийняття рішень окремими підрозділами NHS» [53]. Результативність даної структури визначається її функціями із застосування тактики аутсорсингу, що передбачає залучення приватних медичних закладів з метою більш раціонального розподілу ресурсів у сфері охорони здоров'я, особливо в умовах нагальної потреби невідкладного втручання приватних інституцій, коли можливості державних інституцій виявляються обмеженими з певних об'єктивних причин.

Особливу функціональну позицію в системі охорони здоров'я Великобританії займає такий державний орган як Стратегічне управління охорони здоров'я (Strategic Health Authorities), яке станом на 2017 р.

налічувало 28 подібних структур, відповідальних за певні регіони, що забезпечували інтеграцію загальнонаціональних пріоритетних розробок, таких як програми з раннього виявлення онкологічних захворювань і плани діяльності місцевих лікувально-профілактичних установ [54]. Виходячи з цього медичні послуги у Великобританії поділяються на первинні (передбачають щоденну медичну допомогу, яка надається в офісах лікарів загальної практики, амбулаторних хірургічних відділеннях, стоматологічних та офтальмологічних кабінетах) та вторинні (передбачають спеціалізовані медичні послуги в госпіталях, амбулаторіях, включаючи роботу психологів і психіатрів), що надаються відповідними локальними підрозділами NHS, т. зв. трастами (NHS trusts), які безпосередньо підпорядковуються регіональним стратегічним управлінням охорони здоров'я. Залежно від сфери діяльності всі трасти системи охорони здоров'я поділяються на кілька груп. Основна з них – це трасти первинної ланки, що займаються наданням первинної медичної допомоги і організацією громадського здоров'я [55]. Більше того, станом на 2017 р. кількість таких організацій суттєво скорочена з 303 у 2010 р. до 147 на теперішній час, що тим самим дозволило знизити витрати на медичну систему та підвищити ефективність медичних послуг укрупнивши їх функції. Виходячи з цього, трасти первинної допомоги надають невідкладну допомогу пацієнтам, залучаючи структури державного та приватного сектору, безпосередньо організовують заходи первинної та вторинної профілактики, а також контролюють локальну епідеміологічну ситуацію і вакцинацію населення [51].

Діяльність трастів у сфері охорони здоров'я також має свою функціональну спрямованість, а саме:

- трасти NHS є роботодавцями переважної більшості персоналу системи охорони здоров'я, вони забезпечують управління роботою госпіталів, відповідають за спеціальну медичну допомогу, зокрема у сфері психічного здоров'я, забезпечують високу якість надання медичних послуг та раціональне витрачання коштів [56];

- трасти невідкладної допомоги (acute trusts) – складаються із лікарів швидкої допомоги, пологових будинків, рентген-діагностичних лабораторій, які забезпечують функціонування медичних закладів нетривалої медичної допомоги [46];

- трасти забезпечення (Care trusts) – одночасно працюють в охороні здоров'я та в соціальній сфері, забезпечуючи впровадження відповідних медичних програм, і передбачають тісну співпрацю з NHS та органами муніципальної влади [57];

- трасти психічного здоров'я (mental health trusts) – організовують та контролюють проведення психологічного лікування, медичної підтримки та навчання для пацієнтів з серйозними проблемами у сфері психічного здоров'я [58];

- трасти швидкої медичної допомоги (ambulance trusts) – складаються із 30 станцій швидкої медичної допомоги, кожна з них керує окремим трастом, який відповідає за доставку пацієнтів у певний медичний заклад [55].

Варто відзначити, що у Великобританії саме на трасти покладається реалізація основних загальнонаціональних пріоритетів у сфері охорони здоров'я, що дозволило їм зайняти лідируючі позиції у загальнонаціональному рейтингу ефективності серед сервісних інституцій. Більшість трастів, які лідирують «в загальнонаціональному рейтингу ефективності, мають можливість вийти з-під контролю NHS і отримати статус самостійної організації» [59]. Це свідчить про певну автономність всіх госпіталів, які входять у певний траст, завдяки чому вони отримують так зване самостійне право на використання власних ресурсів, а їх пацієнти – безкоштовне лікування. Згідно з британськими медичними регламентами державі належить мінімальний контроль за медичними установами, оскільки юридично клініки перебувають у виключному протектораті місцевих громад. Така модель охорони здоров'я показує відповідність «потребам і пріоритетам загальнонаціональних стратегій розвитку медичної галузі» [54].

Слід зазначити, що світова практика охорони здоров'я нації як

пріоритету національних інтересів свідчить про стратегічну роль та доцільність запровадження комерційних сервісних медичних послуг, оскільки саме комерційні структури здатні гарантувати високу якість їх надання. Хоча такий сектор у Великобританії є достатньо незначним, однак «приватні медичні служби є віддзеркаленням державних амбулаторій, клінік, кабінетів фахівців, діяльність яких не завжди відповідає національним клінічним рекомендаціям і стратегічним планам, водночас вони не несуть відповідальність за здоров'я місцевого населення» [54]. З огляду на це, її громадяни здебільшого звертаються до комерційних медичних структур з метою: проведення певних діагностичних обстежень; отримання додаткової консультації ще в одного фахівця; здійснення окремих видів хірургічних утручань, не передбачених загальнообов'язковим страхуванням; проведення медичних маніпуляцій, які безпосередньо не належать до лікування (зокрема косметична хірургія та стоматологія); лікування наркозалежних або реабілітація [60]. Саме тому у Великобританії функціонує понад 350 приватних медичних структур, які отримують ліцензію у місцевого підрозділу національної системи охорони здоров'я і проходять перевірку мінімум двічі на рік, сертифікуються і перевіряються локальними структурами публічної влади, на відміну від лікарень NHS, де моніторинг здійснюють національні інспектори [54].

Важливу роль в медичній системі охорони здоров'я Великобританії відіграє громадський сектор, який здійснює контроль за якістю надання медичних послуг населенню. Його основним функціональним призначенням є розроблення клінічних рекомендацій, моніторинг патологічних станів хворих та безпеки пацієнтів. Для створення відповідних медичних регламентів та медичних рекомендацій у Великобританії створено Національний інститут клінічної ефективності (The National Institute for Clinical Excellence-NICE), який готує документи щодо методики лікування певних захворювань, застосування новітніх лікарських засобів та введення в дію нових медичних технологій та інструментів. Цей інститут «оцінює медичні процедури, медичні

препарати, медичні технології щодо ефективності затрат, зокрема у Великобританії, коли виводяться на ринок нові ліки від раку, що в середньому продовжують життя на один рік. Тобто пацієнт, його приймає живе на рік довше. Цей препарат не може бути виведений на ринок, якщо його курс коштуватиме більше 30000 фунтів на рік» [51]. З огляду на це саме така інституція в національній системі охорони здоров'я Великобританії покликана задавати алгоритм функціонування медичної системи, враховуючи кращі практики розвитку світової медицини, проводити просвітницьку роботу з громадськістю та надання консультативної допомоги працівниками охорони здоров'я.

Важливу інституційну роль в системі охорони здоров'я Великобританії відіграє також Комісія з охорони здоров'я, яка оцінює показники роботи NHS, на підставі чого розробляється рейтингова система та здійснюється аналіз спроможності трастів до автономного функціонування. Відповідно до цього всі медичні структури, які входять до NHS, в офіційному рейтинговому списку оцінюються за шкалою від нуля до трьох зірочок залежно від наступних показників: час очікування і списки очікування; кількість скасованих утрочань; чистота лікарень; летальність; фінансова ситуація; кількість повторних звернень у службу швидкої медичної допомоги [61].

Такий підхід до охорони здоров'я Великобританії як пріоритету національних інтересів зорієнтований на надання всьому населенню доступної і безкоштовної медичної допомоги, чому передує розгалужена система державних гарантій, яка досить жорстко регламентується державою. Виходячи із цього і «реформа національної системи охорони здоров'я Великобританії проводилась поетапно, з урахуванням національних особливостей і традицій, слугуючи у такий спосіб підвищенню ефективності системи охорони здоров'я, надання пацієнту медичних послуг кращої якості і в більш стислі терміни» [62]. Стратегічну роль у системі охорони здоров'я Великобританії відіграють приватні незалежні, інтегровані в національну систему охорони здоров'я незалежні медичні організації, які володіють

власною системою фінансування. У більшості випадків їх медичний персонал, будучи власниками певних медичних закладів, володіють певною незалежністю і за рахунок досить раціональної системи їх фінансування мають високу мотивацію для ефективної діяльності, перебуваючи у постійній конкуренції за пацієнтів.

Водночас варто відзначити, що у Великобританії хоча і існує формально безкоштовна охорона здоров'я, однак «традиційно на обліку перебуває біля 750 тисяч осіб у чергах на медобслуговування, близько 50 тисяч операцій на рік у Великобританії скасовуються, тому що пацієнт поки перебував у черзі, став неоперабельним, і якщо він виявився хворим на рак, то у нього 40% шансів взагалі не потрапити до лікаря» [48]. Це свідчить, що британська система охорони здоров'я функціонує у традиційно заформалізованому варіанті, який «витискає» людину з її можливостями та об'єктивними потребами на отримання якісної медичної допомоги.

У контексті аналізу впливу політичних партій на систему охорони здоров'я як загальнонаціональний пріоритет особливий інтерес становить досвід Німеччини, зокрема ініціативи у сфері охорони здоров'я Соціал-демократичної партії. Головним пріоритетом її програми виступало «розширення зайнятості населення (боротьба з безробіттям), сувора економія та стабільне фінансування, відповідно до чого її цілями є забезпечення сталого розвитку та захисту прав споживачів у сфері продуктів харчування, промислових виробів та медичної допомоги» [63]. На особливу увагу заслуговують запроваджені в Німеччині стандарти якості лікування та догляду (включаючи довгостроковий догляд) при найбільш поширених розладах здоров'я, які вимагають медичної допомоги, що тим сам дозволило суттєво підвищити якість медичної допомоги. Це також слугувало посиленню конкуренції між лікарями, медичними інституціями та страховими агентствами щодо надання якісних медичних послуг, а отже, сприяло економії коштів.

Значний інтерес в межах даного дослідження також становить досвід Франції, щодо артикулювання охорони здоров'я як визначального пріоритету реалізації національних інтересів. Починаючи із 80-х років ХХ ст. охорона здоров'я у Франції посідає стратегічну роль у політичному порядку денному її розвитку і стосується запровадження нових принципів та підходів до утвердження нової системи медичного страхування, яка б поставила під контроль витрати і скоротила б фінансовий дефіцит. Виходячи із цього, запропоновано чотири основних способи скорочення фінансового дефіциту медичного страхування, що включає: збільшення зборів (у поєднанні з модифікацією структури фінансування), скорочення витрат, зниження розміру відшкодування витрат на медичне обслуговування, нарешті, всебічну реорганізацію системи [46, с. 87]. У Франції Національні збори щорічно затверджують єдиний «державний цільовий показник у сфері медичного страхування» (Ondam), який визначає верхню межу витрат на медичне страхування.

Важливими критеріальними принципами, на яких базується результативність французької системи охорони здоров'я, є: 1) відсутність жорсткої залежності між рівнем витрат на охорону здоров'я і станом здоров'я населення; 2) індикативна залежність між рівнем витрат на охорону здоров'я і доступністю медичних послуг для різних верств суспільства носить ще менш тісний характер (високий рівень витрат зовсім не гарантує рівності у використанні медичних послуг); 3) стан здоров'я населення не пов'язується з існуючою в країні системою медичного обслуговування [64].

Охорона здоров'я громадян як загальнонаціональний пріоритет переорієнтована таким чином, аби висунути на передній план питання охорони здоров'я громадян, доступність якості медичних послуг та відповідну свободу пацієнтів та лікарів. Це безпосередньо супроводжується запровадженням трьох основних напрямів перетворення охорони здоров'я на загальнонаціональний пріоритет шляхом: 1) поліпшення якості медичного обслуговування населення; 2) інтеграції обслуговування; 3) профілактики захворювань.

У більшості випадків французька модель характеризує оптимізаційний підхід до збалансування витрат на систему охорони здоров'я, обмежуючи при цьому контроль з боку держави за її функціонуванням, завдяки чому кінцевий споживач медичних послуг наділений максимальною свободою у виборі суб'єкта надання медичних послуг. Це обумовлено тим, що у «Франції існує система охорони здоров'я, яка працює на податки, а тому нараховує їх кілька: з акцизу, податки на фонд заробітної плати, податки на доходи фізичних осіб. Звідти береться все і вкладається у єдину фінансову систему, з якої лікарі отримують гроші, але не безпосередньо, оскільки тут лікаря самостійно оплачує собі кожен пацієнт окремо, і лише потім держава по можливості повертає йому ці кошти» [64]. Їхня система охорони здоров'я включає систему державних та приватних клінік, перші фінансуються з державного бюджету, здебільшого це медичні установи для бідних, які не можуть собі дозволити приватну медицину. Тому у Франції запроваджене добровільне медичне страхування, 87% французів на додаток до своєї державної системи купують медичний поліс, покликаний покрити різницю між державним відшкодуванням і реальною ціною послуг лікаря, і оплатити пацієнту перебування в приватних лікарнях.

Особливий інтерес в межах даного дослідження також становить досвід Канади, де прийнято Закон «Про охорону здоров'я» (1984), який забороняв приватним медичним закладам надавати населенню медичну допомогу, що включена у перелік гарантованих обов'язковим страхуванням. Такий підхід безпосередньо базувався на тому, що «починаючи з 90-х років Канада характеризувалась значним зростанням витрат на охорону здоров'я, що було зумовлено старінням населення, збільшенням цін та витрат на ліки, застосуванням нових та більш вартісних видів медичного обладнання та методик, а також розширенням видів гарантованої державою безкоштовної медичної допомоги» [65, с. 9].

На думку експертів, своєрідним колапсом у сфері охорони здоров'я в цей період стало також «значне удорожчання підготовки медичного персоналу та

його недофінансування, що супроводжувалось суттєвим відтоком кваліфікованих кадрів у США, в результаті чого виник дефіцит лікарського та кваліфікованого сестринського персоналу, знизилась якість медичної допомоги, подовжився період її очікування». З метою виходу із даної ситуації було створено дві експертні групи із вчених та політиків, які розробили пропозиції з реформування охорони здоров'я Канади. Однією з них стало «збільшення федерального асигнування на охорону здоров'я за умови суворого контролю за його цільовим використанням, що заперечувало оплату пацієнтами медичної допомоги, гарантованої обов'язковим страхуванням». Тож Канадська медична асоціація вийшла з ініціативами можливої участі комерційних служб у наданні допомоги, гарантованої обов'язковим страхуванням, але за умови оплати її за рахунок коштів держави, а не пацієнтів. У руслі таких ініціатив також затверджено Національну стратегію зміцнення здоров'я та профілактики захворювань, Федеральну стратегію по боротьбі з курінням, а також План дій у сфері охорони здоров'я, який передбачав підвищення асигнувань на сферу охорони здоров'я, що мало покращити її матеріально-технічне та кадрове забезпечення, посилення профілактичної спрямованості та підвищення ролі громадськості у процесах оптимізації медичної сфери [66]. Завдяки таким ініціативам уряду Канади вдалося забезпечити всьому населенню повний доступ до кваліфікованої медичної допомоги, перетворивши систему охорони здоров'я на сучасний та стабільний інститут забезпечення суспільного розвитку.

Цікавим також є досвід Австралії, який доволі чітко символізує перетворення охорони здоров'я на загальнонаціональний пріоритет розвитку держави. Державою у даному напрямі було проголошено системні заходи щодо модернізації національної системи охорони здоров'я та забезпечення доступності якісної медичної допомоги для всього населення. Виходячи із цього, особлива увага приділялась таким напрямкам як «розвиток сільської системи охорони здоров'я, забезпечення її кваліфікованими фахівцями,

розширення фінансування охорони здоров'я, підвищення її якості та посилення профілактичної спрямованості» [67].

Це дозволило перетворити інтереси пацієнтів на основний предмет стратегічної політики у сфері охорони здоров'я, розширюючи у такий спосіб можливості для вибору пацієнтами відповідних медичних інституцій. У даному відношенні йдеться про запроваджені в Австралії ініціативи доповнення державного сектору охорони здоров'я приватним, який слугував зниженню навантаження на нього, забезпечивши його більшу доступність для людей. Тож доступність приватного сектору охорони здоров'я забезпечувалась шляхом повернення 30% вартості полісів із бюджетних фондів, завдяки цьому розширювалась можливість для населення щодо отримання якісних медичних послуг. Тобто «приватна медицина розглядається як доповнення до системи державних служб, що дозволяє знизити навантаження на державний сектор, надавши громадянам певну можливість вибору» [67].

У контексті аналізу охорони здоров'я як національного пріоритету особливий методологічний та функціональний інтерес становить досвід Індії та Китаю, де значна увага приділяється розвитку та оптимізації сільської системи охорони здоров'я. У 2003 р. в Китаї на експериментальній основі сформовано систему кооперативної медичної допомоги, яка у 2005 р. включала 671 округ із загальною чисельністю сільського населення 177 млн осіб. На підставі цього «урядом Китаю у 2006 р. збільшено удвічі виплати для кожного сільського мешканця, який взяв участь у новій кооперативній програмі. Відповідно до неї кожен селянин щорічно зобов'язувався вносити на свій персональний рахунок 1,25 дол. США на медичну допомогу, а уряд, у свою чергу, – додавати до цього ще 5 дол., крім цього оплачуючи приблизно 65% його медичних витрат на рік» [47].

Функціональна цінність досвіду Індії щодо розвитку охорони здоров'я як загальнонаціонального пріоритету в тому, що урядом запроваджено три основні напрямки охорони здоров'я: 1) сільська охорона здоров'я;

2) громадська система охорони здоров'я; 3) медичний туризм. Виходячи із реалізації цих основних напрямків, збільшено фінансування на розвиток системи охорони здоров'я в сільській місцевості на 20%, що становить 82 млрд рупій (1,8 млрд дол. США) [67]. Запроваджено також програму зі зміцнення громадської системи охорони здоров'я в країні, аргументуючи це тим, що приватний сектор охорони здоров'я не має належних репутаційних показників якості надання медичних послуг. На підставі цього урядом створено «Фонд громадської охорони здоров'я», який налічує 17 високоякісних установ охорони здоров'я для підготовки кількох тисяч фахівців різного профілю на рік для роботи в громадському і приватному секторах. Це свідчить, що в Індії особлива увага приділяється реалізації науково-дослідних проектів у сфері медицини, вартість яких сягає 100–150 млн дол.

Одним із важливих напрямів розвитку Індійської системи охорони здоров'я є розвиток медичного туризму. Видаючи медичні візи для лікування іноземців, економіка Індії з 2005 р. по 2010 р. отримала два мільярди доларів. Майже щороку кількість іноземців, які користуються Індійськими медичними послугами, зростає на 15%, що свідчить про підвищення якості сервісності охорони здоров'я та конкурентності у світі [67].

Умовно національні ринки охорони здоров'я поділяються на два типи: 1) ринки збуту і пропозиції медичної продукції, що забезпечуються національними системами охорони здоров'я індустріально розвинених держав та 2) ринки збуту медичної продукції економічно відсталих держав, що мають високий попит на медичну продукцію, однак позбавлені належних фінансових можливостей, а тому отримують її від розвинених держав здебільшого у формі гуманітарної допомоги [68].

Кожна держава глобального світу має свій ринок охорони здоров'я, який відповідає її національним пріоритетам розвитку, включаючи симбіоз відповідних секторів, до яких належать: медичні послуги (допомога); лікарські засоби (фармацевтичний); медична техніка, освітній та інноваційний (результати наукових досліджень) (Таблиця 3.5).

Світовий ринок охорони здоров'я за секторами

Сектори ринку охорони здоров'я	2000 (млрд дол.)	2019 (млрд дол.)
Інноваційний	185,0	207,2
Освітній	24,0	26,9
Медична допомога	3 144,9	3 522,3
Лікарські засоби	375,0	420,0
Медична техніка та медичне обладнання	88,8	99,5
Усього	3 817,7	4 275,9

Об'єм світового ринку охорони здоров'я від рівня економічного розвитку держави, доходів громадян та аргументованої політичної позиції еліт щодо розуміння ролі здоров'я у забезпеченні належної життєдіяльності нації.

Експерти в умовах розвитку науково-інноваційного сектору медичної сфери прогнозують зростання витрат на систему охорони здоров'я до 2025 р., завдяки чому об'єм світового ринку може досягти 8-10 трлн дол. З огляду на це, «світовий ринок охорони здоров'я залишиться переважно ринком медичних послуг, його інтегруючим фактором виступатиме інноваційний сектор, який стимулюватиме глобалізацію товарного сегменту світового ринку охорони здоров'я, зокрема ринку лікарських засобів, дедалі більше виключаючи клітинні та генно-інженерні технології» [52, с. 93].

Здійснений нами аналіз міжнародного досвіду дозволив з'ясувати, як облаштована «всезагальна» система охорони здоров'я, і наскільки її доступність та якість відповідають потребам суспільства, а відтак структурно вбудована в систему загальнонаціональних пріоритетів розвитку держави. Такий контекст дослідження характеризує інституційну спроможність держави перетворити турботу про здоров'я нації на її стратегічний пріоритет, реалізація якого слугує досягненню синергічного ефекту національної безпеки, яка визначається відповідним рівнем тривалості життя громадян.

Перетворення охорони здоров'я на загальнонаціональний пріоритет в межах різних типологій та моделей національних систем охорони здоров'я свідчить, що не завжди високий рівень централізації та високої персональної відповідальності держави забезпечує її перетворення на загальнонаціональний пріоритет, і з іншого боку, високий рівень самоорганізаційних констант в облаштуванні системи охорони здоров'я здатен гарантувати позитивний синергічний ефект для досягнення високих показників здоров'я нації. Сильний рівень державного патерналізму за здоров'ям громадян не здатен гарантувати підвищення показників якості та тривалості життя громадян. Це доводить, що в межах кожної національної системи охорони здоров'я формується власна модель підвищення якості й тривалості життя, яка завжди носить доволі гнучкий та мобільний характер, оскільки корелюється відповідно до об'єктивних потреб громадян щодо отримання відповідних медичних послуг. З огляду на це, збалансована централізація медичних інституцій та висока професійна відповідальність медичного персоналу здатні перетворити систему охорони здоров'я на загальностратегічний пріоритет безпеки життєдіяльності нації.

Таким чином, легітимною формулою результативності охорони здоров'я у напрямі перетворення її на загальнонаціональний пріоритет є турбота держави про здоров'я своїх громадян, створення такого інституту медичного сервісу, який гарантував би його доступність для всіх громадян. Хоча в межах держав система охорони здоров'я взагалі позбавлена контролю з боку держави, що і є її позитивною синергічною складовою результативності. Зокрема, держава не регулює кваліфікацію лікарів, ні якість медичних послуг, ні квоти на медичне страхування, оскільки тут сфера охорони здоров'я розглядається як соціальний та культурний феномен екзистенційної турботи про здоров'я людини. Охорона здоров'я як окрема сфера суспільного життя, базуючись на відповідних критеріях тривалості життя, визначає якість її інституційних засад, тож виступає пріоритетом збереження та гарантією безпеки життєдіяльності нації.

ВИСНОВКИ

1. Навіть поки триває війна в Україні, Уряд готується до відновлення та відбудови країни. Враховуючи масштаби нападів на медичні заклади України, які порушили функціонування системи охорони здоров'я, здоров'я населення та сектор охорони здоров'я є невід'ємною частиною відновлення країни. Безпосередніми пріоритетами є відновлення основних послуг, реагування на нові потреби, пов'язані з фізичними та психічними травмами, захист здоров'я населення та забезпечення безпечного та привабливого середовища для повернення медичних працівників та населення в цілому.

2. Визначено стратегічні напрямки відновлення післявоєнної системи охорони здоров'я в короткостроковій і довгостроковій перспективі, одночасно підтримуючи основні послуги охорони здоров'я в умовах триваючих військових дій. Стратегічні напрямки базуються на наборі запропонованих постулатів для використання в якості критеріїв оцінки для керівництва політикою та інвестиціями для кращого надання можливості системі охорони здоров'я отримати індивідуальне та громадське медичне обслуговування населення, а не просто відновлення того, що було зруйновано війною. П'ять постулатів – це людиноцентричність, справедливість та фінансовий захист, стійкість, ефективність та стійкість, а також підзвітність. Застосування цих постулатів до стратегії відновлення дає можливість узгодити інвестиції та пріоритети політики з основними напрямками української медичної реформи, включаючи процес вступу до ЄС, та прискорити трансформацію системи охорони здоров'я України.

3. Проаналізовано міжнародний досвід охорони здоров'я нації як пріоритет публічної політики держав, ураховуючи їх індивідуально-типологічні особливості, структуру та динаміку розвитку. Встановлено, що у більшості держав запроваджуються різні стратегії оптимізації системи охорони здоров'я та забезпечення її максимальної відповідності інтересам і потребам населення. Концептуально показано, що світовий ринок охорони

здоров'я традиційно поділяється на кілька сегментів, кожен із яких визначає її функціональну спроможність щодо забезпечення національних інтересів держави.

Серед них: товарний сегмент (визначає рівень представництва держави на світовому ринку лікарських препаратів та ринку медичної техніки); сегмент медичних та освітніх послуг (включає: а) надання швидкої та невідкладної допомоги; б) лікування захворювань і підтримку на певній стадії хронічних захворювань та інвалідності; в) профілактику); сегмент інновацій (характеризується кількістю результатів наукових досліджень, патентних ліцензій, ноу-хау, програмних продуктів, навчальних програм). Систематизовано досвід охорони здоров'я нації як пріоритет національних інтересів у: США (електронна доступність медичної сфери, оптимізована система медичних послуг, запроваджені стандарти якості медичної допомоги та модернізації системи лікарського забезпечення, онлайн-доступність історій захворювань пацієнтів для лікарів, можливість індивідуального вибору громадянами закладів і фахівців для отримання якісних медичних послуг, їх доступність для малозабезпечених верств населення; Великобританії (ефективне інституційне забезпечення охорони здоров'я, створення громадської системи надання медичної допомоги як показник найвищої якості в наданні медичних послуг, запровадження нових технологій у сфері охорони здоров'я, що забезпечує структурну результативність системи охорони здоров'я, застосування тактики аутсорсингу, що передбачає залучення приватних медичних закладів з метою більш раціонального розподілу ресурсів у сфері охорони здоров'я, розгалужена система державних гарантій доступної і безкоштовної медичної допомоги); Німеччині (розширення зайнятості населення (боротьба з безробіттям), сувора економія та стабільне фінансування, стандарти якості лікування та догляду (включаючи довгостроковий догляд) що дозволило суттєво підвищити якість медичної допомоги, слугувало посиленню конкуренції між лікарями, медичними інституціями та страховими агентствами щодо надання якісних медичних

послуг; Франції (супроводжується запровадженням трьох основних напрямів перетворення охорони здоров'я на загальнонаціональний пріоритет шляхом: 1) поліпшення якості медичного обслуговування населення; 2) інтеграції обслуговування; 3) профілактики захворювань, у результаті чого відбувається постійне запровадження нових принципів та підходів до утвердження нової системи медичного страхування, що гарантує доступність якості медичних послуг та відповідну свободу пацієнтів і лікарів. Результативність французької системи охорони здоров'я базується на: 1) відсутності жорсткої залежності між рівнем витрат на охорону здоров'я і станом здоров'я населення; 2) індикативній залежності між рівнем витрат на охорону здоров'я і доступністю медичних послуг для різних верств суспільства; 3) переконанні, що стан здоров'я населення не залежить від існуючої в країні системи медичного обслуговування); Канаді (заборона приватним медичним закладам надавати населенню медичну допомогу, що включена до переліку гарантованих обов'язковим страхуванням; збільшення федерального асигнування на охорону здоров'я за умови суворого контролю за його цільовим використанням, усьому населенню забезпечено повний доступ до кваліфікованої медичної допомоги завдяки перетворенню системи охорони здоров'я на сучасний та стабільний інститут забезпечення суспільного розвитку); Австралії (державою проголошено системні заходи щодо модернізації національної системи охорони здоров'я та забезпечення доступності якісної медичної допомоги для всього населення; забезпечено розвиток сільської системи охорони здоров'я, розширення фінансування охорони здоров'я, підвищення її якості та посилення профілактичної спрямованості); Китаї (на експериментальній основі сформовано систему кооперативної медичної допомоги); Індії (урядом запроваджено три основні напрями охорони здоров'я: 1) сільська охорона здоров'я; 2) громадська система охорони здоров'я; 3) медичний туризм. При цьому особлива увага приділяється реалізації науково-дослідних проектів у сфері медицини).

4. Наведено конкретні рекомендації щодо послідовних пріоритетів,

ззначаючи при цьому, що контексти сильно різняться по всій країні через наслідки війни. Є потужна база, з якої можна починати: сильні сторони довоєнної системи охорони здоров'я України, вже взятий напрямок реформ, а також досвід і спроможність керівництва та персоналу. Запропонований підхід полягає в негайній інтеграції гуманітарної допомоги (короткострокової підтримки нагальних потреб) в об'єкти та послуги, якими розпоряджається система охорони здоров'я України. Такий підхід закладе основу для зміцнення існуючих, відремонтованих або відбудованих закладів ПМСД, щоб стати більш людиноцентричними та орієнтованими на охоплення тих, хто найбільше потребує та набути спроможність надавати розширені послуги ПМСД для задоволення нових потреб, що виникають внаслідок війни; покращення доступу до лікарських засобів, першої медичної допомоги, травматологічної та невідкладної допомоги. Він забезпечує основу, на якій можна узгодити відбудовані/реструктуризовані/нові та енергоефективні багатопрофільні лікарні та амбулаторні спеціалізовані центри.

5. Зазначені принципи та підхід узгоджуються із задекларованим урядом зобов'язанням розробити план відновлення для України. Кожен сектор, включаючи сектор охорони здоров'я, повинен розробити план відновлення, який визначає цілі, оцінює шляхи їх досягнення в контексті поточних викликів та впровадження реформ, а також визначає подальші плани впровадження. П'ять постулатів узгоджуються з проектом Стратегії охорони здоров'я до 2030 року, щоб зорієнтувати розробку плану відновлення сектору охорони здоров'я. Протягом усього періоду для ВООЗ та інших партнерів буде важливо співпрацювати та тісно співпрацювати з урядом України, щоб забезпечити своєчасне виконання перспективного плану, який відповідає нагальним потребам країни та підтримує бажану трансформацію системи охорони здоров'я. Це забезпечить безпеку населення України в знанні того, що його обслуговує ефективна та справедлива система охорони здоров'я, яка готова реагувати на загрози, сприяє здоров'ю населення та пропонує якісні медичні послуги із захистом від фінансових труднощів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Health and economy [website]. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2021 (<https://eurohealthobservatory.who.int/themes/observatory-programmes/health-and-economy#:~:text=Health%20and%20the%20economy%20are,development%20and%20a%20strong%20macroeconomy>). (accessed 11 November 2022)
2. The WHO Council on the Economics of Health for All – Manifesto: 24 September 2021. Geneva: World Health Organization; 2021 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/council-on-the-economics-of-health-for-all/who-council-eh4a_manifesto_09112021.pdf?sfvrsn=788671_5). (accessed 11 November 2022)
3. Health Strategic Advisory Group. National health reform strategy for Ukraine 2015–2020. Kyiv: Ministry of Health of Ukraine; 2014 (https://en.moz.gov.ua/uploads/0/16-strategy_eng.pdf). (accessed 11 November 2022)
4. The Tallinn Charter: health systems for health and wealth. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/349648>). (accessed 11 November 2022)
5. Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage “Universal health coverage: moving together to build a healthier world”. New York: United Nations; 2019 (73rd session of the General Assembly of the United Nations; <https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf>). (accessed 11 November 2022)
6. United24: the initiative of the President of Ukraine. Kyiv: Government of Ukraine; 2022 (<https://u24.gov.ua/>). (accessed 11 November 2022)
7. Міністерство охорони здоров’я. Про утворення міжсекторальної робочої групи з питань розробки стратегії розвитку системи охорони здоров’я до 2030 року. [On the establishment of a cross-sectoral working group to develop the national health strategy 2030 [website]. Kyiv: Ministry of Health; 2022]

- (<https://moz.gov.ua/strategija>) (in Ukrainian). (Дата звернення 10 листопада 2022)
8. About the National Council for the Recovery of Ukraine from the War [website]. Kyiv: Government of Ukraine; 2022 (<https://www.kmu.gov.ua/en/national-council-recovery-ukraine-war/about-national-council-recovery-ukraine-war>) (accessed 11 November 2022)
 9. Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2020 (Policy Brief 36; <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/strengthening-health-system-resilience-key-concepts-and-strategies>). (accessed 11 November 2022)
 10. World Meteorological Organization, United Nations International Strategy for Disaster Reduction. UN system task team on the post-2015 UN development agenda: disaster risk resilience. Geneva: United Nations International Strategy for Disaster Reduction; 2012 (https://library.wmo.int/index.php?lvl=notice_display&id=12490#.YoeUMqjMKSk). (accessed 11 November 2022)
 11. [Relief, recovery and resilient reconstruction: supporting Ukraine's immediate and medium-term economic needs.] Washington (DC): World Bank; 2022 (in Ukrainian; <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099547405052230400/pdf/IDU063b2f81900861047a70b5540e3e950f93a8c.pdf>). (accessed 11 November 2022)
 12. Response to the COVID-19 pandemic: lessons learned to date from the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021 (Regional Committee for Europe 71st session; EUR/RC71/6 Rev.1; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/343157/71wd06e-rev1-PR-Response-LessonsLearned-210693.pdf>). (accessed 11 November 2022)
 13. The FAO–OIE–WHO Collaboration: sharing responsibilities and coordinating global activities to address health risks at the animal–human–ecosystems interface. A tripartite concept note. Paris: World Organisation for Animal Health; 2020 (https://www.oie.int/fileadmin/Home/eng/Current_Scientific_Issues/docs/pdf/FINAL_CONCEPT_NOTE_Hanoi.pdf). (accessed 11 November 2022)

14. Porta M, editor. A dictionary of epidemiology, 5th edition. Oxford: Oxford University Press; 2008 (<https://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780195314496.001.0001/acref-9780195314496>). (accessed 11 November 2022)
15. McNabb SJ, Chungong S, Ryan M, Wuhib T, Nsubuga P, Alemu W et al. Conceptual framework of public health surveillance and action and its application in health sector reform. *BMC Public Health*. 2002;2:2. doi: 10.1186/1471-2458-2-2. (accessed 11 November 2022)
16. Mirza N, Reynolds T, Coletta M, Suda K, Soyiri I, Markle A et al. Steps to a sustainable public health surveillance enterprise: a commentary from the international society for disease surveillance. *Online J Public Health Inform*. 2013;5(2):210. doi: 10.5210/ojphi.v5i2.4703. (accessed 11 November 2022)
17. Baker EL, Koplan JP. Strengthening the nation's public health infrastructure: historic challenge, unprecedented opportunity. *Health Aff (Millwood)*. 2002;21(6):15–27. doi: 10.1377/hlthaff.21.6.15. (accessed 11 November 2022)
18. André F, Kergadallan M-L, Zheleznyakov E. France: community partnership in multidisciplinary primary health care in France. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021 (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/country-work/primary-health-care-country-vignettes/france-community-partnership-and-transformation-in-multidisciplinary-primary-health-care-in-france-2021>). (accessed 11 November 2022)
19. Giniyat A, Jurgutis A, Abeuova Z, Stetsyk V, Jakab M. Kazakhstan: multidisciplinary teams for better alignment of primary health care services to meet the needs and expectations of people. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021 (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/country-work/primary-health-care-country-vignettes/kazakhstan-multidisciplinary-teams-for-better-alignment-of-primary-health-care-services-to-meet-the-needs-and-expectations-of-people-2021>). (accessed 11 November 2022)
20. United Kingdom: population health management: meeting the needs of

the vulnerable during COVID-19. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021 (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/country-work/primary-health-care-country-vignettes/united-kingdom-population-health-management-meeting-the-needs-of-the-vulnerable-during-covid-19-2021>). (accessed 11 November 2022)

21. Czechia: community-based mental health services: a lifeline during COVID-19. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021 (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/country-work/primary-health-care-country-vignettes/czechia-community-based-mental-health-services-a-lifeline-during-covid-19-2021>). (accessed 11 November 2022)

22. WHO Regional Office for Europe, The World Bank. Ukraine: review of health financing reforms 2016–2019: WHO–World Bank joint report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/346328>). (accessed 11 November 2022)

23. Kutzin J, Cashin C, Jakab M, editors. Implementing health financing reform: lessons from countries in transition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326420>). (accessed 11 November 2022)

24. Indicators and data. In: Global Health Expenditure Database [database]. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>). (accessed 11 November 2022)

25. Thomson S, Sagan A, Mossialos E. Private health insurance: history, politics and performance. Cambridge: Cambridge University Press; 2020. (accessed 11 November 2022)

26. Thomson S, Cylus J, Evetovits T. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311654>). (accessed 11 November 2022)

27. Sagan A, Thomson S. Voluntary health insurance in Europe: role and regulation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326316>). (accessed 11 November 2022)
28. Co-payment policy: considerations for Ukraine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341727>). (accessed 11 November 2022)
29. Bredenkamp C, Dale E, Doroshenko O, Dzhygyr Y, Habicht J, Hawkins L et al. Ukraine health financing reform: progress and future directions. Washington (DC): World Bank; 2021 (<https://documents1.worldbank.org/curated/en/704581639720587025/pdf/Ukraine-Health-Financing-Reform-Progress-and-Future-Directions-Overview.pdf>). (accessed 11 November 2022)
30. Гур'єв С.О., Печиборщ В.П., Волошин В.О, Терентьєва А.В., Близнюк М.Д., Гуселєтова Н.В., Михайловський М.М., Мостіпан О.О. *Спеціалізована медична служба цивільного захисту МОЗ України - правове та нормативне забезпечення її функціонування*: Матеріали НПК ДСНС, Матеріали НПК рятувальників 11-12 жовтня 2016 р. Збірник наукових праць. м. Київ, 2016 р. С. 119-121.
31. Медичний захист населення в надзвичайних ситуаціях в єдиній державній системі цивільного захисту : Керівництво. В.П. Печиборщ. – Київ : 2019. 425 с.
32. Про додаткові заходи щодо забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я в умовах особливого періоду та подолання наслідків надзвичайної ситуації державного рівня соціального та воєнного характеру : Наказ МОЗ України від 18.02.2015 р. № 75. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua> (Дата звернення 10 листопада 2022)
33. Білий В.Я., Жаховський В.О., Лівінський В.Г. (2015) Місце та роль Воєнно-медичної доктрини України у формуванні системи медичного забезпечення військ і цивільного населення у воєнний час. *Наука і оборона*, 1: 9–14.
34. Про створення Координаційного центру з питань організації

діяльності медичних служб сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 11.05.2017 р. № 412. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua> (Дата звернення 10 листопада 2022)

35. Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України: Постанова Кабінету міністрів України від 31.10.2018 р. № 910. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua> (Дата звернення 10 листопада 2022)

36. Про затвердження Положення про єдину державну систему цивільного захисту: Постанова Кабінету Міністрів України від 09.01.2014 р. № 11. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua> (Дата звернення 10 листопада 2022)

37. Про затвердження типових положень про функціональну і територіальну підсистеми єдиної державної системи цивільного захисту: Постанова Кабінету Міністрів України від 11.03.2015 р. № 101. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua> (Дата звернення 10 листопада 2022)

38. Про затвердження Інструкції щодо організації взаємодії між Державною службою України з надзвичайних ситуацій і Міністерством охорони здоров'я України в разі виникнення надзвичайних ситуацій: Спільний Наказ Міністерства внутрішніх справ та Міністерства охорони здоров'я України від 03.04.2018 р. № 275/600, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 19.04. 2018 р. за № 479/31931. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua> (Дата звернення 10 листопада 2022)

39. Про внесення змін до Положення про єдину державну систему цивільного захисту і Положення про Державну інспекцію ядерного регулювання України: Постанова КМУ від 06.06.2018 р. № 450. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua> (Дата звернення 10 листопада 2022)

40. Про затвердження Положення про спеціалізовані служби цивільного захисту: Постанова КМУ від 08.07.2015 р. № 469. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua> (Дата звернення 10 листопада 2022)

41. Про затвердження Порядку підготовки до дій за призначенням органів управління та сил цивільного захисту: Постанова КМУ від 26.06.2013 р. № 443. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua> (Дата звернення 10 листопада 2022)

42. Про затвердження Порядку здійснення навчання населення діям у надзвичайних ситуаціях: Постанова КМУ від 26.06.2013 р. № 444. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua> (Дата звернення 10 листопада 2022)
43. Про затвердження «Про затвердження Порядку проведення навчання керівного складу та фахівців, діяльність яких пов'язана з організацією і здійсненням заходів з питань цивільного захисту: Постанова КМУ від 23.10.2013 р. № 819. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua> (Дата звернення 10 листопада 2022)
44. Бакай А.Є. Державне управління міжвідомчою взаємодією з організації медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях воєнного і мирного часу в Україні. Інвестиції: практика та досвід. 22. 2016. С. 115 – 121.
45. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Update 2016 URL: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34072?sequence=4&isAllowed=y> accessed 11 November 2022
46. Кланца А. І. Демографічні моделі збереження громадського здоров'я та їх вплив на національну безпеку України. Вісник НАДУ. 2018. №2(89). С. 53-59.
47. Human Development report 2014: Cultural liberty in today's diverse world. NY, 2016. P. 28-41.
48. West Midlands Public Health Observatory (2013). The older people's health and well-being atlas [online database]. Birmingham: West Midlands Public Health Observatory. URL: <http://www.wmpho.org.uk/olderpeopleatlas/Atlas/atlas.html>, accessed 11 November 2022).
49. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century [Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017. 417 p.
50. Active ageing strategy 2016–2021. Belfast: Northern Ireland Executive; 2016. URL: <https://www.ofmdfmi.gov.uk/publications/active-ageing-strategy-2016-2021>, (accessed 6 November 2022).

51. Кланца А. І. Демографічна політика держави та механізми її реалізації. *Економіка і держава*. 2018. № 8. С. 56-62.
52. Основи політики та стратегія Здоров'я-2020. *Здоров'я-2020: основи європейської політики та стратегія для XXI століття*. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2013. 468 с.
53. Bertelsmann Stiftung (2016). *Wegweiser Kommune: Daten und Visualisierungen [Community guide: data and visualizations] [website]*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. URL: (<http://www.wegweiser-kommune.de/>, accessed 11 November 2022).
54. Охорона здоров'я у Великобританії. URL: [.sunhome.ru/journal/117026](http://sunhome.ru/journal/117026). accessed 11 November 2022
55. Охорона здоров'я Англії: погляд економістів. URL: narcom.ru/publ/info/574 accessed 11 November 2022
56. Menec V, Bell S, Novek S, Minnigaleeva GA, Morales E, Ouma T et al. Making rural and remote communities more age-friendly: experts' perspectives on issues, challenges, and priorities. *J Aging Soc Policy*. 2015; 27(2):173–191. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25647697>, accessed 11 November 2022).
57. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення / авт. тексту Т. П. Попченко. К., НІСД, 2021. 41 с.
58. Медичне обслуговування в Великобританії. URL: otherreferats./medicine/00008435_0.html accessed 11 November 2022
59. Система охорони здоров'я Англії повинна бути принципово реформована В». URL: medlinks.ru/article.php?sid=34138 accessed 11 November 2022
60. Вашев О. Є., Рогова О. Г., Пустовойт Т. Б. Сучасні правові механізми реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я та проблеми формування галузі медичного права. *Теорія та практика державного управління: зб. наук. пр.* Харків: Вид-во ХарПІ НАДУ

“Магістр”. 2014. Вип. 4 (47). С. 197–204.

61. Реформа охорони здоров'я в Великобританії URL: health.gov.ua. accessed 11 November 2022

62. Курченко В.З. Перспективи модернізації лікувально-профілактичної допомоги населенню. *Громадське здоров'я і охорона здоров'я XXI століття*. 2016. С. 23-26.

63. Здоров'я-2021: Основи політики досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні ВООЗ. Євр. серія «Здоров'я для всіх» №6. Копенгаген, 2016. – 308 с.

64. Paris budget participatif [Paris participatory budget] [website] (in French). Paris: Mairie de Paris ([https:// budgetparticipatif.paris.fr](https://budgetparticipatif.paris.fr), accessed 10 November 2022).

65. Зяблюк Н. Г. Політичний плюралізм: контури американської моделі // США та Канада: економіка, політика, культура. 2016. № 5. С. 3-18.

66. Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/ageing/global-strategy/en/>, accessed 27 June 2016). URL: http://www.liberal.ca/LPC/gpolicy.aspx?type=gp&gp_ID=3 accessed 11 November 2022

67. Кланца А.І. Охорона здоров'я як структурна складова національної безпеки держави.: монографія. Київ : ІПК ДСЗУ, 2018. 528 с.

68. Public Health Agency of Canada (2015). Age-friendly communities evaluation guide: using indicators to measure progress. Ottawa: Public Health Agency of Canada. URL: (<http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/indicators-indicateurs-eng.php>, accessed 11 November 2022).