

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

студентки Омельченко Інни Василівни

академічної групи 281м-22з-1 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: « Удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні»

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

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

Нормоконтролер:				
-----------------	--	--	--	--

Дніпро
2023

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи магістра на тему «Удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні»

100 стор., 10 рис, 5 табл., 108 джерел.

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ, СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, РЕФОРМУВАННЯ, МЕДИЧНА ДОПОМОГА, МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ, МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ, МОДЕЛІ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини у сфері публічного управління системою охорони здоров'я.

Предмет дослідження – шляхи удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні.

Мета дослідження – визначення теоретичних та практичних засад публічного управління у сфері охорони здоров'я та обґрунтування напрямів його удосконалення.

У першому розділі розкриті теоретичні основи публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні, визначено сутність та механізми публічного управління системою охорони здоров'я. Другий розділ присвячено дослідженню сучасного стану публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні. На основі проведеного дослідження виокремлені проблеми системи охорони здоров'я. У третьому розділі визначаються перспективи розвитку публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні, вивчається закордонний досвід публічного управління у сфері охорони здоров'я, а також визначаються напрями продовження реформування сфери охорони здоров'я.

Сфера практичного застосування результатів роботи – органи публічного управління під час прийняття управлінських рішень у сфері охорони здоров'я.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1.	
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	8
1.1. Сутність публічного управління системою охорони здоров'я	8
1.2. Механізми публічного управління системою охорони здоров'я ...	19
1.3. Форми державного управління у сфері охорони здоров'я.....	30
РОЗДІЛ 2.	
ДОСЛІДЖЕННЯ СУЧАСНОГО СТАНУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	35
2.1. Сучасний стан реформування системи охорони здоров'я в Україні	35
2.2. Стан фінансування галузі охорони здоров'я.....	47
2.3. Проблеми системи охорони здоров'я в Україні.....	53
РОЗДІЛ 3.	
ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	64
3.1. Зарубіжний досвід публічного управління у сфері охорони здоров'я	64
3.2. Напрями продовження реформування сфери охорони здоров'я....	72
3.3. Впровадження цифрових технологій як важливий напрям трансформації медичної галузі.....	82
ВИСНОВКИ.....	96
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	100

ВСТУП

Найбільшою цінністю є життя людини та її здоров'я, тому ключовою метою системи охорони здоров'я є забезпечення безперервності надання медичних послуг населенню. Здоров'я є не лише багатством окремої людини, а й багатством суспільства в цілому. Оскільки саме від стану здоров'я населення держави залежить, зокрема, благополуччя кожної людини та всього суспільства. Здоров'я є невід'ємною частиною розвитку людства та важливим індикатором майбутнього нації, а також чинником досягнення усього розмаїття цілей людини.

Сучасна ситуація в Україні щодо нинішньої системи охорони здоров'я характеризується низкою проблемних питань у політичній, технологічній, демографічній, соціальній та екологічній сферах. З кожним роком зростає потреба громадян в одержанні високоякісної медичної допомоги від держави. Тому, в сучасних умовах сфера охорони здоров'я України перебуває в пошуку шляхів виходу з кризової ситуації та побудови моделі розвитку, наближеної до європейських стандартів.

Публічне управління у сфері охорони здоров'я відіграє одну з ключових ролей у реалізації внутрішньої політики, а саме прийняття державною адміністрацією рішень щодо реалізації концепції доступності медичної допомоги для всіх без винятку громадян. Ефективна реалізація публічних механізмів трансформацій та розвитку охорони здоров'я України є важливим чинником оптимального функціонування галузі, що дає змогу забезпечити спроможну систему громадського здоров'я, підвищити ефективність взаємодії інститутів, доступність та якість медичних послуг, досягти позитивних результатів у напрямі впровадження цілей сталого розвитку. Необхідною умовою для реалізації стратегічних державних завдань щодо реформування сфери охорони здоров'я та процесів трансформації публічних механізмів України та сталого її розвитку є розробка напрямів удосконалення публічного

управління у сфері охорони здоров'я України з урахуванням викликів сучасності.

Повномасштабне вторгнення Росії в Україну створило критичне навантаження на національну систему охорони здоров'я, як на національному, так і регіональному та місцевому рівнях. Воєнний стан диктує системі охорони здоров'я нові підходи в роботі медичної системи до надання допомоги як Збройним Силам України, так і цивільному населенню, тому питання удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні набуває особливої актуальності.

Дослідженням проблеми управління в сфері охорони здоров'я займалися такі вчені, як О.В. Баєва, В.І. Борщ, Є.В. Долотенко, І.Я. Зима, Н.І. Карпишин, Б.О. Логвиненко, О.Г. Шекера та ряд інших. Однак, незважаючи на значну увагу вчених питання удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я досі залишаються актуальними.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини у системі публічного управління охороною здоров'я в Україні.

Предметом дослідження – шляхи удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні.

Метою магістерської роботи є визначення теоретичних та практичних засад публічного управління у сфері охорони здоров'я та обґрунтування напрямів його удосконалення.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати завдання:

- визначити сутність публічного управління системою охорони здоров'я;
- дослідити механізми публічного управління системою охорони здоров'я;
- вивчити форми державного управління у сфері охорони здоров'я;
- провести аналіз сучасного стану реформування системи охорони здоров'я в Україні;
- оцінити стан фінансування галузі охорони здоров'я;

- визначити проблеми системи охорони здоров'я в Україні;
- дослідити зарубіжний досвід публічного управління у сфері охорони здоров'я;
- запропонувати напрями продовження реформування сфери охорони здоров'я;
- розробити пропозиції щодо впровадження цифрових технологій як важливого напрямку трансформації медичної галузі.

В процесі вирішення поставлених задач застосовувались загальнонаукові та спеціальні методи, а саме: метод систематизації, порівняння, системного аналізу, економіко-статистичний метод.

Здійснено пошук відповідної літератури в PubMed, Web of Science та в електронному каталозі Національної наукової медичної бібліотеки України. Крім того, пошук у Google Scholar використовувався для виявлення досліджень, які були пропущені під час пошуку в академічних базах даних.

Інформаційною базою дослідження є основні положення законів України, указів Президента України, постанов Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України, наказів Міністерства охорони здоров'я, використовувалися відповідні законодавчі акти з питань державного управління та місцевого самоврядування, різноманітні статистичні дані та ін.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що теоретичні узагальнення, висновки та пропозиції є певним внеском до теорії і практики публічного управління та адміністрування в галузі охорони здоров'я.

Робота має таку структуру: вступ, три розділи, висновки, загальний обсяг роботи складає 100 сторінок. Список використаної літератури складається із 108 джерел.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

1.1. Сутність публічного управління системою охорони здоров'я

Система охорони здоров'я є однією з ланок соціальної сфери. У Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» № 2801-ХІІ від 19.11.1992 визначено, що охорона здоров'я – це система заходів політичного, економічного, правового, соціального, наукового, медичного, у тому числі санітарно-епідемічного (профілактичного) характеру. Ці заходи здійснюються органами державної влади України, органами державної влади суб'єктів України, органами місцевого самоврядування, організаціями, їх посадовими особами та іншими особами, громадянами з метою профілактики захворювань, збереження і зміцнення фізичного, психічного здоров'я кожної людини, підтримання її багаторічного активного життя й надання їй медичної допомоги.

Згідно з визначенням Всесвітньої організація охорони здоров'я (ВООЗ), система охорони здоров'я – це сукупність усіх організацій, людей та дій, основним завданням яких є сприяння, відновлення чи підтримка здоров'я. Сюди входять зусилля, що впливають на детермінанти здоров'я та більш безпосередню оздоровчу діяльність. Таким чином, система охорони здоров'я – це більше, ніж піраміда закладів громадської власності. Вона ще включає всі міжгалузеві дії медичного персоналу для покращення здоров'я населення.

В Україні правове забезпечення охорони здоров'я передбачено ст. 49 Конституції України та виражено через такі правомочності: право на охорону здоров'я, право на медичну допомогу, право на медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Щодо медичної допомоги, то держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних

зкладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно. Також до обов'язків держави в управлінні сферою здоров'я віднесено підтримання розвитку фізичної культури і спорту, забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення [69].

Громадське здоров'я, на думку Всесвітньої організації охорони здоров'я, слід розглядати як ресурс національної безпеки, засіб, що дозволяє людям жити благополучним, продуктивним і якісним життям. Зміцнення здоров'я людей допомагає підвищити їх працездатність, що в свою чергу призводить до економічного зростання. Важливою умовою відновлення економічного і соціального розвитку є гарне здоров'я усіх членів суспільства. Для цього необхідно створення такого суспільства, в якому цінується здоров'я і держава на постійній основі інвестує необхідні фінансові ресурси в охорону здоров'я.

Отже, Конституцією України в статті 49 визначений обов'язок створення державою відповідних умов для надання доступного та ефективного медичного обслуговування для всіх, без винятку, громадян та гарантована безоплатність надання медичної допомоги в державних і комунальних медичних установах, мережа яких не має бути скорочена [41].

Право на безкоштовне медичне лікування та обслуговування – це сукупність закріплених у законодавстві повноважень, які забезпечують кожному громадянину можливість отримання у разі звернення до державної медичної установи безкоштовного кваліфікованого лікування та медико-соціального обслуговування, вибору установи охорони здоров'я при реалізації даного права, а також можливості вимагати захисту у разі його порушення.

Щоб реалізувати права громадян України на медичне обслуговування, держава забезпечує доступність до найнеобхідніших профілактично лікувальних методів, захист громадян у разі заподіяння шкоди їх здоров'ю, а також встановлює пільги й гарантії окремим категоріям населення з метою якісного забезпечення їх медичним обслуговуванням у разі захворювання.

Держава формує політику охорони здоров'я в Україні та забезпечує її реалізацію. Державна політика України в галузі охорони здоров'я – це

комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення держави як найважливішої складової її національного багатства шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових та медичних заходів з метою збереження генофонду української нації, її гуманітарного потенціалу та врахування вимог нинішнього і майбутніх поколінь в інтересах як конкретної людини (особистості), так і суспільства в цілому [45].

Державна політика в сфері охорони здоров'я спрямована на реалізацію положень Конституції та законів України щодо забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину України, запровадження ефективних механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я, створення умов для формування здорового способу життя.

Основними принципами охорони здоров'я в Україні є:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави;
- дотримання прав і свобод людини і громадянина у сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
- гуманістична спрямованість, підвищений медико-соціальний захист найбільш уразливих верств населення;
- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг у сфері охорони здоров'я;
- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;
- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в галузі охорони здоров'я;
- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я;

– багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;

– децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі [39].

Політика охорони здоров'я визначає цілі в галузі охорони здоров'я на міжнародному, національному та місцевому рівні, формулює потрібні рішення, конкретні плани і дії для досягнення поставлених цілей; допомагає зміцнити охорону громадського здоров'я, спрямована на підтримку дій держави і суспільства. Вірно сформульована політика охорони здоров'я визначає перспективне бачення для виявлення першочергових цілей і завдань; сприяє встановленню короткострокових і середньострокових цільових орієнтирів; допомагає забезпечити наявність універсальних, стійких і високоякісних систем охорони здоров'я, орієнтованих на людину.

До основних цілей державної політики охорони здоров'я відносяться:

– стимулювання державою соціальної спрямованості розвитку суспільства;

– впровадження нешкідливих технологій, що забезпечують охорону життя та здоров'я в процесі матеріально-технічного виробництва;

– забезпечення державою пріоритетного фінансування комплексних народногосподарських програм профілактики, своєчасного лікування, реабілітації та інших заходів щодо охорони здоров'я;

– заохочення державою підприємств та організацій, які активно інвестують пріоритетні напрями розвитку охорони здоров'я [29].

Отже, основними завданнями успішної державної політики та дієвих заходів щодо формування і збереження здоров'я населення повинні бути:

– охорона та зміцнення здоров'я населення;

– поліпшення якості та більшої тривалості життя суспільства за допомогою вдосконалення діяльності служб охорони здоров'я;

- сприяння здорового розвитку та способу життя на всіх стадіях життєвого циклу;
- удосконалення нормативно-правової бази щодо правового регулювання суспільних відносин у галузі охорони здоров'я;
- створення сприятливих умов навколишнього середовища;
- впровадження заходів державної політики, що забезпечать реальні умови для збереження та відновлення здоров'я населення [34].

Основу державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада України шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження загальнодержавних програм охорони здоров'я.

Також, основним державним органом який формує і реалізовує державну політику в сфері охорони здоров'я – є Міністерство охорони здоров'я. Відповідно до Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 січня 2020 р. № 90): Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України. МОЗ є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, а також захисту населення від інфекційних хвороб, протидії ВІЛ-інфекції /СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням, попередження та профілактики неінфекційних захворювань, забезпечує формування та реалізує державну політику [36].

Важливе місце у процесі управління у сфері охорони здоров'я відіграють урядові органи державного управління у складі Міністерства охорони здоров'я

України. Йдеться про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками.

Іншим центральним органом державної влади, який реалізує державну політику у сфері медичного обслуговування населення є Національна служба здоров'я України (НСЗУ) яка була утворена 27 грудня 2017 р. Постановою Кабінету Міністрів України №1101 і було затверджено Положення про Національну службу здоров'я України.

Відповідно до цього Положення Національна служба здоров'я України є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [68].

Основними завданнями НСЗУ є:

1) реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій);

2) виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;

3) внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [68].

НСЗУ змінюючи вимоги до програми медичних гарантій, спонукає заклади охорони здоров'я закупати нове обладнання і удосконалювати свою матеріально-технічну базу, що впливає на покращення якості надання медичних послуг.

Також НСЗУ приділяє багато уваги, щоб заклади охорони здоров'я надавали медичну послугу, в межах передбачених договором, для пацієнтів безкоштовно. Якщо раніше, лікарні вимагали від пацієнтів оплачувати необхідні ліки і витратні матеріали, аргументуючи це відсутністю бюджетного фінансування, то на сьогоднішній день, пацієнт повинен знати, що держава

оплатила його лікування, в тому числі і ліки, відповідно до протоколу лікування.

Крім органів держави, які безпосередньо пов'язані з цариною охорони здоров'я, ця система функціонує і завдяки контрольно-управлінським функціям інших державних інституцій, а саме Президента України (зокрема, крізь призму діяльності Адміністрації Президента України, Ради національної безпеки і оборони України), Верховної Ради України (зокрема, Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я), Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, Кабінету Міністрів України (зокрема, через діяльність профільних міністерств та інших центральних органів виконавчої влади), Генеральної прокуратури України та її органів на місцях, а також органів судової системи України [70].

Місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування здійснюють регулювання у сфері охорони здоров'я за рахунок наявності у їх структурі обласних та районних управлінь (відділів) охорони здоров'я та відповідних структур виконавчих комітетів рад. Слід підкреслити, що органи місцевого самоврядування здійснюють керівництво діяльністю комунальних закладів охорони здоров'я.

Основними завданнями управлінь охорони здоров'я у складі місцевих органів виконавчої влади є:

- забезпечення реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я;
- прогнозування розвитку мережі закладів охорони здоров'я для нормативного забезпечення населення медико-санітарною допомогою;
- здійснення заходів, спрямованих на запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям і на їх ліквідацію;
- організація надання медико-санітарної допомоги населенню, роботи органів медико-соціальної експертизи, закладів судово-медичної та судово-психіатричної експертизи;
- забезпечення виконання актів законодавства в галузі охорони здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на збереження

навколишнього природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, а також додержання нормативів професійної діяльності в галузі охорони здоров'я, вимог Державної фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій [69].

Зазначені суб'єкти реалізують державну політику через державне регулювання. Внаслідок цього постає питання щодо вивчення теоретичного аспекту державної політики у сфері охорони здоров'я, її якісних характеристик, індикаторів, базисних принципів, що знайшли своє відображення в науковій літературі.

Наприклад, Д. Г. Гавриченко [11] довів, що пандемічні явища та воєнний стан в Україні стали факторами, які змінюють поточні завдання та впливають на стратегічні пріоритети для системи охорони здоров'я. Так, Т. В. Лобода і В. М. Михальчук [45] визначили, що серед основних сфер відповідальності публічного управління в системі охорони здоров'я виокремлюють наступні: якісне надання медичних послуг; вдосконалення системи управління організацією медичних послуг; забезпечення належної нормативно-правової системи в медичній сфері; адаптація сектору охорони здоров'я до зовнішніх умов середовища. Жовнірчиком Ю. та іншими обґрунтовано визначення та охарактеризовано основні напрями трансформації системи публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні в умовах воєнного стану та збройної агресії Російської Федерації проти України, а саме: мінімізація гендерного розриву серед кадрового складу сфери охорони здоров'я; удосконалення державного механізму надання психологічної допомоги населенню; удосконалення механізму взаємодії між органами публічної влади сфери охорони здоров'я і волонтерським рухом; вироблення механізму регулювання надання медичної гуманітарної допомоги; переорієнтація на внутрішнього виробника медичної продукції та послуг і лікарських засобів [4].

Стосовно визначення державної політики у сфері охорони здоров'я доречною є дефініція, подана М.М. Білинською, Н.О. Васюк, Л.І. Жаліло та ін., які розглядають таку політику як сукупність цілей, завдань, засобів, узгоджених

дій та заходів органів державної влади, органів місцевого самоврядування, суб'єктів охорони здоров'я та їх посадових осіб, спрямованих на досягнення визначених цілей і завдань щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення відповідно до сучасних викликів, реалізацію конституційних гарантій на охорону здоров'я та на ефективне медичне обслуговування шляхом реалізації політичних, наукових, медичних та інших заходів з метою збереження генофонду української нації [67].

Публічне управління в сфері охорони здоров'я включає політику держави в галузі охорони здоров'я з метою забезпечення рівності громадян та окремих соціальних груп щодо вільного доступу до отримання медичних послуг.

Згідно позиції І. О. Охріменко, публічне управління потрібно розуміти як певний процес управління, що ґрунтується на волі людей і реалізовується суб'єктами, що визначені громадою з метою задоволення їх потреб та мети як об'єкту управління [62].

Заслуговує на увагу думка О. Базарної про те, що публічне управління пов'язано з ефективним функціонування цілої структури політичних установ та системи органів державної влади, а також передбачає включення певних зацікавлених сторін до розробки та впровадження державної політики [5].

Також О. Баєва подає формулювання публічного управління як організаційної сили пристроїв, які беруть участь в управлінні спільною діяльністю людей з метою забезпечення організації та управління ними для вирішення загальних завдань цієї діяльності [4].

Цікавою є думка О. Михайловської та Н. Філіпової про те, що публічне управління – це вплив суб'єкту управління, що має загальні повноваження на установу, відповідно до покладених на нього повноважень та важливих функцій [45].

Публічне управління сферою впливає на формування та ефективне використання людських ресурсів, саме медична галузь може виступати

передумовою сталого економічного розвитку, що забезпечує конкурентоспроможність національної економіки на світовому рівні [3].

Як слушно вважає В. Борщ, державне управління системою охорони здоров'я це чітко спрямована та скоординована робота щодо організації діяльності державних установ в галузі охорони здоров'я [9].

Отже, публічне управління системою охорони здоров'я представляє собою складний процес, що включає в себе низку важливих елементів (рис. 1.1) та функцій.

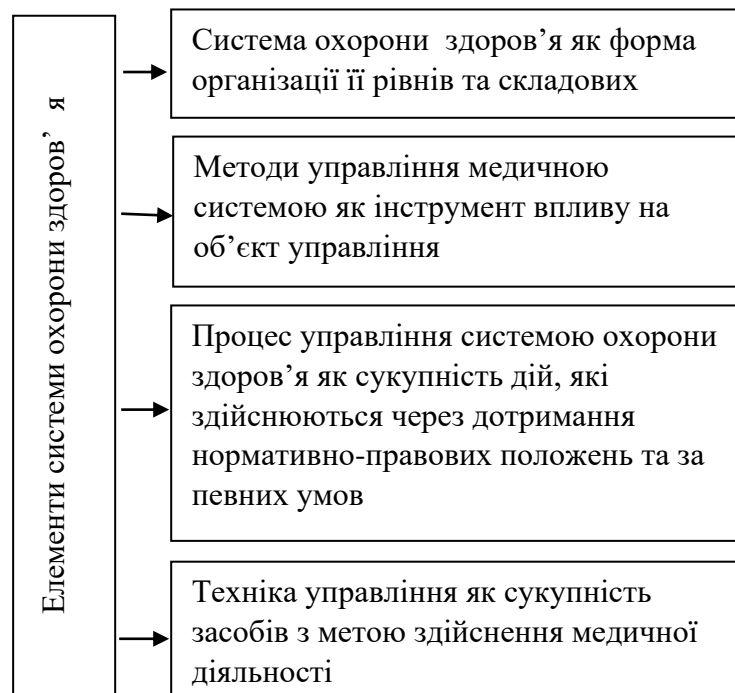


Рис. 1.1. Елементи публічного управління системою охорони здоров'я [15]

В сучасних умовах до сфер відповідальності публічного управління в системі охорони здоров'я можна виокремити наступні:

- якісне надання медичних послуг;
- вдосконалення системи управління організацією медичних послуг;
- забезпечення належної нормативно-правової системи в медичній сфері;
- адаптація сектору охорони здоров'я до зовнішніх умов середовища [10].

Серед основних індикаторів державної політики у сфері охорони здоров'я знаходимо такі як: середня очікувана тривалість життя, коефіцієнт

народжуваності, коефіцієнт смертності, природний приріст населення. Зазначимо, що такі показники виступають безпосереднім чинником демографічної ситуації в країні. Тому державна політика у сфері охорони здоров'я повинна спрямовуватися на захист життя дітей у фазі внутрішньоутробного розвитку, забезпечення репродуктивного здоров'я громадськості, відповідну профілактичну, просвітницьку роботу [16].

Таким чином, забезпечення медичного обслуговування населення є одним із фундаментальних пріоритетів розвитку сучасної держави та невід'ємною складовою державної політики охорони здоров'я України, спрямованої на зміцнення здоров'я нації.

Саме за допомогою державної політики у сфері медичного обслуговування населення приймаються державно-політичні рішення щодо медичного обслуговування населення, розробляється відповідний інструментарій, створюється механізм їх реалізації.

Отже, розгляд теоретичних положень функціонування сфери охорони здоров'я дозволяє виокремити конкретні специфічні риси функціонування та розвитку такої сфери. Серед них, варто виокремити такі:

- сфера охорони здоров'я є частиною національної економіки будь-якої країни, невід'ємною складовою її соціальної системи;
- важливу роль у функціонуванні цієї сфери відіграє бюджетне фінансування та фінансові ресурси місцевих органів влади;
- в управлінні та регулюванні функціонування беруть участь органи державної влади, місцевого самоврядування, саморегульовані організації;
- сфера є невіддільною частиною функціонування суспільства, що зумовлено постійним попитом на медичні послуги;
- у межах функціонування цієї сфери відбувається залучення фактично всіх громадян, незалежно від віку, статі, території проживання;
- сфера функціонує з метою задоволення різних, досить часто відмінних за своєю природою медичних потреб громадян, що значно ускладнює її

структурну будову (різні види лікарень, наукові медичні установи, система первинної медичної допомоги, система стаціонарної медичної допомоги);

– у межах сфери функціонують окремі державні установи, які відіграють роль інфраструктурних об'єктів для роботи медичних установ (лабораторії, інформаційні центри, спеціальні виробничі підприємства тощо) [6].

1.2. Механізм публічного управління системою охорони здоров'я

В економіці використовується велика кількість варіантів механізмів управління – господарський, економічний, ринковий, соціальний, організаційний, організаційно-економічний тощо які з певними особливостями відображають і сферу охорони здоров'я.

Однак спершу обґрунтуємо сутність механізму як наукової категорії, яку прийнято розглядати в контексті дослідження майже всіх об'єктів пізнання в межах різних наук. Насамперед з досить спрощено підходу механізм – це сукупність певних компонентів, які в поєднанні забезпечують функціонування певного об'єкта, явища, здійснення конкретного процесу. Механізм можна розглядати як невід'ємну складову системогенезу будь-якого об'єкта, сукупність взаємопов'язаних компонентів, які забезпечують можливість реалізації такого процесу та дають змогу в разі їх зміни трансформувати майбутній стан зазначеного об'єкта [11]. Також варто зазначити, що механізм являє собою складну організовану систему, але головним є те, що він постійно супроводжується певним процесом, спрямованим на виконання специфічних функцій, без якого сам механізм не може існувати. Також процес повинен бути забезпечений певними ресурсами для отримання результату [11].

Науковці у сфері охорони здоров'я пропонують формувати та розвивати різні механізми публічного управління для галузі охорони здоров'я. Аналіз досліджень провідних науковців у галузі публічного управління охороною здоров'я України за останні 10 років, надав змогу визначити основні механізми

публічного управління у сфері охорони здоров'я та визначити нові наукові підходи щодо їх розвитку в умовах реформування та трансформацій (рис.1.2.).

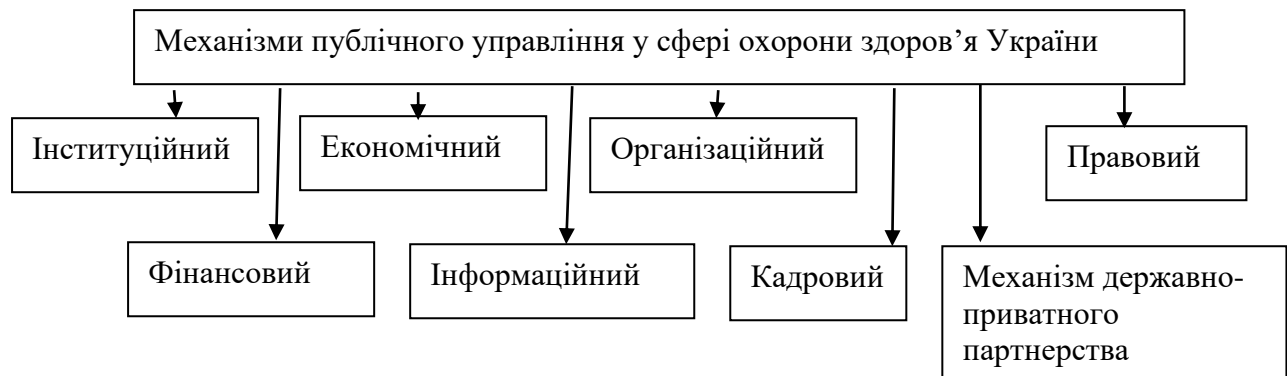


Рис. 1.2. Комплекс механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я України [11]

Так, механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я у правовому контексті розглянуто З. Гладун. Поміж іншим, вказаний автор розглядає державне управління та державне регулювання в системі охорони здоров'я як два окремі види державно-владної діяльності, де перша – має на меті здійснення прямого управлінського впливу на об'єкти управління з використанням адміністративно-владних повноважень та методів, що відзначаються директивними вказівками, обов'язковими для виконання, у той час як друга – передбачає лише встановлення певних обмежень, меж діяльності об'єктів, в яких вони можуть вільно функціонувати. Воно спрямоване не тільки на об'єкт управління як такий, а й на середовище його існування, тим самим відрізняючись від державного управління широтою владного впливу [14].

Вищезазначений науковець основний акцент робить на інституційному та правовому механізмах охорони здоров'я. Зокрема, зазначає про те, що «інституційний механізм охорони здоров'я – вся система органів державної влади, місцевого самоврядування та інших суб'єктів права задіяних у процесі здійснення державного регулювання відносин у сфері охорони здоров'я. До його складу входять центральні і місцеві органи державної влади, місцевого

самоврядування та інші суб'єкти права, задіяні у процесі реалізації політики охорони здоров'я, а також їх повноваження та відносини між собою та іншими суб'єктами. Правовий механізм охорони здоров'я – система правових норм, які створює законодавство про охорону здоров'я і які регулюють зміст та процес здійснення державно-правового регулювання охорони здоров'я» [7].

Щодо інституційного механізму публічного адміністрування в досліджуваній сфері, то виконавчо-розпорядчу діяльність та надання послуг у сфері забезпечення належного стану повного фізичного, психічного і соціального благополуччя населення здійснюють:

1) органи охорони здоров'я загальнодержавного значення, до яких належить Міністерство охорони здоров'я України; Національна служба здоров'я України, яка є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [20];

2) органи охорони здоров'я місцевого значення, до яких належать місцеві державні адміністрації в рамках повноважень, які передбачено законом, сільські, селищні, міські ради та їх виконавчі органи, а також районні та обласні ради, які представляють спільні інтереси територіальних громад сіл, селищ, міст у сфері охорони здоров'я [13];

3) заклади охорони здоров'я (юридичні особи будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечують медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників. Серед них особливе місце займають санаторно-курортні заклади [20];

4) громадські об'єднання, які діють із метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя [13].

Літвінов О. С., Капталан С. М. розглядають економічний механізм в сфері охорони здоров'я під яким вони розуміють сукупність, систему елементів впливу на економічні інтереси суб'єктів господарювання, яка враховує особливості його зовнішнього та внутрішнього середовища.

Враховуючи окреслені підходи до розгляду сутності економічного механізму, можна констатувати, що у сфері охорони здоров'я такий механізм безпосередньо пов'язаний з:

- рухом господарських відносин між різними суб'єктами;
- рухом фінансових ресурсів від центрів їх розподілу до тих систем, де вони використовуються;
- розвитком сфери медичних послуг, в якій функціонують заклади різної форми власності;
- активною взаємодією між медичними закладами та іншими економічними суб'єктами з метою забезпечення їх функціонування;
- задоволенням об'єктивно існуючого в суспільстві попиту на медичні послуги;
- функціонуванням системи державного регулювання економічних відносин та ін. [16].

Л. Криничко розглянуто особливості розвитку кадрового механізму в сфері охорони здоров'я та доведено, що кадрову політику держави потрібно формувати за встановленими організаційними принципами державної кадрової доктрини. Вказаною авторкою запропоновані рівні державного управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я [48].

Авторка розглядає кадровий механізм державного управління системою охорони здоров'я як багатопрофільний, що переплітається із різними видами державної політики, зокрема: державна освітня політика – трансформація підготовки медичних кадрів за освітніми програмами галузі знань «Охорона здоров'я»; державна кадрова політика – формування вимог до кадрового потенціалу системи охорони здоров'я; державна фінансова політика – визначає порядок та систему оплати праці медичних працівників. Важливим напрямом

удосконалення кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я Л. Криничко вбачає формування кадрових резервів керівних кадрів та медичних працівників системи охорони здоров'я [52].

На рис. 1.3 зображено комплексний механізм публічного управління системою охорони здоров'я в Україні, що визначений як взаємопов'язана система економічних, організаційно-правових, управлінських та мотиваційних механізмів.



Рис. 1.3. Механізм публічного управління системою охорони здоров'я [52]

Важливою умовою функціонування даного механізму є створення відповідної ефективної нормативно-правової бази, яка здатна забезпечити реалізацію суб'єктами управління існуючих інтересів громадян в галузі охорони здоров'я [50].

З метою формування вітчизняної системи механізмів публічного управління охороною здоров'я можна виокремити наступні чинники (рис. 1.4).



Рис. 1.4. Чинники формування публічного управління в сфері охорони здоров'я [54]

Дослідницею С. Вовк розроблено теоретико-методологічні положення формування та реалізації механізмів державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я: обґрунтовано структуру механізмів державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я України; розроблено концепцію системної трансформації механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні; введено поняття «ефект конкуренції у системі охорони здоров'я», що розглядається як механізм державно-управлінського впливу; розроблено кластерну модель механізмів державного управління захистом здоров'я здорового і працюючого населення України; запропоновано підходи (діяльнісний, операційний) для дослідження

механізмів державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я України.

Авторкою також запропоновано такі напрями щодо розвитку впровадження механізмів державного управління системою якості медичних послуг України як: політичний механізм, який формує стратегію, певне бачення та участь урядових організацій щодо поліпшення якості; нормативно-правовий та організаційно-методичний механізми, які здійснюють національну політику в межах органів влади всіх рівнів, формування ресурсів для медичної галузі та соціальний механізм, який пов'язано з покращенням управління в лікувальних закладах [11].

В. Карлаш визначено поняття «механізм інформаційного забезпечення державного регулювання охорони репродуктивного здоров'я», яке розглядається авторкою як системна сукупність форм, методів, стимулів, важелів управлінського впливу на суспільні відносини, що забезпечує взаємодію всіх суб'єктів регулювання сфери охорони репродуктивного здоров'я, створює умови для постійного удосконалення системи його охорони (ефективного функціонування її елементів з оптимальним розподілом та використанням наявних ресурсів), функціонує на основі сучасних інформаційно-комунікативних технологій, що надає можливість швидкого реагування та коригування дій відповідно до визначених реальних потреб і проблем на основі забезпечення зворотного зв'язку держави з населенням шляхом здійснення моніторингу медико-соціальних показників, показників репродуктивного здоров'я населення, рівня задоволеності населення медичною допомогою, функціонуванням системи охорони репродуктивного здоров'я [34].

На думку дослідника З. Надюка можна виділити такі складові механізму державного управління системою охорони здоров'я, як: нормативно-правову, інформаційну, матеріально-технічну, кадрову, фінансово-економічну, організаційну, психологічну. Фінансово-економічна складова передбачає фінансове та нормативно-правове забезпечення сфери охорони здоров'я та заходів контролю за дотриманням законності суб'єктами медичного ринку

шляхом реалізації таких практичних заходів: реалізації загальнодержавних програм розвитку, затверджених Верховною Радою України; реалізації державних програм розвитку, затверджених Кабінетом Міністрів України, тощо. Крім того, автором під механізмом державного управління системою охорони здоров'я розуміється «сукупність станів і процесів реалізації комплексного впливу держави (шляхом застосування політичних, економічних, соціальних, організаційних і правових засобів, практичних заходів, важелів, стимулів) на суб'єкти національної системи охорони здоров'я. Він виділяє такі складові механізму державного управління системою охорони здоров'я, як: нормативно-правову, інформаційну, матеріально-технічну, кадрову, фінансово-економічну, організаційну, психологічну. Останню розуміє як формування у суспільстві інститутів позитивного сприйняття і підтримки (сприяння) дії механізму. У структурі системи державного управління охороною здоров'я З. Надюк вирізняє три підсистеми: керівна, технологічна і керована. Виходячи з цього, механізм державного управління системою охорони здоров'я характеризується у автора функціональними й галузевими особливостями. Його складові враховують специфічні ознаки системи охорони здоров'я й закономірності її розвитку. Також вказаним науковцем запропоновано правовий механізм державного регулювання ринку медичних послуг [29].

В. Довженко відзначає, що у якості основних принципів формування механізму реалізації державної політики у сфері інноваційного розвитку системи охорони здоров'я виділяють: орієнтацію на споживача і впровадження елементів конкурентних відносин; системний підхід і постійне поліпшення процесів, продуктів, послуг; удосконалення інструментів управління та контролю; лідерство і залучення працівників; створення інформаційного середовища і технологій для реалізації управлінських рішень; відповідність принципам програмно-цільового управління, принципам і вимогам проектного управління; використання інструментів стратегічного і операційного планування, логістики (взаємовигідні відносини з постачальниками); підвищення якості фінансового управління в сфері охорони здоров'я. Крім того,

зазначений автор акцентує увагу на правовому регулюванні організаційної, фінансової та господарської діяльності закладів охорони здоров'я: прийнятті загальнодержавних та регіональних цільових програм, що сприяють реалізації прав громадян на отримання якісної медичної допомоги в рамках системи медичного страхування; передачі у власність місцевих громад об'єктів, які перебувають у державній власності, необхідних для надання медичних послуг; методичній підтримці, в тому числі організації та проведенні конференцій, семінарів з актуальних питань діяльності медичних установ; підготовці та підвищенні кваліфікації кадрів медичних установ; інформаційній підтримці та ін. [63].

Авторський колектив Я. Радиш, С. Кошова, В. Михальчук розглядає механізми державного управління у сфері охорони здоров'я як основу створення єдиного медичного простору. Так, він зазначає про те, що «ефективність медичної допомоги в кінцевому підсумку визначається рівнем організаційних заходів, оптимальною структурою медичних підрозділів, високою якістю технічних засобів, дієздатністю та стійкістю управління» тощо. Систему державного управління охороною здоров'я в єдиному медичному просторі України авторський колектив розглядає не як окрему галузь права, а як структурне поняття, подібне цивільному чи фінансовому праву, принцип виділення його – функціональний. На їх думку, дана система повинна об'єднати сукупність правових норм, що регулюють діяльність, метою якої є відновлення, захист та сприяння людському здоров'ю. Можливим напрямом внутрішньої перебудови національної системи охорони здоров'я для забезпечення успішної реалізації державної політики в галузі науковці вважають формування єдиного медичного простору України – нової парадигми розвитку системи охорони здоров'я [11].

На думку О. Краснова впровадження механізму державно-приватного партнерства торкнеться майже всіх напрямків медицини: надання медичних послуг та досліджень, наприклад УЗД, МРТ, впровадження сучасного медичного обладнання, препаратів. Крім того, це дозволить змінити підхід до

надання допоміжних послуг – харчування, транспортування хворих, переглянути менеджмент у медичних установах, вдосконалити електронні системи обліку, обслуговування обладнання, тощо [45].

І. Охріменко наполягає на тому, що впровадження електронної системи охорони здоров'я (e-Health) є ключовим фактором оптимізації механізмів публічного управління охороною здоров'я. Водночас, науковець звертає увагу на те, що результати аналізу та узагальнення ним зарубіжних досліджень e-Health як набору комунікативних інструментів показав, що ризики в публічному управлінні сферою охорони здоров'я охоплюють ширші питання і проблеми організації системи охорони здоров'я, що полягають у питаннях захищеності та деперсоналізації інформації, уніфікації медичних форм та навчанні персоналу. Від цієї системи залежить великий спектр комунікацій з населенням, пацієнтами, бізнесом, політиками, дослідниками, а також впровадження фінансових та адміністративних моделей у сфері охорони здоров'я [62].

О. Головаш розроблено інструментарій організаційно-економічного механізму державного управління формуванням єдиного простору медичного обслуговування як засобу збалансування державного регулювання й формування ринкових відносин у сфері охорони здоров'я (унормування та контроль діяльності, програмноцільове управління, державне замовлення та ін.) [12].

М. Дубина та Д. Сердюк розглядали сферу охорони здоров'я як складну багатоієрархічну й поліструктурну систему, встановили, що для її організаційного механізму притаманними є такі особливості:

- наявність системи контролюючого впливу одних суб'єктів над діяльністю інших;
- ієрархічно визначена система управління основними суб'єктами (медичними закладами);
- сформована система інституційного забезпечення для функціонування всієї сфери (нормативні акти, інструкції, регламенти);

– багатоієрархічна структура підпорядкування одних суб'єктів іншим (Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України, Управління охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях, медичні заклади різного типу підпорядкування тощо) [14].

Звичайно, розглядаючи комплексний організаційний механізм функціонування сфери охорони здоров'я, в першу чергу акцентуємо увагу на його макрорівні. Однак цілком зрозуміло, що на рівні окремих медичних установ також існує свій організаційний механізм, своя система управління такими закладами, певне документарне забезпечення, ієрархічна структура підпорядкування між різними ланками, відділами та відділеннями.

О. Зборовською удосконалено механізми геоінформаційного забезпечення державного управління охороною здоров'я в Україні. Так, вона розглядала організаційний механізм геоінформаційного забезпечення охорони здоров'я як «сукупність правил, норм і процедур, що регламентують взаємодію учасників організаційної системи (організаційно-технічну структуру якої складає мережа уніфікованих регіональних, галузевих і міжгалузевих інформаційних систем, що ґрунтуються на геоінформаційних технологіях) з метою підвищити якість оперативного управління охороною здоров'я, планування медичної допомоги та ефективності використання ресурсів для збереження і зміцнення здоров'я населення» [26].

О. Приятельчук розглянуто державні механізми регулювання ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я в економічній моделі розподілу фінансів. Проведений ним аналіз доводить, що прогнозна фінансова модель може слугувати індикатором ефективності побудови системи охорони здоров'я. Роблячи науковий прогноз можливих сценаріїв розвитку, науковець прийшов до висновку, що найбільш прийнятні державні механізми направлені на формування квазіринкових відношень. Одним з них, на його погляд, може бути механізм формування єдиного медичного простору. Важливим результатом цього процесу має стати зменшення фінансового навантаження на державний сектор [70].

Т. Плужнікова та О. Краснова вважають, що механізм державного регулювання сфери охорони здоров'я є окремою складовою механізму, який регулює економіку в цілому. Під механізмом державного регулювання сфери охорони здоров'я авторки розуміють «сукупність цілей, принципів, методів адміністративного, економічного, правового та соціально-мотиваційного характеру, які здійснюються державою за допомогою досконалого набору інструментів і направлені на забезпечення ефективного та динамічного розвитку сфери охорони здоров'я» [47]. Основними елементами механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я є: суб'єкт, об'єкт, мета, цілі та принципи, а також інструменти реалізації механізму. Крім того, науковці зауважують на тому, що забезпечення населення країни якісною медичною допомогою залежить від вирішення таких економічних завдань, як визначення обсягів бюджетного фінансування та розвитку добровільного медичного страхування, вдосконалення системи надання платних медичних послуг, підготовка кадрів, впровадження нових технологій у сфері охорони здоров'я [11].

1.3. Форми державного управління у сфері охорони здоров'я

Охорона здоров'я охоплює різні форми управлінської діяльності, які здійснюють державні органи, і тому поділяється на відповідні сфери (галузі), тобто сукупність однорідних відносин, видів діяльності. Ними можуть бути: санітарно-епідеміологічна сфера, сфера надання медичної допомоги, економічна сфера охорони здоров'я, координуюча, організаційна, сфера здійснення контролю охороною здоров'я тощо.

Суб'єкт державного управління сфери охорони здоров'я здійснює повноваження через відповідні форми, які визначають характер відносин у цій сфері, оскільки вони складаються у процесі здійснення діяльності суб'єктів державного управління та виступають зовнішнім вираженням певного виду діяльності.

В адміністративно-правовій літературі розглядаються різні форми управлінської діяльності. Так, зокрема, це видання нормативних актів, індивідуальних ненормативних актів, здійснення безпосередніх організаційних заходів, здійснення матеріально-технічних операцій [53].

Ученими використовується класифікація, відповідно до якої форми державного управління поділяються на внутрішні та зовнішні. Під внутрішньою формою необхідно розуміти спосіб зв'язку елементів цілого і його структури. Зовнішньою формою є зовнішній вид об'єкта, що представляє та забезпечує його зв'язок з іншими явищами [47].

На основі вищезазначеної позиції вважаємо форми державного управління у сфері охорони здоров'я поділити на дві основні групи – зовнішні та внутрішні, адже в цих формах відбивається зміст діяльності органів виконавчої влади й органів місцевого самоврядування з питань забезпечення охорони здоров'я.

Зовнішні форми державного управління у сфері охорони здоров'я спрямовані на взаємодію з державними органами, для забезпечення виконання покладених на суб'єктів державного управління у сфері охорони здоров'я завдань і функцій. Наприклад, Національна служба здоров'я України під час виконання покладених на неї завдань взаємодіє в установленому порядку з іншими державними органами, допоміжними органами та службами, утвореними Президентом України, тимчасовими консультативними, дорадчими та іншими допоміжними органами, утвореними Кабінетом Міністрів України, органами місцевого самоврядування, об'єднаннями громадян, громадськими спілками, профспілками й організаціями роботодавців, відповідними органами іноземних держав і міжнародних організацій, а також із підприємствами, установами й організаціями [55].

Внутрішні форми державного управління у сфері охорони здоров'я пов'язані з організацією внутрішньої роботи суб'єктів державного управління у сфері охорони здоров'я (розподілом службових обов'язків, керівництвом підрозділами нижчого рівня, проведенням нарад) і матеріально-технічними

операціями, які забезпечують функціонування суб'єкта публічної адміністрації (діловодством, матеріально-технічним забезпеченням). Їм притаманні певні характерні ознаки: підзаконний, виконавчо-розпорядчий і юридично-владний характер. Підзаконний характер означає, що діяльність суб'єктів державного управління у сфері охорони здоров'я, заснована на законі, здійснюється у межах і у порядку, визначених у законі, та із метою, передбаченою законом. Виконавчо-розпорядчий характер проявляється у тому, що суб'єкти публічної адміністрації у сфері охорони здоров'я повинні виконувати приписи, встановлені нормами чинного законодавства з охорони здоров'я. Юридично-владний характер форм державного управління суб'єктів публічної влади у сфері охорони здоров'я означає, що кожен суб'єкт наділяється певним обсягом прав, через які й досягається мета, як забезпечення пріоритетності охорони здоров'я у власній діяльності [11].

Основною формою державного управління у сфері охорони здоров'я є встановлення загальнообов'язкових норм і видання правових управлінських актів, тобто видання органами виконавчої влади або їхніми посадовими особами нормативних актів, направлених на конкретизацію норм законів, які регламентують певні питання в цій сфері. Це пов'язано з тим, що загальні норми та правила поведінки, сформульовані в законах, не повною мірою здатні охопити всі аспекти суспільних відносин. І тому встановлення правових норм підзаконного характеру під час діяльності суб'єктів державного регулювання у сфері охорони здоров'я є адміністративною правотворчістю, яка здійснюється у формі видання органами та посадовими особами нормативних актів [19]. Такими актами, наприклад, є: Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» від 02 березня 2016 р. № 285, «Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я» від 15 липня 1997 р. № 765, Наказ МОЗ України «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів» від 22 лютого 2019 р. № 446 тощо.

До внутрішніх форм належать, насамперед, дії, які здійснюються всередині будь-якого апарату. Ними є дії та заходи, передбачені у планах робіт окремого органу на відповідний період. Це також інструктажі співробітників, вивчення документів, що регламентують діяльність органу, навчання його особового складу, стажування молодих спеціалістів, збирання й обробка інформації, що характеризує роботу та її результати, контроль за виконанням прийнятих рішень. Організаційні форми здійснюються різними суб'єктами державного регулювання у галузі охорони здоров'я.

Внутрішніми формами державного управління у сфері охорони здоров'я, можна назвати такі:

– участь державних органів, органів місцевого самоврядування та громадських організацій у розробленні та обговоренні нормативно-правових актів із питань охорони здоров'я;

– затвердження порядку ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики. Сьогодні ліцензування є однією з форм державного зовнішнього контролю за медичною діяльністю [26].

Ще однією внутрішньою формою державного управління є матеріально-технічні дії (операції). Під такими діями розуміються врегульовані технічними нормами дії щодо створення нормальних умов для роботи апарату управління. Це одержання й обробка інформації, облік, діловодство, адресно-довідкова робота [29].

Застосування матеріально-технічних дій має допоміжний характер. За їх допомогою покращується забезпечення ефективного процесу адміністративно-правового регулювання охорони здоров'я. Прикладом таких дій є: складання звітів (про надання медичної допомоги різним категоріям громадян, про медичні послуги, про лікарські засоби, їх вартість та об'єм, тощо); розгляд заяв громадських організацій щодо надання медичних послуг, здійснення обробки статистичної інформації шляхом аналізу і порівняння тощо.

Важливе місце серед форм державного управління у сфері охорони здоров'я посідає контроль, адже його можна охарактеризувати як важливий

елемент державного управління. Його метою є встановлення результатів діяльності суб'єктів у сфері охорони здоров'я, допущених відхилень від усталених вимог, принципів організації, виявленні причин таких відхилень, а також визначення напрямів усунення перешкод для ефективного функціонування усієї сфери охорони здоров'я.

Держава виступає як один із головних суб'єктів реалізації контрольної функції у суспільстві, оскільки вона наділяється реальними повноваженнями для впливу на суспільство за допомогою засобів контролю. Сутність державного контролю зводиться до спостереження і перевірки розвитку системи охорони здоров'я та усіх її компонентів згідно з визначеними напрямами, та попередження і виправлення ймовірних помилок і неправомірних дій, які здійснюють перешкоди такому розвитку.

Держава через спеціально вповноважені органи виконавчої влади реалізує контроль і нагляд за додержанням законодавства про охорону здоров'я, державних стандартів, критеріїв і вимог медичного обслуговування, направлених на забезпечення здорового навколишнього природного середовища та санітарно-епідеміологічного благополуччя населення, нормативів професійної діяльності у сфері охорони здоров'я, стандартів надання медичних послуг, медичних технологій. Такими органами є Міністерство охорони здоров'я, яке є, умовно кажучи, універсальним державним органом, котрий здійснює контроль за сферою охорони здоров'я, а також Державна служба України з лікарських засобів і контролю за наркотиками, в межах повноважень якої є державне регулювання лікарських засобів та наркотичних засобів, психотропних речовин, розроблення стандартів і технічних вимог їх вироблення та їх використання, протидія незаконному розповсюдженню їх на території України [34].

Поряд із контролем з боку держави діють і громадський та експертний контроль, призначення яких – стежити за процесом реформ сфери охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ СУЧАСНОГО СТАНУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1. Сучасний стан реформування системи охорони здоров'я в Україні

Реформування системи охорони здоров'я трактуємо як діяльність, у процесі якої відбувається зміна концепції, стратегії та підходів до управління, розвитку системи охорони здоров'я, структури та діяльності основних інститутів системи.

Реформування системи охорони здоров'я здійснюється на основі нормативно-правового регулювання, наявних ресурсів, а також їх перерозподілу, зокрема матеріально-технічних ресурсів, фінансових ресурсів, зміни організаційних структур та кадрового забезпечення. Реформа системи охорони здоров'я – це діяльність, що пов'язана зі змінами політики та інститутів охорони здоров'я, через які вона здійснюється. Політика реформ у сфері охорони здоров'я має передбачати не фрагментарні, а системні зміни [7].

Мета трансформації системи охорони здоров'я – забезпечити громадянам України рівний доступ до якісних медичних послуг, у результаті змін орієнтувати систему так, щоб у центрі її був пацієнт [1].

Умови успішності та ефективності реформування системи охорони здоров'я:

– спрямованість реформ на «медичну галузь» – на тих, хто надає медичну допомогу, а не на споживачів медичних послуг (пацієнтів);

– держава планує та регулює (максимальне зменшення контролюючої функції). Реалізація через концепції, стратегії, програми, а також планування ресурсів, мережі, діяльності та результатів, стандартизація, державні гарантії, законодавство, координація;

– реформи через науково обґрунтоване, еволюційне та поступальне просування;

– збереження та розвиток охорони здоров'я громадського характеру (державне фінансування від 75 – 95 %) .

Процес реформування системи охорони здоров'я в Україні розпочався через 25 років від моменту здобуття незалежності. Так, 30 листопада 2016 р. Кабінетом Міністрів України було прийнято розпорядження №1013-р «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я», а 19 жовтня 2017 р. Верховною Радою був прийнятий Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який став основним нормотворчим актом, що регламентує процедури трансформації системи управління охороною здоров'я. 27 грудня 2017 року був створений головний орган фінансування в українській системі охорони здоров'я – Національна служба здоров'я України [22].

НСЗУ зазначає, що трансформація системи охорони здоров'я створює умови для сталого розвитку медичних закладів, зростання заробітних плат та покращення умов праці медичних працівників. Керівництво закладу та його власники повинні вміти скористатися цими можливостями, правильно розподіляти ресурси і розвивати свої заклади для потреб пацієнтів та з урахуванням інтересів медичних працівників [66].

Міністерство охорони здоров'я України звертає увагу на те, що трансформація охорони здоров'я – це не перехід в один крок від системи Семашка до європейських стандартів медичної допомоги. Це поетапний план складних змін, закріплений в Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [45].

Реформуванням системи охорони здоров'я є впровадження та відпрацювання нових організаційно-правових та фінансово-економічних механізмів, що спрямовані на підвищення ефективності та доступності медичного обслуговування населення і є необхідними для розвитку системи охорони здоров'я України [22].

Реформування системи охорони здоров'я відбувається за такими основними напрямками, як:

- якість медичних послуг та якість медичного обслуговування;
- стандартизація медичної допомоги, акредитація та ліцензування закладів охорони здоров'я;
- соціальне медичне страхування;
- децентралізація та автономізація медичних закладів;
- фінансування медичних закладів;
- регулювання цін на лікарські засоби; профілактика, діагностика та лікування окремих видів захворювань [99].

Ці напрями спрямовані на забезпечення якості і доступності медичної допомоги, відповідають основним тенденціям модернізації національних систем охорони здоров'я, розвитку медичної галузі у світі, що є певним віддзеркаленням глобалізаційних процесів [102].

За кожним із напрямів реформи охорони здоров'я в Україні реалізуються завдання, спрямовані на забезпечення фінансування системи охорони здоров'я, створення ефективної системи контролю якості надання медичної допомоги, розробка та оновлення національних галузевих стандартів та протоколів лікування, впровадження державної оцінки медичних технологій, створення конкурентного середовища для медичних закладів, розвиток добровільного медичного страхування, розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, розвиток спроможної мережі закладів охорони здоров'я, розвиток телемедицини, eHealth, розвиток високотехнологічної медицини і системи трансплантації, системи екстреної медичної допомоги, забезпечення медичною допомогою пацієнтів з туберкульозом, психічними захворюваннями, органічними захворюваннями, впровадження та реалізація Національної стратегії боротьби з онкологічними захворюваннями, визначення основних засад та механізмів функціонування системи громадського здоров'я в Україні [99].

Медична реформа стала головною на першому етапі реформування та трансформацій охорони здоров'я України. Завдання медичної реформи України представлені у вигляді рис. 2.1.

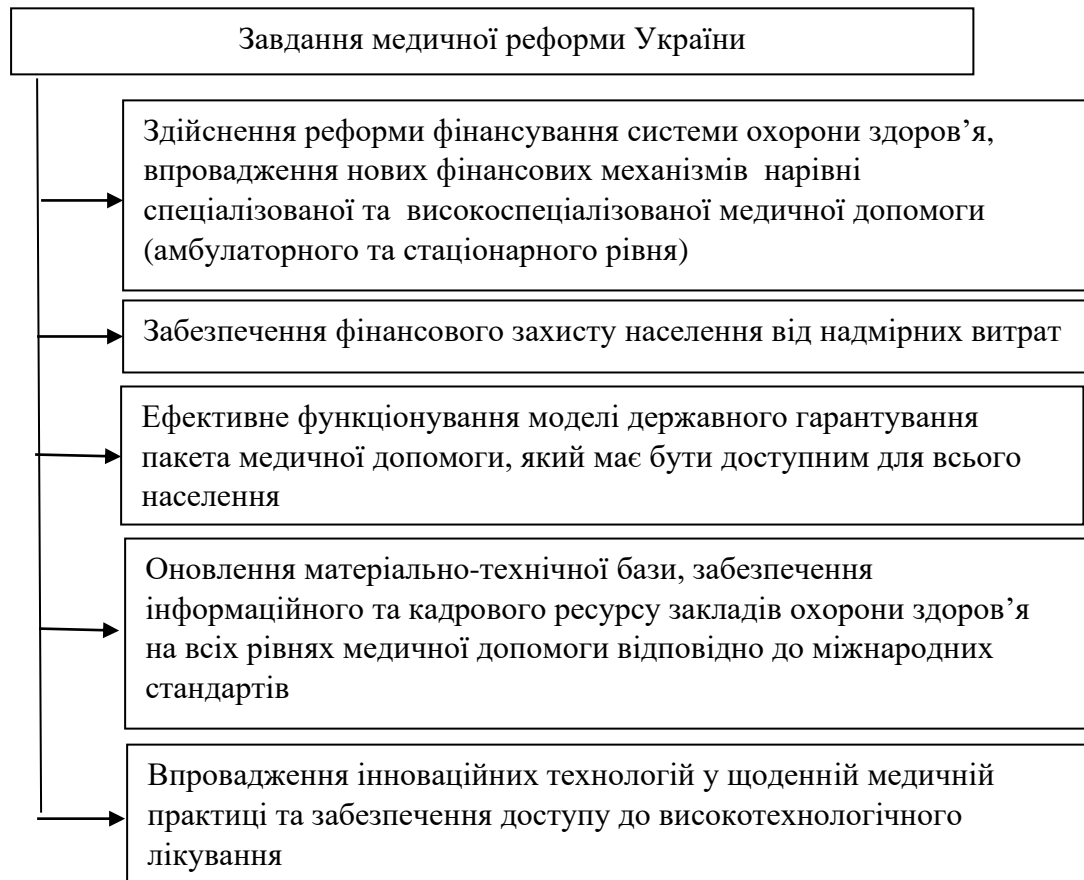


Рис. 2.1. Завдання медичної реформи України [99]

Засадничі концепти побудови системи охорони здоров'я окреслено у ст. 4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [60]. Закріплений у Законі тип системи охорони здоров'я ґрунтується на принципах англійської моделі, яка поступово втілюється як у законотворчу, так і в медичну практику, і проявляється у формах сімейної і приватної медицини, страхуванні, багатоджерельному фінансуванні, високих соціальних стандартах.

Основою сучасної української медичної реформи в галузі управління був вихід державних та комунальних медичних закладів охорони здоров'я з під впливу регіональних департаментів охорони здоров'я та їх перехід на самостійне планування, організацію та розвиток роботи медичного закладу.

Основною відмінністю у фінансуванні медичних закладів був принцип «гроші йдуть за пацієнтом». Таким чином, тепер держава не фінансує кількість наявних ліжко-місць в установі, а проводить оплату медичним закладам через НЗСУ за фактично наданні послуги, проліковані випадки, процедури, за готовність закладу надавати медичну допомогу пацієнтам, які звернулись до установи [22].

З цією метою Кабінетом Міністрів та Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) було розроблено та прийнято Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», в якому було визначено гарантований державою «базовий» пакет обсягу медичної допомоги, який повністю оплачуватиме держава. Також було затверджено перелік платних послуг, які не входять до безоплатного пакету. Конкретний список «безкоштовних медичних послуг» буде формуватися щороку, виходячи з потреб населення в медичному обслуговуванні, а також виходячи з пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я та обсягу доступних коштів у Державному бюджеті. Програма медичних гарантій, яку впроваджує НЗСУ, є невід'ємною складовою частиною універсального медичного охоплення [6].

Необхідно більш детально розглянути суть функціонування зазначеної системи, яка заключена в такій послідовності дій: пацієнт обирає лікаря загальної практики – сімейної медицини, або педіатра, разом вони здійснюють укладання електронної декларації про надання медичного обслуговування. Потім з держбюджету передбачено фінансування поточного рахунку лікарні, надання медичних послуг та проведення ряду аналізів. Слід додати, що надання медичної допомоги має форму двох пакетів послуг:

- «червоний» пакет – комплекс медичних послуг, оплату за вживання яких здійснює, безпосередньо, сам пацієнт;
- «зелений пакет» – комплекс медичних послуг, який у повному розмірі, фінансує держава [22].

Медицину поділили на: первинний, вторинний (спеціалізований) та третинний (високоспеціалізований) рівень. Первинний рівень забезпечував

вибір кожному жителю нашої держави свого сімейного лікаря. Такий лікар мав проводити обов'язкові методи обстеження, лікування простих патологій, діагностику поширених хвороб та направлення пацієнта на наступні рівні надання допомоги. Вторинний рівень забезпечував надання допомоги при основних і поширених хворобах як консервативного так і оперативного профілю. Третинний рівень передбачав надання високоспеціалізованих діагностичних та лікувальних медичних послуг з використанням високотехнологічного обладнання [53].

Оскільки пріоритетним стратегічним напрямом у цьому пакеті визначено профілактичну роботу, варто організовувати широку інформаційну кампанію, власне, з питань етичного обґрунтування попередження абортів, шкідливої контрацепції, алкоголізму, наркоманії, депресій, суїцидів та інших видів девіантної поведінки, що руйнує здоров'я і життя дітей, молоді та дорослих. Перспективним напрямом у цьому контексті може стати використання телемедицини, ІТ-технологій для широкого охоплення профілактично-просвітницькою роботою різних соціальних груп та аудиторій.

За новою реформою, заклади охорони здоров'я для збільшення фінансування своєї установи мають працювати над удосконаленням не лише кадрового потенціалу, а й над модернізацією матеріально-технічної бази та залученням сучасного обладнання для розширення спектра надання медичної допомоги населенню.

Отже, медичну реформу планували провести у декілька етапів.

Перший етап медичної реформи (01.01.2018 – 31.03.2020) передбачав реінжиніринг медичних послуг шляхом цифровізації основних процесів взаємодії лікаря та пацієнта, депаперизації медичної документації, що дозволило зменшити навантаження на лікарів, забезпечило автоматизацію обліку медичних послуг та управління медичною інформацією, тобто запровадження електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ).

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» забезпечував функціонування ЕСОЗ як єдиної

системи шляхом створення, розміщення, оприлюднення та обміну інформацією, даними і документами в електронному вигляді. До складу ЕСОЗ увійшли центральна база даних та електронні медичні інформаційні системи, між якими було забезпечено обмін інформацією [61].

Фактично, протягом 2017 – 2018 рр. відбулися системні зміни у сфері інформатизації охорони здоров'я: була врегульована діяльність ЕСОЗ та інституцій, що мають її впроваджувати, – МОЗ, НЗСУ, Державне підприємство «Електронне здоров'я». Обґрунтовано логіку функціонування, впроваджено ключові процеси та реєстри, необхідні для існування інформаційного середовища у сфері охорони здоров'я, сформувався ринок виробників спеціалізованого програмного забезпечення.

Другий етап реформування стосувався вторинної ланки та всіх інших закладів охорони здоров'я (ЗОЗ). З 1 квітня 2020 р. запрацювала програма медичних гарантій (ПМГ) на рівні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. ЗОЗ, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, розпочали роботу за договорами з НЗСУ [50].

За період трансформації застаріла паперова звітність пішла в небуття. Майже всю медичну документацію переведено в електронний вигляд: запроваджено електронні медичні книжки, електронні лікарняні, електронні рецепти на програму «Доступні ліки»

Наказом МОЗ України «Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я» визначено порядок внесення медичних записів, записів про направлення та рецептів на лікарські засоби до відповідного реєстру [53].

Отже, у період 2017 – 2020 рр. мали місце вагомі зрушення відносно цифрових трансформацій в охороні здоров'я в Україні. ЕСОЗ і цифровий інструментарій визначені як засадничі для розвитку галузі. Розпочато розроблення ключових процесів та реєстрів, необхідних для існування інформаційного середовища у сфері охорони здоров'я, а законодавчі ініціативи визначили ключові шляхи розвитку Національної системи eHealth в Україні.

Негативно на стан медичної реформи вплинула військова агресія. 24 лютого 2022 року російські війська почали повномасштабне вторгнення в Україну, яке призвело до численних жертв серед цивільного населення, переміщення мільйонів людей, масових руйнувань інфраструктури та збоїв у наданні медичних послуг. Станом на жовтень 2022 року було офіційно зареєстровано близько 16 150 убитих і поранених серед цивільного населення (6 374 особи загинули, ще 9 776 – отримали поранення). Реальні цифри, ймовірно, є набагато більшими. Близько 7,7 млн осіб (приблизно половина з яких – діти) знайшли тимчасовий притулок в Європейському Союзі (ЄС), інші були змушені тікати від війни в інші країни. Близько 6,24 мільйона людей стали внутрішньо переміщеними особами, при цьому майже половина внутрішньо переміщених осіб (ВПО) віком від 18 до 64 років повідомляють про відсутність доходу. Ще більше українців потребують підтримки та гуманітарної допомоги, особливо в районах, які постраждали від активних бойових дій, де є серйозні труднощі з доступом до продовольства і основних послуг [48].

Переміщення населення змінило попит на основні медичні послуги, в кожному регіоні по-різному. За результатами оцінювання потреб у сфері охорони здоров'я, проведеного ВООЗ у вересні 2022 року, було встановлено, що населення регіонів, де відбуваються активні бойові дії, або непідконтрольних Уряду України територій, звертається по медичні послуги рідше, ніж мешканці регіонів, розташованих подалі від лінії фронту. Перша категорія населення також має нижчий рівень доступу до медичної допомоги. Так, лише 85% опитаних повідомили, що мають доступ до сімейного лікаря, а 32% повідомили, що не змогли отримати необхідні їм ліки з початку війни. Багато дітей і дорослих не мають доступу до послуг із імунізації та інших критично важливих заходів для контролю інфекційних захворювань, а люди з хронічними захворюваннями страждають через перебої в доступності ліків. Для прикладу, загальна щотижнева кількість виписаних рецептів зменшилася на 34% у порівнянні з довоєнним періодом (тижнем 14 – 20 лютого 2022 року). При цьому у Донецькій, Херсонській та Луганській областях цей показник впав

на 89% у порівнянні з довоєнним рівнем. Кількість виписаних рецептів у регіонах, що розташовані далі від лінії фронту, поступово відновлюється до довоєнного рівня. ВПО декларують гірший доступ до медичної допомоги, ніж особи, які не є ВПО (лише 80 % ВПО мали доступ до сімейного лікаря; 29 % ВПО не мали доступу до ліків (20 % у випадку не-ВПО)). Ліки та платні медичні послуги є менш доступними в сільській місцевості та для жінок; жінки також мають вищий рівень витрат на лікарські засоби та послуги з охорони здоров'я. Повномасштабне вторгнення також призвело до втрати медичної документації та збільшення кількості кібератак на державні інформаційні ресурси, що вказує на необхідність розвитку кібербезпеки у сфері охорони здоров'я [101].

24 лютого 2022 року Верховною радою України було введено воєнний стан. На даний час режим воєнного стану дозволяє працювати всім надавачам медичних послуг в межах вимог, встановлених для функціонування. Належна робота системи охорони здоров'я відбувається завдяки злагодженій роботі усіх ланок вітчизняної медичної галузі.

25 лютого 2022 року МОЗ ухвалило Наказ №379 «Щодо надання медичної допомоги в умовах воєнного стану військовослужбовцям, які беруть участь в операції Об'єднаних сил», відповідно до якого керівники структурних підрозділів з питань охорони здоров'я мають:

- організувати роботу всіх закладів охорони здоров'я, які перебувають у сфері управління з метою забезпечення безвідмовного надання медичної допомоги усім постраждалим та пораненим у цілодобовому режимі;

- забезпечити госпіталізацію постраждалих та поранених у найближчі заклади охорони здоров'я, які спроможні надати допомогу відповідно до профілю ураження.

Міністерство оборони України спільно з Міністерством охорони здоров'я України за залученням зацікавлених органів виконавчої влади сформували необхідну нормативно-правову базу щодо залучення цивільної системи охорони здоров'я держави до медичного забезпечення в воєнний час поранених

військовослужбовців. Зокрема, Кабінетом Міністрів України було прийнято Постанову «Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України» від 31.10.2018 р., яка визначає мету, принципи, організаційні основи системи військової охорони здоров'я, повноваження та відповідальність за її реалізацію, фінансове та ресурсне забезпечення, наукове супроводження військової охорони здоров'я, вирішення проблем військової медицини, а головне – відповідальність держави та органів виконавчої влади за розвиток системи військової охорони здоров'я і забезпечення її спроможностей у воєнний час (рис. 2.2).

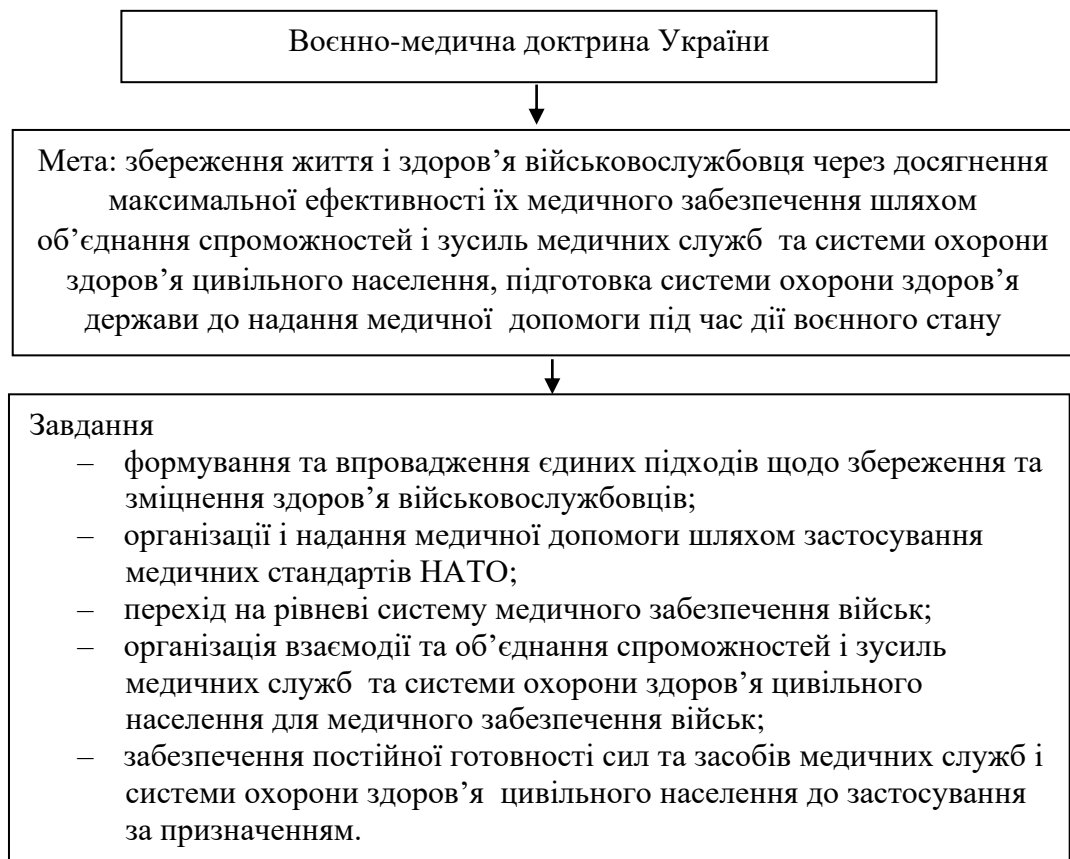


Рис. 2.2. Мета та завдання Воєнно-медичної доктрини України [19]

Реалізація положень Воєнно-медичної доктрини України забезпечується Кабінетом Міністрів України та органами державної влади відповідно до повноважень, визначених Конституцією України й законами України, а також командуванням Збройних Сил України та іншими військовими формуваннями.

Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 24.05.2017 р. № 352-р «Деякі питання медичного забезпечення військовослужбовців, осіб рядового і начальницького складу та поліцейських, які беруть участь в антитерористичній операції та здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації...» визначається порядок залучення цивільних закладів охорони здоров'я обласних державних адміністрацій та НАМН України з метою надання вторинної і третинної медичної допомоги військовослужбовцям. Так, в межах адміністративно-територіальних одиниць мають бути утворені групи управління під керівництвом заступників керівників департаментів охорони здоров'я обласних державних адміністрацій із залученням представників органів управління медичним забезпеченням Збройних Сил України [22].

На час воєнного стану ключовими завданнями закладів охорони здоров'я та державних установ НАМН України, що залучаються для надання вторинної і третинної медичної допомоги пораненим (хворим) військовослужбовцям є:

- підготовка резерву профільних ліжок для прийому поранених (хворих) військовослужбовців;
- створення запасів лікарських засобів, медичних виробів, донорської крові та її препаратів;
- забезпечення можливості одночасного прийому не менше 10 – 15 осіб поранених (хворих) військовослужбовців.
- з метою надання медичної допомоги військовослужбовцям передбачено залучити біля 21 тис. госпітальних ліжок у 280 цивільних закладів охорони здоров'я [29].

Відповідальність держави та органів виконавчої влади за розвиток системи охорони здоров'я військовослужбовців і забезпечення її можливостей у воєнний час полягає у наступному:

- Міністерство охорони здоров'я України забезпечує готовність визначених закладів охорони здоров'я та інших необхідних сил та засобів для надання медичної допомоги військовослужбовцям під час дії воєнного стану;

– обласні державні адміністрації за участю органів місцевого самоврядування визначають за пропозицією Міністерства оборони України заклади охорони здоров'я комунальної власності, які можуть бути залучені для надання вторинної і третинної медичної допомоги;

– НАМН України забезпечує надання консультативної та методичної допомоги закладам охорони здоров'я, що надають медичну допомогу в час воєнного стану [22].

На даний момент на тлі ракетних ударів по закладах охорони здоров'я спостерігається адаптація вітчизняної системи охорони здоров'я до таких змін. Міністерство охорони здоров'я в цілодобовому режимі робить все можливе, щоб надання медичних послуг відбувалось якісно та вчасно. Статистика та ведення обліку від первинної ланки допомагає ретельно зрозуміти потреби системи охорони здоров'я з метою покращення надання медичних послуг цивільному населенню. Реформа медичної галузі, яка триває й досі має обов'язково продовжуватись, зокрема, мають розвиватися інвестиції в інфраструктуру системи охорони здоров'я, адаптуватись підходи та забезпечення надання медичних послуг.

У березні 2023 р. КМУ схвалив постанову, яка дозволяє запуснути наступний етап медичної реформи – створення спроможної мережі лікарень. Саме через третій, так званий інфраструктурний, етап медичної реформи уряд намагається реалізувати досягнення трьох ключових індикаторів – забезпечення доступності, якості та безоплатності медичної допомоги для українців. Нові підходи до госпітального планування дозволять визначити і пріоритети для післявоєнного відновлення системи охорони здоров'я [14].

Водночас медична реформа мала й деякі негативні наслідки. Зокрема, на її проведення дуже незначний вплив мали об'єднані територіальні громади, що утворювалися в ході іншої реформи – децентралізації влади. Так звана оптимізація мережі медичних закладів часто на практиці означала ліквідацію частини медичних закладів, передусім у сільській місцевості. Як наслідок – у багатьох громадян виникали певні складнощі з отриманням медичних послуг.

Іноді для того, щоб їх отримати, сільським мешканцям доводиться двічі долати певну відстань – спочатку, щоб потрапити на прийом до сімейного лікаря, а потім – до профільного. До негативних наслідків призвела фактична ліквідація санітарної служби, що проявилось в умовах пандемії COVID-19. Водночас, відзначаючи складнощі в доступності медичних послуг, слід відмітити, що значною мірою вони викликані російсько-українською війною, що почалася в лютому 2022 р. і триває донині. Слід прямо визнати, що в умовах війни держава дуже обмежена у виділенні ресурсів, передусім фінансових на охорону здоров'я цивільного населення.

Україна має пройти цей процес, який передбачає великі зміни «гібридної» системи, яку маємо на даний момент. Слід розуміти, що страхова модель медицини передбачає додаткове навантаження на медичну галузь та медичні заклади, тому її впровадження у період фінансової кризи недоцільне. Врахування особливостей різних моделей має важливе значення для впровадження системи охорони здоров'я для України, яка буде справедливою та доступною для всіх її громадян та яка враховуватиме потреби та умови праці медичних працівників на різних ланках організації медичної системи, бо на даний момент зміни були запроваджені лише на первинній ланці [106].

2.2. Стан фінансування галузі охорони здоров'я

Фінансування сфери охорони здоров'я України є надзвичайно важливим пріоритетним напрямом розвитку держави, що визначає якість суспільного життя. У світлі останніх подій внаслідок кризи COVID-19, масової захворюваності й смертності населення органами державної влади та органами місцевого самоврядування змінено акценти в управлінні фінансовими потоками на необхідність подолання й ліквідацію негативних наслідків пандемії. В умовах війни фінансова підтримка охорони здоров'я України залишається важливою складовою відновлення та відродження країни, оскільки стан здоров'я населення визначає можливості для надання медичної допомоги та

медичних послуг як військовослужбовцям, так і цивільному населенню, як постраждалому внаслідок збройної агресії російської федерації так і працюючому на благо країни. Основною метою управління фінансовими потоками держави є збереження та зміцнення здоров'я, профілактика захворювань, зниження захворюваності, інвалідності і смертності населення, підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги, забезпечення захисту прав громадян на охорону здоров'я.

Фінансово-економічна перебудова системи охорони здоров'я передбачає перерозподіл фінансових потоків між рівнями надання медичної допомоги: спрямування фінансових потоків має відбуватись на районному/міському рівнях для надання первинної медико-санітарної допомоги, включаючи невідкладну, а на обласному або державному рівні – на надання вторинної, третинної та екстреної медичної допомоги. Поетапна структурна перебудова із розмежуванням фінансування медичної допомоги за рівнями сприяє підвищенню ефективності використання потенціалу державних та місцевих закладів охорони здоров'я та дозволяє спрямувати фінансові потоки згідно з принципом субсидіарності бюджетної системи, при якому розподіл видів видатків між бюджетами повинен ґрунтуватися на максимально можливому наближенні надання суспільних послуг до їх безпосереднього споживача [106].

Несприятливі умови зовнішнього і внутрішнього середовища в Україні, по'язані з пандемією COVID-19 та ліквідацією її наслідків, введення воєнного стану та військова агресія російської федерації проти України призвели до зволікання з реалізації намічених стратегій і планів розвитку країни. Відбулось відтермінування здійснення кроків передбачених структурних реформ в Україні, в тому числі медичної реформи, через зміну пріоритетів бюджету країни у 2020 р. в умовах боротьби із захворюваністю на COVID-19, а з 2022 р. – внаслідок введення воєнного стану та необхідності першочергового фінансування безпеки й оборони держави.

Передусім зазначимо, що на початок 2022 року у сфері охорони здоров'я не була вирішена проблема фінансування галузі. В Україні, як і в інших країнах

світу, система охорони здоров'я має нестачу бюджетних коштів. Тому необхідно застосовувати механізми залучення додаткових коштів, зокрема, страхових внесків.

Наразі певні кроки зроблено:

- у виконанні Глави 8 Державні закупівлі, створено електронну систему закупівель ProZorro для присудження всіх договорів, вартість яких дорівнює або перевищує 50 000 грн.

25 жовтня 2018 року створено Державне підприємство «Медичні закупівлі України» (ДП МЗУ, ДП «Медзакупівлі України») – єдина національна агенція, що забезпечує централізовану закупівлю якісних ліків та медвиробів за кошти державного бюджету.

- у виконанні Статті 427 Угоди про асоціацію між Україною та ЄС у сфері охорони здоров'я відбуваються системні зміни, зокрема прийняті такі нормативні документи: «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 №2002;

- «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» від 19.10.2017 № 2168-VIII;

- «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14.11.2017 № 2206-VIII;

- «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України» від 07.12.2017 № 2233-VIII;

- розроблено пакети медичної допомоги, згідно з якими з 2020 року держава в особі єдиної державної закупівельної інституції (НСЗУ) закуповує послуги в донаторів, на основі договорів про медичне обслуговування [22].

Це, по суті, перша спроба прив'язати фінансування охорони здоров'я до чітко окреслених пріоритетів в охороні здоров'я, зокрема й тягаря хвороб, а також розподілити фінансування на первинну, спеціалізовану та екстрену допомогу. Україна реалізує намічені кроки реформування навіть в умовах війни.

Водночас ефективного функціонування Програм медичних гарантій, які б враховували тягар захворювань під час планування стратегічних закупівель не відбулося.

На госпітальному етапі надання медичної допомоги тарифи НСЗУ не є відповідними до дійсних витрат на лікування пацієнтів, що зокрема сприяє створенню благодійних фондів для медичних і немедичних витрат закладом ОЗ чи дотичними до закладу структурами та зумовлює поширення практики «добровільних» або неофіційних платежів на вищезгадані фонди.

Проте, сфера охорони здоров'я завжди була і залишається однією з найбільших сфер за обсягами фінансування за рахунок видаткової частини Державного бюджету України. Розглянемо планові та виконані показники видатків Державного бюджету України на охорону здоров'я за загальним та спеціальним фондами (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

**Видатки Державного бюджету України на охорону
здоров'я, млн грн [106]**

Видатки на охорону здоров'я		2017	2018	2019	2020	2021
Загальний фонд бюджету	план	15465,0	19947,3	37222,6	126760,1	160713,1
	виконано	15207,0	19643,3	36636,0	121354,2	158036,6
Спеціальний фонд бюджету	план	1863,3	3391,1	2183,5	6400,4	15234,8
	виконано	1522,4	2974,8	1930,6	3569,5	12468,5
% виконання плану видатків загального фонду бюджету		98	98	98	96	98
% виконання плану видатків спеціального фонду бюджету		82	88	88	56	82

Показники видатків Державного бюджету України на охорону здоров'я за загальним фондом представлено на рис. 2.3.

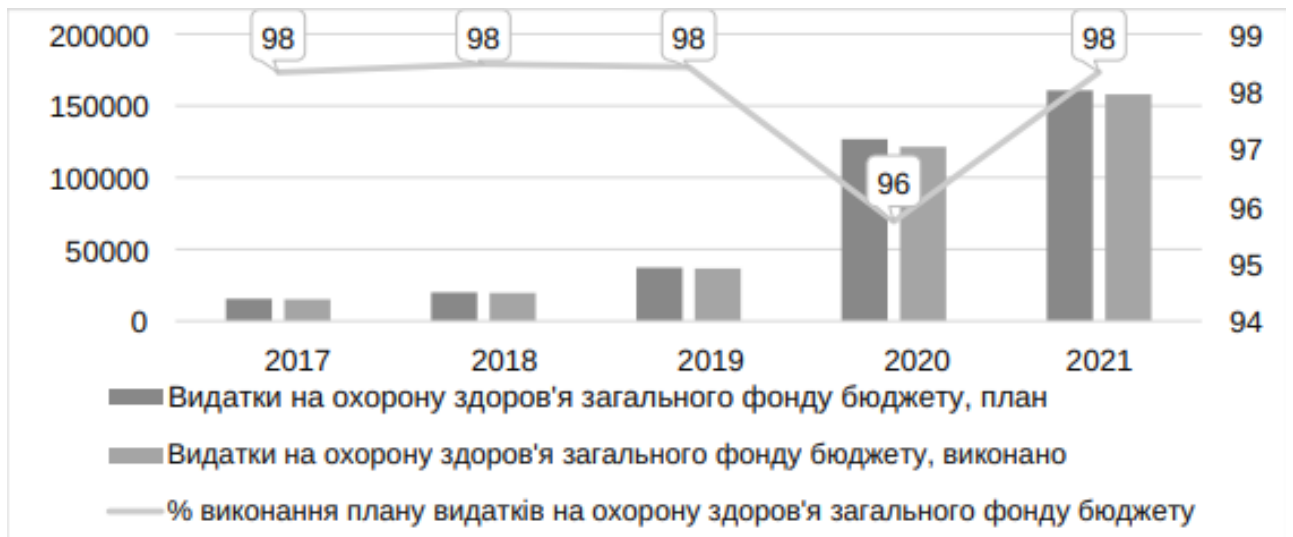


Рис. 2.3. Видатки загального фонду Державного бюджету України на охорону здоров'я, млн грн [106]

Видатки Державного бюджету України на охорону здоров'я фінансуються переважно із загального фонду бюджету. Планові показники видатків Державного бюджету України на охорону здоров'я за загальним фондом невиконані у 2020 р. на 4%, а усі інші роки % невиконання складає 2%. В динаміці видатки на охорону здоров'я за загальним фондом зростають у 2021 р. порівняно з 2017 р. на 1039,2% або 142829,6 млн грн.

Показники видатків Державного бюджету України на охорону здоров'я за спеціальним фондом представлено на рис. 2.4.

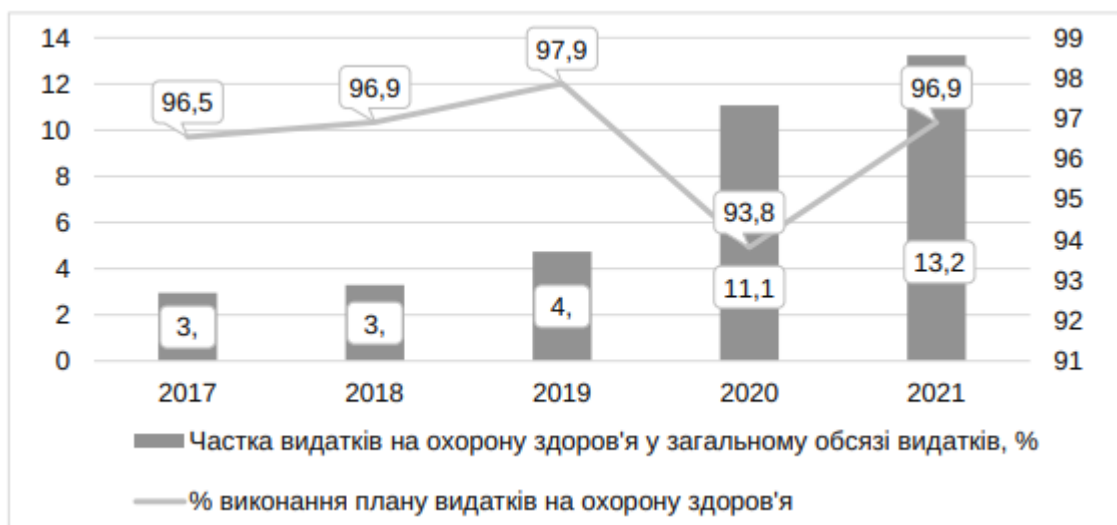


Рис. 2.4. Видатки спеціального фонду Державного бюджету України на охорону здоров'я, млн грн. [106]

За спеціальним фондом планові видатки Державного бюджету України на охорону здоров'я також не виконуються, % невиконання є нижчий ніж за загальним фондом і коливається від максимального значення 44% у 2020 р. до мінімального значення 12% у 2018 р. та 2019 р. В динаміці видатки на охорону здоров'я зростають у 2021 р. порівняно з 2017 р. за спеціальним фондом на 819 % або на 10946,2 млн грн.

Показники частки видатків на охорону здоров'я у загальному обсязі видатків, а також % виконання плану видатків Державного бюджету України разом представлені на рис. 2.5.

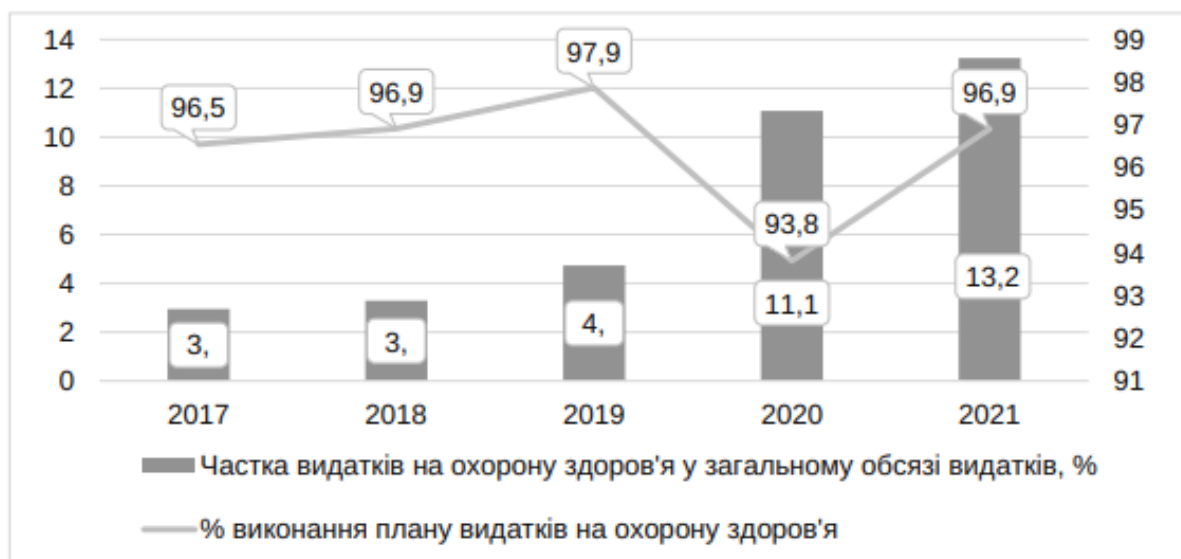


Рис. 2.5. Частка видатків Державного бюджету України на охорону здоров'я та % виконання плану, % [106]

Частка видатків Державного бюджету України на охорону здоров'я упродовж 2017 – 2021 рр. зростає трохи більше ніж в 4 рази: з 3% у 2017 р. до 13,2% у 2021 р. У 2022 р. уточнений річний план видатків на охорону здоров'я становить 7,9 % згідно з Законом України «Про Державний бюджет України на 2022 рік», а відповідно до проекту Закону України «Про Державний бюджет на 2023 р.», прийнятому Верховною Радою України у першому читанні, на охорону здоров'я припадає 7 % видатків Державного бюджету України (третє місце після фінансування безпеки й оборони держави (45 %) та соціальних програм підтримки українців (16 %)). Упродовж 2017 – 2021 рр. спостерігається

невиконання плану видатків Державного бюджету України на охорону здоров'я. Найбільший % невиконання – 6,2% припадає на 2020 р., що пов'язане з піком захворюваності на COVID-19. Усі інші роки невиконання коливається в межах 2 – 3 %. Збалансований рух фінансових потоків видатків Державного бюджету України на охорону здоров'я є необхідною компонентою ефективної фінансової системи держави, що базується на точності планових і прогнозних показників видатків та фінансуванні потреб медичної сфери у повній мірі.

Причинами наявних проблем управління фінансовими потоками у сфері охорони здоров'я були і залишаються: відсутність зв'язку між фінансуванням медичних послуг та їх якістю; відсутність мотивації медичного персоналу до якісних результатів праці; низький рівень самостійності медичних закладів щодо використання бюджетних потоків. Переважна більшість проблем в медичній сфері полягає в обмеженості бюджетних коштів, неефективності їх використання та вадах контролю за дотриманням бюджетного законодавства.

2.3. Проблеми системи охорони здоров'я в Україні

У 2021 році Україна посіла 99 рейтингове місце з індексом здоров'я (Health Care Index 2021) 0.72 в загальній оцінці медицини в світі. Низький рівень рейтингу обумовлений як проблемами діяльності системи охорони здоров'я, доступності та якості медичної допомоги, так і показниками здоров'я населення.

Зокрема:

- за даними Державної служби статистики України щорічно Україна втрачає більш ніж 500 тисяч громадян;
- за даними ООН приблизно третина українців помирають у віці до 65 років;
- смертність чоловіків працездатного віку перевищує аналогічний показник навіть у країн із валовим національним продуктом меншим, ніж в Україні;

– середня тривалість життя нашого населення, яка у 2021 році становила 69,7 років (65,2 для чоловіків і 74,4 для жінок), на 11 років менша, ніж мешканців ЄС (на 8 років для жінок і на 12 років – для чоловіків). Головним чинником таких відмінностей є висока смертність від хвороб системи кровообігу. Смертність від хвороб системи кровообігу в Україні (за її стандартизованим коефіцієнтом) в середньому в 1,8 раза перевищує її рівень в Європейському Союзі та вдвічі перевищує цей коефіцієнт для Європейського регіону ВООЗ;

– за даними ВООЗ у 2018 році, Україна зайняла перше місце у світі за рівнем дитячого алкоголізму; захворюваність населення впродовж останніх 10 років зросла на 38 %, а медична галузь поки що тільки фіксує цю тривожну тенденцію й практично не впливає на її розвиток;

– малюкова смертність, яка в Україні вдвоє вища порівняно з Європейськими країнами 2020 р., тобто 6,9 та 3,2 на 1000 живонароджених [48].

Таким чином, ми бачимо, що перетворення в медичній сфері мають низку проблем: низька доступність (фінансова, структурна, географічна) і низька якість медичної допомоги (виявлення онкологічних захворювань на пізніх стадіях, охоплення пацієнтів спеціальним лікуванням тощо); низька якість вищої медичної освіти в Україні (українських медичних закладів вищої освіти немає в міжнародних рейтингах); низька культура збереження здоров'я населення держави (низький рівень вакцинації в Україні, що зумовлює високу смертність та негативні наслідки для здоров'я надалі); продовження існування неприйнятної практики – реалізація задекларованих гарантій щодо доступності та безоплатності медичної допомоги населенню коштами пацієнтів – близько 50 % всіх витрат у системі ОЗ відбувається з кишень пацієнтів [97].

Також причинами негативної демографічної ситуації залишається низька якість медичного обслуговування та нерівний доступ різних категорій населення до медичних послуг (нерівність у доступі до медичних послуг міського та сільського населення). Також залишається високий тягар особистих витрат населення на медичні послуги. Результатом цієї ситуації стала

несприятлива тенденція щодо зменшення очікуваної тривалості життя населення України, що є нижчою в середньому на 10 років, ніж у країнах Європейського Союзу.

Окрім вищевказаного, після 24 лютого 2022 року основними причинами в Україні є погіршення демографічної ситуації за рахунок воєнних дій і збільшення смертності особливо молодого покоління.

Отже, до ключових проблем сфери охорони здоров'я України належать:

- незадовільний стан здоров'я населення;
- нераціональна організація системи надання медичної допомоги;
- брак сучасних медичних технологій, недостатнє володіння ними;
- низький рівень інформованості про сучасні медичні технології, засоби збереження здоров'я та активного дозвілля;
- недостатність фінансових і насамперед бюджетних ресурсів для забезпечення ефективної діяльності сфери охорони здоров'я;
- практична відсутність ринку медичних послуг;
- недосконалість нормативно-правових актів, які впливають на створення умов для поліпшення стану здоров'я населення та підвищення ефективності використання в системі охорони здоров'я людських, матеріально-технічних та фінансових ресурсів [48].

На тлі реформування галузі доцільно більш ґрунтовно зупинитися на окремих проблемах сфери охорони здоров'я.

Першою, і головною проблемою закладів охорони здоров'я України в часи реформування медичної галузі, є відсутність кваліфікованих менеджерів, які за короткий період часу зможуть реформувати та адаптувати свій заклад до нових умов існування. Сучасний керівник медичної установи повинен постійно покращувати інфраструктуру закладу, удосконалювати матеріально-технічну базу, розширювати обсяг надання медичних послуг населенню, проводити постійне навчання медичного персоналу, розробляти та активно поширювати в засобах масової інформації рекламу свого закладу.

На сьогоднішній день передбачений реформами механізм конкурентоспроможності серед лікарів та організацій охорони здоров'я не працює, відсутнє також правове регулювання відносин лікаря та пацієнта. Згідно з соціологічними опитуваннями лише третина населення країни задоволена якістю надання медичної допомоги. Причинами, що формують недостатню динаміку у стані здоров'я населення, є:

- низька мотивація населення дотримання здорового життя;
- несвоєчасне звернення за медичною допомогою;
- низька профілактична активність у роботі первинної ланки охорони здоров'я, спрямована на своєчасне виявлення захворювань, патологічних станів та факторів ризику, що їх зумовлюють;
- незбалансованість ліжкового фонду за низкою профілів надання медичної допомоги та недостатньо ефективного його використання;
- низький розвиток заміщає цілодобовий стаціонар технологій;
- відсутність індикаторів якості надання медичної допомоги;
- відсутність уніфікації оснащення організацій охорони здоров'я;
- відсутність етапності надання медичної допомоги, що забезпечує оптимальну маршрутизацію потоку пацієнтів та інші [97].

В таблиці 2.2. можна побачити основні проблеми у діючій системі охорони здоров'я України у сфері надання медичної допомоги громадянам.

Варто, також, загострити увагу на інших проблемних питаннях діяльності лікарів та іншого медичного персоналу, зокрема: відсутність захисту, з правової точки зору, а також фізичного захисту від дій неадекватних пацієнтів. Важливою проблемою є неповне забезпечення лікарів у сільській місцевості, банальна відсутність приміщень для їх роботи та соціального забезпечення. Слід додати, що зараз більшість населення країни просто не отримує якісної медичної допомоги та необхідних ліків, а в той же час держава не може забезпечити ефективних шляхів виходу з цього стану, вона просто немає чітких підходів до реформування зазначеної галузі [48].

Основні проблеми медичного обслуговування для пацієнтів у системі охорони здоров'я України [48]

Проблеми	Коротка характеристика
Тривале очікування на прийом до лікаря загальної практики в електронній черзі	Значні витрати часу очікування пацієнта може спричинити розвиток тяжких ускладнень при деяких захворюваннях, що потребують оперативного втручання
Обов'язкове відвідування лікаря загальної практики для направлення до спеціалістів	Втрата часу пацієнта через необхідність отримати направлення від терапевта до вузького спеціаліста, оскільки раніше можна було потрапити на прийом до будь якого спеціаліста без направлення
Кваліфікація лікаря загальної практики не дозволяє лікувати спеціалізовані захворювання	Досить поширене уявлене про деякі захворювання допускає сліпе лікування, що може призвести до тяжких наслідків або переходу хвороби в хронічну форму.
Неможливість надати невідкладну медичну допомогу	Завантаженість лікарів, відсутність технічно справних автомобілів для виїзду лікарів на місце тощо приводять до можливості консультування лише по телефону
Залежність медичної допомоги від якості комп'ютерної техніки, її відсутність у деяких пацієнтів та стабільність Інтернет-з'єднання	Недостатній рівень інформаційної комп'ютерної техніки медичних установ для обробки великих обсягів інформації сприяє нестабільній роботі інтернет-провайдерів, які забезпечують доступ медичного персоналу до електронних систем
Не існує загального моніторингу сучасних світових методів лікування поширених захворювань	У процесі лікування серцево-судинних захворювань, туберкульозу, раку та ін. не здійснюється використання прогресивних підходів міжнародного рівня, системно не пропагується здоровий спосіб життя.
Обмежений доступ до ліків для привілейованих верст населення в аптечних мережах	Пільгові ліки є доступними для деяких категорій громадян в обмеженій кількості аптек; перелік препаратів, які отримують безкоштовно або зі знижкою за держпрограмою, досить обмежений
Низький рівень профілактичних заходів щодо зниження захворюваності на слання	Відсутність у медичного персоналу стимулів для мотивації пацієнтів до профілактики захворювань та направлення на курорти для лікування пільгових верств населення, о призводить до швидкого розвитку невиліковних та хронічних захворювань у громадян та, як наслідок, подорожчання лікування.

На жаль, нинішня ситуація в Україні з обмеженим бюджетом, який виділяється на ефективне функціонування системи охорони здоров'я, унеможлиблює підвищення якості медичних послуг для громадян.

Отже, важливою проблемою становлення та реформування медичної галузі в Україні, є фінансування. Гостро стоїть питання – хто, за що і скільки має платити. Державний бюджет України виступає основним джерелом

фінансування медичних послуг. В результаті розвитку сучасних технологій, малоінвазивних втручань (це оперативні втручання через невеликі проколи тканин з використанням спеціальної апаратури), дороговартісних процедур та досліджень, система охорони здоров'я, особливо на початку реформування, потребує значних фінансових ресурсів [97].

Для прикладу, на 2022 р. Кабінет Міністрів України заклав видатки на медичну галузь всього 2,9 % ВВП, хоча планувалось закласти не менше 5 %. Для порівняння видатки на медицину у США складають 16,9 % ВВП, у Швейцарії – 12,2 %, у Німеччині та Франції – 11,2 %. Звичайно, при такому низькому фінансуванні українських лікарень, проводити медичну реформу надзвичайно важко. Тому, щоб вижити в таких умовах, медичні заклади почали розширювати перелік платних послуг у своїх установах і залучати додаткове фінансування через спонсорів та благодійні організації.

Сьогодні всі лікувально-профілактичні заклади перейшли у власність місцевих громад, як комунальні некомерційні підприємства. Оскільки у невеликих громадах коштів для модернізації та додаткового фінансування не вистачає, в порівнянні зкладами охорони здоров'я, власниками яких є громади з високим рівнем доходу, то розвивати невеликі медичні заклади, які є у власності маленьких громад, дуже важко.

Також, більшість закладів охорони здоров'я отримали значно менший обсяг бюджетного фінансування за програмою гарантій здоров'я порівняно з обсягами медичних дотацій, які надаютьсякладам медичної реформи. Найгостріше відчувався дефіцит бюджетних коштів у спеціалізованих медичних закладах (онкологічних, психіатричних, паліативних, фтизіатричних тощо). Замість планованого збільшення заробітної плати медичному персоналу та поліпшення умов його роботи для надання високого рівня медичної допомоги пацієнтам, в тому числі, гарантування її безоплатності та доступності для кожного без винятку громадянина України, з'явилась загроза закриття багатьох лікувальних закладів, значного скорочення їх штату та, відповідно, хвилі масових звільнень персоналу.

Довгий час не була врегульована система оплати праці медичним працівникам. Нарахування заробітної плати, як і раніше, проводилось згідно тарифної сітки. Це призвело до того, що згідно з даними Державної служби статистики України, за жовтень 2020 року середня місячна зарплата працівників сфери «Охорона здоров'я та надання соціальної допомоги» склала 8300 грн. Медична галузь стала однією з найменш оплачуваних видів економічної діяльності в Україні. Це викликало масовий відтік медичних працівників зі сфери охорони здоров'я, що призвело до постійного зниження якості надання медичної допомоги населенню [29].

В зв'язку з цим, Президентом України була дана вказівка Кабінету Міністрів та МОЗ розробити механізми оплати праці медичним працівникам гідного рівня. 12 січня 2022 р. Кабінет Міністрів прийняв постанову «Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я», яка передбачала встановлення зарплати не менше 20 тис. грн. лікарям та 13,5 тис. грн. для молодших спеціалістів з медичною освітою.

За даними НСЗУ, у першому півріччі 2022 р. середня заробітна плата лікарів становила 21 тис. грн (у 1,5 рази більше ніж у 2021 році), а заробітна плата середнього медичного персоналу становила близько 15 тис. грн (на 34% більше ніж у 2021 році) [22].

Низький рівень виплат медичним закладом базової заробітної плати кадровому складу медпрацівників навіть після внесення змін в законодавство формує бажання легкої наживи та нехтування своїми обов'язками. У період збройної агресії, протягом дії воєнного стану, до України надсилається велика кількість гуманітарної допомоги з різних країн світу та приватних організацій як у вигляді предметів та товарів, так і у вигляді коштів, благодійної допомоги та донацій. Виявляються численні випадки використання товарів гуманітарної допомоги не за призначенням та з метою отримання прибутку, що фактично і стало причиною запровадження кримінальної відповідальності за такі дії (24.03.22 в Україні прийнято Закон України «Про внесення змін до Кримінального та Кримінального процесуального кодексів України щодо

відповідальності за використання гуманітарної допомоги під час дії воєнного стану») [97].

Наступною проблемою становлення сучасної медицини є необізнаність населення. Низький рівень інформування населення щодо процедури отримання медичної послуги за програмою медичних гарантій призвів до того, що частина громадян не розуміла як їм вибрати сімейного лікаря і записатися до нього на прийом.

Спочатку, і самі медичні працівники також були не готові до реформування медичної галузі. Впровадження реформи передбачало створення єдиного центру – «Електронна система охорони здоров'я», який забезпечував відмову від паперових медичних карток та перехід усіх медичних записів в електронний реєстр. Це вимагало від медичного персоналу знання комп'ютерної грамотності та вміння правильно кодувати медичні хвороби і послуги, які надавались пацієнтам. В деяких випадках самі заклади були некомп'ютеризовані, що створювало додаткову проблему. Важко було звикнути до конкуренції, оскільки реформа система охорони здоров'я створила ринок надання медичних послуг, а фінансування закладу відбувалось за фактом звернення та надання послуги пацієнту. Як наслідок, протягом тривалого періоду медичний персонал звикав до нових умов роботи.

Наступною проблемою медичного реформування в Україні є зовнішні чинники. Пандемія COVID-19 та війна в нашій державі внесли свої корективи в фінансування медицини. Поширення коронавірусної інфекції викликало модифікацію та адаптацію потоків фінансування медичної галузі, оскільки виникла потреба впроваджувати нові медичні послуги, які до цього часу були не актуальними, проводити організацію закупівель і методи поширення вакцин від вірусу.

24 лютого 2022 р. в Україні розпочалась повномаштабна війна, яка, звичайно, не змогла пройти осторонь реформи медичної галузі. Наша держава змушена віддавати велику частину доходів на підтримку та фінансування

збройних сил України, а медицина, з існуючим бюджетом, знову повинна адаптуватися до таких умов [22].

Сьогодні кардинально збільшилась кількість хірургічних послуг, які дуже часто потребують дороговартісного обладнання, коштів на яке не вистачає. Більш розвинені медичні заклади, в якості гуманітарної допомоги, змогли від клінік і організацій із-за кордону отримати обладнання та покращити таким чином свою матеріально-технічну базу.

Ще однією важливою проблемою є неузгодженість нормативно-правового забезпечення медичної галузі. Проблема полягає в тому, що хоча реалізація права на здобуття доступної медичної допомоги, права на вільний вибір лікаря або медичного закладу є законодавчо затвердженою, деякі правові документи просто суперечать один одному, часто створюючи конфліктні ситуації при застосуванні на практиці. На рис. 2.6, систематизовані основні фактори, які можуть утворювати труднощі під час оновлення законодавчої бази сфери охорони здоров'я та перешкоджати здобутку оптимального рівня публічного адміністрування нею.

Існує велика проблема в зборі своєчасних та перевірених статистичних даних – в Україні це чи не найслабша ланка в процесі планування видатків на охорону здоров'я: збір статистичної інформації немає єдиної методології, подекуди дані все ще збираються на паперових носіях. Це затримує процес узагальнення статистичної інформації на кілька років, що є критичним в контексті запровадження середньострокового бюджетного планування, як базового для підготовки річних бюджетів.

До сьогодні не проведено комплексної оцінки якості надання медичних послуг, яка б містила як об'єктивну складову – відповідність стандартам, так і суб'єктивну – опитування пацієнтів із різних аспектів надання медичної допомоги. Відсутність такої оцінки на даному етапі не дає можливості адекватно, відповідно до виявлених прогалин, відреагувати на проблемні моменти в наданні медичної допомоги, що виникають в процесі впровадження реформування. Згодом це може спричинити «закріплення проблем та

перетворення їх на системні, коли задекларована якість не відповідатиме об'єктивній ситуації.



Рис. 2.6. Проблемні питання нормативно-правового забезпечення галузі охорони здоров'я [22]

Не у всіх регіонах медична послуга надається однаково, її рівень залежить, зокрема й від політичної волі на рівні місцевої влади.

В Україні не створено умов для широкого залучення приватного медичного сектору в систему надання медичної допомоги за Пакетами гарантованої медичної допомоги, адже тарифи НСЗУ є економічно необґрунтованими для застосування в приватних медичних закладах, особливо на рівні спеціалізованої допомоги. Також немає реімбурсації витрат приватним закладам ОЗ за надану медичну допомогу, тому інвестиції в приватний медичний сектор мають підвищені ризики.

Зазначене суттєво зменшує доступність медичної допомоги для населення та підвищує ризики зубожіння домогосподарств у випадку захворювання.

Відсутність прозорого ринку медичних послуг, відсутність ринку медичних закладів, наявність невідомого відсотку неофіційних платежів у медицині відтерміновує впровадження медичного страхування. Водночас відсутність медичного страхування зменшує доступність медичної допомоги населенню.

В таблиці 2.3 систематизовані основні причини низького рівня ефективності функціонування системи охорони здоров'я.

Таблиця 2.3

Причини низького рівня ефективності функціонування системи охорони здоров'я [48]

Причина низької ефективності функціонування системи охорони здоров'я	Коротка характеристика
Відсутність достатньої кількості фахівців	Якість обслуговування знижується через високу завантаженість медичного персоналу
Невисокий ступінь кваліфікації медичного персоналу	Різні лікарі можуть ставити різні діагнози та призначавати різні методи лікування одних і тих же симптомів і скарг пацієнта, що може призвести до лікування без очікуваного ефекту
Невелика кількість медичного оснащення та його застарілість	Сьогодні більшість діагностичних та лікувальних процесів проводиться на обладнанні радянських часів, яке є менш точним і менш функціональним ніж сучасне, а дослідження з використанням інноваційного обладнання коштують у рази дорожче
Низький рівень зарплат та брак дієвої системи стимулювання та мотивації	Через низький рівень заробітної плати, відсутність дієвої системи стимулювання та мотивації, недостатній соціальний захист, кваліфікований медичний персонал виїжджає за кордон. Також існує проблеми невідповідності підготовки кадрів потребам сучасної системи охорони здоров'я
Нестача фінансових коштів	Дефіцит медичних кадрів тягне за собою завантаженість спеціалістів, їх неукомплектованість необхідним обладнанням тощо.
Неможливість вчасного надання медичної допомоги громадянам	Це є наслідком недостатньої кількості спеціалістів, сучасного обладнання, а також зростання цін на ліки та на оплату медичних послуг.

Виходячи з наведених фактів та наявних проблем, можна зробити висновок, що основною проблемою реформування медичної галузі в Україні є відірваність від життєво важливих проблем суспільства та орієнтація на тимчасові проблеми, а не на досягнення головної мети проведення реформ.

РОЗДІЛ 3

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

1.3. Зарубіжний досвід публічного управління у сфері охорони здоров'я

Сьогодні у світі не існує жодної ідеальної, стійкої та раціональної системи охорони здоров'я. Кожна країна світу прагне створити стійку національну систему охорони здоров'я, яка буде відрізнятися якістю та ефективністю, розвинутою системою надання послуг та фінансування охорони здоров'я. Українська система охорони здоров'я значно відстає від розвинутих країн за багатьма показниками, зокрема за тривалістю життя, смертністю та боротьбою з хронічними та інфекційними захворюваннями. Незважаючи на низькі показники охорони здоров'я, Україна витрачає значні кошти частка валового внутрішнього продукту на медичні послуги, але це, як правило, не впливає позитивно на систему охорони здоров'я. Процес реформування національної системи охорони здоров'я продемонстрував неефективну політику в цій сфері, високий рівень корупції та неплатоспроможності перетворення цієї системи на рівень світових стандартів охорони здоров'я. Система охорони здоров'я в Україні застаріла, має багато недоліків і потребує модернізації з використанням сучасних світових тенденцій та досвіду розвинених країн світу [3].

Розвиток системи охорони здоров'я в різних країнах світу дозволяє формувати певні уявлення про якісну систему охорони здоров'я, що, зрештою, є ціллю відповідної державної політики та безпосередньо процесу реформування такої галузі.

Існує чотири основні моделі систем охорони здоров'я залежно від джерела фінансування:

- модель Беверідж (Приклади: Велика Британія, Іспанія, Нова Зеландія, Куба);
- модель Бісмарка (Приклади: Німеччина, Бельгія, Японія, Швейцарія);
- модель Національного медичного страхування (Приклади: Канада, Тайвань, Південна Корея);
- модель «з власної кишені» (Приклади: сільські райони Індії, Китаю, Африки, Південної Америки).

Слід зазначити, що ці назви є більш теоретичними, бо насправді кожна країна, як правило, має систему охорони здоров'я, яка є єдиною для більшості громадян і поєднує характеристики різних моделей [35].

Світові рейтинги визначення найкращої системи охорони здоров'я та забезпечення реалізації права на охорону здоров'я громадян не дають єдиної відповіді, яка ж країна є світовим лідером у цій сфері. Насамперед це пов'язано з використанням різних критеріїв оцінки. Наприклад, відповідно до рейтингу процвітання найкращою системою охорони здоров'я за рівнем ефективності у 2019 році є Сінгапурська, потім – Японська, і на третьому місці – Швейцарська. Система охорони здоров'я України займає 114 місце. Відповідно до Глобального індексу безпеки здоров'я у 2019 році до найкращих країн світу належать США, Об'єднане Королівство Великобританії, Нідерланди, Австралія. Україна в цьому рейтингу зайняла 94 місце. Відповідно до звіту про Європейський індекс споживачів охорони здоров'я за 2018 рік система охорони здоров'я Швейцарії, Нідерландів та Норвегії зайняли перші місця. Поряд з цим у цьому ж звіті визнано, що найкраще забезпечення прав пацієнтів є у Нідерландах та Норвегії, доступність – у Швейцарії, результати лікування – у Фінляндії, Норвегії, Швейцарії, діапазон та доступ до послуг – у Нідерландах та Швеції, профілактика – у Норвегії, фармацевтичні препарати – у Німеччині та Нідерландах [13].

Необхідно більш детально зупинитися на особливостях функціонування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в окремих країнах.

Перша країна, яка заслуговує на увагу є Японія в якій існує чотири рівні управління охороною здоров'я: уряд, префектури, медичні центри та місцеві (міські та сільські) органи влади. Їхню діяльність координує Міністерство охорони здоров'я та соціального захисту населення. У структурі органів місцевого самоврядування створюються департаменти охорони здоров'я, які відповідають за управління місцевими програмами розвитку охорони здоров'я. Префектури та великі муніципалітети створюють медичні центри (кожен центр обслуговує приблизно 100 000 жителів), які фінансуються як державними, так і місцевими органами влади. Варто додати, що для Японії характерна «сильна» система публічного управління сфери фінансування охорони здоров'я та медичного страхування [43].

Система охорони здоров'я Японії тісно пов'язана з роботою місцевих органів влади. Основними установами, пов'язаними з системою охорони здоров'я Японії, є: Бюро політики у сфері охорони здоров'я, Бюро медичних послуг, Бюро фармацевтичної продукції і продовольчої безпеки, Бюро трудових стандартів, Соціальне забезпечення і Бюро жертв війни, Бюро здоров'я і добробуту для літніх людей, Бюро медичного страхування і Бюро пенсійного забезпечення. Японія є капіталістичною країною, саме тому охорона здоров'я у ній обходиться недешево.

З 60-х роках в Японії діє універсальна система державного медичного страхування, яка забезпечила всебічне охоплення всіх громадян Японії. Однією з особливостей японської системи охорони здоров'я є її безкоштовний доступ до медичних установ. Система надання медичної допомоги Японії забезпечує необмежений доступ, пацієнти можуть отримувати медичну допомогу в будь-якому медичному закладі по всій країні і самі вибирають частоту їх лікування незалежно від їх страховки, статусу або тяжкості захворювання. Лише в окремих випадках пацієнти зобов'язані платити деякі додаткові плати за заклади третинної допомоги, якщо вони не мають направлення від первинної чи вторинної медичної установи. В Японії цю систему називають «системою вільного доступу», згідно з якою пацієнти можуть отримувати необхідні

медичні послуги, коли хворіють або отримали травми за фіксованою ставкою внеску, лише за умови підтвердження страхування. Медичне страхування охоплює понад 5000 видів медичної, стоматологічної допомоги та ліки [13].

Зарахування на державне медичне страхування є обов'язковим незалежно від громадянства, для всіх тих, хто проживає понад три місяці в Японії. Законодавство Японії не дає можливості на власний розсуд вибирати схему державного медичного страхування. Натомість схеми державного медичного страхування визначаються відповідно до статусу зайнятості, віку та місця проживання: медичне страхування на базі роботодавців, національне медичне страхування на базі місця проживання та медичне страхування людей віком від 75 років. Відповідно до системи охорони здоров'я Японії пацієнт бере на себе відповідальність за 30 % медичних витрат, а уряд сплачує решту 70 %, медичне страхування для людей віком від 75 років підтримується в основному за рахунок державного фінансування, а також за рахунок внесків від медичного страхування на базі роботодавців та національного медичного страхування [3].

У США немає національної системи охорони здоров'я, немає універсальної медичної допомоги, а натомість американці купують медичне страхування, щоб покрити значну частину своїх витрат на охорону здоров'я. Медичне страхування захищає від заборгованості за отримання медичних послуг, оплачує регулярні огляди, лабораторні аналізи, вакцини та ліки, що відпускаються за рецептом. Щоб отримати медичне страхування потрібно вибрати план медичного страхування, зареєструватися та здійснювати регулярні платежі до медичної страхової компанії. Особи, які проживають в США, які мають медичне страхування, наділені спектром послуг при реалізації права на охорону здоров'я. Перш за все, це швидкий доступ до спеціалізованих лікарів, отримання необхідної допомоги з використанням найновітніших технологій, інновацій, передових сучасних технологій та методів лікування. Американські лікарні лідирують у світі в галузі досліджень та розробок, саме в США розроблено багато ліків та технологій, які використовує весь світ [13]. Поряд з цим, у США існує велика кількість незастрахованих осіб.

Незастраховані особи стикаються з надзвичайно дорогою медичною допомогою. Лікарні розглядають лише екстрені випадки без попередньої оплати і можуть відмовитися від лікування без підтвердження страхування або застави. Саме це призводить до того, що незастраховані люди набагато частіше, ніж ті, хто має страховку, відкладають медичну допомогу або взагалі відмовляються від неї, що призводить до серйозних наслідків. Наприклад, медична допомога щодо лікування перелому ноги може коштувати до 7500 доларів, а середня вартість триденного перебування в лікарні становить близько 30000 доларів [64].

Більшість громадян США мають медичне страхування, яке, як правило, надається роботодавцем фізичної особи та поширюється на його найближчу родину. Деякі страхові плани надаються федеральними чи штатними урядами, профспілками або приватними особами. Після виходу на пенсію громадяни можуть отримати допомогу через державну страхову програму Medicare, сім'ї та особи з низьким рівнем доходу можуть отримати допомогу через державну страхову програму Medicaid [13].

На відміну від США охорона здоров'я в Австралії є прикладом надійної та добре керованої системи та характеризується сумішшю державних і приватних постачальників медичних послуг. Австралійці можуть отримати комплекс послуг, як для підтримання та профілактики здоров'я, так і до лікування складніших станів, для яких може знадобитися спеціаліст або лікарняна допомога. Система складається з двох основних частин: державної системи охорони здоров'я та приватної системи охорони здоров'я. В Австралії існує універсальне покриття через програму страхування – Medicare, що фінансується платниками податків, які сплачують відсоток від свого доходу для покриття витрат, що охоплює більшість медичних послуг, включаючи послуги лікаря та лікарень, а також ліки, що відпускаються за рецептом. Існування цієї програми забезпечило особам отримання високоякісної та доступної медичної допомоги, що передбачає безкоштовне лікування в державних лікарнях, а також забезпечує безкоштовні або субсидовані виплати приватним медичним

працівникам за конкретні послуги по всій країні. В Австралії існує також добровільне приватне медичне страхування, яке надає доступ до приватних лікарень та до деяких послуг, які державна система не покриває [35].

Заслуговує на увагу Німецька система управління охороною здоров'я, яка базується на добре структурованому медичному страхуванні, що складається з державного медичного страхування та приватного страхування. Державне страхування має близько 89% населення; приватне страхування – 9 % німців; 2 % населення отримують медичну допомогу за спеціальними державними програмами (військові, поліцейські). Якщо говорити про фактичний внесок основного страхування до загальних витрат на охорону здоров'я то він становить понад 60 %. Крім того, кошти надходять з інших частин національної системи страхування (з пенсійних фондів, страхування від нещасних випадків на виробництві). Гроші також надходять з державної скарбниці. Внески на державне медичне страхування збираються лікарняними фондами (незалежними органами місцевого самоврядування), що стосується державного органу то він контролює та керує їх діяльність.

На федеральному рівні системою охорони здоров'я керує Федеральне міністерство охорони здоров'я та соціального забезпечення, яке також має поліси загального державного медичного страхування (в основному пов'язані з справедливістю, комплексністю, а також наданням і фінансуванням послуг соціального здоров'я). Правове регулювання всієї німецької системи соціального забезпечення в основному базується на Соціальному кодексі, п'ята книга якого безпосередньо стосується державного медичного страхування.

Слід підкреслити, що основним джерелом фінансування охорони здоров'я в Німеччині є регіональні та федеральні лікарняні фонди (*gesetzliche Krankenkassen*), які збирають внески та фінансують охорону здоров'я на рівні державного соціального забезпечення. Усі лікарні неприбутковими організаціями, які зобов'язані сплачувати членські внески та мають право визначати розміри, необхідні для покриття витрат. До переваг німецької системи охорони здоров'я можна віднести високу якість медичної допомоги,

сучасне медичне обладнання в профілактичних закладах, відповідну кваліфікацію медичного персоналу і, головне, доступність медичної допомоги для всіх. Система медичного страхування надає населенню широкий спектр безкоштовних послуг, включаючи амбулаторне та стаціонарне лікування, надання ліків за рецептом, забезпечення медичним обладнанням, оплату проїзду до медичного закладу [13].

Цікавим для нашої країни також є досвід Великобританії де основна частина фінансування надходить з державного бюджету і розподіляється зверху по управлінській вертикалі. Централізоване фінансування також допомагає «стримувати» зростання витрат на лікування. Проте існують і недоліки громадського здоров'я, такі як: схильність до монополізму, відсутність вибору лікаря чи лікарні для пацієнта. Система страхування ґрунтується на принципах солідарності. Контролювати використання страхових коштів можуть страхові компанії та страхувальники. Також застраховані особи можуть обрати лікаря та медичний заклад. Фінансування таких систем здійснюється з трьох джерел: страхові внески підприємців (відрахування з доходу); страхові внески працівників (відрахування із заробітної плати); державні кошти. Основним постачальником медичних послуг є Національна служба охорони здоров'я (National Health Service, NHS), яка звітує перед Департаментом (Міністерством) охорони здоров'я [43].

Національна служба охорони здоров'я Великобританії забезпечує мешканців практично всіма необхідними медичними послугами, стаціонарними препаратами та іншими медичними витратами, на безоплатній основі. Також передбачено додаткові пільги для соціально незахищених та малозабезпечених верств населення. Наприклад, від оплати ліків повністю звільняються громадяни до 16 років, особи до 60 років, студенти до 19 років, хворі на особливі захворювання, військові пенсіонери та інваліди війни.

Швейцарія має найкращу систему охорони здоров'я в Європі. В країні також є три основні рівні застосування медичної допомоги та обслуговування: національний, регіональний та муніципальний. До структур, які відповідальні

за охорону здоров'я, входять: Національний державний інститут охорони здоров'я; Національне агентство з охорони навколишнього середовища; Національне управління з надзвичайних ситуацій.

Поряд з цим, система охорони здоров'я Швейцарії є однією з найдорожчих у світі. На відміну від інших європейських країн, система охорони здоров'я Швейцарії не заснована на оподаткуванні та не фінансується роботодавцями. Натомість кожен, хто проживає в Швейцарії, сплачує внески й може отримати базове медичне страхування та страхування від нещасних випадків, щоб отримати лікування. Багато людей доповнюють базове покриття додатковим приватним медичним страхуванням. Таким чином, доступ до системи охорони здоров'я, мають лише ті, хто має хоча б базове медичне страхування. Базове медичне страхування покриває близько 80 – 90 % витрат на охорону здоров'я, включає: аварії, альтернативну терапію, психотерапію, реабілітацію після операцій чи серйозних захворювань, обстеження на рак, екстрене лікування серйозних захворювань рота чи щелепи (стоматологічна допомога), загальні обстеження та лікування (стаціонарне, амбулаторне та невідкладне), лікування захворювань очей, гінекологічні обстеження та пологи, витрати на медичні вироби, ліки по рецептах. Крім того, базове медичне страхування охоплює кілька щеплень, зокрема: щеплення проти коклюшу, дифтерії та правця, гепатиту Б, кору, епідемічного паротиту (свинки) та краснухи [35].

Також важливо загострити свою увагу на Канаді, оскільки експерти в цій країні та і в інших частинах світу, стверджують, що витрати на охорону здоров'я продовжують зростати швидше за рівень економіки. Роль федерального уряду в галузі охорони здоров'я в Канаді полягає у встановленні та моніторингу національних стандартів охорони здоров'я відповідно до Закону про охорону здоров'я Канади, у фінансуванні провінційних служб охорони здоров'я шляхом перерахування коштів та виконання функцій, за які вона відповідає. Однією з таких функцій є надання медичних послуг конкретному населенню, у тому числі ветеранам, військовослужбовцям, які перебувають у

в'язницях Федеральної та Королівської гірничої поліції Канади. Решта функцій які виконує федеральний уряд пов'язані зі здоров'ям, до них відносяться: охорону та зміцнення здоров'я, профілактику захворювань тощо [64].

Канадська система охорони здоров'я значною мірою залежить від лікарів первинної медико-санітарної допомоги, які становлять приблизно 51 % усіх лікарів в цій країні. Вони утворюють своєрідну «ланку» між пацієнтом та системою механізмів державного управління закладами охорони здоров'я, які контролюють доступ до більшості фахівців, стаціонарної допомоги, діагностичних досліджень та рецептурних препаратів. Цікавим є той факт, що таких дільничних терапевтів можна змінювати необмежену кількість разів за порадою знайомих і навіть через перепади настрою. Більшість лікарів мають свою власну практику та користуються високим ступенем незалежності. Багато лікарів працюють у лікарнях чи місцевих медичних центрах. Що стосується держави то вона оплачує послуги приватних лікарів залежно від допомоги, яку вони надають. Оплата здійснюється безпосередньо з бюджету провінції, чи території.

Таким чином, можна стверджувати, що досвід систем охорони здоров'я європейських країн є дуже корисним для України і може бути застосований після відповідної адаптації до української дійсності.

3.2. Напрями продовження реформування сфери охорони здоров'я

Безумовно, сьогодні система охорони здоров'я в Україні нагально потребує послідовних та глибоких інституціональних та структурних перетворень, спрямованих на поліпшення здоров'я населення та задоволення його справедливих потреб медичній допомозі. Водночас слід акцентувати увагу на ключових напрямках перетворень у системі охорони здоров'я України, серед яких:

- підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я;
- підвищення якості медичного обслуговування;

- підвищення доступності ліків;
- запровадження соціального медичного страхування;
- запровадження професійного менеджменту;
- моніторинг та аналіз здоров'я, доступності та ефективності медичної допомоги [106].

Для досягнення ефективності, очікуваної від реформ фінансування на основі принципу «гроші йдуть за пацієнтом», потрібні подальші зміни. Такі зміни полягають в оптимізації надлишкових малопотужних закладів стаціонарного типу та пов'язаних витрат на підтримку відповідної інфраструктури, модернізації навчання та підвищення кваліфікації персоналу у сфері охорони здоров'я та продовженні прогресу в боротьбі з корупцією на всіх рівнях, включаючи практику неофіційних платежів за медичні послуги. У межах описаної трансформації мають бути забезпечені підвищення якості первинної медичної допомоги (ПМД), покращення навичок персоналу первинної ланки, а також вдосконалення і розширення послуг на рівні громади в таких сферах, як охорона психічного здоров'я, реабілітація, паліативна допомога та медичний супровід людей похилого віку. Також існує потреба в усуненні неоднорідності охоплення послугами закладів охорони здоров'я та наявності кваліфікованого медичного персоналу між регіонами, включаючи нерівномірний географічний розподіл спеціалістів (концентрація у великих містах, брак у сільській місцевості) – проблем, які істотно загострилися під час війни. Надання медичних послуг у сільській місцевості вимагає використання інноваційних рішень, таких як телемедицина та мобільні послуги [53].

Значний руйнівний вплив на ефективність сфери охорони здоров'я спричинила російська агресія. Україні має колосальні негативні наслідки для сектора охорони здоров'я. Прогнозоване зменшення валового внутрішнього продукту (яке, за оцінками, становитиме приблизно 35 % у 2022 році із урахуванням того, що конфлікт досі триває) суттєво зменшить надходження до державного бюджету, а фіскальний простір для охорони здоров'я буде

додатково обмежений у зв'язку зі збільшенням витрат на інші ключові сектори (такі як безпека) [6].

Протягом наступних 18 – 24 місяців варто очікувати суттєвих реальних скорочень державного бюджету із поступовим відновленням у середньостроковій перспективі, що потенційно матиме значні наслідки для видатків на охорону здоров'я. Ухвалений Державний бюджет включає такі прогнози на 2023 рік: дефіцит бюджету – 20,6 % ВВП, інфляція – 28 %, рівень безробіття – 28 %, бюджет на охорону здоров'я – 176,1 млрд ₴, що майже на 10 % менше в номінальному вираженні, ніж у 2022 році (194,4 млрд ₴). Згідно з прогнозами, рівень бідності в Україні має зрости з 5,5 % у 2021 році до щонайменше 25 % у 2022 році. Падіння курсу української гривні на 25 % підняло внутрішню ціну на імпортні медикаменти та інші товари. Один із багатьох наслідків цих процесів – збільшення кількості домогосподарств, які змушені платити за послуги з охорони здоров'я із власної кишені. У поєднанні зі зниженням доходів населення це збільшить імовірність того, що люди відмовлятимуться від необхідної медичної допомоги, або будуть вимушені оплачувати послуги з власної кишені – а отже можуть опинитися у фінансовій скруті [22].

Усе це вимагає додаткової трансформації галузі охорони здоров'я та додаткових заходів щодо її реформування. Приведемо найближчі найбільш важливі напрями розвитку та реформування медичної галузі в Україні:

– Зміцнення ПМД як ключового компонента людиноцентричних послуг.

Надзвичайно важливо забезпечити поновлення та покращення доступу до послуг (включаючи вакцинацію, скринінг на туберкульоз та інші особливо небезпечні інфекційні захворювання, а також скринінг і лікування хронічних захворювань), надання яких було перерване через війну та переміщення населення. Розширення обсягу та покращення охоплення послугами ПМД у поєднанні з підвищенням кваліфікації персоналу та якості наданої допомоги також є передумовами модернізації мережі лікарень та забезпечення її більш ефективного функціонування. Це цілком узгоджується зі стратегіями, обраними

багатьма європейськими країнами – перенесення значної частки стаціонарної медичної допомоги в амбулаторні заклади, послуги на рівні громади та заклади ПМД із одночасним перерозподілом фінансування для підтримки таких змін.

– Відновлення надання послуг із охорони здоров'я на нещодавно звільнених територіях.

У короткостроковій перспективі, для забезпечення доступу до медичної допомоги в місцях, де пошкодження (або пограбування) закладів та втрати медичного персоналу не дозволятимуть швидко відновити надання послуг із охорони здоров'я у звичайному режимі, існуватиме потреба у доповненні державних послуг гуманітарною допомогою та активнішому залученні мобільних команд. У таких місцях також потрібно приділити увагу відновленню послуг приватного сектора, зокрема коли мова іде про аптечні мережі.

– Задоволення нових потреб ветеранів і цивільного населення, що постраждали внаслідок конфлікту, шляхом розширення послуг реабілітації та охорони психічного здоров'я у межах існуючої системи надання послуг.

Цього можна досягти шляхом використання значного потенціалу для розвитку послуг на рівні громади, зокрема шляхом визнання та посилення ролі ПМД у наданні інтегрованих послуг для всіх, включаючи ветеранів. Швидке розширення послуг охорони психічного здоров'я на рівні громади вимагатиме навчання та залучення ширшого кола як медичних, так і немедичних надавачів послуг, а також підвищення ефективності ведення пацієнтів та їх перенаправлення між центрами послуг на рівні громади, первинною ланкою і більш спеціалізованою психіатричною допомогою. Розширення як послуг реабілітації, так і послуг охорони психічного здоров'я вимагатиме фінансування, підготовки кадрів, внесення змін до законодавства, що регулює діяльність працівників ПМД (а також психологів, фахівців у сфері реабілітації, медсестер/медбратів та соціальних працівників), та адаптації й розвитку спеціальних підрозділів для надання таких послуг у багатопрофільних закладах.

– Покращення доступу до ПМД, екстреної медичної допомоги, лікарських засобів та інших основних послуг у сільській місцевості, а також сприяння раціональному використанню таких послуг є критично важливим пріоритетом, реалізацію якого можна прискорити за допомогою інноваційних моделей допомоги. Консультації й лікарські засоби були менш доступними у сільській місцевості, ніж у містах, навіть до війни. Війна загострила цю проблему ще більше. Сільське населення у деяких районах збільшилося за рахунок ВПО. Рішення для задоволення потреб більш віддалених сільських районів можуть включати створення відділень невідкладної допомоги у закладах ПМД або лікарнях, здатних надавати ПМД у неробочий час, надавати допомогу при нетяжких невідкладних станах, а також забезпечувати стабілізацію і транспортування пацієнтів із тяжкими невідкладними станами до більш спеціалізованих закладів [22].

– Розвиток виїзних та дистанційних послуг, а також комунікаційних технологій для відновлення зв'язку пацієнтів, у тому числі переміщених через війну, із послугами охорони здоров'я. Інноваційні підходи до надання послуг на основі використання інформаційних технологій можуть допомогти охопити необхідними послугами людей, які стикаються з різними перешкодами намагаючись отримати медичну допомогу по всій країні. Наприклад, для заповнення наявних прогалин можна передбачити більш системне використання мобільних бригад. Кол-центри вже існують, однак їхню діяльність можна вдосконалити та розширити за рахунок використання стандартизованих алгоритмів диспетчеризації, телемедичних рішень та технологій для дистанційного моніторингу і скринінгу. Телеконсультації можна зробити доступними більш системно для ширшого спектру послуг, надавачів і пацієнтів із підвищенням їхньої якості та інтеграції з національними системами.

– Узгодження планів раціональної мережі закладів охорони здоров'я в кожній області для підвищення ефективності функціонування системи. Міністерство охорони здоров'я та місцеві органи виконавчої влади вже розпочали стратегічне планування для консолідації надмірної та

фрагментованої мережі лікарень. Процес планування, ініційований Міністерством, повинен стати відправною точкою для відбудови ефективнішої, оптимізованої, якіснішої та фінансово стійкої мережі закладів. Це вимагатиме технічної допомоги для оцінки потреб населення, розробки методології планування мережі закладів, сучасних стандартів та вимог до закладів, а також критеріїв для оцінки різних варіантів інвестування. Для консолідації існуючої інфраструктури та персоналу і, в результаті, – зменшення фінансового тиску на систему, необхідно організувати процес злиття у кластери невеликих вузькопрофільних лікарень (відомі як територіальні медичні об'єднання), які обслуговуватимуть більшу кількість населення. Планування та розвиток розширених послуг ПМД, як інтегрованої частини мережі надавачів послуг із охорони здоров'я, є надзвичайно важливими, зокрема зважаючи на те, що інвестування в інфраструктуру лікарень, ймовірно, відбуватиметься в довгостроковій перспективі. При цьому, за рахунок ПМД можна розширити та збільшити доступність допомоги відносно швидко. Це дозволить задовольнити критичні потреби в короткостроковій перспективі та створити підготовлену основу для виконання нових ролей у майбутньому. Пріоритети у цій сфері на наступні 2 роки включають нарощування потенціалу персоналу ПМД для надання послуг охорони психічного здоров'я та розширення ролі закладів ПМД у сфері реабілітації [22].

– Підвищення рівня залучення медсестер і медбрів, суміжних медичних працівників і немедичного персоналу, які працюють у секторі охорони здоров'я. В умовах потенційного виникнення дефіциту кадрів у сфері охорони здоров'я, перерозподіл певних завдань на рівень медичних працівників, які не є лікарями, та спеціально підготовлених працівників, які надають послуги у громаді, може заповнити наявні прогалини без надмірних витрат. Спеціально підготовлених працівників, які надають послуги у громаді, можна залучати до забезпечення послуг, у наданні яких відбувся збій, та послуг, на які існує підвищений попит (таких як імунізація, тестування та скринінг на інфекційні та хронічні захворювання, охорона психічного здоров'я та психосоціальна

підтримка, а також направлення та взяття під медичний нагляд). Працівники, які надають послуги у громаді, включають осіб, які пережили відповідну проблему зі здоров'ям у минулому, підготовлених волонтерів із неурядових організацій, підготовлений неспеціалізований або немедичний персонал – консультантів «рівний – рівному», соціальних працівників та психологів. Такі заходи можуть підвищити ефективність та інтегрованість послуг, однак також вимагатимуть від керівництва та політиків ініціювання де-медикалізації допомоги та переходу до менш спеціалізованого підходу у наданні послуг охорони здоров'я в Україні. Також для цього потрібно буде усунути правові перешкоди для передоручення завдань неспеціалістам чи немедичним працівникам та належним чином відреагувати на занепокоєння з боку медичних і професійних асоціацій та інших зацікавлених сторін, які можуть протистояти таким змінам.

– Поглиблення цифровізації у сфері охорони здоров'я для покращення надання допомоги пацієнтами та безпечного доступу до інформації. Забезпечення наявності та використання своєчасної стандартизованої інформації про пацієнтів з метою вирішення проблеми дублювання консультацій, лабораторних досліджень та інших медичних послуг на різних рівнях медичної допомоги має вирішальне значення для підвищення якості, посилення підзвітності та стимулювання раціональнішого використання ресурсів. Можливості в короткостроковій перспективі включають використання даних НСЗУ для моніторингу якості та надання зворотного зв'язку закладам про їх роботу, а також використання цифрових інструментів в електронних системах охорони здоров'я для скерування дій медичного персоналу. Такі інструменти є критично важливими елементами забезпечення безперервності допомоги в контексті підвищеної мобільності населення та відмінностей ситуації в кожному регіоні. Вони також тісно пов'язані зі згаданими вище інструментами для виїзної, дистанційної роботи та комунікації з пацієнтами. Упорядкування великої кількості медичних і статистичних паперових форм та переведення їх в електронний формат допоможе зберегти дані у разі

руйнування медичної інфраструктури та створить основу для стійкого відновлення. Створення зручних і прозорих механізмів для доступу користувачів до своїх даних про здоров'я та управління такою інформацією буде корисним для всіх, особливо для ВПО та осіб, які були змушені змінити надавача послуг або користуватися послугами кількох різних надавачів медичних послуг [22].

– Захист основних функцій у сфері громадського здоров'я. В кризових умовах, які зараз переживає система охорони здоров'я, та зважаючи на нові серйозні перешкоди для надання медичної допомоги, які принесла війна, необхідно приділяти особливу увагу потенційним загрозам для громадського здоров'я.

Пріоритетами для служб у сфері громадського здоров'я в короткостроковій та середньостроковій перспективах є:

– забезпечення епідеміологічного нагляду, готовності й реагування на загрози або спалахи інфекційних захворювань – таких як холера, COVID-19, дифтерія, кір, поліомієліт – особливо на нещодавно звільнених територіях;

– зосередження на усуненні прогалин в охопленні імунізацією, що вимагає скоординованих дій структур у сфері громадського здоров'я та надавачів ПМД;

– забезпечення проведення скринінгу і лікування особливо небезпечних інфекційних захворювань, у тому числі туберкульозу та ВІЛ, для запобігання надмірному їх поширенню та пов'язаній з ними смертності;

– зміцнення зв'язків зі службами ПМД та забезпечення їх кращої інтеграції з основними службами у сфері громадського здоров'я і, як результат, гарантування своєчасного реагування на виклики у сфері громадського здоров'я (охоплення імунізацією, своєчасне повідомлення про випадки інфекційних захворювань та відстеження контактів, промоція здоров'я через взаємодію з громадськістю);

– усунення правових бар'єрів та розбудова спроможностей для ефективної міжгалузевої координації в системі громадського здоров'я й за її

межами в частині забезпечення готовності й реагування з урахуванням усіх видів небезпек; та поглиблення міжсекторальної координації з суб'єктами, які реалізують політику та інвестиції в інші сектори, що впливають на сектор громадського здоров'я, такі як опалення, житлово-комунальні послуги, водопостачання та санітарія, а також готовність до впливу біологічних, хімічних, ядерних та радіологічних загроз [106].

Для забезпечення ефективної охорони здоров'я, держави повинні виділяти достатній обсяг коштів на розвиток медичної сфери. Це означає, що необхідно забезпечувати фінансування на закупівлю сучасного медичного обладнання, розширення інфраструктури, навчання та підвищення кваліфікації медичного персоналу.

Дефіцит бюджетних коштів спонукає до пошуку альтернативних джерел фінансування охорони здоров'я.

Зарубіжний досвід та розвідки вітчизняних науковців та практиків дозволяють обґрунтувати наступні додаткові джерела фінансування охорони здоров'я:

– обов'язкове медичне страхування, яке забезпечуватимуть страхові компанії, що мають ліцензію на здійснення відповідного виду медичного страхування. Ефективне медичне страхування вимагає створення страхових пулів (об'єднань) коштів для того, щоб перерозподілити ризик витрат на лікування (ризик страхового випадку) між якомога більшою кількістю застрахованих осіб. Тому обов'язкове медичне страхування є надійною гарантією покриття додаткових витрат на лікування, не передбачених державним фінансуванням, у разі виникнення у населення потреби у них;

– добровільне медичного страхування. Така форма фінансування дає можливість забезпечити повну або часткову виплату коштів за надання медичних і медико-профілактичних послуг застрахованим особам, які мають певний рівень доходів, у разі розладів здоров'я відповідно до умов укладеного договору зі страховою компанією;

– кошти населення, залучені на умовах співплатежів, коли медичні послуги фінансуються за рахунок бюджетних ресурсів та ресурсів домогосподарств;

– ресурси фасиліті-менеджменту. Спеціалізований фасиліті-менеджмент зменшує витрати на утримання закладів охорони здоров'я з одночасним підвищенням якості обслуговування шляхом найму допоміжного персоналу (прибиральники, електрики, працівники їдалень тощо), а також за рахунок економії коштів при оптовій закупівлі витратних матеріалів, продуктів харчування, будівельних матеріалів. У такому разі всі непрофільні функції лікувально-профілактичної установи переводяться на аутсорсинг (повний аутсорсинг усіх непрофільних функцій або аутсорсинг окремих функцій шляхом укладення декількох договорів підряду).

– використання коштів накопичувальних фондів об'єднаних територіальних громад (ОТГ) для фінансування превентивних заходів. Впровадження ОТГ-проектів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, що сприятимуть залученню приватних інвестицій у сектор охорони здоров'я;

– використання коштів благодійних фондів, благодійних внесків та пожертвувань юридичних і фізичних осіб передусім на впровадження новітніх форм та методів лікування;

– запровадження податків на продукти харчування з високим вмістом солі, транс жирів і напоїв з високим вмістом цукру та барвників, які завдають шкоди здоров'ю.

– використання механізмів державно-приватного партнерства (ДПП). Ключовими перевагами є можливість залучення коштів приватних інвесторів для розвитку державних і комунальних закладів охорони здоров'я, збереження майна в комунальній або державній власності (діє пряма заборона на приватизацію), передання новопридбаних і придбаних у рамках ДПП об'єктів у державну чи комунальну власність, підвищення якості медичних послуг для населення, а також підвищення заробітної плати для медичних працівників.

Світова практика ДПП підтверджує унікальність його застосування, що зумовлено особливостями побудови механізму фінансування та організації системи охорони здоров'я, тенденціями економічного розвитку, структурою й організацією правової системи у країні, рівнем децентралізації й автономності управління закладами охорони здоров'я [53].

Реалістичність медичних реформ залежить від збільшення питомої ваги фінансування систем охорони здоров'я у ВВП, диференціації джерел фінансування галузі, що сприятиме збереженню та примноженню потенціалу здоров'я та соціального потенціалу національної економіки.

Також, необхідно вдосконалювати систему профілактики та ранньої діагностики захворювань, що дозволить зменшити витрати на лікування та підвищити ефективність лікування. Важливо враховувати соціальний аспект охорони здоров'я. Для забезпечення рівності та справедливості у доступі до медичних послуг, держави повинні сприяти створенню рівних умов для всіх верств населення. Наприклад, встановлення соціальних норм, що забезпечують безкоштовне отримання медичної допомоги для дітей, людей з інвалідністю, літніх людей та інших вразливих груп населення.

3.3. Впровадження цифрових технологій як важливий напрям трансформації медичної галузі

Застосування інформаційних технологій є важливою тенденцією, що характеризує реформування української системи охорони здоров'я й передбачає розроблення нових підходів до аналізу процесів у ній. У медичній галузі та сфері охорони здоров'я використання передових інформаційних технологій відкриває нові можливості для покращення взаємодії пацієнт – лікар, підвищує якість медичного обслуговування, спрощує доступ до медичних послуг. Використання цифрових технологій в охороні здоров'я може зменшити витрати на медичне обслуговування, поліпшити ефективність процесів лікування та збільшити задоволеність пацієнтів.

Використання цифрових можливостей дасть змогу забезпечити безперервне надання послуг, враховуючи територіальні, економічні та соціальні відмінності в доступі, обмін інформацією в цій сфері між місцевими органами влади та частими користувачами (наприклад, медичними працівниками, викладачами, студентами тощо).

Також, застосування інформаційно-комп'ютерних технологій в державному управлінні системою охорони здоров'я є особливо важливим в умовах сучасності через наступні причини: збільшення обсягів інформації; укладення системи управління системою охорони здоров'я; збільшення ролі інформації в суспільстві; потребою підвищення якості надання медичних послуг. Інформаційно-комп'ютерні технології впливають на усі сфери суспільного життя та особливо охорону здоров'я як в частині реалізації медичної послуги так і в частині управління [10].

Відповідно до зазначеного місце державного управління в процесах застосування інформаційно-комп'ютерних технологій слід розглядати із наступних позицій:

1) в частині використання органами державного управління системою охорони здоров'я;

2) в частині державного регулювання використання інформаційно-комп'ютерних технологій в управлінні та реалізації медичних послуг. Впровадження інформаційно-комп'ютерних технологій в державному управлінні системою охорони здоров'я може відбуватися за наступними рівнями:

– на рівні державного управління системою охорони здоров'я використання інформаційно-комп'ютерних технологій відбуваються в контексті комунікації власне в системі менеджменту відповідного органу державного управління та в частині взаємодії із громадськістю [8];

– на рівні управління закладом охорони здоров'я важливе значення має управління такими об'єктами управління: управління персоналом; управління фінансовими ресурсами; управління матеріальними та технологічними ресурсами; управління медичними послугами [9];

– на рівні реалізації медичної послуги важливе значення має комунікація як власне в межах одного закладу так і в частинні взаємодії із іншими закладами для цілей надання відповідної медичної допомоги пацієнту. Важливе значення в цифровізації державного управління та реалізації медичної послуги має запровадження в Україні eHealth.

Оскільки, охорона здоров'я – це область, де вимоги до точності та оперативності інформації є особливо високими, а сама медична інформація є досить складною за своєю структурою, інформаційні технології здатні заповнити існуючі прогалини та оптимізувати процеси отримання, зберігання і надання медичних даних, тобто істотно полегшити працю медичного персоналу і підвищити якість обслуговування. Спектр завдань інформатизації медичної галузі є надзвичайно широким та, серед інших, включає отримання інформації з метою прийняття рішень, надання медичної допомоги, навчання обслуговуючого персоналу, виконання наукових та організаційних запитів тощо [12].

Ключовим завданням публічного управління в сфері охорони здоров'я є побудова системи, яка орієнтована на пацієнта та здатна забезпечити медичними послугами все населення держави. В стратегії Всесвітньої організації охорони здоров'я зазначається, що це можливо за наявності в країні комунікативної стратегії, що охоплює: державні заклади, медичних працівників та пацієнтів. Доступ до медичної інформації насамперед:

- мотивує населення до здорового способу життя;
- дає змогу пацієнтам самостійно керувати своїм станом та процесом лікування;
- координує медичну допомогу між лікарями;
- поліпшує комунікацію медичних працівників із державою.

Процес цифровізації медичної галузі в Україні стартував у 2016 році одночасно зі стартом медичної реформи із запровадження електронної системи охорони здоров'я «eHealth», яка кардинально змінила формати надання медичної допомоги та комунікації між лікарем і пацієнтом, перевівши її у

віртуальне спілкування, стала інструментом, що допомагає управляти потоком пацієнтів, аналізувати ефективність та якість медичних послуг тощо. У цьому ж році Кабінетом Міністрів України було схвалено Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я, у 2018 році – затверджено Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ), у 2020 році – Концепцію розвитку електронної охорони здоров'я. У 2021 році Указом Президента України затверджено Стратегію кібербезпеки України. У лютому 2023 року колегія МОЗ затвердила Стратегію розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року.

Найважливішим елементом структурних перетворень системи охорони здоров'я України є запровадження ЕСОЗ – двокомпонентної системи, в якій користувач через МІС взаємодіє з центральною базою даних. Водночас основним цілями функціонування ЕСОЗ є:

- забезпечення прозорості фінансування системи охорони здоров'я;
- надання можливості працювати без паперу (поступовий перехід на електронний облік (е-рецепт, е-картка, е-направлення));
- формування бізнес-середовища для створення нових електронних сервісів;
- створення простору для інновацій в медицині (machine learning, big data, blockchain, etc.);
- сприяння розвитку медичного ІТ-ринку [22].

ЕСОЗ складається з двох взаємопов'язаних частин – центральної бази даних, яку контролює держава та медичні інформаційні системи (МІС), які розроблені приватно. Медичні заклади можуть обирати будь-яку МІС з тих, які пройшли перевірку і є підключеними до центрального компонента електронної системи охорони здоров'я.

Завданням електронної системи охорони здоров'я є забезпечення можливості використання пацієнтами електронних сервісів для реалізації їх прав, зокрема за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, автоматизація ведення обліку медичних послуг і управління

медичною інформацією, запровадження електронного документообігу у сфері медичного обслуговування населення [14].

Станом на лютий 2023 року до центральної бази даних ЕСОЗ підключено 32 медичних інформаційних системи, які включають в себе е-лікарняний, е-рецепт, е-направлення та подекуди інструмент для онлайн-консультування, що дозволяє поступово підвищувати ефективність та прозорість сфери. Розвиток ЕСОЗ є стрижнем трансформаційних змін у галузі.

Отже, введення цифрових технологій у вітчизняну медичну практику не було простим на початку і до цього часу подекуди залишається проблемним. Оскільки цифровізація послуг в країні хоч і значно прискорилося в останні роки, проте все ще не охопила повністю країну. А отже не на всіх територіях лікарі здатні інтегрувати eHealth в робочий процес.

Більше того, використання цифрових технологій залежить не лише від технічних умов, а, у першу чергу, від рівня технологічної грамотності медичного фахівця і пацієнта. У багатьох випадках причиною цього є неготовність обох освоювати інформаційні системи через вік чи небажання виходити із зони комфорту, вивчаючи нові технології.

Для більшої наочності у таблиці 3.1 наведено очікувані цілі цифровізації системи охорони здоров'я та проблеми, що заважають їх досягненню.

Основними проблемами ЕСОЗ, які потребують розв'язання, визначено:

- низька ефективність системи охорони здоров'я;
- екстенсивна форма ведення медичної документації та недостатність інформації про стан здоров'я пацієнта;
- обмежена доступність медичних послуг;
- непрозорість системи охорони здоров'я, недостовірні дані та корупція;
- недостатньо розвинена національна медична інфраструктура інформатизації, зокрема кадрова спроможність і рівень цифрової компетентності медичних працівників, стан комп'ютеризації закладів охорони здоров'я.

Цілі та проблеми цифровізації системи охорони здоров'я [11]

	Цілі	Проблеми
для медичних закладів	- Автоматизація інструментів управління процесами робочими	- Нерозвинена цифрова інфраструктура; - Використання застарілого обладнання; - Низький рівень довіри до цифрової економіки через кібербезпеку, недосконалі антивірусні програм; - Фінансові витрати на залучення до роботи ІТ-фахівців та встановлення потужного серверу.
Для пацієнтів	- зручні веб-сервіси та мобільні додатки для дистанційного запису до лікаря, доступу до власної медичної інформації та онлайн консультацій; - економія часу та коштів на транспорт при відвідуванні фахівців; - отримання е-консультацій профільних фахівців.	- цифрова неграмотність літніх людей та людей з соціально незахищених верств населення; - небажання громадянами оплачувати інтернет-послуги; - недостатня захищеність інформації про пацієнта.
Для лікарів	- доступ до е-інформації про здоров'я пацієнта; - постійний віртуальний контроль за здоров'ям пацієнта через месенджери; - можливість проведення е-консиліумів для встановлення точного діагнозу чи визначення протоколу лікування	- неготовність фахівців на окремих територіях та у закладах освоювати електронні технології; - поширена думка про дорожнечу цифрової трансформації.

Як специфічну галузь, сферу охорони здоров'я віднесено до ризикованих моделей скоординованого медичного обслуговування. Координація надання медичної допомоги у практиці первинної медичної допомоги передбачає свідому організацію заходів з догляду за пацієнтами та обмін інформацією між усіма учасниками, що стосується догляду за пацієнтом, щоб отримати більш безпечну та ефективну допомогу.

Основним підходом у реформуванні медичної галузі в Україні сьогодні є створення на основі збору даних профілактичних обстежень, електронної ідентифікації пацієнтів у закладах охорони здоров'я інтегрованої єдиної інформаційно-аналітичної системи обліку стану здоров'я громадян з метою подальшого використання в статистичних, експертних, аналітичних системах.

Термін «е-медицина» включає в себе широкий спектр систем та послуг, які знаходяться на перетині інформаційних технологій, охорони здоров'я, медицини (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Види електронних послуг у сфері охорони здоров'я [11]

Електронна послуга	Характеристика
Електронні медичні картки	Забезпечують передачу та обмін даними про пацієнта між різними медичними фахівцями
Електронний рецепт	Електронний доступ до надання або зміни призначень, друк рецептів для пацієнтів та іноді електронна передача рецептів від лікаря до фармацевтів
Телемедицина	Фізичні та психологічні моменти лікування на відстані, в тому числі телемоніторинг стану пацієнта
Інформування населення	Використання електронних ресурсів на медичні теми для інформування пацієнтів, забезпечення обізнаності населення з питань охорони здоров'я
Віртуальні медичні бригади	Складаються з медичних фахівців, які співпрацюють і обмінюються інформацією про пацієнтів за допомогою цифрового обладнання (наприклад веб-конференцій)
Мобільна медицина	Включає в себе використання мобільних пристроїв для збору даних про фізичний чи психологічний стан пацієнта, які передаються лікарям чи дослідникам, а також моніторинг життєво важливих органів пацієнта в режимі реального часу, пряме надання допомоги (за допомогою мобільної телемедицини)
Медичні інформаційні системи	Спеціалізовані програми для планування графіку прийому лікарями пацієнтів, управління даними пацієнта, управління розкладом роботи та інших адміністративних завдань, пов'язаних із організацією охорони здоров'я
Розробка власного раціону	Предметна галузь е-медицини надає сучасні методи діагностики, моніторингу (контролю і самоконтролю) та оцінки стану здоров'я людини що допомагають визначити зміну стану організму залежно від тих чи інших зовнішніх і внутрішніх чинників

Розглянемо більш ґрунтовно деякі з них.

Телемедицина як один із ключових елементів електронної охорони здоров'я. Прогрес ІКТ створює платформу для реалізації такого особливого напрямку в наданні медичної допомоги, як телемедицина. Крім консультації пацієнтів з лікарем існують й інші телемедичні рішення. Яскравим прикладом таких рішень є Virtual Tumor Boards, що забезпечують обмін інформацією щодо найкращого рішення в лікуванні онкологічних хворих.

Пандемія COVID-19 також сприяла масовій міграції до цифрових технологій, телемедицина стала популярнішою через обмеження взаємодії пацієнтів і лікарів у форматі віч-на-віч. Саме вона дозволила забезпечити віддалену медичну допомогу та консультації. Такі технології дозволяють пацієнтам здійснювати візити до лікаря з будь-якого місця, що має доступ до Інтернету, зберігаючи при цьому конфіденційність медичної інформації.

ВООЗ було затверджено таке визначення телемедицини: «Надання медичних послуг на відстані з використанням інформаційних і телекомунікаційних технологій з метою обміну достовірною інформацією для діагностики, лікування та профілактики захворювань і травм, дослідження і оцінки, а також для процесу навчання працівників охорони здоров'я для покращення здоров'я фізичних осіб і громад» [2]

Наказом МОЗ України «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» (2015) було затверджено Порядок організації медичної допомоги на первинному, вторинному (спеціалізованому), третинному (високоспеціалізованому) рівнях із застосуванням телемедицини та Положення про кабінет телемедицини закладу охорони здоров'я та форми первинної облікової документації. Основними завданнями телемедицини визнано: забезпечення надання медичної допомоги пацієнту, коли відстань є критичним чинником її надання; забезпечення конфіденційності медичної інформації про стан здоров'я пацієнта; створення єдиного медичного простору; підвищення якості допомоги та оптимізації процесів організації та управління охороною здоров'я [8].

Телемедицина дає можливість пацієнтам значно зменшити як часові, так і фінансові витрати, що є особливо корисним для категорії пацієнтів, які живуть на великій відстані від медичного закладу.

Телефармація як етап розвитку телемедицини. Фармацевти мають значний досвід впровадження інформаційних систем. Йдеться як про телефонний обмін інформацією про стан здоров'я, так і про електронні профілі пацієнтів, системи управління запасами, автоматизовану перевірку взаємодії

лікарських засобів. Протягом останніх десятиліть спостерігаємо революційний вплив ІКТ на розвиток телефармації. Станом на сьогодні у структуру телефармаційних послуг входять: дистанційна торгівля лікарськими засобами (ЛЗ), підтримка вибору методів фармакотерапії, електронні рецепти, електронні записи в історії хвороби, електронний документообіг, а також системи обліку. Телефармація пропонує безліч шляхів для покращення результатів лікування багатьох типів пацієнтів. Також завдяки використанню телефармації зменшуються показники довільного використання ЛЗ, кількість випадків виникнення побічних ефектів, знижуються адміністративні витрати аптек [29].

Мобільні застосунки вже почали відігравати важливу роль у діагностиці та моніторингові хвороб, покращенні процесів взаємодії між пацієнтами та медичним персоналом, підвищенні ефективності лікування та запобіганні захворювань. Вони можуть допомагати пацієнтам вести щоденники власного здоров'я, включаючи вимірювання таких показників, як артеріальний тиск, пульс та рівень цукру в крові. Ці дані можуть бути надіслані лікарю або збережені в електронному медичному записі пацієнта, що дасть лікареві можливість більш ефективно контролювати стан пацієнта та призначати необхідне лікування.

Говорячи про застосування сучасних ІТ у сферу охорони здоров'я, не можна не торкнутися використання штучного інтелекту (ШІ), який використовується для прогнозування результатів лікування пацієнтів, діагностування захворювань, визначення методів лікування за економічно доцільним варіантом та покращення його результатів. Дослідник Желюк Т. за результатами глибокого вивчення світового досвіду пропонує кілька способів інвестування в ШІ в медицині:

- інвестування фармацевтичних компаній у процеси розробки ліків;
- інвестування в медичну візуалізацію (рентген, МРТ, комп'ютерну томографію);
- інвестування в програмне забезпечення, прогнозу аналітику [106].

Основна частина е-медицини повинна забезпечувати взаємодію між установами, медичними працівниками, пацієнтами за допомогою ІКТ. Основними напрямками розвитку електронних послуг у сфері охорони здоров'я є:

- для ведення в електронному вигляді медичної документації впровадження інформаційної автоматизованої галузевої системи;
- розвиток телемедицини;
- вдосконалення розвитку системи моніторингу стану здоров'я населення;
- упровадження та створення профілактики захворювань, нових комп'ютерних технологій, діагностики, забезпечення лікувальних процесів;
- створення електронних загальнодоступних медичних ресурсів [22].

Ключовими перевагами впровадження е-медицини є прискорення передачі інформації про результати обстежень між різними спеціалізованими клініками без транспортування хворого; підвищення якості та ефективності лікування; проведення дистанційних консультацій вузькими спеціалістами в територіально віддалених медичних установах; зменшення термінів обстеження пацієнтів; проведення лікарських консилиумів зі спеціалістами медичних закладів незалежно від місця їх розташування.

Отже, переваги використання цифрових технологій в системі охорони здоров'я очевидні, тому що будь-який користувач отримує контроль над власним здоров'ям, з'являється швидка комунікація з фахівцями та медперсоналом, знижується ймовірність того, що цифрова інформація буде втрачена, пошкоджена, або знищено. Однак, існують і деякі ризики, пов'язані з використанням технологій у охороні здоров'я, у тому числі, а саме, надмірна залежність від технологій, яка може знизити практичні клінічні навички персоналу, збільшення ризику кібер-атак і крадіжки даних, можлива нерівність у розподілі технологій у різних службах та галузях, помилки введення невірної інформації, технічна несправність.

Незважаючи на можливі ризики, розвиток соціальних технологій у охороні здоров'я та соціальної допомоги вже зараз відіграє важливу роль у майбутньому сектора, надаючи безліч переваг персоналу та звичайним користувачам послуг. Але в пріоритеті має бути надання високоякісної, безпечної та гідної допомоги, а права та вибір користувачів послуг завжди повинні враховуватися, коли мова йдеться про використання нових технологій. Потрібно відзначити, що досягнення в галузі технологій змінюють спосіб надання медичних послуг, від пристроїв, що носяться забезпечують більш ранню діагностику та рекомендують індивідуальне лікування, до технологій телемедицини, які з'єднують медичних працівників у віртуальному просторі.

Зазначимо, що практично щодня ми дізнаємось про нові стартапи, які так чи інакше пов'язані зі здоров'ям та медициною: від розумних трекерів сну і інших аксесуарів, що дозволяють стежити за дієтою і розпорядком дня, – до інтерактивних комп'ютерних ігор для реабілітації дітей з важкими захворюваннями і персональних тренерів здорового способу життя на основі штучного інтелекту. Дослідницька компанія EvaluatePharma (США) у останньому (2018р.) дослідженні аналізу ефективності податкової реформи показує, що завдяки реалізації американської податкової реформи 2017 року витрати на дослідження в медицині обчислюються у \$177 млрд. [106].

Але флагманом медичних інновацій та запровадження залишаються Сполучені Штати Америки. Компанія Apple без широкого розголосу запустила проект власних медичних лікарень первинної медико-санітарної допомоги для співробітників і членів їх сімей. Мережа отримала назву AC Wellness. За даними Центру з контролю і профілактики захворювань США, щорічна тимчасова втрата працездатності через хвороби працівників компаній оцінюється в 260 млрд доларів. Тому й не дивно, що найбільші американські компанії всерйоз зацікавилися розвитком превентивної медицини. У деяких американських лікарнях вже користуються особливими медичними платформами на смартфонах і планшетах, які дозволяють пацієнтові вивчати

історію хвороби, всі розпорядження лікарів і при необхідності задавати уточнюючі запитання в чаті з фахівцем []

Лу Чжан, випускниця Стенфорда, очільниця й засновниця-партнера Fusion Fund, компанії яка займається просуванням венчурного капіталу в охорону здоров'я на ранніх стадіях та технологічних інвестиціях, окреслює декілька головних аспектів медицини майбутнього: персоналізоване лікування, індивідуальна діагностика, створення нових ліків за допомогою штучного інтелекту, роботизація хірургії та терапії, а також керування цифровими платформами відновленням пацієнта після операції чи хвороби [29].

Можливості машинного навчання вже зараз дозволяють комп'ютерним алгоритмам швидко орієнтуватися у величезному пласті інформації та робити певні висновки про стан здоров'я споживачів медичних послуг. Штучний інтелект має також затребуваність в галузі медичної візуалізації. Персоналізована превентивна і предиктивна медицина, яка займається повним моніторингом організму за різними показниками, в тому числі і з точки зору генетики, сьогодні є для медичної науки певним орієнтиром для розвитку.

Важливими напрямками удосконалення процесу впровадження інформаційно-комп'ютерних технологій в інформаційно-комунікаційну систему державного управління в сфері охорони здоров'я різних рівнів є наступні:

1. Реалізація проекту розробки інноваційної інформаційно-комп'ютерної системи щодо комунікації між закладами охорони здоров'я щодо лікування пацієнта. Таке програмне забезпечення направлене на реалізацію взаємодії між лікарями різних закладів охорони здоров'я. В більшості випадків така взаємодія буде полягати між закладами, що надають різні види медичної допомоги, наприклад: екстрена медична допомога → вторинна медична допомога; первинна медична допомога → вторинна медична допомога → третинна медична допомога; третинна медична допомога → реабілітаційна медична допомога. На рівні органів центральної виконавчої влади (Міністерства охорони здоров'я України) має бути ініційована розробка програмного

забезпечення та її впровадження в медичну практику щодо обміну інформацією про стан здоров'я пацієнта. Так, програмне забезпечення має забезпечити формування профілю пацієнта та порядок передачі такої інформації лікарям інших закладів охорони здоров'я. Профіль пацієнта має містити сукупність основної та додаткової інформації про стан здоров'я пацієнта. До основної інформації відносяться: дані про громадянство пацієнта; місце роботи пацієнта; історія хвороби; порядок лікування; усі види діагностики, які були застосовані; інформація про експериментальне лікування та усі посилання на електронні ресурси, що стосуються такого виду лікування; дані про генетичні захворювання. До додаткової інформації можуть відноситися дані про: додаткові фактори зовнішнього середовища, що можуть вплинути на розвиток хвороби; психологічний стан пацієнта, що може вплинути на подальше лікування та інші дані.

2. Реалізація проекту розробки бази даних про лікарів та кадрові резерви різних рівнях. На сьогодні вкрай важливим є формування бази даних про кадрові резерви. Це можливо через розробку програмного продукту, який би містив профіль лікаря, що дозволив би отримувати уповноваженим особам наступну інформацію: загальні дані про лікаря; освіта; підвищення кваліфікації; участь в міжнародних стажуваннях; досвід роботи; участь в експериментальних лікуваннях; дані про порушення положень етичного Кодексу лікаря України; дані про порушення медичної таємниці; інші дані. Доступ до такої бази даних варто надати уповноваженим особам, відповідальних за формування та використання кадрового резерву відповідного рівня. Така база даних дозволить оперативно отримати інформацію про лікарів та їх залучення до лікування пацієнтів.

3. Реалізацію проекту розробки та формування бази даних про стан громадського здоров'я. Дана база є вкрай актуальною в умовах поширення епідемій різних захворювань. Так, кожен лікар в умовах виявлення захворювань, що становлять особливу небезпеку для громадського здоров'я має вносити відповідні дані до програмного продукту. В результаті це дасть

можливість оптимізувати процеси дослідження стану здоров'я, а також отримання оперативної інформації результатами моніторингу стану громадського здоров'я (особливо в частинні захворювань, що знаходяться під особливим контролем держави: ВІЛ / СНІД; гепатит; туберкульоз) або призводять до епідеміє (пандемії), наприклад COVID-19) [2].

Таким чином, використання інформаційних технологій як способу реформування існуючої системи охорони здоров'я в Україні дозволить:

- визначити найбільш пріоритетні напрями подальшого удосконалення існуючої системи охорони здоров'я;
- створити інформаційний простір який буде єдиним для всіх медичних закладів;
- приймати ефективні управлінські рішення з боку Міністерства охорони здоров'я України;
- налагодити ефективний облік даних між медичними закладами різних форм власності;
- своєчасно ознайомлюватись з досягненнями в медицині;
- максимально використовувати всю інформацію про пацієнтів з моменту їх народження до моменту звернення до конкретного спеціаліста [22].

Необхідно також зазначити, що з метою цифрового розвитку територіальних громад Дніпропетровської області, залучення всіх верств населення до використання цифрових технологій та підвищення цифрової грамотності, підвищення якості та розширення доступності широкосмугового доступу до Інтернет-мережі у сільській місцевості, у тому числі шляхом підключення об'єктів соціальної інфраструктури тощо Дніпропетровською обласною радою затверджено регіональну програму інформатизації «Дніпропетровщина: цифрова трансформація» [73].

Обласною програмою «Здоров'я населення Дніпропетровщини на 2020-2024 роки» передбачено створення та забезпечення функціонування єдиної інформаційно-комунікаційної системи стратегічного керівництва у сфері охорони здоров'я регіону [87].

ВИСНОВКИ

За результатами проведеного дослідження можна зробити наступні висновки:

1. Дослідивши сутність публічного управління системою охорони здоров'я встановлено, що публічне управління медичною сферою впливає на формування та ефективне використання людських ресурсів, саме медична галузь може виступати передумовою сталого економічного розвитку, що забезпечує конкурентоспроможність національної економіки на світовому рівні

Публічне управління в сфері охорони здоров'я виконує одну з найважливіших функцій у здійсненні внутрішньої політики держави, що ґрунтується на прийнятті державно-управлінських рішень з метою реалізації концепції надання доступної медичної допомоги всім громадянам країни. Управління закладами охорони здоров'я ґрунтується на принципах системності, юридичної відповідальності, безперервного професійного розвитку й враховує певну низку зовнішніх та внутрішніх чинників.

Саме держава формує виконання нормативно-правової бази діяльності служб охорони здоров'я, структур сектора безпеки держави та цивільної системи охорони здоров'я; здійснює фінансове і ресурсне забезпечення потреб цивільного населення у воєнний час. Міністерство охорони здоров'я України спільно з Міністерством оборони України у воєнний час формують та утримують визначену кількість територіальних госпітальних баз відповідно до їх повноважень для медичного забезпечення військовиків та цивільного населення.

2. Забезпечення функціонування системи охорони здоров'я здійснюється за допомогою певних механізмів. Під механізмом державного регулювання сфери охорони здоров'я слід розуміти сукупність цілей, принципів, методів адміністративного, економічного, правового та соціально-мотиваційного характеру, які здійснюються державою за допомогою досконалого набору інструментів і направлені на забезпечення ефективного та динамічного

розвитку сфери охорони здоров'я. Серед механізмів які використовуються у сфері охорони здоров'я можна виділити: інституційний, економічний, організаційний, правовий, кадровий, інформаційний тощо. Основними елементами будь-якого механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я є: суб'єкт, об'єкт, мета, цілі та принципи, а також інструменти реалізації механізму.

3. Встановлено, що охорона здоров'я охоплює різні форми управлінської діяльності, які здійснюють державні органи, і тому поділяється на відповідні сфери (галузі), тобто сукупність однорідних відносин, видів діяльності. Ними можуть бути: санітарно-епідеміологічна сфера, сфера надання медичної допомоги, економічна сфера охорони здоров'я, координуюча, організаційна, сфера здійснення контролю охороною здоров'я тощо.

Форми державного управління поділяються на внутрішні та зовнішні. Зовнішні форми державного управління у сфері охорони здоров'я спрямовані на взаємодію з державними органами, для забезпечення виконання покладених на суб'єктів державного управління у сфері охорони здоров'я завдань і функцій. Внутрішні форми державного управління у сфері охорони здоров'я пов'язані з організацією внутрішньої роботи суб'єктів державного управління у сфері охорони здоров'я (розподілом службових обов'язків, керівництвом підрозділами нижчого рівня, проведенням нарад) і матеріально-технічними операціями, які забезпечують функціонування суб'єкта публічної адміністрації (діловодством, матеріально-технічним забезпеченням).

4. Праведний аналіз сучасного стану реформування системи охорони здоров'я в Україні показав, що на сьогодні медична галузь знаходиться у стані реформування, основною метою якої є забезпечення громадян України рівного доступу до якісних медичних послуг, та в результаті змін орієнтувати систему так, щоб у центрі її був пацієнт. Тому, пріоритетними шляхами реформування сфери охорони здоров'я в Україні є: створення умов для реформування системи охорони здоров'я; визначення гарантованого обсягу медичної допомоги громадянам; надання платних медичних послуг у сфері охорони здоров'я;

врегулювання на законодавчому рівні питання запровадження обов'язкового державного соціального медичного страхування; поліпшення стану забезпечення населення лікарськими засобами і виробами медичного призначення; удосконалення системи профілактики захворювань; удосконалення системи контролю за якістю надання медичної допомоги; удосконалення кадрової політики у сфері охорони здоров'я» забезпечення розвитку державно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я; залучення громадськості та науковців до процесів реформування системи охорони здоров'я тощо.

Військова агресія поставила значні виклики перед системою охорони здоров'я. Проте, на даний момент на тлі ракетних ударів по закладах охорони здоров'я спостерігається адаптація вітчизняної системи охорони здоров'я до таких змін. Міністерство охорони здоров'я в цілодобовому режимі робить все можливе, щоб надання медичних послуг відбувалось якісно та вчасно. Статистика та ведення обліку від первинної ланки допомагає ретельно зрозуміти потреби системи охорони здоров'я з метою покращення надання медичних послуг цивільному населенню. Реформа медичної галузі, яка триває й досі має обов'язково продовжуватись, зокрема, мають розвиватись інвестиції в інфраструктуру системи охорони здоров'я, адаптуватись підходи та забезпечення надання медичних послуг

5. Важливе місце в функціонуванні системи охорони здоров'я має фінансування. Дослідивши стан фінансування галузі охорони здоров'я встановлено, що сфера охорони здоров'я завжди була і залишається однією з найбільших сфер за обсягами фінансування за рахунок видаткової частини Державного бюджету України. Не зважаючи на це у цій галузі існує безліч проблем управління фінансовими потоками у сфері охорони здоров'я, серед яких були і залишаються: відсутність зв'язку між фінансуванням медичних послуг та їх якістю; відсутність мотивації медичного персоналу до якісних результатів праці; низький рівень самостійності медичних закладів щодо використання бюджетних потоків. Переважна більшість проблем в медичній

сфері полягає в обмеженості бюджетних коштів, неефективності їх використання та вадах контролю за дотриманням бюджетного законодавства.

6. На основі проведеного аналізу визначено проблеми системи охорони здоров'я в Україні. Причинами, що формують недостатню динаміку у стані здоров'я населення, є: низька мотивація населення дотримання здорового життя; несвоєчасне звернення за медичною допомогою; низька профілактична активність у роботі первинної ланки охорони здоров'я, спрямована на своєчасне виявлення захворювань, патологічних станів та факторів ризику, що їх зумовлюють; незбалансованість ліжкового фонду за низкою профілів надання медичної допомоги та недостатньо ефективного його використання; низький розвиток заміщає цілодобовий стаціонар технологій; відсутність індикаторів якості надання медичної допомоги; відсутність уніфікації оснащення організацій охорони здоров'я; відсутність етапності надання медичної допомоги, що забезпечує оптимальну маршрутизацію потоку пацієнтів та інші.

7. Дослідивши зарубіжний досвід публічного управління у сфері охорони здоров'я встановлено, що при визначенні стратегій розвитку національних систем охорони здоров'я за кордоном враховуються показники Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо ефективності системи: тривалість життя, витрати на охорону здоров'я та % ВВП, а також щорічні зміни у цих показниках. Варто додати, що зарубіжні системи охорони здоров'я та моделі медичних послуг характеризуються: орієнтацією на споживача (домінування приватної системи, високий рівень конкуренції та комерціалізації медичної сфери, високе позабюджетне фінансування медичних послуг та домінування у їх структурі платного сегменту, фінансова автономія медичних закладів) та солідарну-корпоративність (державне гарантування мінімального пакету медичних послуг, унормований механізм ціноутворення, державні стандарти якості медичних послуг, баланс між державним регулюванням сфери і ринковими механізмами функціонування і фінансування, децентралізація системи управління).

8. Запропоновано найближчі найбільш важливі напрями розвитку та реформування медичної галузі в Україні серед яких: зміцнення ПМД як ключового компоненту людиноцентричних послуг; відновлення надання послуг із охорони здоров'я на нещодавно звільнених територіях; задоволення нових потреб ветеранів і цивільного населення, що постраждали внаслідок конфлікту, шляхом розширення послуг реабілітації та охорони психічного здоров'я у межах існуючої системи надання послуг; покращення доступу до ПМД, екстреної медичної допомоги, лікарських засобів та інших основних послуг у сільській місцевості; розвиток виїзних та дистанційних послуг, а також комунікаційних технологій для відновлення зв'язку пацієнтів; узгодження планів раціональної мережі закладів охорони здоров'я в кожній області для підвищення ефективності функціонування системи; підвищення рівня залучення медсестер і медбрів, суміжних медичних працівників і немедичного персоналу, які працюють у секторі охорони здоров'я; поглиблення цифровізації у сфері охорони здоров'я для покращення надання допомоги пацієнтами та безпечного доступу до інформації тощо.

9. Розроблено пропозиції щодо впровадження цифрових технологій в медичну галузь які відкривають нові можливості для покращення взаємодії пацієнт – лікар, підвищує якість медичного обслуговування, спрощує доступ до медичних послуг.

Основними напрямами розвитку електронних послуг у сфері охорони здоров'я є: для ведення в електронному вигляді медичної документації впровадження інформаційної автоматизованої галузевої системи; розвиток телемедицини; вдосконалення розвитку системи моніторингу стану здоров'я населення; упровадження та створення профілактики захворювань, нових комп'ютерних технологій, діагностики, забезпечення лікувальних процесів; створення електронних загальнодоступних медичних ресурсів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алексі Струве Медична реформа: уроки французької системи охорони здоров'я. *Ваше здоров'я*. 13.11.2022. URL : <https://www.vz.kiev.ua/medichna-reforma-uroki-francuzkoyi-sistemi-oxoroni-zdorovya/>
2. Андрусів У.Я. Соціальна інфраструктура України: сучасні тенденції та перспективи розвитку. *Інфраструктура ринку*. 2023. Випуск 40. С. 25–29.
3. Андрусів У.Я., Юрченко Н.Б. Зарубіжний досвід фінансування систем охорони здоров'я. *Економічний простір*. 2022. № 150. С. 34–45.
4. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я : навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури.2018. 640 с.
5. Базарна О. В. Поняття, суть, природа публічного управління та державного управління. *Вісник Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля: Збірник наукових праць*. 2012. № 1. Ч. 2. С. 60–62.
6. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 2. С. 134–140.
7. Бондар В. Ю. Сутність поняття «організаційно-економічний механізм управління зовнішньоекономічною діяльністю підприємства» *Ефективна економіка*. 2022. № 8. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=6503>.
8. Боровець С. Критична ситуація з фінансовим забезпеченням закладів охорони здоров'я: цілеспрямований обман або глибокий прорахунок? *Профспілкові вісті* 2020. № 25. URL: <http://psv.org.ua/arts/region/view-4428.html>
9. Борщ В. І. Менеджмент та маркетинг в охороні здоров'я : навчальний посібник. Херсон : Олді+, 2022. 264 с.
10. Борщ В. І. Ринок охорони здоров'я України: аналіз сучасного стану та тенденції розвитку. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика*

управління. 2020. Том 19. Вип. 1 (44), С. 140-148. URL: <http://rinek.onu.edu.ua/article/view/198360/201446>

11. Гавриченко Д. Г. Механізми трансформації охорони здоров'я України в умовах пандемії COVID-19 *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2022. Вип. 29. С. 27–31. URL : <http://www.pag-journal.iei.od.ua/archives/2022/29-2022/5.pdf>.

12. Головаш О. В. Механізм забезпечення розвитку закладів охорони здоров'я АТ «Укрзалізниця» *Економічний простір*. 2022. № 152. С. 131-141. URL: <http://srd.pgasa.dp.ua:8080/handle/123456789/5535>.

13. Гомон Д. О., Денисова А. В. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія : Юридичні науки. 2023. № 4. С. 123–129.

14. Гринчук Ю. С., Шемігон О. І., Вихор М. В. Контроль як функція державного управління: економіко-правова сутність та механізм застосування. *Ефективна економіка*. 2023. № 4. URL: <http://ojs.dsau.dp.ua/index.php/efektyvnaekonomika/article/view/>

15. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. монографія : у 2 ч. / за заг.ред. проф. М.М. Білинської, Я.Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.

16. Дем'янчук О.П. Політика владна. Політична енциклопедія. / Редкол.: Ю. Левенець (голова), Ю. Шаповал (заст. голови) та ін. Київ : Парламентське видавництво, 2011. 810 с.

17. Державна політика: аналіз та механізми її впровадження : методичні рекомендації / уклад. : О.І. Кілієвич, В.В. Тертичка. Київ : НАДУ, 2009. 88 с.

18. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF>

19. Долотенко Є. В. Особливості державного управління системою охорони здоров'я в Україні. *Держава та регіони*. Сер.: Державне управління. 2023. № 1. С. 90–94.
20. Драгунов Д. М. Особливості фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні *Науковий журнал Причорноморські економічні студії*. 2022. № 38(2). С. 88–93.
21. Ефір національного телемарафону #UАразом. «Система охорони здоров'я України витримала виклик війни завдяки трансформації – голова НСЗУ». URL: <https://ua.interfax.com.ua/news/pharmacy/830169.html>
22. Жаховський В. О., Лівінський В. Г. Воєнно-медична доктрина України як інструмент державного управління ту формуванні системи медичного забезпечення військ і цивільного населення у воєнний час. *Вісник Національного університету оборони України*. 2023. № 6 (43). С. 397–403.
23. Женевська декларація, прийнята 2-ю Генеральною асамблеєю ВМА, Женева, Швейцарія, вересень 1948 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_001#Text.
24. Загальна декларація прав людини: Міжнародний документ від 10.12.1948 р. *Офіційний вісник України*. 2008. № 93. Ст. 89.
25. Захарченко П. В. Проекти в галузі інфраструктури: партнерство державного та приватного секторів. Київ : Павленко, 2017. 317 с.
26. Зборовська О. М. Економічний механізм управління розвитком промислового підприємства. *Інвестиції: практика та досвід*. 2022. № 2. С. 24–27. URL : http://www.investplan.com.ua/pdf/2_2022/7.pdf.
27. Звіт про роботу ДП «Електронне здоров'я» за 2018 рік. – URL: https://ehealth.gov.ua/wpcontent/uploads/2019/01/UKR_SoE-REPORT_2018.pdf
28. Здоров'я 2020: Основи європейської політики і стратегії для XXI століття. Всесвітня організація охорони здоров'я. *Європейське регіональне бюро*. 2013. 224 с.

29. Зима І. Я. Теоретичні підходи до визначення та формування механізмів державного управління. *Інвестиції: практика та досвід*. 2023. № 15. С. 85–89.

30. Інтерв'ю агентства «Інтерфакс-Україна». «Під час війни система охорони здоров'я України показала свою працездатність – голова Бюро ВООЗ в Україні». URL: <https://interfax.com.ua/news/interview/821272.html>

31. Інформаційні матеріали для розміщення у ЗОЗ / Національна служба здоров'я України. URL : <https://nszu.gov.ua/informaciini-materiali-dlia-rozmishennia-u-zoz>.

32. Калвер Т., Стиліану Н. Хто, де і скільки живе: 9 цікавих фактів про тривалість життя у світі. *BBC News*. 2018. – URL: <https://www.bbc.com/ukrainian/features-44127764>

33. Камінська Т. Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я в Україні. *Економічна теорія та право*. 2022. № 1(20). URL: <http://econtlaw.nlu.edu.ua/wp-content/uploads/2022/11/%E2%84%96-1-38-50.pdf>

34. Карлаш В. В. Державне регулювання сучасним станом охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід* 2020. № 1. С. 161 - 168. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/1_2020/28.pdf

35. Карпишин Н. І. Зарубіжний досвід фінансового забезпечення охорони здоров'я та можливості його використання в Україні. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/%d1%80%d1%83%d0%b1%8f.pdf>

36. Карпишин Н., Комуницька М. Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. *Світ фінансів*. 2022. № 1. <http://dspace.tneu.edu.ua/bitstream/316497/26425/1/%D0%9A%D0%90%D0%A0%D0%9F%D0%98%D0%9D.pdf>.

37. Кириченко Г.В. Інформаційно-комунікаційні механізми як інновації в системі формування позитивного іміджу органів державної влади. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського*. Серія : Державне управління. 2022. Том 30(69). № 6. С. 46–54.

38. Кожне робоче місце підключено до електронної системи охорони здоров'я. – URL: <https://nszu.gov.ua/academy/osnovni-kroki-2020/pidkluch-mic>
39. Козак В. І. Публічне управління в системі координат української державності *Ефективність державного управління*. 2022. Вип. 44 (1). С. 66–71.
40. Коляденко Н.В. Принципи біоетики як морально-правова основа розвитку системи охорони здоров'я в Україні. *Часопис Академії адвокатури України*. 2022. № 22 (1). С. 147–148.
41. Конституція України : від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР: Дата оновлення : 1 січ. 2020 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр#Text>
42. Копняк К.В. Оцінювання ефективності впровадження медичних інформаційних систем. *Економіка і організація управління*. 2022. № 2(26). С. 109–113.
43. Костенко Н. І., Марцінковський В. О. Особливості соціального забезпечення сфери охорони здоров'я: зарубіжний досвід. *Подільський науковий вісник. Науки: економіка, педагогіка*. 2022. № 3. С. 170–177.
44. Костюк В. С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. Серія: Економіка і менеджмент. 2022. Вип. 24 (2). С. 40–49. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2022_24%282%29__11
45. Кошова С.П., Михальчук В.М., Радиш Я.Ф. Єдиний медичний простір України – нова парадигма розвитку національної системи охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2021. № 9. 30.09.2021. URL: http://www.dy.nauka.com.ua/pdf/9_2021/32.pdf.
46. Краснова О. І. Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2022. № 7. URL : http://www.investplan.com.ua/pdf/7_2022/10.pdf.
47. Краснова О. І., Плужнікова Т. В. Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2022. № 7. С. 46–48.

48. Криничко Л. Р. Державне управління системою охорони здоров'я в умовах реформування: проблеми теорії та методології : монографія. Житомир : Вид. О. О. Євенок, 2020. 320 с.
49. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Волчек В. В. Управління змінами в системі охорони здоров'я України: історія та уроки пілотних регіонів: навч. Посіб.. Дніпро. 2021. 53 с.
50. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. Україна. *Здоров'я нації*. 2022. № 4 (52). URL: <https://repo.dma.dp.ua/4969/1/%D0%9B%D0%D1%85%D0%BD.pdf>.
51. Лисенко Ю. Організаційно-економічний механізм управління підприємством *Економіка України*. 2021. № 1. С. 86–89.
52. Логвиненко Б. О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика: монографія. Київ: «МП Леся», 2021. 244 с.
53. Медична реформа / Урядовий портал. URL : <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>
54. Микитюк В. М. Форми організації виробництва та оптимізація виробничої структури скотарських підприємств. *Науковий вісник ЛНУВМБТ ім. С. З. Гжиського*. 2022. Том 14, № 1(51). Ч. 1. С. 458–465.
55. Миськевич Т. Розвиток e-Health в контексті трансформації системи охорони здоров'я України. *Громадська думка про правотворення*. 2021. № 16 (181). С. 18–23. – URL: <http://nbuviar.gov.ua/images/dumka/2021/16.pdf>.
56. Міжнародний кодекс медичної етики, прийнятий 3-ю Генеральною Асамблеєю Всесвітньої Медичної Асоціації, Лондон, Англія, жовтень, 1949 р. Законодавство України. / Верховна Рада України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_002#Text.
57. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. *Вісник АПСВТ*. 2020. № 1–2. С.111–119.

58. Муромець Н. Є. Управління розвитком державно-приватного партнерства : монографія. Харків : Панов А. М., 2019. 201 с.
59. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. URL: <https://uoz.cn.ua/strategiya.pdf>
60. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. *Відомості Верховної Ради України*. 1993. № 4. Ст. 19.
61. Основні принципи реформи системи охорони здоров'я в Україні: Програма ООН із відновлення та розбудови миру. Тренінг «Стратегічне планування в охороні здоров'я на рівні госпітального округу». 28 с. URL: <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/ /migration/ua/p2-m1.pdf>.
62. Охріменко І. О. Фінансовий механізм системи охорони здоров'я. – URL :<https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstreamdownload/1/ =DF CF37959FFD>.
63. Палагнюк Ю.В. «Державна політика» та «публічна політика»: теоретичний аспект. *Наукові праці Чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу «Києво-Могилянська академія»*. Серія «Державне управління». 2022. Т. 181, Вип. 169. С. 63–67. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Npchdu_2022_181_169_14.
64. Паршикова А. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу). Інформаційна довідка, підготовлена Європейським інформаційно-дослідницьким центром на запит народного депутата України. URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf>
65. Плющ І. С. Місцеве самоврядування та економіка (до проблем ефективності законодавчих механізмів). *Економіка АПК*. 2022. – № 1. С. 3–9.
66. Поворозник М. Ю. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг. *Причорноморські економічні студії*. 2022. Вип. 14. С. 25–29. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses_2022_14_7
67. Політика та публічне управління у сфері охорони здоров'я : підручник у 2 т. / авт. кол. М.М. Білинська, Н.О. Васюк, Л.І. Жаліло та ін. ; ред. кол.: В.М. Князевич (голова), Т.П. Юрочко (заст. голови), Я.Ф. Радиш (заст.

голови), Л.І. Жаліло (заст. голови). Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ : НАДУ, 2017. Т. 1. 284 с.

68. Положення про Національну службу здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017. *Офіційний вісник України*. 2018. № 15. Ст. 29.

69. Попело О. Організаційно-економічний механізм запобігання корупції в органах влади в контексті забезпечення ефективного регулювання системи охорони здоров'я. *Вісник Хмельницького національного університету*. – 2022. – № 6, Т. 2. – С. 318-322. – URL: <http://journals.khnu.km.ua/vestnik/?p=16534>.

70. Приятельчук О. А. Система охорони здоров'я як механізм реалізації моделі загального добробуту в скандинавському регіоні. *Економіка та суспільство : електронне наукове фахове видання*. Мукачівський державний університет, 2022. № 19. С. 913–920. URL: http://www.economyandsociety.in.ua/journal/19_ukr/137.pdf

71. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 6 квітня 2017 р. № 2002-VIII. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19>

72. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3611-17#Text>

73. Про внесення змін до рішення обласної ради від 13.12.2019 р. № 535-20/VII «Про обласну програму «Здоров'я населення Дніпропетровщини на 2020-2024 роки» (зі змінами). Рішення Дніпропетровської обласної ради від 25.11.2022 р. № 242-14/VIII. URL : <https://oblrada.dp.gov.ua/rishennia/pro-vnesennia-zmin-do-rishennia-oblasno-184/>

74. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>

75. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України від 19.10.2017. № 2168-VII// Відомості Верховної Ради (ВВР), 2018, № 5, ст.31

76. Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики : Постанова Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2010 р. № 996. *Офіційний вісник України* 2010. № 84. Ст. 36.

77. Про затвердження Загального положення про санаторно-курортний заклад : Постанова Кабінету Міністрів України від 11.07.2001 № 805. *Офіційний вісник України*. 2001. № 28. Ст. 78.

78. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики : Постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 р. *Офіційний вісник України*. 2016. № 30. Ст. 18.

79. Про затвердження плану заходів з виконання Програми діяльності Кабінету Міністрів України та Стратегії сталого розвитку «Україна-2020» у 2015 році. Розпорядження КМУ №213 від 04.03.2015. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/213-2015-%D1%80#Text>

80. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України. Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 січня 2020 р. № 90.URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text>.

81. Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 15.07.1997 № 765. *Офіційний вісник України*. 1997. № 29. Ст. 61.

82. Про звіт про виконання Закону України «Про Державний бюджет України на 2020 рік» : постанова Верховної Ради України від 18 червня 2021 року № 1567-IX / Верховна Рада України. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1567-20#Text>.

83. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 7 грудня 2000 року № 1313/2000. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000#Text>.

84. Про ліцензування видів господарської діяльності : Закон України від 02.03.2015 р. *Відомості Верховної Ради України*. 2015. № 23. Ст. 1234.

85. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21.05.1997 р. *Офіційний вісник України*. 1999. № 25. Ст. 20.

86. Про місцеві державні адміністрації: Закон України від 09.04.1999 р. *Офіційний вісник України*. 1999. № 20. Ст. 190.

87. Про регіональну програму інформатизації «Дніпропетровщина: цифрова трансформація» на 2023-2025 роки». Рішення Дніпропетровської обласної ради від 14.10.2022 р. № 216-13/VIII. URL: <https://oblrada.dp.gov.ua/rishennia/pro-regionalnu-programu-informatiz/>

88. Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір»: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2011 р. N 1164-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-%D1%80#Text>.

89. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. Розпорядження КМУ №1013-р від 30.11.2016. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>

90. Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2020 р. № 1671-р. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-%D1%80#Text>

91. Про утворення Національної служби здоров'я України. Постанова КМУ № 1101 від 27.12.2017. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>

92. Роговий А. Концептуальні засади стратегічного управління сферою охорони здоров'я. *Науковий вісник Полісся*. 2022. № 2(25). С. 20–32.

93. Рябець Д. М. Державне регулювання сфери охорони здоров'я: принципи, механізм та інструменти. *Економічні горизонти*. 2022. – № 4(7). С. 164–174. URL: <http://eh.udpu.edu.ua/article/view/212757>.

94. Сергієнко Л. В., Криничко Л. Р., Петрик С. М., Малігон Ю. М. Розвиток державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я : монографія. Житомир : Вид. О. О. Євенок, 2020. 240 с.
95. Соколова А. А. Організаційно-економічний механізм функціонування кооперативів в Україні. *Вісник КНТЕУ*. 2022. № 9. С. 88–96.
96. Спільні дії для міцнішого здоров'я: Європейська програма роботи на 2020–2025 рр. Європейське регіональне бюро ВООЗ. Копенгаген. 2021. 64 с. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345924/WHO-EURO-2021-1919-41670-59496-ukr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
97. Торгун О. Десять проблем української медицини. Український інститут майбутнього 25 жовтня 2019 р. URL: <https://uifuture.org/publications/25139-heals-medecine-torgun/>
98. Трансформаційні процеси розвитку менеджменту у галузі охорони здоров'я / О. А. Мартинюк, В. І. Борщ, О. В. Рудінська, М. В. Данилко. *Ринкова економіка: сучасна теорія та практика управління*. 2021. Т. 20, Вип. 3 (49). С. 46–60.
99. ТСН. Стартувала медична реформа: яких кардинальних змін чекати 2018 року: URL: <https://tsn.ua/ukrayina/startovala-medichna-reforma-yakih-kardinalnih-zmin-chekati-2018-roku1075060.html>.
100. Тульчинська С. О. Функціонування організаційно-економічного механізму інноваційного процесу. *Стратегічні пріоритети*. 2022. № 1(6). С. 89–95.
101. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019 : спільний звіт ВООЗ і Світового банку. *Всесвітня організація охорони здоров'я*. 2019. 98 с.
102. Український медичний портал. Як працює система охорони здоров'я Канади. URL: <https://med-ukraine.info/news/2021/yak-pracyuye-sistema-ohoroni-zdorov-ya-kanadi-535>
103. Федоренко Т. А. Міжнародні стандарти партисипаторної демократії як підґрунтя забезпечення участі громадськості в державному управлінні у

сфері охорони здоров'я в Україні. *Вісник Нац. акад. держ. упр. при Президентові України*. Серія : Державне управління. 2020. № 3. С. 95–102.

104. Чепурна А.В. Публічна та державна політика: спільне та відмінне. URL: <https://otherreferats.allbest.ru/political>.

105. Черчата А. О., Тарасова Т. О., Штогрин М.В. Інформаційно-аналітичне забезпечення управління сталим розвитком інституціональних одиниць *Науковий вісник Івано-Франківського національного технічного університету нафти і газу*. Серія «Економіка та управління в нафтовій і газовій промисловості». 2020. № 2(22). С. 99–108.

106. Шекера О. Г. Стан реформування системи охорони здоров'я в Україні (аналітичний огляд). *Здоров'я мужчини*. 2023. № 3 (48). С. 25–30.

107. Яремко І. І. Підвищення ефективності механізмів управління закладами сфери охорони здоров'я *Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення та проблеми розвитку*. 2021. № 2(6). URL: <https://science.lpnu.ua/sites/default/files/journalpaper/2021/nov/25522/nzmened-127-139.pdf>

108. Яремчук О. Кращі зарубіжні практики в сімейній медицині: досвід для України. *Державне управління: удосконалення та розвиток* : електрон. вид. 2022. № 11. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/index.php?op=1&z=1337>