

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЧОРНОМОРСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ПЕТРА МОГИЛИ**



Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ГАВРИЧЕНКО ДМИТРО ГЕОРГІЙОВИЧ

УДК: 351.77(477)

**ДИСЕРТАЦІЯ
ПУБЛІЧНІ МЕХАНІЗМИ ТРАНСФОРМАЦІЇ ТА РОЗВИТКУ СФЕРИ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

Спеціальність 25.00.02 – механізми державного управління

Подається на здобуття наукового ступеня
доктора наук з державного управління

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Л.Г.Гавриченко

Науковий консультант
Антонова Людмила Володимирівна,
доктор наук з державного управління, професор

Миколаїв – 2022

АНОТАЦІЯ

Гавриченко Д.Г. Публічні механізми трансформації та розвитку сфери охорони здоров'я України. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 – механізми державного управління. – Чорноморський національний університет імені Петра Могили Міністерства освіти і науки України, Миколаїв, 2022.

У дисертаційній роботі обґрунтовано теоретико-методичні підходи та розроблено науково-практичні рекомендації щодо реалізації публічних механізмів трансформацій та розвитку охорони здоров'я України (нормативно-правового, інституційного, фінансового, кадрового механізмів, механізму надання електронних послуг) в умовах сталого розвитку та викликів сучасності.

У першому розділі узагальнено механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я, які реалізовано в іноземній практиці (фінансовий, інформаційний, інституційний, організаційний механізми) та вітчизняних реаліях (інституційний, економічний, організаційний, правовий, фінансовий, інформаційний, кадровий, механізм державно-приватного партнерства). Визначено базовий механізм реалізації публічної політики в зазначеній галузі (інституційний, організаційний, економічний, кадровий, фінансовий, інформаційний, правовий, публічно-приватного партнерства) з урахуванням глобальних викликів, пандемічного загострення та євроінтеграційних домовленостей, реалізація якого має забезпечуватись такими інструментами публічних трансформацій, як технологія блокчейн, інформаційно-комунікаційні інструменти, відповідно до означених напрямів: ефективна й доступна система охорони здоров'я, підвищення якості та безпеки медичної допомоги, розвиток первинної медичної допомоги, поєднання державно-приватного забезпечення та медичного страхування.

У другому розділі роботи узагальнено методологічні підходи до класифікації законодавства у сфері охорони здоров'я, нормативно-правової бази реформування сфери охорони здоров'я України. Запропоновано механізм

нормативно-правового забезпечення розвитку охорони здоров'я, який включає міжнародний, національний та регіональний рівні. Визначено принципи реалізації механізму нормативно-правового забезпечення розвитку охорони здоров'я та основні стратегічні вектори забезпечення високоякісної та ефективної державної політики України у сфері охорони здоров'я, які дадуть змогу адаптувати програмні документи сфери охорони здоров'я Цілям сталого розвитку.

Удосконалено інституційний механізм державного управління системою охорони здоров'я на основі визначення основних функцій, завдань, організації діяльності міжнародних, національних та регіональних інститутів державної політики, інструментів (нормативно-правові, фінансові, економічні, інформаційно-комунікаційні, дослідження та розробки, освітні та просвітницькі) та методів (організаційні, економічні, психологічні, спеціальні, адміністративні, цифрові технології) їх реалізації на центральному та регіональному рівнях управління.

Дослідження фінансового забезпечення підтримки медичної галузі в умовах пандемії дало можливість виділити ключові проблеми фінансування галузі. Для підвищення ефективності використання бюджетних ресурсів на різних рівнях державного управління та забезпечення сталого розвитку сфери охорони здоров'я виділено напрями трансформацій публічних фінансових механізмів забезпечення сфери охорони здоров'я, реалізація яких можлива відповідно до принципів універсальності, справедливості, прозорості, підзвітності, ефективності, вільного вибору, конкуренції постачальників, субсидіарності та фінансового захисту.

У третьому розділі систематизація міжнародного досвіду забезпечення систем охорони здоров'я на основі індикаторів (громадське здоров'я, доступ до лікарських засобів, надання послуг в охороні здоров'я та фінансування, кадрові ресурси системи охорони здоров'я) та рівня розвитку системи охорони здоров'я за міжнародними рейтингами доводить, що стратегічними цілями функціонування всіх систем охорони здоров'я є забезпечення спроможної

системи громадського здоров'я, доступності і якості медичних послуг. Порівняльний аналіз результатів упровадження публічних механізмів у сферу охорони здоров'я в умовах пандемії в Румунії, Молдові, Угорщині, Словаччині, Польщі, Україні дав змогу визначити фактори ризику сфери охорони здоров'я та ключові пріоритети сфери охорони здоров'я.

Спрогнозовано адаптовані індикатори досягнення Цілі 3 Цілей сталого розвитку в Україні, регламентованих у Національній доповіді «Цілі сталого розвитку: Україна на період до 2030 року», за допомогою статистичних функцій Excel, в основу яких покладена лінійна регресія. Доведено необхідність реалізації публічних механізмів трансформації сфери охорони здоров'я, що відповідають викликам сучасності. З урахуванням основ стратегії реформування медичної галузі, стратегічних змін діяльності уряду в умовах пандемії та повномасштабного військового вторгнення Російської Федерації на територію України визначено трансформаційні напрями публічних механізмів розвитку системи охорони здоров'я в умовах реформування, пандемії та воєнного стану, реалізація яких забезпечить досягнення сталого розвитку сфери охорони здоров'я України.

Запропоновано алгоритм дій щодо забезпечення спроможної системи громадського здоров'я. У контексті трансформації публічних механізмів регулювання сфери охорони здоров'я на місцевому рівні виділено пріоритетні напрями для залучення громади до трансформації публічних механізмів регулювання охорони здоров'я в умовах децентралізації України.

Розроблено науково-методичний підхід до оцінки відповідності системи охорони здоров'я регіонів України (Вінницька, Одеська, Рівненська, Львівська та Харківська області, які мають найкращі індикатори досягнення Цілі 3 Цілей сталого розвитку в Центральній, Південній, Північній, Західній та Східній Україні, відповідно) Цілям сталого розвитку за показниками (кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, рівень захворюваності на активний туберкульоз, кількість виписаних електронних рецептів, кількість проведених щеплень проти COVID-19, обсяг додаткових дотацій місцевим бюджетам,

видатків медичним закладам, що уклали договір з НСЗУ, рівень забезпеченості практикуючими лікарями на 10 тис. населення, середня кількість декларацій на одного лікаря). За результатами оцінювання регіонів за допомогою пелюсткової діаграми в полярній системі координат визначено пріоритети розвитку регіонів, що досліджувались.

У четвертому розділі роботи на основі дослідження міжнародного досвіду впровадження державних електронних послуг у систему охорони здоров'я (Австралія, Аргентина, Бразилія, Канада, Колумбія, Корея, Мексика, США), європейського досвіду надання електронних послуг (Великобританія, Естонія, Іспанія, Італія, Мальта, Німеччина, Норвегія, Румунія, Фінляндія, Франція, Швейцарія, Швеція) визначено напрями реалізації механізму надання електронних послуг в Україні. Реалізація зазначених напрямів з використанням інструментів публічних механізмів (регуляторні, фінансові, технічна інфраструктура) дасть змогу підвищити ефективність електронних форм взаємодії держави та громадян і забезпечити розвиток цифрового здоров'я в Україні.

У п'ятому розділі доведено необхідність трансформацій у механізмах публічного управління щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я за умов дотримання міжнародних стандартів. Визначено напрями вдосконалення кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я відповідно до ключових пріоритетів трансформації та стратегічні механізми кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я, які потребують трансформації на найближчу перспективу. На основі узагальнення нормативно-правового, інституційного, фінансового механізму забезпечення реформ та трансформацій у медичній галузі сформовано стратегічну матрицю реалізації публічних механізмів трансформації та розвитку сфери охорони здоров'я України, яка включає аналіз таких елементів, як цілі, завдання, принципи, інструменти на міжнародному, національному, регіональному рівнях. Визначено спільні та відмінні риси кожного компонента на відповідному рівні. В умовах пандемії та оголошеного в Україні воєнного стану для досягнення Цілей сталого розвитку визначено

напрями реалізації публічних механізмів трансформації у сфері охорони здоров'я України: нормативно-правового, інституційного, фінансового, кадрового механізму забезпечення, механізму надання електронних послуг, упровадження яких дасть змогу забезпечити позитивні результати у напрямі досягнення ЦСР як на рівні регіонів України, так і на світовому ринку.

Ключові слова: державне управління, публічний механізм, реформування, трансформація, регіональний розвиток, регіон, сталий розвиток, охорона здоров'я.

ANNOTATION

Havrychenko D.G. Public mechanisms of transformation and development of the healthcare sector of Ukraine. - Manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Science in public administration, specialty 25.00.02 - mechanisms of public administration. – Petro Mohyla Black Sea National University of the Ministry of Education and Science of Ukraine, Mykolaiv, 2022.

The dissertation substantiates theoretical and methodological approaches and develops scientific and practical recommendations for the implementation of public mechanisms of transformations and development of healthcare in Ukraine (regulatory-legal, institutional, financial, personnel mechanisms, the mechanism for providing electronic services) in the conditions of sustainable development and modern challenges .

The first chapter summarizes the mechanisms of public administration in the field of health care, which are implemented in foreign practice (financial, informational, institutional, organizational mechanisms) and domestic realities (institutional, economic, organizational, legal, financial, informational, personnel, the mechanism of state private partnership). The basic mechanism for the implementation of public policy in the specified field (institutional, organizational, economic, personnel, financial, informational, legal, public-private partnership) has been defined, taking into account global challenges, pandemic exacerbation and European

integration agreements, the implementation of which should be ensured by such tools of public transformations as blockchain technology, information and communication tools, in accordance with the specified directions: effective and affordable health care system, improvement of the quality and safety of medical care, development of primary medical care, combination of public-private support and medical insurance.

The second chapter of the work summarizes the methodological approaches to the classification of legislation in the field of health care, the legal framework for reforming the health care sector of Ukraine. A mechanism of regulatory and legal support for the development of health care is proposed, which includes international, national and regional levels. The principles of implementation of the mechanism of regulatory and legal support for the development of health care and the main strategic vectors of ensuring high-quality and effective state policy of Ukraine in the field of health care have been determined, which will make it possible to adapt the program documents of the field of health care to the Sustainable Development Goals.

The institutional mechanism of state management of the health care system has been improved based on the definition of the main functions, tasks, organization of activities of international, national and regional institutes of state policy, instruments (normative-legal, financial, economic, information-communication, research and development, educational and enlightenment) and methods (organizational, economic, psychological, special, administrative, digital technologies) of their implementation at the central and regional levels of management.

The study of financial support for the medical industry in the conditions of the pandemic made it possible to highlight the key problems of financing the industry. In order to increase the efficiency of the use of budgetary resources at various levels of state administration and ensure the sustainable development of the health care sector, the directions of transformation of public financial mechanisms for the provision of health care are highlighted, the implementation of which is possible in accordance with the principles of universality, justice, transparency, accountability, efficiency, free choice, supplier competition, subsidiarity and financial protection.

In the third chapter, the systematization of the international experience of providing health care systems based on indicators (public health, access to medicines, provision of health care services and financing, personnel resources of the health care system) and the level of development of the health care system according to international ratings, proves that the strategic goals of the functioning of all health care systems are to ensure a capable public health system, accessibility and quality of medical services. A comparative analysis of the results of the implementation of public mechanisms in the field of health care in the context of a pandemic in Romania, Moldova, Hungary, Slovakia, Poland, and Ukraine made it possible to determine risk factors in the field of health care and key priorities in the field of health care.

Adapted indicators of achievement of Goal 3 of the Sustainable Development Goals in Ukraine, regulated in the National Report "Sustainable Development Goals: Ukraine for the period until 2030", were predicted using Excel statistical functions based on linear regression. The need to implement public mechanisms for the transformation of the health care sector that meet the challenges of modern times has been proven. Taking into account the fundamentals of the strategy of reforming the medical industry, strategic changes in the government's activities in the context of the pandemic and the full-scale military invasion of the Russian Federation on the territory of Ukraine, the transformational directions of public mechanisms for the development of the health care system in the context of reform, pandemic and martial law have been determined, the implementation of which will ensure the achievement of sustainable development sphere of health care of Ukraine.

An algorithm of actions to ensure a capable public health system is proposed. In the context of the transformation of public mechanisms for the regulation of health care at the local level, the priority areas for involving the community in the transformation of public mechanisms for the regulation of health care in the conditions of decentralization of Ukraine are highlighted.

A scientific and methodological approach was developed to assess the compliance of the health care system of the regions of Ukraine (Vinnytsia, Odesa,

Rivne, Lviv and Kharkiv regions, which have the best indicators of achieving Goal 3 of the Sustainable Development Goals in Central, Southern, Northern, Western and Eastern Ukraine, respectively) for the purposes of sustainable development by indicators (the number of registered cases of HIV infection, the incidence rate of active tuberculosis, the number of issued electronic prescriptions, the number of vaccinations against COVID-19, the volume of additional subsidies to local budgets, expenditures to medical institutions that have signed a contract with the National Health Service, the level provision of practicing physicians per 10,000 population, average number of declarations per physician). According to the results of the evaluation of the regions using a petal diagram in the polar coordinate system, the development priorities of the studied regions were determined.

In the fourth chapter of the work, based on the study of the international experience of introducing public electronic services into the health care system (Australia, Argentina, Brazil, Canada, Colombia, Korea, Mexico, the USA), the European experience of providing electronic services (Great Britain, Estonia, Spain, Italy, Malta, Germany, Norway, Romania, Finland, France, Switzerland, Sweden) defined directions for the implementation of the mechanism for providing electronic services in Ukraine. The implementation of the specified directions using the tools of public mechanisms (regulatory, financial, technical infrastructure) will make it possible to increase the effectiveness of electronic forms of interaction between the state and citizens and ensure the development of digital health in Ukraine.

In the fifth chapter, the need for transformations in the public management mechanisms with regard to personnel support in the health care sector under the conditions of compliance with international standards is proven. The areas of improvement of human resources in the field of health care in accordance with the key priorities of transformation and strategic mechanisms of human resources in the field of health care, which require transformation in the near future, have been determined. Based on the generalization of the regulatory, institutional, and financial mechanism for ensuring reforms and transformations in the medical field, a strategic matrix for the implementation of public mechanisms for transformation and

development of the health care sector of Ukraine was formed, which includes an analysis of such elements as goals, tasks, principles, tools at the international level, national level, regional levels. The common and distinctive features of each component at the corresponding level are determined. In the conditions of the pandemic and the declared state of war in Ukraine, in order to achieve the Sustainable Development Goals, the directions for the implementation of public transformation mechanisms in the sphere of health care of Ukraine have been determined: regulatory, legal, institutional, financial, personnel support mechanism, the mechanism for the provision of electronic services, the implementation of which will make it possible to ensure positive results in the direction of achieving the SDGs both at the level of the regions of Ukraine and on the world market.

Keywords: public administration, public mechanism, reform, transformation, regional development, region, sustainable development, health care.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Монографії

1. Гавриченко Д.Г. Публічні механізми трансформації та розвитку сфери охорони здоров'я України: проблеми теорії та методології: монографія. Київ: ВД «Освіта України», 2022. 434 с.

2. Гавриченко Д.Г. Міжнародний досвід використання державних електронних послуг в сфері охорони здоров'я. Modern aspects of science [колективна монографія]. Publishing Group «Vědecká perspektiva», 2021, Czech Republic, pp.433-445 (p.10.2).

Статті Scopus, WEB

3. Гавриченко Д.Г., Козирєва О.В., Попова Т.О., Сергієнко Л.В. Механізм фінансування охорони здоров'я України в умовах трансформацій. *Financial and credit activity: problems of theory and practice*. 2022. № 1(42). С. 125-133.

(включено до IndexCopernicus (Республіка Польща), GoogleScholar (США), WebofSciences) (заг. обсяг 0,8 д.а., особисто автору належить 0,2 д.а.: визначено ефективні напрями механізму фінансування сфери охорони здоров'я в Україні в умовах трансформації системи та реформування).

4. Liudmyla Antonova, Dmytro Havrychenko, Roman Primush, Vitalii Kropyvnytskyi, Violeta Tohobytska. Modern Aspects of SMART-Management of the Region in the Context of the Development of Public Administration. *IJCSNS. International Journal of Computer Science and Network Security*. 2022. Vol. 22. №5, pp. 469-474. (включено WebofSciences) (заг. обсяг 0,6 д.а., особисто автору належить 0,1 д.а.: визначено основні аспекти SMART-менеджменту регіону в контексті розвитку державного управління).

5. Sytnyk Yosyf, Havrychenko Dmytro, Staverska Tetiana, Primush Roman, Erfan Vitalii. The Main Negative Factors of Military Influence on the Economic Environment of the Region and its Financial and Economic Security. *IJCSNS. International Journal of Computer Science and Network Security*. 2022. Vol. 22. №6, pp. 241-245. (включено WebofSciences) URL: http://paper.ijcsns.org/07_book/202206/20220633.pdf (включено до WebofSciences) (заг. обсяг 0,5 д.а., особисто автору належить 0,1 д.а.: визначено основні фактори впливу на розвиток регіонів та його фінансово-економічну безпеку).

Статті у наукових фахових виданнях України

6. Гавриченко Д.Г. Теоретичні підходи реформування механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я. *Публічне управління та регіональний розвиток*. 2022. №1. С.68-85. (включено до CrossRef, WorldCat, GoogleScholar (США), EurasianScientificJournalIndex (Казахстан), Scilit (Швейцарія), Dimensions (Великобританія), IndexCopernicus (Республіка Польща), Переліку наукових фахових видань України (категорія «Б») з державного управління) (заг. обсяг 1,0 д.а.).

7. Гавриченко Д.Г. Сучасні публічні механізми трансформацій у сфері охорони здоров'я у зарубіжних країнах *Держава та регіони*. 2022. №1. С. 12-17. (включено до IndexCopernicus (Республіка Польща), GoogleScholar (США), Переліку наукових фахових видань України (категорія «Б») з публічного управління) (заг. обсяг 0,6 д.а.).

8. Гавриченко Д.Г. Державні механізми надання електронних послуг в медичній галузі: європейський аспект. *Публічне управління та адміністрування в Україні*. 2022. №28. С.62-65. (включено до IndexCopernicus (Республіка Польща), Переліку наукових фахових видань України (категорія «Б») з державного управління) (заг. обсяг 0,6 д.а.).

9. Гавриченко Д.Г. Нормативно-правовий механізм забезпечення реформи сфери охорони здоров'я України *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського*. 2022. Т.33 (72). № 2. С. 22-28. (включено до IndexCopernicus (Республіка Польща), Переліку наукових фахових видань України (категорія «Б») з державного управління) (заг. обсяг 0,6 д.а.).

10. Гавриченко Д.Г. Механізми трансформації охорони здоров'я України в умовах пандемії COVID-19. *Публічне управління та адміністрування в Україні*. 2022. №29. С.27-31. (включено до IndexCopernicus (Республіка Польща), Переліку наукових фахових видань України (категорія «Б») з державного управління) (заг. обсяг 0,5 д.а.).

11. Гавриченко Д. Г. Освітні трансформації у сфері охорони здоров'я України. *Публічне адміністрування та національна безпека*. 2022. №3. URL: <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2022-3-8027> (включено до IndexCopernicus (Республіка Польща), CrossRef, GoogleScholar (США), Переліку наукових фахових видань України (категорія «Б») з державного управління) (заг. обсяг 0,5 д.а.).

12. Гавриченко Д.Г. Трансформація пріоритетів розвитку системи охорони здоров'я України в умовах воєнного стану. *Наукові перспективи*. 2022. №5(23). С.48-60. (включено до IndexCopernicus (Республіка Польща),

GoogleScholar (США), Переліку наукових фахових видань України (категорія «Б») з державного управління) (заг. обсяг 0,9 д.а)

13. Гавриченко Д.Г. Міжнародний досвід забезпечення спроможної системи громадського здоров'я. *Наукові інновації та передові технології*. 2022. № 6(8). С. 470-480. Серія: Державне управління. (включено до IndexCopernicus (Республіка Польща), Переліку наукових фахових видань України (категорія «Б») з державного управління) (заг. обсяг 0,7 д.а)

14. Гавриченко Д.Г. Сучасний стан сфери охорони здоров'я України. *Наукові перспективи*. 2022. №6 (24). С. 611-621. Серія: Державне управління. (включено до IndexCopernicus (Республіка Польща), GoogleScholar (США), Переліку наукових фахових видань України (категорія «Б») з державного управління) (заг. обсяг 0,8 д.а)

15. Гавриченко Д.Г. Охорона здоров'я в умовах загроз від COVID-19: законодавчі механізми Європейського союзу. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського*. 2022. Т.33(72). №1. С. 35-39. Серія: Державне управління.(включено до IndexCopernicus (Республіка Польща), Переліку наукових фахових видань України (категорія «Б») з державного управління) (заг. обсяг 0,5 д.а.).

16. Гавриченко Д. Г. Трансформації системи охорони здоров'я в умовах децентралізації України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2022. № 3. С. 72–76. (включено до IndexCopernicus (Республіка Польща), GoogleScholar (США) (заг. обсяг 0,5 д.а.).

17. Гавриченко Д.Г. Державне регулювання трансформацій у сфері охорони здоров'я України. *Наукові інновації та передові технології*. 2022. №1(3). С.21-34. Серія: Державне управління. (включено до IndexCopernicus (Республіка Польща), GoogleScholar (США), ResearchBible, Переліку наукових фахових видань України (категорія «Б») із права(заг. обсяг 0,9 д.а.).

18. Гавриченко Д.Г. Публічні механізми трансформацій у формуванні кадрового потенціалу галузі охорони здоров'я. *Публічне управління та регіональний розвиток*. 2022. №2. С. 62 -82 (включено до CrossRef, WorldCat,

GoogleScholar (США), EurasianScientificJournalIndex (Казахстан), Scilit (Швейцарія), Dimensions (Великобританія), IndexCopernicus (Республіка Польща), Переліку наукових фахових видань України (категорія «Б») з державного управління (заг. обсяг 0,8 д.а.).

19. Гавриченко Д.Г. Трансформації кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2022. № 6. (URL: <http://www.dy.nayka.com.ua> (включено до IndexCopernicus (Республіка Польща), GoogleScholar (США), Переліку наукових фахових видань України (категорія «Б») (заг. обсяг 0,4 д.а.).

20. Гавриченко Д. Г Economic transformations of health care in Ukraine in wartime conditions. *Публічне адміністрування та національна безпека*. 2022. №4. URL: <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2022-4-8101> (включено до IndexCopernicus (Республіка Польща), GoogleScholar (США), Переліку наукових фахових видань України (категорія «Б») з державного управління) (заг. обсяг 0,8 д.а.).

21. Гавриченко Д.Г. Глобальні та європейські виклики щодо трансформації системи охорони здоров'я в Україні. *Публічне управління та регіональний розвиток*. Миколаїв. 2021. №14. С. 890-912. (включено до CrossRef, WorldCat, GoogleScholar (США), EurasianScientificJournalIndex (Казахстан), Scilit (Швейцарія), Dimensions (Великобританія), IndexCopernicus (Республіка Польща), Переліку наукових фахових видань України (категорія «Б») з державного управління) (заг. обсяг 1,2 д.а.).

22. Гавриченко Д. Г. Розвиток державної електронної системи охорони здоров'я в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. №22. С.120-125. Серія: Державне управління. (включено до IndexCopernicus (Республіка Польща), GoogleScholar (США) (заг. обсяг 0,6 д.а.).

23. Гавриченко Д.Г. Публічні інструменти інформатизації сфери охорони здоров'я в умовах пандемії COVID-19 у світі. *Наукові перспективи*. 2021. №11(17). С.445-453. (включено до Index Copernicus (Республіка Польща),

GoogleScholar (США), Переліку наукових фахових видань України (категорія «Б») з державного управління) (заг. обсяг 0,6 д.а.).

24. Гавриченко Д.Г. Інституційне забезпечення реформування сфери охорони здоров'я України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. №9. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1750> (включено до IndexCopernicus (Республіка Польща), GoogleScholar (США), Переліку наукових фахових видань України (категорія «Б») (заг. обсяг 0,5 д.а.).

Опубліковані праці у виданнях апробаційного характеру

25. Гавриченко Д.Г. Публічне управління у сфері охорони здоров'я на регіональному та місцевому рівнях. *Розвиток територіальних громад: правові, економічні та соціальні аспекти*: матеріали II Міжнар.наук.-практ.конф. (м.Миколаїв, 9 червня, 2022 р.). Миколаїв, 2022. С. 214-215. (0,1 д.а.).

26. Гавриченко Д.Г. Глобальні виклики для сфери охорони здоров'я в сучасних умовах. *Наука, технології, інновації: тенденції розвитку в Україні та світі*: матеріали наук.-практ. конф. (м. Полтава, 27-28 травня 2022 р.). Полтава, 2022. С.42-44. (0,1 д.а.).

27. Гавриченко Д.Г. Особливості управління державними підприємствами у сфері охорони здоров'я. *Управління економічними процесами на макро- і мікрорівні: проблеми та перспективи вирішення*: матеріали V Міжнар. наук.-практ. Інтернет-конф. молодих вчених (м.Львів, 25-26 травня 2022 р.). Львів: Видавництво Львівської політехніки, 2022. С. 87. (0,1 д.а.).

28. Гавриченко Д.Г. Роль міжнародних інституцій у сфері охорони здоров'я. *Держава XXI століття: погляд молоді*: матеріали Всеукр. наук.-практ. onlineконф. здобувачів вищої освіти і молодих учених (м.Житомир, 17 травня 2022 р.). Житомир, 2022. С.381-382. (0,2 д.а.).

29. Гавриченко Д.Г. Міжнародна інституційна співпраця у сфері охорони здоров'я. *Правові засади організації та здійснення публічної влади*:

матеріали V Міжнар. наук.-практ. конф. (м.Хмельницький, 17 червня, 2022 р.), Хмельницький, 2022. С. 77-78. (0,2 д.а.).

30. Гавриченко Д.Г. Публічні механізми реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Публічне управління в Україні: виклики сьогодення та глобальні імперативи*: матеріали Міжнар. наук.-практ. Інтернет-конф. (м.Хмельницький, 11 лютого 2022 р.), Хмельницький, 2022. С. 104-106. (0,2 д.а.).

31. Гавриченко Д.Г. Державні цифрові інструменти розвитку електронної медицини в умовах пандемії. *Публічне управління: проблеми та перспективи*: матеріали Міжнар. наук.-практ. Інтернет-конф. (м. Харків, 26 листопада 2021 р). Харків, 2021. С. 115-119. (0,1 д.а.).

32. Гавриченко Д.Г., Попова Т.О. Державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я України. *Публічне управління: проведення реформи в Україні*: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (м.Покровськ, 9-10 грудня 2021р). Покровськ, 2021. С. 67-69. (заг. обсяг 0,2 д.а., особисто автору належить 0,1 д.а.: обґрунтовано значення державно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я).

33. Гавриченко Д.Г. Публічні комунікації в сфері охорони здоров'я. *Реформування процесів публічного управління в сфері освіти та науки України у глобалізаційному та інформаційному суспільстві*: матеріали III міжнар. наук.-практ. конф. (м.Переяслав, 29 жовтня 2021 року). Переяслав, 2021. С.52-55. (0,1 д.а.).

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	19
ВСТУП.....	22
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПОЛОЖЕННЯ РЕФОРМУВАННЯ ТА ТРАНСФОРМАЦІЙ ПУБЛІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	35
1.1. Теоретичні підходи щодо розвитку сталих механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я.....	35
1.2. Глобальні та європейські виклики щодо трансформації системи охорони здоров'я в Україні.....	56
1.3. Стратегічні завдання реформування сфери охорони здоров'я в Україні.....	76
Висновки до розділу 1.....	84
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ТРАНСФОРМАЦІЙ ТА РОЗВИТКУ ПУБЛІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	87
2.1. Розвиток нормативно-правового механізму забезпечення реформ та трансформацій у сфері охорони здоров'я.....	87
2.2. Інституційне середовище сфери охорони здоров'я України.....	128
2.3. Трансформації інституційного та фінансового механізмів державного управління системою охорони здоров'я.....	142
Висновки до розділу 2.....	168
РОЗДІЛ 3. ОЦІНКА ПУБЛІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ ТРАНСФОРМАЦІЙ ТА РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.	171
3.1. Оцінка системи охорони здоров'я у світі та в Україні.....	171
3.2. Механізми сталого розвитку сфери охорони здоров'я в Україні.....	192
3.3. Публічні механізми регулювання охорони здоров'я в умовах децентралізації.....	229

Висновки до розділу 3.....	262
РОЗДІЛ 4. ТРАНСФОРМАЦІЯ ПУБЛІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ НАДАННЯ ЕЛЕКТРОННИХ ПОСЛУГ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	266
4.1. Міжнародний досвід впровадження державних електронних послуг у систему охорони здоров'я	266
4.2. Державні електронні послуги у сфері охорони здоров'я України	298
4.3. Механізми впровадження та розвитку електронної системи охорони здоров'я.....	304
Висновки до розділу 4.....	313
РОЗДІЛ 5. ШЛЯХИ РОЗВИТКУ ПУБЛІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ ТРАНСФОРМАЦІЇ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	315
5.1. Механізми формування та розвитку кадрових ресурсів у сфері охорони здоров'я.....	315
5.2. Освітні трансформації у підготовці фахівців у сфері охорони здоров'я.....	330
5.3. Напрями реалізації публічних механізмів трансформації та розвитку сфери охорони здоров'я України.....	346
Висновки до розділу 5.....	357
ВИСНОВКИ.....	360
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	368
ДОДАТКИ.....	411

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ACI Europe	Airports Council International
CFE	Contingency Fund for Emergencies
CGM	CompuGroup Medical
EHDS	European Health Data Space
EHR	Electronic Health Records
EMR	Electronic Medical Record
e-PP	E-Patient Portal
GDHI	Global Health Security Index
MyHR	My Health Record
PHR	Personal Health Record
ROR	Програма репертуарних операцій
USAID	United States Agency for International Development
AEC	атомна електростанція
БЗР	безпека та здоров'я на роботі
ВВП	валовий внутрішній продукт
ВМА	Всесвітня медична асоціація
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГІБЗ	Глобальний індекс безпеки здоров'я
ДП МЗУ	Державне підприємство «Медичні закупівлі України»
ДПП	державно-приватне партнерство
ДТП	дорожньо-транспортна пригода
ЕМК	електронна медична картка
ЕСОЗ	електронна система охорони здоров'я
ЄС	Європейський Союз
ЄРБ	Європейське регіональне бюро

ІГ	Ініціативна група
ІКТ	інформаційно-комунікативна технологія
КМУ	Кабінет Міністрів України
КРОЗ	кадрові ресурси системи охорони здоров'я
ЛЗ	лікарський засіб
МВ	медичний вироб
МВФ	Міжнародний валютний фонд
МІС	медична інформаційна система
МКФ	міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я
МЛС-ТБ	туберкульоз з множинною лікарською стійкістю
ММСП	Міжнародні медико-санітарні правила
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МРТ	магнітно-резонансна томографія
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
НТГЕІ	Національна технічна група експертів з питань імунопрофілактики
ОЕСР	Організація економічного співробітництва та розвитку
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ПМД	первинна медична допомога
ПМСД	первинна медико-санітарна допомога
ПРООН	Програма розвитку ООН
РКБТ	Рамкова конвенція ВООЗ боротьби проти тютюну
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
СОЗ	система охорони здоров'я
ТБ	туберкульоз
УЗД	ультразвукова діагностика
УПО	Універсальний періодичний огляд

УПОЗ	універсальне охоплення послугами охорони здоров'я
Центр	Центр громадського здоров'я
ЦК	Цивільний кодекс
ЦКПХ	Центр контролю та профілактики хвороб
ЦОВВ	центральний орган виконавчої влади
ЦСР	Цілі сталого розвитку
ШІ	штучний інтелект

ВСТУП

Трансформації в публічному управлінні, які були обумовлені Стратегією реформування державного управління починаючи з 2015 року, позначилися на всіх системах та механізмах публічного управління у різних сферах та галузях економіки України. В умовах натиску неінфекційних та інфекційних захворювань, пандемії COVID-19, руйнування загальної інфраструктури країни та систем життєзабезпечення громадян України внаслідок військової агресії проти України у 2014 та 2022 рр., сфера охорони здоров'я є пріоритетом державної політики уряду. Формування публічних механізмів трансформацій та розвитку охорони здоров'я України набувають особливого значення в реалізації політики України щодо досягнення Цілей сталого розвитку. Важливість розвитку сфери охорони здоров'я, створення відповідної національної політики та стратегій її реалізації є одним із ключових завдань, поставлених урядом, які визначено в Цілях сталого розвитку України на період до 2030 року, Національній економічній стратегії, Стратегії економічної безпеки України на період до 2025 року, Національній стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року, Стратегії людського розвитку, Національній стратегії у сфері прав людини.

Сфера охорони здоров'я України в сучасних умовах перебуває в пошуку шляхів виходу з кризової ситуації та побудови моделі розвитку, наближеної до європейських стандартів. 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 реалізації публічних механізмів трансформацій охорони здоров'я України з урахуванням викликів сучасності (пандемії COVID-19 та воєнного стану), що і зумовлює актуальність обраної теми.

Теоретичне висвітлення етапів, особливостей та нормативно-правового забезпечення реформування сучасної системи охорони здоров'я в Україні досліджено такими науковцями, як Андріяш В. [25], Антонов А. [114, 175], Антонова Л. [194, 252, 267, 284], Білинська М. [21, 32], Дегтяр О. [92, 316], Ємельянов В. [256, 258, 282], Козирєва О. [179], Криштанович М. [85, 194, 284, 312], Орлова Н. [92, 176, 316], Радиш Я. [12, 32], Рожкова, І. [32], Рудий В. [24], Шегедин Я. [27-28], в роботах яких було розвинуто теоретичні та практичні положення щодо концептуальних засад, пріоритетів та принципів розвитку галузі охорони здоров'я в сучасних умовах реформування, аналізу міжнародного та національного досвіду формування публічних механізмів розвитку охорони здоров'я, визначення напрямів модернізації сфери охорони здоров'я з урахуванням діючої інфраструктури охорони здоров'я та реалізації їх у системі публічного адміністрування. Теоретичні, практичні та методологічні питання цифрових та фінансових трансформаційних змін вітчизняної системи охорони здоров'я в сучасних умовах реформування у своїх працях досліджували Бойко О. [29, 314], Бородін Є. [258, 282], Вовк С. [8, 34-35], Галацан О. [17], Івашова Л. [282], Карамішев Д. [19], Квітка С. [258, 282], Корольчук О. [9], Михальчук В. [12], Фірсова О. [18], Чабан О. [29], Шевченко В. [19, 31].

Незважаючи на значний обсяг наукових напрацювань теоретичного та практичного характеру щодо розвитку теоретичних, організаційних та методологічних аспектів державного управління системою охорони здоров'я, постає необхідність у комплексному дослідженні питань реалізації публічних механізмів трансформацій та розвитку охорони здоров'я України на шляху досягнення сталого розвитку в умовах соціально-економічних наслідків пандемії, повномасштабного військового вторгнення на територію України, що і

зумовлює актуальність обраної теми дослідження, постановку його мети та завдань.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційну роботу виконано відповідно до теми науково-дослідної роботи Чорноморського національного університету імені Петра Могили «Організація державного управління в умовах становлення та розвитку політичної системи України: політико-правові, історичні та регіональні аспекти» (державний реєстраційний номер 0119U000451), у рамках якої автором досліджено механізми трансформацій та розвитку охорони здоров'я України (нормативно-правовий, інституційний, фінансовий, кадровий, механізм надання електронних послуг).

Мета і завдання дослідження. Метою роботи є обґрунтування теоретико-методичних підходів та розробка науково-практичних рекомендацій щодо реалізації публічних механізмів трансформацій та розвитку охорони здоров'я України (нормативно-правового, інституційного, фінансового, кадрового механізмів, механізму надання електронних послуг) в умовах сталого розвитку та викликів сучасності.

Для реалізації зазначеної мети в дисертації було поставлено та вирішено такі завдання:

узагальнити теоретичні підходи щодо розвитку сталих механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах реформування та трансформацій;

визначити складові механізму нормативно-правового забезпечення охорони здоров'я в Україні з урахуванням глобальних та євроінтеграційних викликів та завдань для адаптації програмних документів Цілям сталого розвитку;

ідентифікувати особливості діяльності сучасних міжнародних та національних інституцій у регулюванні системи охорони здоров'я в умовах сталого розвитку та пандемічних явищ для ефективної міжвідомчої взаємодії органів державного управління;

визначити напрями трансформацій публічних механізмів фінансування системи охорони здоров'я України в умовах пандемії COVID-19 та воєнного стану для сталого та інклюзивного відновлення сфери охорони здоров'я після системної кризи;

проаналізувати міжнародний досвід впровадження публічних механізмів трансформацій та розвитку сфери охорони здоров'я шляхом застосування статистичних методів дослідження для визначення тенденцій розвитку сфери охорони здоров'я;

оцінити рівень досягнення індикаторів сталого розвитку для впровадження ефективних змін на різних рівнях публічного управління у сфері охорони здоров'я;

визначити трансформаційні напрями публічних механізмів розвитку системи охорони здоров'я в умовах реформування, пандемії COVID-19 та воєнного стану для досягнення сталого розвитку сфери охорони здоров'я;

розробити етапи забезпечення спроможної системи громадського здоров'я на регіональному та місцевому рівнях для підвищення ефективної взаємодії органів державного управління та відповідних інститутів;

здійснити оцінку наслідків та результатів реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я України в умовах децентралізації;

запропонувати рекомендації щодо забезпечення трансформацій системи охорони здоров'я з урахуванням впровадження механізму надання електронних послуг для цифровізації інформаційної інфраструктури медичних закладів та підвищення ефективності електронних форм взаємодії держави та громадян;

визначити напрями удосконалення кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я для розвитку публічних механізмів трансформацій та розвитку кадрового потенціалу;

запропонувати стратегічні напрями реалізації публічних механізмів трансформації та розвитку сфери охорони здоров'я України в умовах пандемії COVID-19 та воєнного стану для досягнення Цілей сталого розвитку.

Об'єктом дослідження є процес реалізації публічних механізмів трансформацій та розвитку охорони здоров'я України.

Предметом дослідження є теоретичні, організаційні та методологічні положення реалізації публічних механізмів трансформацій та розвитку охорони здоров'я України.

Методи дослідження. Методологічну основу дисертаційного дослідження становлять загальнонаукові та спеціальні методи пізнання економічних явищ і механізмів державного управління в сучасних світових і національних економіках. Основні наукові результати дисертаційної роботи були отримані за допомогою використання таких методів, як: історичний – при дослідженні історичних етапів процесу адаптації Цілей сталого розвитку для України; систематизації та узагальнення – у ході дослідження теоретичних підходів щодо формування та розвитку сталих механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я, щодо визначення особливостей механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я України; методи аналізу і синтезу – при визначенні основних напрямків та інструментів публічних механізмів розвитку цифрового здоров'я в умовах пандемії, визначенні ризиків та ключових проблем сфери охорони здоров'я в Україні, визначенні пріоритетів розвитку публічних механізмів в сфері охорони здоров'я України в умовах пандемії COVID-19 та воєнного стану; структурно-функціональний метод – при формуванні механізму нормативно-правового, кадрового забезпечення охорони здоров'я в Україні, інституційного механізму державного управління системою охорони здоров'я, визначенні алгоритму дій забезпечення спроможної системи громадського здоров'я на регіональному та місцевому рівнях; прогнозний метод - при визначенні прогнозних індикаторів досягнення Цілі 3 Цілей сталого розвитку в Україні; порівняльний аналіз – для аналізу систем охорони здоров'я у світі та в Україні, оцінки відповідності системи охорони здоров'я в регіоні Цілі 3 Цілей сталого розвитку. Системний підхід надав змогу сформуванню стратегічну матрицю реалізації публічних механізмів трансформації сфери охорони здоров'я на міжнародному,

національному та регіональному рівнях та виділити напрями їх реалізації в Україні.

Інформаційною базою дослідження є наукові праці вітчизняних та зарубіжних вчених, закони України, постанови та рішення Кабінету Міністрів України, дані Організації об'єднаних націй, Всесвітньої організації охорони здоров'я, Державного комітету статистики, Міністерства фінансів України, Міністерства економічного розвитку та торгівлі України, накази та звіти Міністерства охорони здоров'я, Міністерства цифрової трансформації України, Національної служби здоров'я України, Центру громадського здоров'я, прикладні дослідження Департаменту стратегічного планування та макроекономічного прогнозування, публікації та статистичні дані EuropeanComission, LegatumInstituteFoundation, CEOWORLD, Ipsos, Organisationfor Economic Cooperationand Developmen, Statista, Центру тестування при Міністерстві охорони здоров'я, дані обласних, районних державних адміністрацій, довідкові та інформаційні видання професійних міжнародних організацій щодо стану розвитку сфери охорони здоров'я, матеріали власних досліджень автора.

Наукова новизна одержаних результатів розкривається в таких положеннях:

вперше:

розроблено комплексний підхід до трансформації пріоритетів розвитку публічних механізмів у системі охорони здоров'я України з урахуванням різних факторів впливу: процесу реформування (розвиток, безпека, відповідальність), пандемії (медична реформа, громадське здоров'я, спеціалізована медицина, доступні та якісні лікарські засоби, розвиток електронних сервісів) та воєнного стану (зниження рівня травматизму, гарантування здоров'я матері та новонародженого, лікування хронічних захворювань і неінфекційних захворювань, ризик появи і поширення інфекційних захворювань, питання захисту, психічне здоров'я та психосоціальна підтримка, технологічні небезпеки та ризики для здоров'я, потенційні ядерні та хімічні небезпеки,

глобальне управління COVID-19, лідерство та комунікація) для ефективного розвитку системи та досягнення сталого розвитку сфери охорони здоров'я України;

запропоновано науково-методичний підхід щодо оцінювання відповідності системи охорони здоров'я регіонів України (Вінницька, Одеська, Рівненська, Львівська та Харківська області, які мають найкращі індикатори досягнення Цілі 3 Цілей сталого розвитку в Центральній, Південній, Північній, Західній та Східній Україні відповідно) Цілям сталого розвитку за показниками (кількість зареєстрованих випадки ВІЛ-інфекції, рівень захворюваність на активний туберкульоз, кількість виписаних електронних рецептів, кількість проведених щеплень проти COVID-19, обсяг додаткових дотацій місцевим бюджетам, видатків медичним закладам, що уклали договір з НСЗУ, рівень забезпеченості практикуючими лікарями на 10 тис. населення, середня кількість декларацій на одного лікаря) для визначення можливостей та перспектив розвитку сфери охорони здоров'я України на регіональному рівні;

розроблена стратегічна матриця реалізації публічних механізмів трансформації та розвитку сфери охорони здоров'я України, яка включає аналіз стратегічних елементів (цілі, завдання, принципи, інструменти) на міжнародному, національному та регіональному рівнях публічного управління. На основі матриці запропоновано напрями реалізації публічних механізмів розвитку в сфері охорони здоров'я України (нормативно-правового, інституційного, фінансового, кадрового механізму забезпечення, механізму надання електронних послуг) в умовах пандемії та оголошеного в Україні воєнного стану для досягнення Цілей сталого розвитку;

удосконалено:

інституційний механізм державного управління системою охорони здоров'я на основі визначення основних функцій, завдань, організації діяльності суб'єктів державної політики (міжнародних, національних, регіональних інститутів), інструментів (нормативно-правові, фінансові, економічні, інформаційно-комунікаційні, дослідження та розробки, освітні та

просвітницькі) та методів (організаційні, економічні, психологічні, спеціальні, адміністративні, цифрові технології) їх реалізації для підвищення ефективності взаємодії органів державного управління щодо мінімізації соціально-економічних наслідків пандемічних явищ та розвитку сфери охорони здоров'я;

науковий підхід до визначення ефективного забезпечення спроможної системи громадського здоров'я на регіональному та місцевому рівнях шляхом реалізації відповідного алгоритму дій за етапами (формування ініціативної групи, аналіз ризиків у сфері громадського здоров'я, аналіз потенціалу у сфері громадського здоров'я, дизайн ініціативи з розбудови громадського здоров'я, моніторинг реалізації ініціативи у сфері громадського здоров'я) для підвищення ефективної взаємодії органів державного управління та відповідних інститутів в процесі реалізації програм та ініціатив у сфері громадського здоров'я;

науковий підхід до визначення напрямів удосконалення кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я відповідно до ключових пріоритетів трансформації (медична освіта та наука, ефективна система лідерства та управління кадровими ресурсами, людиноорієнтованість у професійній діяльності працівників) для формування кваліфікованого кадрового потенціалу сфери охорони здоров'я відповідно до європейських стандартів;

дістали подальшого розвитку:

обґрунтування теоретичних міжнародних та національних підходів щодо формування сучасних публічних механізмів трансформацій у сфері охорони здоров'я (фінансовий, інформаційний, інституційний, організаційний механізми), які реалізовано в Румунії, Канаді, США, Чілі та Швеції, наукових положень щодо реалізації механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я (інституційний, економічний, організаційний, правовий, фінансовий, інформаційний, кадровий, механізм державно-приватного партнерства) для визначення напрямів подальшого розвитку та трансформації цих механізмів з урахуванням глобальних викликів, пандемічного загострення та євроінтеграційних домовленостей;

наукові положення щодо формування механізму нормативно-правового забезпечення розвитку охорони здоров'я шляхом визначення ключових законодавчих актів міжнародного рівня, а також основних стратегічних документів національного та регіонального рівнів з урахуванням глобальних та євроінтеграційних викликів та завдань для виділення векторів трансформації публічних механізмів у сфері охорони здоров'я та адаптації програмних документів Цілям сталого розвитку;

напрями трансформацій публічних фінансових механізмів забезпечення сфери охорони здоров'я в умовах пандемії COVID-19 та воєнного стану (формування чіткого механізму надання та фінансування гарантованих медичних послуг, розширення діяльності НСЗУ в регіонах, налагодження інформаційно-комунікаційних зв'язків, розробка комплексної методики оцінки ефективності фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в цілому та закладів охорони здоров'я зокрема; врегулювання порядку використання місцевих бюджетних ресурсів, трансформація механізму стратегічних закупівель НСЗУ через впровадження інноваційних програмних продуктів) для підвищення ефективності використання бюджетних ресурсів на різних рівнях державного управління та забезпечення сталого розвитку сфери охорони здоров'я;

оцінка стану впровадження публічних механізмів трансформацій та розвитку сфери охорони здоров'я в регіонах світу (Африка, Азія, Америка, Європа, Океанія), європейських країнах (Румунія, Угорщина, Словаччина, Польща) та рівня розвитку системи охорони здоров'я як об'єкта державного управління з позиції міжнародних рейтингів (Legatum Prosperity Index, ГПЗ, Індекс охорони здоров'я за CEOWorld, Global Health Security Index) на основі відповідних індикаторів (громадське здоров'я, доступ до лікарських засобів, надання послуг в охороні здоров'я та фінансування, кадрові ресурси системи охорони здоров'я) для узагальнення основних проблем та визначення пріоритетів розвитку публічних механізмів трансформацій у системі охорони здоров'я;

методичний підхід до визначення прогностичних адаптованих індикаторів досягнення Цілі 3 Цілей сталого розвитку в Україні, регламентованих в Національній доповіді «Цілі сталого розвитку: Україна на період до 2030 року», за допомогою статистичних функцій Excel, в основу яких покладена лінійна регресія, для визначення необхідних ефективних змін на різних рівнях публічного управління у сфері охорони здоров'я;

напрями реалізації механізму надання електронних послуг з урахуванням міжнародного та європейського досвіду (створення єдиного цифрового ринку публічних послуг та базових медичних реєстрів, запровадження єдиних відкритих стандартів медичної інформатики, розвиток телемедицини, розвиток інтегрованих медичних інформаційних систем, сприяння кращому обміну цифровим здоров'ям за допомогою електронних медичних карток або електронних рецептів) на основі реалізації інструментів публічних механізмів (регуляторні, фінансові, технічна інфраструктура) для підвищення ефективності електронних форм взаємодії держави та громадян.

Практичне значення одержаних результатів визначається тим, що наукові висновки та узагальнення дисертаційного дослідження доведено до рівня конкретних напрямів, які є засадами для їхнього впровадження в практику публічного управління з метою розвитку охорони здоров'я в Україні. Одержані наукові розробки можуть бути рекомендовані центральним та місцевим органам влади, закладам охорони здоров'я з метою розвитку та реалізації публічних механізмів трансформацій та розвитку у сфері охорони здоров'я України.

Наукові рекомендації щодо трансформації системи охорони здоров'я в умовах децентралізації України, що передбачають практичну реалізацію запропонованого автором алгоритму дій щодо забезпечення спроможної системи громадського здоров'я на рівні регіону використані в діяльності Рівненської обласної ради та враховані у змінах до Програми фінансової підтримки та розвитку обласних комунальних підприємств та закладі охорони здоров'я Рівненської обласної ради на 2021-2022 рр.; а також пропозиції автора

використані при розробці Програми економічного та соціального розвитку Рівненської області на 2022 р.(довідка № 01/12-261р від 22.07.2022 р.).

Результати дисертаційного дослідження щодо визначення ключових напрямів розвитку сфери охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні за результатами оцінки відповідності регіональних стратегій Цілям сталого розвитку в умовах пандемії використані Департаментом охорони здоров'я Дніпропетровською обласною військовою адміністрацією при розробці Плану роботи Департаменту та в частині трансформації кадрового механізму та механізму надання електронних послуг (довідка №111-52/07 від 19.04.2022 р.).

Надані рекомендації щодо напрямів діяльності громади в трансформації публічних механізмів регулювання охорони здоров'я відповідно до ключових домовленостей взаємодії державних інститутів в частині закріпленого функціоналу використані в практичній діяльності Департаменту охорони здоров'я Одеської міської ради при формуванні Програми економічного і соціального розвитку міста Одеси на 2021-2022 рр., реалізації Міської цільової програми «Здоров'я» м. Одеса на 2021-2023 рр., Міської цільової програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, гепатитам та наркоманії у місті Одесі «Прискорена відповідь Одеса» («Fast-TrackOdesa») на 2021-2023 рр. (довідка №01/01-40/431 від 20.07.2022 р.).

Пропозиції автора в аспектах імплементації найкращих міжнародних практик впровадження та розвитку державних електронних послуг в сфері охорони здоров'я, тенденцій та можливостей вітчизняної системи охорони здоров'я використані у практичній діяльності Комунального некомерційного підприємства «Міська Клінічна Лікарня № 11» Одеської Міської Ради та відображені у Плані стратегічного розвитку (довідка №2022-41 від 21.06.2022р.).

Рекомендації автора щодо функціонування ефективної системи лідерства та управління кадровими ресурсами впроваджено у діяльності ТОВ «Дім медицини» Odrex. Наведені шляхи дозволять сформувати нову стратегію

кадрового забезпечення закладу охорони здоров'я в умовах трансформацій (довідка №351 від 20.07.2022 р.).

Теоретичні положення та практичні рекомендації, які обґрунтовано в дисертаційній роботі, впроваджені у навчальний процес при підготовці фахівців за освітньо-кваліфікаційними рівнями бакалавр та магістр за напрямом «Публічне управління та адміністрування» денної та заочної форми навчання при викладанні навчальних дисциплін «Соціальна та гуманітарна політика», «Державне управління», «Аналіз політики», «Дослідження політики» у Чорноморському національному університету імені Петра Могили (довідка № 44-45/1341 від 09.06.2022 р.).

Особистий внесок здобувача. Дисертація є самостійною науковою роботою. Висновки й результати, які характеризують наукову новизну, отримано і сформульовано автором особисто. Внесок автора в колективні наукові роботи конкретизовано у списку публікацій.

Основні положення й результати дисертації доповідалися, обговорювалися та опубліковані в матеріалах наукових конференцій, серед яких: III Міжнародна науково-практична конференція «Реформування процесів публічного управління в сфері освіти та науки України у глобалізаційному та інформаційному суспільстві» (м.Переяслав, 29 жовтня 2021 р.), Міжнародна науково-практична Інтернет-конференція «Публічне управління: проблеми та перспективи» (м. Харків, 26 листопада 2021 р.), Всеукраїнська науково-практична конференція «Публічне управління: проведення реформи в Україні» (м.Покровськ, 9-10 грудня 2021р), Міжнародна науково-практична Інтернет-конференція «Публічне управління в Україні: виклики сьогодення та глобальні імперативи» (м.Хмельницький, 11 лютого 2022 р.), Всеукраїнська науково-практична online конференція «Держава XXI століття: погляд молоді» (м.Житомир, 17 травня 2022 р.), V Міжнародна науково-практична Інтернет-конференція «Управління економічними процесами на макро- і мікрорівні: проблеми та перспективи вирішення» (м.Львів, 25-26 травня 2022 р.), науково-практична конференція «Наука, технології, інновації: тенденції розвитку в

Україні та світі» (м. Полтава, 27-28 травня 2022 р.), II Міжнародна науково-практична конференція «Розвиток територіальних громад: правові, економічні та соціальні аспекти» (м. Миколаїв, 9 червня, 2022 р.), V Міжнародна науково-практична конференція «Правові засади організації та здійснення публічної влади» (м. Хмельницький, 17 червня, 2022 р.).

Публікації. Результати дослідження опубліковано в 33 наукових працях загальним обсягом 28,5 друк. арк. (особисто автора – 26,9 друк. арк.), серед яких 2 монографія, 3 статті у зарубіжних наукових виданнях, які мають цитування у наукометричних базах Scopus та Web of Science, 19 статей у вітчизняних наукових фахових виданнях та 9 публікацій у матеріалах міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференцій.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, п'яти розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Загальний обсяг дисертації становить 411 сторінок друкованого тексту, у тому числі 31 таблиця, 65 рисунків, які наведено на 101 сторінці. Список використаних джерел із 342 найменувань наведено на 43 сторінках і 11 додатків – на 33 сторінках.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПОЛОЖЕННЯ РЕФОРМУВАННЯ ТА ТРАНСФОРМАЦІЙ ПУБЛІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Теоретичні підходи щодо розвитку сталих механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я

За умов стрімкого розвитку процесів реформування в Україні, починаючи з 2015 р., багато уваги вчених фокусується на можливостях і необхідності змін у механізмах публічного управління в різних сферах економіки та суспільства. Одна з головних реформ, яка підлягає ретельному опрацюванню та постійному оновленню, – це реформа сфери охорони здоров'я. Кожні п'ять років оновлюється стратегія та напрями реформування сфери охорони здоров'я, які потребують трансформацій системи та, відповідно, всіх управлінських механізмів. Держава докладает максимальних зусиль щодо налагодження ефективних публічних механізмів, які дадуть змогу реалізувати стратегічні напрями розвитку у сфері охорони здоров'я України.

У розпорядженні Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» від 30 листопада 2016 р. №1013-р зазначено, що реформа системи охорони здоров'я має передбачати кардинальні якісні зміни всіх функцій системи охорони здоров'я – управління цією системою, забезпечення її відповідними ресурсами, фінансування та надання вироблених цією системою послуг [1]. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я зафіксувала основні положення щодо реформування системи фінансування охорони здоров'я, яка є одним з головних завдань плану пріоритетних дій Уряду на 2016 рік, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України (КМУ) від 27 травня 2016 р. №418, і стала головним пусковим механізмом для започаткування комплексних

реформ у цій життєво важливій сфері та створення в Україні сучасної, гідної великої європейської держави медицини. Концепція містить основні етапи та покроковий план упровадження реформи [1].

Проведення реформи забезпечить створення ефективної і доступної системи охорони здоров'я, що відповідає потребам населення України, підвищення рівня і якості життя населення на основі розширення доступності, покращення якості та безпеки медичної допомоги, продуктивної зайнятості персоналу, що працює у сфері охорони здоров'я, а також підвищення їх рівня соціального забезпечення, розвитку й оптимізації системи соціальної підтримки [2].

Національна служба охорони здоров'я 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 [3].

Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) 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 у Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [4].

Реформуванням системи охорони здоров'я є впровадження та відпрацювання нових організаційно-правових і фінансово-економічних механізмів, що спрямовані на підвищення ефективності та доступності медичного обслуговування населення і є необхідними для розвитку системи охорони здоров'я України [5].

На сьогодні науковці у сфері охорони здоров'я пропонують формувати та розвивати різні механізми публічного (державного) управління для галузі.

Так, механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я в правовому контексті розглядає 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, тоді як друга – передбачає лише встановлення певних обмежень, меж діяльності об'єктів, у яких вони можуть вільно функціонувати. Державне регулювання спрямоване не тільки на об'єкт управління як такий, а й на середовище його існування, тим самим відрізняючись від державного управління широтою владного впливу.

З. Гладун основний акцент робить на інституційному та правовому механізмі 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 творять законодавство про охорону здоров'я і які регулюють зміст та процес здійснення державно-правового регулювання охорони здоров'я» [6].

Л. Криничко розглянуто особливості розвитку кадрового механізму у сфері охорони здоров'я та доведено, що кадрову політику держави потрібно формувати за встановленими організаційними принципами державної кадрової доктрини. Запропоновано рівні державного управління кадровим потенціалом системи охорони здоров'я.

Авторка розглядає кадровий механізм державного управління системою охорони здоров'я як багатопрофільний, що переплітається з 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. Основну проблему недосконалості фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні вона вбачає у відсутності чітких критеріїв оцінки ефективності використання бюджетних ресурсів на різних рівнях державного управління та закладами охорони здоров'я. Задля вирішення зазначеного питання запропоновано сукупність напрямів удосконалення фінансового механізму державного управління системою охорони здоров'я на рівні державного управління та державного регулювання діяльності закладів охорони здоров'я [7].

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 соціального механізму, який пов'язаний з покращенням управління в лікувальних закладах [8].

О. Корольчук 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 вдосконалення системи його охорони (ефективного функціонування її елементів з оптимальним розподілом та використанням наявних ресурсів), функціонує на основі сучасних інформаційно-комунікативних технологій (ІКТ), 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 [9].

На думку дослідника З. Надюка, можна виділити такі складові механізму державного управління системою охорони здоров'я: 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 КМУ, 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» [10]. Психологічну складову З. Надюк визначає як формування в суспільстві інститутів позитивного сприйняття і підтримки дії механізму.

У структурі системи державного управління охороною здоров'я З. Надюк вирізняє три підсистеми: керівну, технологічну і керовану. 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 [10].

В. Довженко відзначає, що як основні принципи 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 й залучення працівників; створення інформаційного середовища і технологій для реалізації управлінських рішень; відповідність принципам програмно-цільового управління, принципам і вимогам проектного управління; використання інструментів стратегічного й операційного планування, логістики (взаємовигідні відносини з постачальниками); підвищення якості фінансового управління у 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. [11].

Авторський колектив у складі таких науковців, як Я. Радиш, С. Кошова, В. Михальчук, розглядає механізми державного управління у сфері охорони здоров'я як основу створення єдиного медичного простору. Так, зазначено 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 [12].

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 думку вчених, 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 [12].

І. Фуртак зазначає, що ефективність правового механізму державного управління сфери охорони здоров'я залежить від повноти, збалансованості, впорядкованості складових нормативно-правового поля зазначеної сфери. Також він зауважує на тому, що державно-управлінський, інформаційно-організаційний механізм охорони здоров'я в Україні складається із системи уповноважених для цього суб'єктів – органів державного і галузевого управління та системного інформаційно-аналітичного забезпечення їх діяльності [13].

На думку Н. Ткачової, реалізація механізму державно-приватного партнерства торкнеться майже всіх напрямів медицини: надання медичних послуг та досліджень, наприклад, таких як ультразвукова діагностика (УЗД), магнітно-резонансна томографія (МРТ), впровадження сучасного медичного обладнання, препаратів. Крім того, це дасть змогу змінити підхід до надання

допоміжних послуг – харчування, транспортування хворих, переглянути менеджмент у медичних установах, вдосконалити електронні системи обліку, обслуговування обладнання тощо [14].

Д. Самофалов 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 упровадження фінансових та адміністративних моделей у сфері охорони здоров'я [15].

І. Сазонець на основі наукових положень доводить, що структура інституційного механізму державного управління охороною здоров'я базується на інтеграції методів запровадження державної політики у сфері охорони здоров'я, методів управління галуззю, формах застосування важелів управління, конкретних інструментах управління.

Автор звертає увагу на те, що одним із найбільш суттєвих елементів інституційного механізму державного управління охороною здоров'я є державні політики, що чинять вплив і регулюють систему охорони здоров'я. Економічна політика має суттєвий вплив шляхом створення матеріальної бази функціонування охорони здоров'я. Соціальна політика формує середовище функціонування системи охорони здоров'я, оскільки система охорони здоров'я є однією із її складників разом з культурою, освітою, соціальним захистом. Фінансова політика вирішує більш прикладні аспекти розподілення коштів у державі та формуванні системи фінансування охорони здоров'я.

Крім того, на думку І. Сазонєць, важливим складником інституційного механізму державного управління охороною здоров'я є кадрова політика, ефективна реалізація якої важлива на всіх рівнях – від державного управління цією сферою до місцевого самоврядування та управління лікарнею [16].

О. Галацаном 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, програмно-цільове управління, державне замовлення та ін.) [17].

О. Фірсовою вдосконалено механізми геоінформаційного забезпечення державного управління охороною здоров'я в Україні. Так, вона розглядає 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» [18].

Д. Карамішевим 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 дійшов 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 [19].

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» [20]. 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, дослідниці зауважують на тому, що забезпечення населення країни якісною медичною допомогою залежить від вирішення таких економічних завдань, як визначення обсягів бюджетного фінансування та розвиток добровільного медичного страхування, вдосконалення системи надання платних медичних послуг, підготовка кадрів, упровадження нових технологій у сфері охорони здоров'я [20].

У науково-аналітичній доповіді «Інституціоналізація публічного управління в Україні» (за загальною редакцією М. Білинської, О. Петроє) колектив авторів зазначає, що механізм публічного управління у сфері охорони здоров'я – «це сукупність національних рішень, чи зобов'язань, щодо захисту та поліпшення фізичного та психічного здоров'я та соціального добробуту населення, що є важливою складовою їх національного багатства, захисту генофонду української нації». Також звертається увага на фінансові механізми в зазначеній галузі та окреслюються пріоритетні напрями подальшого реформування системи охорони здоров'я в Україні: завершення процесу впровадження фінансових механізмів за принципом «гроші ходять за пацієнтом» на первинному рівні; надання медичної допомоги та впровадження їх на рівні спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги амбулаторного і стаціонарного рівнів; уведення в дію нових фінансових механізмів шляхом реалізації програми «Безкоштовна діагностика» - у

поліклініках, які увійдуть у другий етап реформи, візит до лікарів-спеціалістів та інші послуги за направленням сімейного лікаря буде оплачувати Національна служба здоров'я України (НСЗУ), тощо [21].

Із загального підходу до аналізу механізмів державного управління В. Григорович рекомендує розглянути механізм управління галузевою системою охорони здоров'я як сукупність п'яти основних (рівнозначних) механізмів: організаційного, адміністративного, правового, інформаційного та фінансового. За його словами, для аналізу та вибору стратегії держави щодо побудови системи охорони здоров'я всім цим механізмам потрібно взаємодіяти між собою та бути адаптованими до конкретних суспільних потреб та можливостей. Також автором зазначено про необхідність вжиття певних управлінських та організаційних заходів на державному, регіональному рівнях та на місцях, що повинні привести до покращення здоров'я населення за рахунок посилення профілактичної складової охорони здоров'я; поширення інформації про здоровий спосіб життя; розвитку первинної ланки надання медичної допомоги; зміцнення ресурсного потенціалу медичної галузі; підвищення якості надання медичних послуг [22].

З точки зору вітчизняних дослідників завдання державного регулювання у сфері охорони здоров'я мають два аспекти. З одного боку, регуляторні заходи повинні забезпечувати вирішення політичних завдань, а з іншого – вдосконалення механізмів управління. Політичний аспект полягає в досягненні соціальних та економічних цілей. За своєю природою він має нормативний характер, що базується на прийнятій у суспільстві системі цінностей, стосується певних політичних завдань та інтересів суспільства. При цьому соціально-політичні проблеми охорони здоров'я є спільними для всіх сучасних країн і полягають у справедливості та рівноправності доступу до охорони здоров'я; соціальній солідарності шляхом забезпечення охорони здоров'я через посередництво національної служби охорони здоров'я або системи соціального медичного страхування; економічності шляхом забезпечення фінансово обґрунтованих витрат на охорону здоров'я; забезпеченні здорових умов

оточення завдяки безпечним умовам праці, безпеці питної води, продуктів харчування тощо; інформованості та освіченості громадян щодо проблем охорони здоров'я; індивідуального вибору постачальника послуг у сфері охорони здоров'я [23].

Другий управлінський аспект стосується механізмів управління охороною здоров'я, які мають змішану природу, відображаючи складність взаємовідносин між численними надавачами послуг. Ці заходи, спрямовані на найбільш ефективне й раціональне використання людських та матеріальних ресурсів, мають переважно технічний характер і передбачають регулювання: якості та ефективності (оцінка економічності клінічних втручань, тобто співвідношення вартості та ефективності послуг, тощо); доступу хворих до послуг (у тому числі шляхом запровадження відповідної податкової політики); поведінки постачальників (перетворення лікарень у державні підприємства, регулювання лікарняних позик, взаємодія між лікарнями та службами первинної допомоги); поведінки платників (встановлення правил контрактації, розробка планових ринків для лікарняних служб, встановлення цін на медичні послуги в державному секторі тощо); ринку медикаментів (встановлення орієнтовних цін, контроль за прибутком та ін.); діяльності лікарів та інших медичних працівників (встановлення заробітної плати, вимог ліцензування тощо) [24].

При цьому правовою основою державного регулювання галузі є його функції: функція управління, яка здійснюється прямими та непрямими засобами; функція контролю; функція застосування адміністративно-господарських санкцій.

Головна функція державного регулювання охорони здоров'я України наразі полягає у створенні правової основи комплексних засобів правового характеру, в тому числі у створенні правової основи економічних відносин в умовах реформування галузі, враховуючи надмірність функцій держави з забезпечення безоплатної медичної допомоги, що дозволяє налагодити стійку систему забезпечення права на здоров'я [25].

Однією з найважливіших категорій державного регулювання, за допомогою яких держава вимагає від суб'єктів суспільних відносин виконання своїх рішень, є механізм. Механізми державного управління трактують як систему послідовної реалізації дій, які базуються на основоположних принципах, цільовій орієнтації, функціональній діяльності з використанням відповідних форм і методів управління; схематичне зображення статично-динамічного (структурно-функціонального) змісту процесу управління як взаємодії суб'єкта та об'єкта, єдності діяльності і відносин, функціонування певної системи чи підсистеми; відображення взаємозв'язку явищ, дій і заходів, результатом яких є узгодження інтересів, визначення цілей, розробка рішень та їх реалізація за допомогою ресурсів держави (влада, апарат, засоби та методи управління) [26].

Основні параметри та характеристики механізмів державного управління, які наведено в табл. 1.1, надав Я. Шегедин.

Таблиця 1.1

Основні характеристики механізмів державного управління [27-28]

№	Характеристики	Зміст
1	2	3
1	Процесуальність як реалізація функцій державного управління	Етапи формування (потреби, інтереси, суперечності, цілі, воля, мотиви, стимули), реалізації (рішення, дії, результати), реформування (моніторинг, аналіз, заходи з удосконалення)
2	Порядок функціонування та елементи	Визначається метою, засобами впливу на об'єкт, зв'язками між елементами системи, наявністю ресурсів та можливостей конкретної ситуації. Цілі, принципи, функції, методи, інформація, технологія та технічні засоби
3	Структура	Загальний – державний механізм управління (об'єктом є все суспільство), конкретні (регулювання певних сфер життєдіяльності суспільства): правовий, політичний, економічний, соціальний, організаційний та комплексні (відповідно до основних сфер суспільної діяльності)
4	Людський фактор	На побудові відображаються навички, усвідомлення основ демократичного врядування, бажання працівників певної галузі та установ ієрархічних рівнів сприяти прогресивному розвитку країни
5	Принципи побудови	Системність урахування інтересів і особливостей усіх учасників відносин; історичність і ситуативність; сприяння виконанню

1	2	3
		основних і конкретних функцій, розподілу і кооперації; створення умов для розвитку людини, реалізації її творчої активності
6	Етапи побудови, функціонування чи вдосконалення	Обґрунтування мети функціонування механізму; визначення кола учасників відносин, їх інтересів, цілей, завдань щодо реалізації загальної мети; виявлення зон збігу інтересів та головних суперечностей; обґрунтування форм і методів взаємодії всіх учасників відносин; відбір економічних технологічних процесів і оптимальних методів; розробка плану дій з реалізації взаємодії; виконання планових заходів; аналіз отриманих результатів; обґрунтування заходів з удосконалення механізму, їх реалізація

Під механізмами державного управління у сфері охорони здоров'я розуміють сукупність форм, методів, засобів, важелів, стимулів та інструментів, за допомогою яких реалізуються державно-управлінські та регуляторні впливи у сфері охорони здоров'я, які визначаються взаємодією політико-економічних, правових, соціально-культурних й ідеологічних чинників, залежать від цілей і завдань, які ставить перед собою держава стосовно охорони здоров'я громадян; відображення взаємозв'язків і взаємодій потреб, інтересів і стимулів суб'єктів цієї сфери та рівня соціально-економічного розвитку країни в конкретних наборах методів, засобів та інструментів [29].

Тому виділяють різні групи механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Основні групи механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я [27]

Групи механізмів	Зміст державно-управлінських та регуляторних впливів у сфері охорони здоров'я
1	2
Класичні	Прийняття нормативно-правових актів із забезпечення охорони здоров'я, а також засоби їх запровадження
Організаційні	Структури державного управління сферою охорони здоров'я та форми відповідної управлінської діяльності
Фінансово-економічні	Інструменти економічної політики у сфері охорони здоров'я
Кадрові	Кадрове забезпечення системи охорони здоров'я та управління нею
Соціальні	Забезпечення реалізації соціальної ролі системи охорони здоров'я та розвитку організацій галузі

1	2
Мотиваційні	Створення морально-психологічного підґрунтя та мотиваційних умов діяльності у сфері охорони здоров'я
Матеріально-технічні	Технології і технічні засоби щодо охорони здоров'я
Інформаційні	Інформаційно-аналітичне забезпечення системи охорони здоров'я та органів державного управління в цій сфері
Управління антикризовим та інноваційним розвитком	Здійснення інноваційних заходів, програм і проектів у системі охорони здоров'я, що сприяють виходу галузі з кризового стану та розвитку системи охорони здоров'я
Управління якістю медичних послуг	Забезпечення встановлення та підтримки високого рівня якості послуг у системі охорони здоров'я та якісної організації цієї сфери

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 і трансформацій (рис. 1.1).

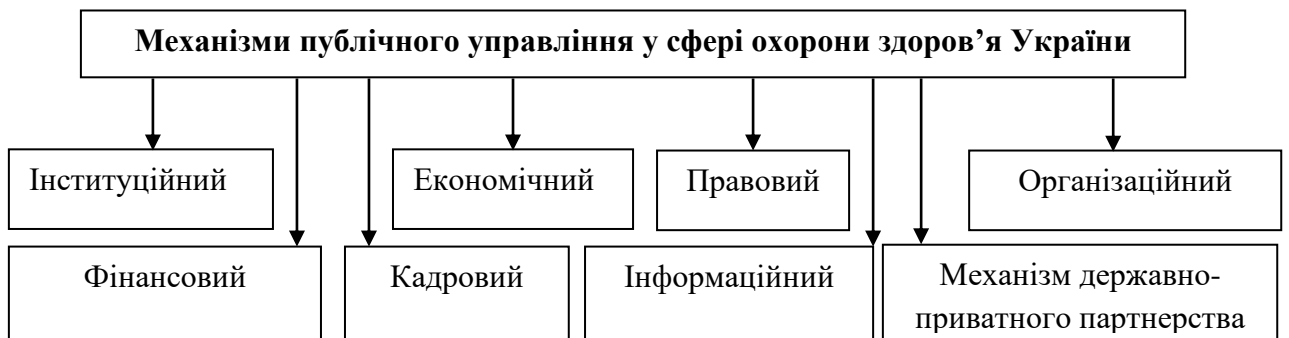


Рис. 1.1. Комплекс механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я України

Формування нових стратегічних напрямів і завдань у сфері охорони здоров'я на глобальному та національному рівнях дасть можливість покращити вже працюючі механізми публічного управління у цій сфері. Співпраця з міжнародною та європейською спільнотою підвищить рівень взаємозв'язків та

якості реалізації всіх державних заходів на різних рівнях у сфері охорони здоров'я [30].

З огляду на різноманітні погляди науковців щодо розвитку та вдосконалення механізмів державного управління сфери охорони здоров'я треба відзначити необхідність сучасних трансформацій та реформ у галузі з врахуванням євроінтеграційних процесів, глобальних тенденцій та пандемічних викликів (ДОДАТОК Б).

Медична реформа стала головною на першому етапі реформування та трансформацій охорони здоров'я України (рис. 1.2).

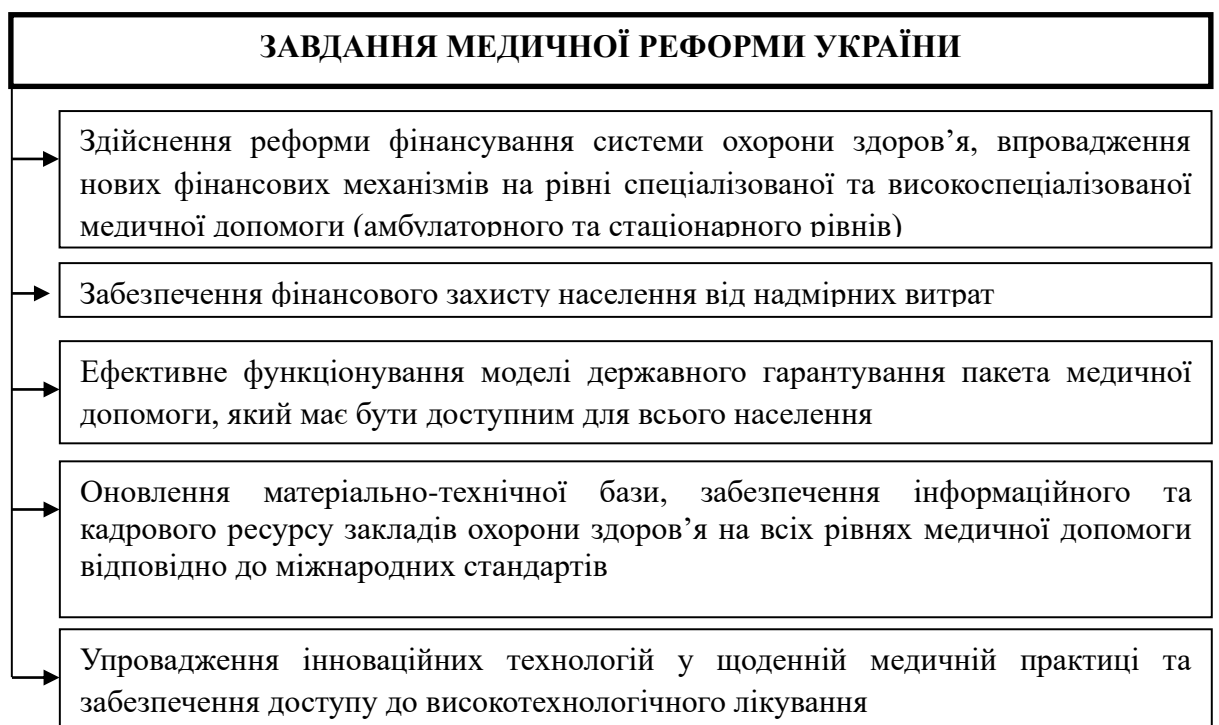


Рис. 1.2. Завдання медичної реформи України [2]

Варто звернути увагу на сучасні публічні механізми трансформацій у сфері охорони здоров'я в зарубіжних країнах, які вже успішно реалізовано та опрацьовано закордонними науковцями (ДОДАТОК В).

Так, Шон Мехта підкреслює потенціал блокчейну для трансформації охорони здоров'я, зокрема, шляхом послідовної та безпечної інтеграції наявних баз даних, що дає пацієнтам змогу здійснювати автоматизований, детальний контроль над доступом до своїх електронних медичних карт.

Також він зазначає, що технологія блокчейн перспективна для розширення обміну медичною інформацією та принципового забезпечення більшої прозорості даних, безпечного догляду за пацієнтами, підвищення ефективності охорони здоров'я та більш надійних медичних досліджень. Однак, незважаючи на позитивні сторони, існує кілька фундаментальних проблем, які необхідно вирішити до безпечного та успішного широкого її впровадження. Вони стосуються не тільки суто технічного забезпечення впровадження вказаної технології та використання інформаційних механізмів, а й організації її впровадження на рівні держав, що вимагає застосування правового, інституціонального та кадрового механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я [41].

Авторським колективом дослідників, до складу якого ввійшли І. Шех Мохамед, Ж. Спрег Хепберн, Б. Екман і Дж. Сандволл, у 2020 р. проведено аналіз надання медичних послуг під час реформ сфери охорони здоров'я в 45 країнах світу (віддаючи перевагу економічній складовій). Згадані послуги класифіковані на основі рівня специфічності та деталізації їх вмісту, а також з врахуванням їх доступності відповідно до рівня доходів користувачів. Дослідження включало 31 країну з низьким рівнем розташування населення та 20 найбільш густонаселених країн, згідно з класифікацією доходів країн Світовим банком. Науковцями зазначено, що, зважаючи на різні часові та ресурсні умови впровадження реформ, неможливо виокремити уніфікований (основний) пакет медичних послуг, що визначав би їх перелік на основі конкретних потреб у сфері охорони здоров'я та враховував економічну ефективність і справедливість, а також захист від фінансових ризиків. У кожній країні він є специфічним та визначається залежно від віку, наявності захворювання, рівня доходів та ін. Одночасно рекомендовано використання саме економічного механізму державного управління під час просування реформ у сфері охорони здоров'я [42].

Румунські науковці Х. Ван, А. Чуквума, Р. Комса, Т. Дмитраченко, Е. Гонг розглядають процес упровадження медичної реформи з врахуванням

політичних течій, які сприяли розвитку первинної медичної допомоги в Румунії. Ними визначено із досвіду Румунії три пріоритети держави: національні реформи є першорядними, коли реформи охорони здоров'я політично узгоджені з політичним порядком денним (чітка узгодженість щодо необхідності реформ для підвищення ефективності сектора охорони здоров'я через інвестиції, збільшення державного фінансування на вказані цілі); наявність технічно обґрунтованих і реальних пропозицій щодо політики реформування первинної медико-санітарної допомоги в Румунії; скоординована технічна та фінансова підтримка з боку партнерських організацій, яка сприяє підвищенню пріоритетності реформи охорони здоров'я в політичному порядку. Однак вищезгадані науковці зауважують на тому, що висновки, засновані на прикладі Румунії, слід узагальнювати з обережністю, у кожному окремому випадку визначаючи доцільність і прийнятність подібних підходів [43].

Р.Б. Дебер розглядає проблемні питання реалізації медичної реформи крізь призму державних процесів, що відбуваються в Канаді, а також аналізуючи актуальні проблеми фінансування й надання медичної допомоги у вказаній країні.

Авторка визначає чотири пріоритетні сфери для цілеспрямованої зміни політики щодо покращення сфери охорони здоров'я: зробити людей здоровими та допомогти їм залишатися здоровими; покращити координацію послуг (інтеграція послуг) та якість допомоги, зокрема безпеку пацієнтів; змінити організаційний механізм надання медичних послуг, включаючи алгоритм їх оплати та надання (у тому числі дії щодо списків очікування та доступу); підвищення ефективності з метою отримання відповідності між співвідношенням ціни та якості. Р.Б. Дебер зосереджує увагу на тому, що система національного медичного страхування, яка наразі діє в Канаді, має підтримку в більшості населення країни. Це відбувається тому, що фінансування здійснюється з трьох джерел: страхові внески підприємців (відрахування із доходів); страхові внески осіб, які працюють (відрахування із заробітної плати); кошти з державного бюджету. Тобто фінансові бар'єри для

лікування, як правило, низькі, й пацієнти можуть самостійно обрати собі медичних працівників і лікувально-профілактичний заклад.

Науковиця зосереджує увагу на цінності (унікальності) послуг для пацієнтів і платників за допомогою підходів, які запроваджують конкурентні механізми закупівель та альтернативні моделі фінансування, розглядаючи організаційний та фінансовий механізми як пріоритетні для впровадження реформи сфери охорони здоров'я [44].

П.В. Дінтранс аналізує процес реформування сфери охорони здоров'я, спираючись на результати реформування системи приватного медичного страхування в Чилі. Автор відзначає те, що реформа охорони здоров'я в Чилі має давню традицію, починаючи з 1920-х рр., коли держава вперше взяла на себе визначну роль у сфері охорони здоров'я, у подальшому продовжувала намагатися досягти загального охоплення та покращити якість у 2000-х рр. Науковцем наголошується, що, незважаючи на ці зусилля, чилійська система охорони здоров'я все ще стикається з кількома проблемами. Однією з її ключових особливостей є поєднання державно-приватного забезпечення та страхування, що породило сегментовану систему, в якій більшість населення (75%) охоплено схемою державного страхування (FONASA, або Fondo Nacional de Salud), 18% охоплено приватними страховими компаніями (ISAPREs або Instituciones de Salud Previsional), а решта – 7% населення – або охоплені альтернативними схемами, або залишаються незастрахованими. Крім того, зростання витрат на охорону здоров'я призвело до підвищення цін на медичне страхування, що викликало невдоволення.

П.В. Дінтранс зауважує на тому, що чилійський досвід є цінним для реформування системи охорони здоров'я в різних країнах, враховуючи те, що Чилі була взірцем для охорони здоров'я та соціального забезпечення у своєму регіоні. Звертаючи увагу на інституційний механізм державного управління, автор вказує на те, що реформа системи охорони здоров'я є постійною ознакою багатьох політичних програм і зацікавлених сторін; країни намагаються

провести реформи для підвищення ефективності та справедливості у своїх системах охорони здоров'я [45].

М. Мітчелл та Л. Канн у своїх наукових дослідженнях висловлюють думку, що тільки завдяки використанню цифрових технологій у наданні медичної допомоги існує можливість забезпечити необхідний прорив у досягненні доступу до високоякісної медичної допомоги кожному, незалежно від того, де проживає особа та який дохід має. Вказані автори впевнені в тому, що цифрові технології змінюють ландшафт надання медичних послуг у країнах з низьким рівнем доходу та матимуть позитивні наслідки для досягнення загального охоплення медичними послугами впродовж наступного десятиліття. Автори пропонують п'ять способів, якими глобальне поширення цифрових технологій змінить роботу систем охорони здоров'я у всьому світі: доступ до інформації в Інтернеті буде універсальним; медичні працівники отримають цифрову підтримку; більшість медичних послуг буде надаватися вдома; управління транспортом і логістикою може бути революційним; дані будуть центральними для всієї систем охорони здоров'я [46].

Б. Бурстрьом та колектив співавторів віддають перевагу шведській системі охорони здоров'я, в якій протягом останнього десятиріччя, в цілому, зросла орієнтація на ринок. Після прийняття у 2008 р. Національного закону про свободу вибору громадянам надано можливість обирати серед постачальників у різних галузях, включаючи охорону здоров'я та соціальну допомогу. У 2010 р. була внесена поправка до Закону про охорону здоров'я та медичні послуги, яка зобов'язувала регіони та ради округів дозволяти громадянам обирати свого постачальника первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), а також дозволяти приватним постачальникам ПМСД вільно створювати свою практику, якщо вони відповідають певним визначеним критеріям. Цілі цієї реформи полягали в тому, щоб збільшити вибір пацієнтів, розширити надання приватної медичної допомоги для покращення доступу до допомоги, а також підвищити якість та інновації через конкуренцію між постачальниками [47].

Е. Кассельс визначає, щоб вирішувати проблеми сектора охорони здоров'я, необхідна інституційна реформа та перетворення існуючих установчих, організаційних структур та систем управління. Реформа сфери охорони здоров'я, на його погляд, пов'язана з «визначенням пріоритетів, удосконаленням політики та реформуванням інститутів, через які ця політика здійснюється» [49].

Дж. Філдінг, В. Дуглас Еванс, В. Фелітті та інші науковці, які є розробниками державної програми США «Здорові люди 2020», ввели поняття «якість медичного сервісу», розглядаючи досягнення вказаного показника через забезпечення організаційного механізму сфери охорони здоров'я. Місією запропонованої ними державної програми є визначити загальнонаціональні пріоритети покращення здоров'я; підвищити обізнаність громадськості та розуміння детермінант здоров'я, хвороб та інвалідності, можливостей для прогресу; забезпечити вимірювані цілі та цілі, які застосовуються на національному, державному та місцевому рівнях; залучити різні сектори для вжиття заходів щодо посилення політики та вдосконалення практики, які керуються найкращими наявними доказами та знаннями; визначити потреби в критичних дослідженнях, оцінці та зборі даних [50].

Важливо зазначити, що універсальної, тим більш, ідеальної системи охорони здоров'я не спостерігається в жодній країні світу, навіть у тих, де формуванню ефективних публічних механізмів у сфері охорони здоров'я приділяється колосальна увага як на рівні держави, так і з боку приватних структур.

Таким чином, віддаючи належне різноманітним поглядам науковців щодо розвитку та вдосконалення механізмів державного управління сферою охорони здоров'я, треба відзначити про подальшу необхідність сучасних трансформацій і реформ у галузі з урахуванням євроінтеграційних процесів, глобальних тенденцій та пандемічних викликів. Розвиток публічних механізмів у сфері охорони здоров'я направлений на формування ефективної та доступної системи

охорони здоров'я, що відповідає потребам населення України та міжнародним стандартам якості.

1.2. Глобальні та європейські виклики щодо трансформації системи охорони здоров'я в Україні

Трансформація у сфері охорони здоров'я в Україні відбувається під впливом двох важливих чинників, таких як: угода Глобального договору, за якою Україна взяла зобов'язання дотримуватися всесвітніх цілей сталого розвитку, та євроінтеграційні процеси, за якими Україна повинна зробити низку обов'язкових дій щодо процесу імплементації Угоди про асоціацію з Європейським Союзом (ЄС). Додаткового напруження на систему охорони здоров'я додала пандемія COVID-19, яка змінила напрями у Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 р., що ще перебуває у стадії розробки.

Підсумковим документом Саміту «Перетворення нашого світу: порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року» було затверджено 17 Цілей Сталого Розвитку (ЦСР, або Глобальні цілі) та 169 завдань, реалізація яких потребує безпрецедентних зусиль усіх секторів суспільства – урядів, бізнесу, громадськості [52].

На основі вже існуючих досягнень ЦСР взято до уваги різні національні реалії, спроможності та рівні розвитку, а також чинні національні стратегії та пріоритети. Відповідно до вказаного документа кожний уряд кожної країни встановлює власні національні завдання, керуючись глобальним рівнем спрямованості, але враховуючи національні умови. Крім того, уряд кожної держави сам приймає принципові рішення щодо відображення в національних процесах планування, політичних заходах і стратегіях рекомендованих глобальних завдань. У розпорядженні кожної країни є різні підходи, стратегії,

моделі та інструменти, які вона може застосовувати для забезпечення сталого розвитку з урахуванням своїх національних умов і пріоритетів.

В основу ЦСР покладено п'ять основних принципів:

- взаємозв'язок та неподільність: 17 ЦСР є взаємопов'язаними та неподільними (країни повинні зосередитись на комплексному досягненні всіх цілей, щоб справді досягти будь-якої з них);

- інклюзивність: для досягнення цілей необхідний підхід із залученням уряду та всього суспільства;

- нікого не залишати осторонь: усі люди, особливо найвразливіші, повинні отримати користь від досягнення ЦСР, а, отже, існує потреба в дезагрегованих даних місцевого рівня;

- партнерство між усіма зацікавленими сторонами: його метою є обмін ресурсами і співпраця під час реалізації;

- універсальність: Порядок денний 2030 застосовується до всіх країн та контекстів у будь-який час.

Окремо також потрібно виділити людиноорієнтованість (врахування гендерних аспектів, поваги до прав людини та зосередження на потребах найбільш вразливих і найбільш відсталих верств населення), тощо.

На національному рівні для всіх держав-членів передбачено розробку масштабних національних заходів щодо виконання відповідних Цілей (стратегії національного розвитку, стратегії сталого розвитку); проведення оглядів з урахуванням думок корінних народів, громадянського суспільства, приватного сектора та інших зацікавлених сторін відповідно до національних умов, стратегій та пріоритетів. На регіональному рівні передбачено забезпечення корисних можливостей для взаємного навчання, зокрема, шляхом проведення добровільних оглядів, обміну передовою практикою та обговорення спільних завдань тощо.

Глобальний рівень має на увазі взаємодію з Генеральною Асамблеєю, Економічною та Соціальною Радою, іншими відповідними органами й

форумами згідно з чинними мандатами та основоположними нормативно-законодавчими актами. Вказаний рівень сприяє обміну досвідом, зокрема, інформацією про успішні результати, проблеми та здобутий досвід; здійснює політичне керівництво і надає настанови та рекомендації щодо наступних заходів; забезпечує спрямування своєї діяльності на оцінювання прогресу, досягнень і проблем, з якими стикаються розвинені країни та країни, що розвиваються, а також нових і актуальних проблем, які виникають.

Етапи процесу адаптації ЦСР для України відображено в табл. 1.3.

Таблиця 1.3

Етапи процесу адаптації ЦСР для України

№ з/п	Рік	Подія
1	2016	Адаптація ЦСР
2	2017	Встановлення національних завдань ЦСР (86) з цільовими орієнтирами та національними показниками ЦСР (183) Перша базова національна доповідь «ЦСР. Україна»
3	2018	Запровадження щорічного моніторингу ЦСР
4	2019	Перший моніторинговий звіт з ЦСР (статистичні дані), тематичний звіт «ЦСР для дітей» та національна доповідь ЦСР. Прийняття Указу Президента України «Про цілі сталого розвитку України на період до 2030 року»
5	2020	Представлення першого національного добровільного огляду з ЦСР

Систему імплементації ЦСР викладено в щорічній Національній доповіді «Цілі сталого розвитку: Україна», а порядок моніторингу відповідних показників затверджений розпорядженням КМУ від 21 серпня 2019 р. №686-р «Питання збору даних для моніторингу реалізації цілей сталого розвитку» [53].

Систему державних стратегічних документів щодо врахування адаптованих для України Цілей Сталого Розвитку до 2030 року, у тому числі що стосується Цілі 3 ЦСР «Міцне здоров'я і благополуччя», можна представити таким чином:

Конституція України;

державні стратегічні документи – I рівень (загальнонаціональні);

міжгалузеві державні стратегічні документи – II рівень;

галузеві державні стратегічні документи – II рівень;

регіональні та місцеві стратегічні документи – III рівень;
територіальні документи – IV рівень.

Бачення майбутніх трансформаційних процесів ЦСР охоплює 3 виміри: економічний, екологічний та соціальний (у тому числі ЦСР 3: послідовні дії у межах реформи системи охорони здоров'я). Що стосується вищезазначеної сфери в її глобальному розумінні, то Цілями сталого розвитку 2030, а саме: Ціллю 3 «Міцне здоров'я і благополуччя», однією з глобальних цілей визначено основну мету – «Забезпечення здорового способу життя та добробуту людей будь-якого віку».

Відповідно до неї, окреслено ключові завдання для виконання до 2030 р., серед яких:

1. Зниження глобального коефіцієнта материнської смертності до менш ніж 70 випадків на 100 000 живонароджених.

2. Запобігання смертності новонароджених і дітей віком до 5 років (при цьому всі країни повинні прагнути зменшити неонатальну смертність до не більше як 12 випадків на 1000 живонароджених, а смертність у віці до 5 років – до не більше ніж 25 випадків на 1000 живонароджених).

3. Боротьба з епідеміями синдрому набутого імунodefіциту (СНІДу), туберкульозу, малярії та тропічних хвороб, з гепатитом, захворюваннями, що передаються через воду, та іншими інфекційними захворюваннями.

4. Зменшення на третину передчасної смертності від неінфекційних захворювань за допомогою профілактики й лікування, а також підтримка психічного здоров'я і благополуччя.

5. Покращення профілактики та лікування залежності від психоактивних речовин, у тому числі зловживання наркотичними засобами й алкоголем.

6. Скорочення вдвічі у всьому світові кількості смертей і травм унаслідок дорожньо-транспортних пригод.

7. Забезпечення загального доступу до послуг з охорони сексуального та репродуктивного здоров'я, включаючи послуги з планування сім'ї,

інформування та просвіту, і врахування питань охорони репродуктивного здоров'я в національних стратегіях і програмах.

8. Забезпечення загального охоплення послугами охорони здоров'я, у тому числі захисту від фінансових ризиків, доступу до якісних основних медико-санітарних послуг і до безпечних, ефективних, якісних і недорогих основних лікарських засобів і вакцин для всіх.

9. Істотне скорочення кількості випадків смерті та захворювань внаслідок впливу небезпечних хімічних речовин, забруднення й отруєння повітря, води і ґрунтів.

Крім того, передбачено активізацію і, за необхідності, імплементацію Рамкової конвенції Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) із боротьби проти тютюну у всіх країнах; сприяння дослідженням і розробкам вакцин і лікарських препаратів для лікування інфекційних та неінфекційних хвороб, які, насамперед, стосуються країн, що розвиваються, забезпечення доступності недорогих основних лікарських засобів і вакцин згідно з Дохійською декларацією «Угода ТРІПС і суспільна охорона здоров'я», де підтверджується право країн, що розвиваються, в повному обсязі використовувати положення Угоди з торговельних аспектів прав інтелектуальної власності щодо прояву гнучкості для цілей охорони здоров'я населення і, зокрема, забезпечення доступу до лікарських засобів для всіх; істотне збільшення фінансування охорони здоров'я та набору, розвитку, професійної підготовки та утримання медичних кадрів у країнах, що розвиваються; нарощення потенціалу всіх країн, особливо країн, що розвиваються, у сфері раннього попередження, зниження ризиків і регулювання національних і глобальних ризиків для здоров'я.

Реалізація ЦСР в Україні відбувається як на національному, так і на регіональному рівнях (рис. 1.3).

На національному рівні можна визначити досягнення, пов'язані з Указом Президента від 30 вересня 2019 р. № 722 «Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року». ЦСР визначено орієнтирами для розроблення проєктів

прогнозних і програмних документів, проєктів нормативно-правових актів з метою забезпечення збалансованості економічного, соціального та екологічного вимірів сталого розвитку України [54]. Моніторингові звіти з ЦСР готуються Державним комітетом статистики України на щорічній основі за 183 показниками ЦСР відповідно до 86 завдань, з них охорона здоров'я представлена 67 завданнями та 217 заходами. Уряд опублікував перший моніторинговий звіт про ЦСР у 2019 р. та продовжує вказану ініціативу щорічно [55].

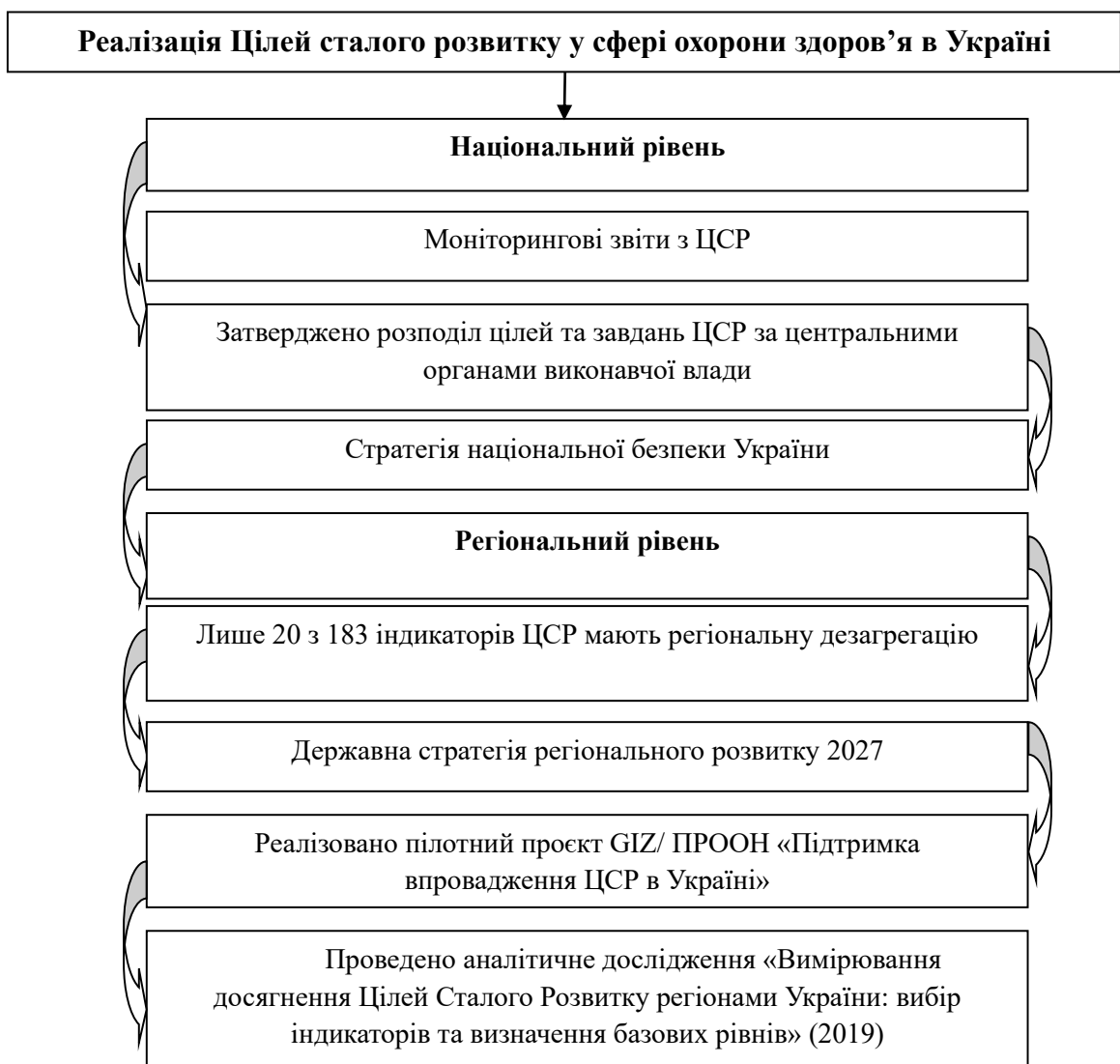


Рис. 1.3. Реалізація ЦСР у сфері охорони здоров'я в Україні на різних рівнях публічного управління

Затверджено розподіл цілей та завдань ЦСР для центральних органів виконавчої влади (ЦОВВ). Також у Стратегії національної безпеки України «Безпека людини – безпека країни» визначено сталий розвиток національної економіки як інструмент реалізації окреслених у стратегії пріоритетів національних інтересів.

На регіональному рівні реалізація цілей сталого розвитку має труднощі у визначенні певних показників. Національним інститутом стратегічних досліджень підготовлено аналітичну записку щодо вдосконалення координації та моніторингу імплементації цілей сталого розвитку України, у якій зазначено про те, що Програмою розвитку державної статистики до 2023 року (постанова КМУ від 27 лютого 2019 р. №222) передбачено запровадити збір даних для моніторингу ЦСР лише на державному рівні. Індикатори, затверджені розпорядженням КМУ від 21 серпня 2019 р. №686-р, у розрізі яких здійснюється збір даних для моніторингу імплементації ЦСР, переважно не мають дезагрегації на рівні регіонів та громад. Крім того, зазначені документи не містять опису основних елементів системи моніторингу на всіх рівнях і завдань органам влади на регіональному та місцевому рівнях проводити збір необхідних даних, аналіз та звітування [56].

Державною стратегією регіонального розвитку на 2021–2027 рр. (постанова КМУ від 5 серпня 2020 р. №695 «Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на 2021-2027 роки») було визначено генеральний вектор сталого розвитку регіонів, проте відсутні індикатори ЦСР [57].

До Бюджетного кодексу України не було внесено зміни щодо орієнтації видатків на пріоритети для досягнення ЦСР. Регіональне та місцеве стратегування соціально-економічного розвитку потребує узгодження із секторальними стратегіями та ЦСР [58].

Успішно реалізований пілотний проект GIZ/ПРООН «Підтримка впровадження ЦСР в Україні» у Волинській та Дніпропетровській областях, спрямований на впровадження ЦСР на регіональному рівні, метою якого є

підвищення громадської обізнаності й підтримка впровадження Порядку денного сталого розвитку до 2030 року та ЦСР шляхом посилення системи моніторингу, спроможності у плануванні процесу реалізації Глобальних цілей та їх включення до регіональних стратегій і програм [59].

Розпорядниками інформації щодо Цілі 3 «Міцне здоров'я і благополуччя» є Державний комітет статистики України, МОЗ, НСЗУ, Інститут демографії та соціальних досліджень Національної академії наук України, Міністерство інфраструктури України.

У сфері охорони здоров'я визначено 9 завдань, 16 індикаторів, а також цілі та дані, що розподіляються за національним (14) та регіональним (5) рівнями. Відповідно до Добровільного національного огляду щодо прогресу України в досягненні ЦСР 3, підготовленого Міністерством економіки України у 2020 р., вищезазначена Ціль 3 має, в основному, високу ймовірність досягнення (пункти 3.1.1, 3.2.1, 3.3.2, 3.4.2, 3.4.3, 3.5.2 і 3.6.1). Також визначені пункти зі слабкою позитивною динамікою, яка потребує суттєвого прискорення (3.4.1, 3.4.4, 3.6.2, 3.7.1 і 3.8.2). Від'ємну динаміку та низьку ймовірність досягнення мають пункти 3.3.1, 3.5.1, 3.8.1 і 3.9.1 [60].

Результатами реалізації завдань щодо досягнення Цілі 3 на сьогодні є (рис. 1.4):

1. Зменшення рівня смертності дітей у віці до 5 років (інструменти – впровадження сучасних перинатальних технологій, реорганізація акушерських та неонатологічних відділень, створення мережі перинатальних центрів).

2. Зниження кількості хворих з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу (інструменти – впровадження нових рекомендованих ВООЗ режимів лікування з використанням нових спеціалізованих протитуберкульозних препаратів).

3. Скорочення кількості смертей жінок та чоловіків від цереброваскулярних хвороб (упровадження заходів, передбачених Національним планом щодо неінфекційних захворювань, подолання тягаря неінфекційних хвороб та протидії впливу факторам ризику, таких як

тютюнокуріння, зловживання алкоголем, нездорове харчування, низька фізична активність та забруднене атмосферне повітря).



Рис. 1.4. Завдання Цілі 3 сталого розвитку України

4. Зменшення кількості смертей унаслідок транспортних нещасних випадків та зменшення кількості травмованих осіб унаслідок дорожньо-транспортних пригод (підвищення рівня безпеки в транспорті у результаті виконання відповідної Державної програми підвищення рівня безпеки дорожнього руху в Україні до 2020 року, зокрема, заходів з покращення експлуатаційних показників автомобільних доріг і вулиць, безпеки експлуатації транспортних засобів, підвищення ефективності системи підготовки водіїв).

5. Зменшення кількості випадків материнської смертності (впровадження комплексних заходів та сприяння розвитку акушерських відділень).

6. Скорочення кількості смертей жінок від злоякісного новоутворення молочної залози (завдяки інформаційно-просвітницькій діяльності, спрямованій на профілактику захворювання, його ранню діагностику та лікування).

Сьогодні процес імплементації Угоди координується із залученням усіх гілок влади: президентської, законодавчої та виконавчої. Для цього у 2020 р.

створено Комісію з питань координації виконання Угоди про асоціацію під головування Прем'єр-міністра України (постанова КМУ від 2 вересня 2020 р. №851 «Про утворення Комісії з питань координації виконання Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та ЄС, Європейським Співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони») [61].

Зокрема, в рамках роботи вищезгаданої Комісії сформовано карту пріоритетних євроінтеграційних законопроектів, яка є дорожньою картою роботи Уряду та Парламенту на євроінтеграційному напрямі, у тому числі що стосується громадського здоров'я [62].

Серед відповідальних за виконання завдань розділу «Громадське здоров'я» визначено МОЗ, Міністерство фінансів України, Міністерство економіки України, Міністерство соціальної політики України (особливо, що стосується реалізація комплексу заходів, передбачених Концепцією реформи фінансування системи охорони здоров'я), Міністерство молоді та спорту України, Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, Центр громадського здоров'я.

За Планом заходів розпорядження КМУ «Про затвердження плану пріоритетних дій уряду на 2021 рік» передбачено виконання таких завдань:

- формування дорожньої карти адаптації законодавства України до права ЄС у сфері реєстрації та обігу лікарських засобів;
- приведення у відповідність з нормами ЄС ліцензійних умов і процедур ліцензування та акредитації установ, що працюють із тканинами і клітинами людини (внесення відповідних змін до Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини» [63]);
- приведення у відповідність з нормами ЄС ліцензійних умов і процедур ліцензування та акредитації закладів та установ системи крові (внесення змін до Законів України «Про ліцензування видів господарської діяльності» та «Про донорство крові та її компонентів» [64-65]);

- запровадження комплексного підходу до діагностики ракових захворювань, заснованого на кращих практиках держав-членів ЄС;
- приєднання України до європейської мережі протидії транскордонним загрозам здоров'ю (внесення змін до Законів України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» та «Про захист населення від інфекційних хвороб» [66-67]);
- реалізація комплексної реформи системи фінансування охорони здоров'я відповідно до затвердженої Концепції;
- реалізація Концепції розвитку системи громадського здоров'я тощо.

План заходів є документом, який має підвищити відповідальність виконавчої влади за виконання Угоди про асоціацію, в тому числі напряму, що стосується реформування системи охорони здоров'я. Окрім того, зазначений план із чіткими індикаторами спрощує контроль за цим процесом із боку Уряду та громадськості.

Імплементація Угоди про асоціацію з ЄС передбачає виконання українською стороною майже 8 тис. заходів у рамках понад 2 тис. завдань. Усі вони визначені в інформаційно-аналітичній системі «Пульс Угоди», яку Уряд використовує для моніторингу прогресу виконання зобов'язань за Угодою загалом та у 24 сферах (секторах) співробітництва зокрема. Загальний прогрес виконання Угоди про асоціацію, згідно з даними «Пульсу Угоди», становить 54% [68].

Результати виконання Угоди за останні шість років (2015-2020 рр.) у сфері охорони здоров'я – розділ «Громадське здоров'я» – 47% – включає 162 заходи в рамках 37 завдань (рис. 1.5).

Ще одним з головних здобутків є наближення законодавства України до права ЄС за такими напрямками:

1. Боротьба з інфекційними захворюваннями.

МОЗ України затверджено перелік інфекційних захворювань, які підлягають моніторингу, чим у повному обсязі імплементовано Рішення 2000/96/ЄС. У зв'язку з набуттям чинності наказу МОЗ від 30 липня 2020 р.

№1726 розпочато оновлення нормативно-правових актів, які регулюють порядок реєстрації, обліку, звітності та обміну відповідною інформацією [70].

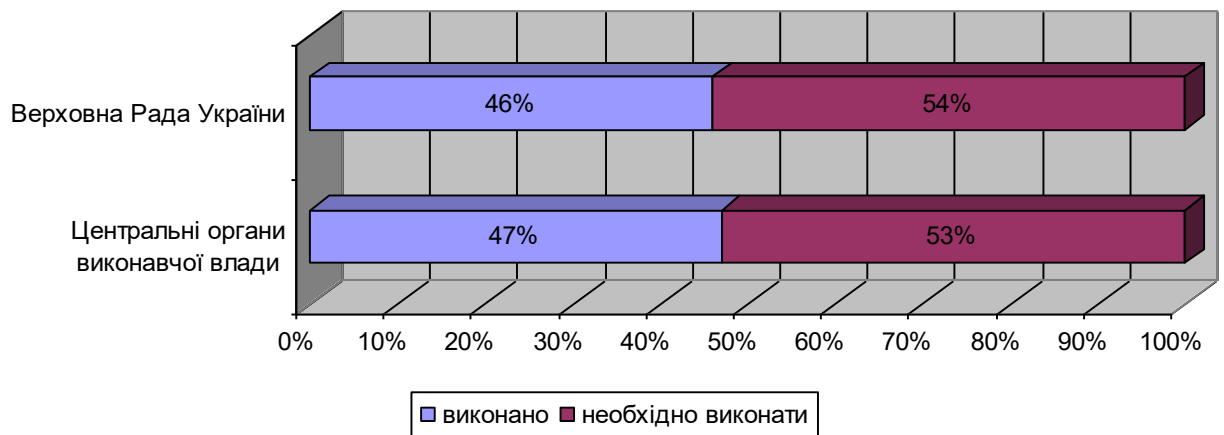


Рис. 1.5. Прогрес за основними групами виконавців [69]

Також імплементовано Рішення №2002/253/ЄС, яким визначені випадки, які вимагають подання звітів про інфекційні захворювання до мережі Співтовариства.

У 2018 р. із залученням міжнародних експертів розроблено «Дорожню карту» для вирішення інвестиційних потреб у сфері управління системою крові, впровадження прозорого та підзвітного процесу ліцензування; запуску нових стандартів безпеки крові та розробки інформаційних технологій відстеження (до 167 млн євро на 4 роки). Ці кошти передбачені для фінансування модернізації 11 центрів крові, експлуатаційних витрат, закупівлі тестових наборів та витратних матеріалів, упровадження нових стандартів і протоколів використання крові, створення унікальних реєстрів донорів крові та посилення управління постачанням.

Прийнято розпорядження КМУ від 20 лютого 2019 р. №120-р «Про схвалення Стратегії розвитку національної системи крові на період до 2022 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації» [69].

З 01 січня 2019 р. набув чинності Закон України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людини», в якому враховані базові

вимоги Директиви 2004/23/ЄС. Уряд схвалив План підготовки підзаконних актів, необхідних для реалізації зазначеного закону. Відповідно, затверджено Порядок отримання та надання гемопоетичних стовбурових клітин та обміну інформацією щодо наявних анатомічних матеріалів людини, призначених для трансплантації (постанова КМУ від 25 березня 2020 р. №257) [71], та створено спеціалізовану державну установу «Український центр трансплант-координації» (розпорядження КМУ від 23 вересня 2020 р. № 1154-р) [72].

Прийнято Закон України від 27 грудня 2019 р. №418-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, що регулюють питання трансплантації анатомічних матеріалів людині», який автоматизує процеси завдяки поступовому запровадженню Єдиної державної інформаційної системи трансплантації органів і тканин – реєстру донорів, що допомагатиме вчасно знаходити потенційного донора з потрібними фізичними показниками для порятунку пацієнтів, які потребують трансплантації [73].

Постановою КМУ від 10 липня 2019 р. №689 «Питання проведення моніторингу наркотичної та алкогольної ситуації в Україні» запроваджено порядок проведення моніторингу наркотичної та алкогольної ситуації [74].

Його основні завдання та показники визначені Європейським моніторинговим центром з наркотиків та наркозалежності, Управлінням Організації Об'єднаних Націй з наркотиків та злочинності, Міжнародним комітетом з контролю за наркотиками. Починаючи з листопада 2017 р., Україна на постійній основі співпрацює з Європейським моніторинговим центром з наркотиків та наркотичної залежності.

2. Упровадження електронної системи охорони здоров'я – eHealth [75].

Ключовою метою вказаної системи, забезпечення функціонування якої почалося одночасно зі стартом медичної реформи в Україні, є наближення стандартів надання медичної допомоги до рівня країн-членів ЄС і надання українцям доступу до більш якісних медичних послуг.

Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я, а також Порядок опублікування відомостей з електронної системи охорони здоров'я

Національною службою здоров'я затверджені постановою КМУ від 25 квітня 2018 р. №411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я». Проведено реформу сфери державних закупівель шляхом імплементації до неї європейських правил, що теж має безпосередній вплив на сферу охорони здоров'я. Відтепер державні закупівлі відбуваються лише через електронну систему ProZorro, мінімізуючи людський фактор і можливість корупції (головним фінансовим розпорядником у сфері охорони здоров'я є НСЗУ).

Попри виклики пандемії, Україною дано старт процесу, який отримав назву Євроінтеграція 2.0, ключове завдання якого – перейти від реалізації наявних політик ЄС до участі України у їх формуванні.

Таким чином, можна зробити висновки про ефективний рух реформ та трансформацій у сфері охорони здоров'я за ключовими цілями сталого розвитку та євроінтеграційними процесами за останні три роки. Також треба зазначити, що відповідно до щорічних звітів за всіма напрямками, що передбачають інтеграцію, не всі євроінтеграційні реформи мають миттєвий ефект, тому потрібно чекати не тільки інституційних змін, а й механізмів публічного управління як на державному, так і регіональному рівні, особливо що стосується медичного страхування, розвитку приватної медицини та ведення бізнесу в цій сфері, підготовки професійних кадрів.

Враховуючи комплексність та велику кількість завдань і стратегічних планів щодо подальшої трансформації сфери охорони здоров'я України, важливо забезпечити його узгодженість як зі стратегічними глобальними планами, так і з галузевими реформами. У поєднанні з пріоритезацією на державному рівні та розвитком системи моніторингу охорони здоров'я (особливо через систему регіональних індикаторів) є можливість своєчасно реагувати на подальші зміни у сфері охорони здоров'я [76].

Окрему увагу в дослідженні треба приділити загрозам для сфери охорони здоров'я в країнах ЄС, а також напрямкам їх подолання в умовах пандемії COVID-19.

На засіданні у Брюсселі в 2020 р. Європейська комісія визначила шість пріоритетів діяльності у 2021 р. Основний пріоритет – продовжувати працювати для збереження життів та добробуту громадян, яким загрожує пандемія коронавірусу. Єврокомісія продовжить докладати зусиль для того, щоб забезпечити європейців майбутньою вакциною та допомогти у відновленні економіки шляхом «зеленої» та цифрової трансформації. В межах просування європейського способу життя, з урахуванням загроз від COVID-19, Єврокомісія працюватиме у напрямі зміцнення системи охорони здоров'я, розвитку наявних та створення нових дослідницьких установ у цій сфері [77]. Незважаючи на те, що системи охорони здоров'я в європейських країнах відрізняються між собою, вони на сьогодні мають такі спільні завдання: забезпечити загальнодоступність і високу результативність медичного обслуговування, раціонально використовувати ресурси, підвищити якість послуг, прислухатися до побажань пацієнтів.

Останнім часом у Європі проводилося багато реформ, спрямованих на поліпшення систем охорони здоров'я. Пошуки оптимальних рішень стали причиною вироблення більш обґрунтованої політики у сфері охорони здоров'я. ЄС не висуває жорстких вимог до організації системи охорони здоров'я держав, які бажають вступити до співдружності. Головне, щоб усі верстви населення, незалежно від їх місця проживання та платоспроможності, мали можливість отримати медичну допомогу. Так, у Договорі про ЄС внесений параграф «Р», який передбачає, що ЄС сприятиме досягненню високого рівня захисту здоров'я. Потім Маастрихтський договір включив охорону здоров'я в реалізацію всіх інших політик ЄС і надав цьому напряму нові функції, які доповнюють зусилля країн ЄС [78]. Ці зусилля головним чином спрямовувалися на координацію заходів щодо встановлення високих стандартів якості та безпеки медицини (пересадки органів, переливання крові тощо); заходів у ветеринарній та фітосанітарній ділянці з метою захисту здоров'я людей; стимулювальних заходів (*incentive measures*) для захисту і поліпшення здоров'я населення [79]. При цьому всі подібні заходи ЄС виключають будь-

яку гармонізацію законодавства про охорону здоров'я держав-членів. Таким чином, основна компетенція й головні зусилля у сфері охорони здоров'я перебували і продовжують перебувати в країнах-членах, а ЄС тільки доповнює ці зусилля, наприклад, запобігає поширенню інфекцій через кордони, раціоналізує рух пацієнтів, нівелює відмінності в якості медичного обслуговування та послуг тощо.

Серед більш практичних інструментів варто відзначити різноманітні дослідження та оцінки стану здоров'я в ЄС. Частина з них займаються збором даних з кожної країни за різними індикаторами. ЄС має власний перелік із 88 ключових європейських показників здоров'я (The European Core Health Indicators). Серед них – не лише ті, що стосуються демографії і власне хвороб, а й так звані «детермінанти здоров'я» (кількість курців, середня вага та фізична активність населення), обслуговування у сфері охорони здоров'я (нові технології в медицині, рівність доступу до отримання послуг), а також відповідні державні політики (заборона куріння до визначеного віку, дотримання здорового способу життя тощо) [80].

Окрім зазначеного, країнами ЄС приділяється значна увага нормативно-законодавчому забезпеченню галузі безпеки та здоров'я на роботі (БЗР), яку виділяють як окрему, суттєву та впливову складову сфери охорони здоров'я, зважаючи на те, що вона відіграє надзвичайно важливу роль у захисті здоров'я та безпеки майже 170 млн працівників ЄС.

Захист людей від небезпечних чинників, що загрожують здоров'ю та безпеці на роботі, є головною складовою забезпечення стабільних гідних умов праці для всіх працівників. Це дало змогу зменшити ризики для здоров'я на роботі та покращити стандарти БЗР у масштабах ЄС та в усіх галузях. Проте виклики залишаються, а пандемія COVID-19 загострила ризики, які необхідно усувати. Вказаний напрям захисту здоров'я й безпеки працівників, закріплений у міжнародних договорах, Хартії основних прав, є також одним із ключових елементів економіки ЄС, що працює для людей [81]. Право на здорове та безпечне робоче місце відображено у принципі 10 Європейської опори

соціальних прав (документ, проголошений інституціями ЄС – Єврокомісією, Радою ЄС та Європарламентом у листопаді 2017 р., що визначає напрям для забезпечення зайнятості та соціального захисту, зокрема, гарантує рівні можливості та доступ до ринку праці; чесні умови праці; соціальний захист та інклюзивність) і має основоположне значення для досягнення ЦСР Організації Об'єднаних Націй (ООН). Він є також одним із компонентів ЄС охорони здоров'я, що станом на 2021 р. перебував у стані створення.

У новій рамковій стратегії з БЗР на 2021-2027 рр. встановлено ключові пріоритети й заходи, необхідні для покращення здоров'я та безпеки працівників у наступні роки в умовах постпандемічного світу, позначеного екологізацією та цифровізацією, економічними та демографічними викликами й зміною поняття традиційного робочого середовища. Здорові та безпечні умови праці – це передумова існування здорової та продуктивної робочої сили, забезпечення ефективного функціонування всієї системи охорони здоров'я. Цей чинник, до того ж, є важливим аспектом як сталості, так і конкурентоспроможності економіки ЄС [82]. Законодавство ЄС із БЗР розробляється в тісній співпраці з Консультативним комітетом із питань безпеки та здоров'я на роботі, тристороннім органом, до складу якого входять представники урядів, профспілки та організації роботодавців.

Одним з показників оцінки можливостей систем охорони здоров'я країн світу є Глобальний індекс безпеки здоров'я (ГІБЗ) – оцінка можливостей глобальної охорони здоров'я в 195 країнах, підготовлена Центром медичних досліджень Джона Гопкінса, Ініціативою зі зменшення ядерної загрози та Economist Intelligence Unit. Одним з основних принципів ГІБЗ є те, що глобальна безпека охорони здоров'я є колективною відповідальністю. Індекс може допомогти лідерам країн, державним службовцям сфери охорони здоров'я, які напрацьовують відповідні політики, та лікарям-практикам виявляти прогалини та створювати стійку готовність у своїх країнах і в регіонах. ГІБЗ може використовуватися як орієнтир для виявлення та усунення

недоліків з кінцевою метою – зменшення негативних наслідків для здоров'я та економіки [83].

Індекс надає змогу сформуванню головних напрямів розвитку сфери охорони здоров'я: країни повинні виділяти кошти на охорону здоров'я в національних бюджетах та проводити оцінки, використовуючи індекс як посилення для розробки національного плану дій для визначення своїх ризиків та заповнення прогалин; міжнародні організації повинні використовувати Індекс для визначення країн, які найбільше потребують додаткової підтримки; приватному сектору слід використовувати Індекс для пошуку можливостей для партнерства з урядами; благодійним організаціям та інвесторам потрібно розробити нові механізми фінансування та використовувати Індекс для визначення пріоритетів ресурсів.

Індекс складається зі 140 питань, організованих за 6 категоріями, 34 показниками та 85 субпоказниками. У грудні 2021 р. опубліковано звіт щодо ГІБЗ-2021, який демонструє, що, незважаючи на значні кроки, вжиті країнами для реагування на пандемію COVID-19, усі країни залишаються вкрай неготовими до майбутніх епідемій та пандемічних загроз. Країни продовжують зазнавати шкоди від пандемії COVID-19 через недостатній потенціал охорони здоров'я. Ця нестача виникає в той час, коли політичні ризики та ризики безпеки зросли майже в усіх країнах, а стійкі фінансові інвестиції, необхідні для його підтримки, ще не продемонстровані. Це робить світ надзвичайно вразливим до майбутніх надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я, у тому числі потенційно більш руйнівних, ніж COVID-19.

Результати ГІБЗ-2021 невтішні та гірші порівняно з 2019 р.: середній бал у категорії системи охорони здоров'я становить 31,5 із 100, при цьому 73 країни мають нижню ланку. Жодна країна не досягла найвищого рівня рейтингу, і жодна країна не отримала більше 75,9 бала. У 69 країнах недостатньо можливостей у клініках, лікарнях та громадських центрах. 91% країн не мають відповідного нормативно-правового та організаційного забезпечення – плану, програми чи рекомендацій щодо застосування медичних контрзаходів, таких як

вакцини та противірусні препарати, для національного використання під час надзвичайної ситуації у сфері охорони здоров'я. Загалом, категорія систем охорони здоров'я демонструє незначний прогрес порівняно з 2019 р. та визначає серйозні прогалини в потенціалі медичних кадрів, закладів та доступу до медичних послуг на національному рівні [83].

Пандемія COVID-19 показала, що деякі країни, які визначені вказаним індексом у 2019 р. і мали найбільший потенціал безпеки охорони здоров'я (США та Великобританія), наразі постраждали від найбільшої кількості випадків, пов'язаних з вірусом, у тому числі смертей. Тобто COVID-19 є ілюстрацією того, як низька підготовленість до пандемії та реагування на неї можуть вплинути на здоров'я та безпеку на кожному рівні – місцевому, національному та глобальному.

Країнами в категорії «найбільш підготовлені» стали США, Великобританія, Нідерланди, Австралія, Канада, Таїланд, Швеція, Данія, Південна Корея, Фінляндія, Франція, Словенія та Швейцарія. США посіли перше місце зі значенням індексу 83,5 зі 100. Найбільша кількість країн у категорії «найменш підготовлені» була в Західній та Центральній Африці.

ЄС звертає увагу політиків усіх держав-членів на вищевказані тенденції та рекомендує вживати відповідні заходи для їх виконання. Крім того, для синхронізації таких зусиль у ЄС відбуваються добровільні обміни досвідом між державами-членами, організовані під керівництвом Європейської комісії.

Європейське агентство з безпеки та здоров'я на роботі (EU-OSHA) надає керівні матеріали та інструменти, які разом з аналогічними національними, заснованими на інтернет-технологіях інструментами, дають змогу отримати інформацію щодо конкретних галузей, орієнтовану передусім на малі та середні підприємства, тому що саме на них у ЄС зайнято більшість працівників і вони часто стикаються з більшими перешкодами щодо забезпечення безпеки та здоров'я на роботі; спрямовують роботодавців на всіх етапах процесу оцінювання ризиків [84].

У червні 2021 р. Європейська комісія ухвалила Рамкову стратегію ЄС із безпеки та здоров'я на роботі на 2021-2027 рр. У ній викладені ключові дії, необхідні для покращення здоров'я та безпеки працівників протягом наступних років:

1. Передбачення та управління змінами у новому світі праці.
2. Покращення профілактики професійних захворювань та нещасних випадків на роботі.
3. Підвищення готовності до можливих майбутніх загроз здоров'ю.

Пандемія COVID-19 виявила важливість наявності загального рамкового зобов'язання щодо реалізації роботодавцем заходів з оцінювання ризиків і запобіжних заходів з метою усунення ризиків для здоров'я працівників у разі кризи у сфері охорони здоров'я. Вона, як ніколи раніше, підкреслила необхідність забезпечення працівникам робочого середовища, яке зменшує ризик передавання інфекційних захворювань.

Таким чином, можна зробити висновки щодо усвідомлення кожною країною ЄС можливостей перетворити високий рівень соціальної обізнаності про пандемію на довгострокове підвищення готовності до нових викликів та загроз у сфері охорони здоров'я. Головним у цьому напрямі є формування нових стратегічних документів, інструментів, напрацювань та внесення змін до існуючої нормативної бази, створення додаткових можливостей для кращого захисту життя та засобів до існування від наступної пандемії.

Серед основних спільних рухів держав-членів ЄС до розвитку системи охорони здоров'я в умовах пандемії COVID-19 можна назвати такі:

-вакцинація – один зі спільних інструментів усіх держав-членів для зменшення захворюваності серед населення. Тренд є загальноєвропейським, тож держави-члени посилено співпрацюють у цій сфері;

-скорочення витрат на медицину – в усіх країнах ЄС триває пошук моделі для оптимізації витрат на охорону здоров'я;

-пошук моделей для забезпечення загального доступу до медичної допомоги та сталих показників середньої тривалості життя.

1.3. Стратегічні завдання реформування сфери охорони здоров'я в Україні

Складовою Національного плану дій з реформування системи охорони здоров'я в Україні стала Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 роки (Стратегія), затверджена програмою діяльності КМУ (постанова Верховної Ради України від 11 грудня 2014 р. №26-VIII) та Указом Президента України від 30 вересня 2019 р. 722/2019 «Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2030». Стратегія являє собою рамковий документ, який формує бачення, контекст, пріоритети, завдання, принципи, подальші кроки реформування вітчизняної системи охорони здоров'я. Стратегія є основою для прийняття рішень та розробки політики щодо бюджетних ресурсів та фінансування у сфері охорони здоров'я. Наразі триває розробка Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 р.

За Національною стратегією реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 рр. ключовими принципами системи охорони здоров'я є:

1. Гарантований доступний пакет послуг для кожного громадянина. Принцип повинен бути застосований незалежно від віку, статі, політичних та релігійних переконань, сексуальної орієнтації, цивільного або сімейного стану. Він повинен базуватися на повазі до прав людини та бути застосований до кожного та всіх в цілому. Особливу увагу уряд має приділяти вразливим соціальним групам.

2. Дотримання національних стандартів професіоналізму та якості. Принцип спрямований на надання якісної, ефективної, безпечної медичної допомоги, спрямованої на підтримку, задоволення потреб, розвиток персоналу, освіту пацієнта, удосконалення управління галуззю.

3. Взаємоповага медичних працівників та пацієнтів. Першим і головним принципом у роботі з пацієнтами мають бути гідність, повага, турбота та

співчуття. Коли пацієнти будуть відчувати себе партнером, а медичні працівники матимуть підтримку, відповідні повноваження, відчуватимуть свою цінність, будуть покращуватися їх досвід, безпека, результати для здоров'я.

4. Співпраця різних служб, секторів економіки, організацій в інтересах населення, громад, пацієнтів (міжсекторальна взаємодія). Для підвищення рівня добробуту та здоров'я система охорони здоров'я повинна взаємодіяти з органами державного сектора, іншими службами, широким колом благодійних організацій, громадських об'єднань, юридичних осіб приватної форми власності.

5. Найбільш справедливе, ефективне, стійке використання обмежених ресурсів та співвідношення «ціна – якість». Державні кошти на охорону здоров'я повинні бути направлені виключно на благо громадян. Головною метою уряду має бути така: кожна витрачена гривня платником податків має приносити для здоров'я людей більше результату.

6. Підзвітність пацієнтам та громадам. Система підзвітності та відповідальності за прийняття рішень повинна бути зрозумілою та прозорою для пацієнтів, персоналу, громадськості. Для реалізації поставленої мети уряд має гарантувати постійну можливість доступу до основних показників здоров'я та інформації, а органи місцевої та центральної влади систематично звітувати перед радами (представниками), громадою за результати діяльності у сфері охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я в Україні – це комплексна галузь, яка повинна ґрунтуватися на принципах ефективної взаємодії багатьох центральних органів влади на рівні МОЗ, фінансів, економіки, праці та соціальної політики, освіти і науки, з питань надзвичайних ситуацій та інших міністерств та відомств. Кардинальні зміни в соціально-економічній сфері, незадовільний стан здоров'я населення, недоліки сучасної системи охорони здоров'я, критична демографічна ситуація, незадовільна екологічна ситуація вимагають поліпшення та вдосконалення організації діяльності галузі, нагального вирішення її актуальних проблем [85].

Майбутня система охорони здоров'я має базуватися на трьох фундаментальних принципах, які мають бути відображеними на кожному наступному етапі реформи та застосовуватися в усіх секторах охорони здоров'я, а саме:

1. Система охорони здоров'я має бути орієнтована на людей, дослухатися до потреб людей (працівників, пацієнтів), формувати атмосферу, яка постійно оцінюється та є підставою для покращення роботи. Нові моделі фінансування послуг системи охорони здоров'я мають зменшувати фінансові ризики, бути ефективними, відкривати доступ до відповідних послуг.

2. Головним завданням системи охорони здоров'я в умовах трансформацій є безпека та якість послуг, їх здатність адаптуватися до постійно змінюваних викликів.

3. Система охорони здоров'я складається із соціальних інституцій, робота яких залежить від відносин між різними учасниками системи (дослідників, управлінців, покупців, постачальників тощо). Лише шляхом формування взаємоповаги, діалогу, довіри між цими суб'єктами може бути досягнуто процвітання, а від якості таких взаємозв'язків залежатиме ефективність роботи.

Розробка державної програми медичних гарантій на 2020 р. стала одним із стратегічних напрямів уряду. Вперше вона була ухвалена у 2020 р. та включала за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» усі рівні надання медичних послуг, які оплачувала НСЗУ у зазначеному році. Зміни в медичній освіті є невід'ємною складовою трансформації системи охорони здоров'я в цілому. Система повинна базуватися на розумінні відповідальності за загальне благополуччя населення, здоров'я, усі аспекти життя.

У сучасній вітчизняній системі охорони здоров'я наявний ряд загроз національній безпеці, серед яких можна виділити такі: нераціональне та недостатнє використання джерел фінансування, а також недосконалість господарського статусу, організаційної структури закладів охорони здоров'я, недосконалість бюджетних механізмів фінансування та управління коштами. Державні кошти є ключовим джерелами фінансування охорони здоров'я

України. Тому потребують детального дослідження шляхи підвищення ефективності фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні.

За п'ять років з початку реформування системи охорони здоров'я відбулися значні трансформації в механізмах фінансування цієї сфери. Побудова нової національної системи охорони здоров'я передбачає багатоканальність фінансування відповідно до розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України» від 14 липня 2014 р. [86]. Концепція розвитку системи фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я, затверджена розпорядженням КМУ від 18 вересня 2013 р. №776-р. [87], розроблена з урахуванням напрямів діяльності Світового банку, Європейської комісії, ВООЗ, інших міжнародних організацій, міжнародного досвіду фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я.

Системні зміни у сфері охорони здоров'я України включають зміну принципів фінансування галузі. Розпорядженням КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. затверджено Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я [1].

У грудні 2017 р. прийнято Закон України «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», які започаткували реформу охорони здоров'я в Україні [88-89]. Вирішення проблем охорони здоров'я (катастрофічні витрати домогосподарств на охорону здоров'я, неефективне витрачання бюджетних коштів, низька ефективність та якість надання медичних послуг) є головною метою реформи.

Протягом 2017 р. у всіх регіонах України проведено консультації щодо впровадження реформи за участю міжнародних, громадських організацій та МОЗ. Так, 19 жовтня 2017 р. прийнято Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», внесено необхідні зміни до Державного бюджету; 14 листопада 2017 р. ухвалено Закон «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [88, 90].

У квітні 2018 р. стартувала національна кампанія з вибору педіатрів, терапевтів, сімейних лікарів без прив'язки до місця реєстрації пацієнтів. Більше 20 млн українців за сім місяців підписали декларації про вибір лікарів. Кожен другий українець вже має лікаря, до якого може звернутися з будь-якими проблемами зі здоров'ям, якому довіряє, в якого можна дізнатися, як не хворіти та вести здоровий спосіб життя.

З другої половини 2019 р. розпочалась програма «Безкоштовна діагностика» – наступний етап після реформи первинної ланки. Це 80% потреби пацієнта з діагностики у педіатра, терапевта, сімейного лікаря. Затребуваними є послуги вузькопрофільних спеціалістів, безоплатні аналізи та дослідження. Пацієнти можуть за направленням лікаря проходити такі обстеження: ультразвукову діагностику, рентген, ехокардіографію серця, мамографію, інші обстеження – у будь-якому медичному закладі безоплатно за договором з НСЗУ. Таким чином, поліклініки, які є установами амбулаторної спеціалізованої допомоги, будуть переходити на нову модель фінансування [91].

Пріоритетним завданням системи охорони здоров'я будь-якого уряду є забезпечення належного рівня здоров'я населення, що визначається стратегічними документами національного, європейського та міжнародного рівнів. У сфері охорони здоров'я основними цілями уряду є забезпечення мікроекономічної ефективності, справедливого та рівного доступу до медичних послуг, а також макроекономічний контроль за видатками у сфері охорони здоров'я (табл. 1.4).

Україна гостро потребує трансформаційних механізмів у системі охорони здоров'я та переорієнтації підходів до управління і фінансування галузі з метою поліпшення доступності і якості медичного обслуговування в державі. Стан здоров'я населення, якість медичного обслуговування залежать від ефективного використання та забезпеченості медичної галузі трудовими, матеріально-технічними, фінансовими ресурсами. Таким чином, сучасна система охорони здоров'я вимагає формування такої державної політики, яка дасть змогу

охопити основними видами профілактики, допомоги, лікування і реабілітації все населення, забезпечити надання медичних послуг достатніми фінансовими ресурсами, підвищити ефективність та зменшити фінансові ризики, пов'язані з наданням допомоги [92].

Таблиця 1.4

Головні цілі уряду, спрямовані на сферу охорони здоров'я України

Ціль	Результат
Забезпечення рівного і справедливого доступу до медичних послуг	Громадяни повинні мати доступ до певного гарантованого мінімального рівня послуг, у межах якого медична допомога повинна надаватися з огляду на потребу хворого в ній, а не залежно від здатності хворого за неї платити
Забезпечення мікроекономічної ефективності	Якість допомоги і ступінь задоволення пацієнтів повинні бути максимально можливими при мінімально можливих затратах ресурсів
Макроекономічний контроль за видатками у сфері охорони здоров'я	Сектор охорони здоров'я повинен поглинати «розумну» частку валового національного продукту (зростання рівня видатків на охорону здоров'я)

Доступність медичної допомоги – це основна мета системи охорони здоров'я населення, а її передумови полягають у збалансованості необхідних обсягів медичної допомоги з можливостями та ресурсами держави. Якість медичної допомоги, у свою чергу, відзначається сукупністю характеристик, що підтверджують відповідність наданої медичної допомоги наявним потребам пацієнта, його очікуванням, сучасному рівню розвитку медичної науки і технології. Основними характеристиками якості медичної допомоги є адекватність, доступність, наступність і безперервність, безпека, результативність, ефективність, дієвість, своєчасність, задоволення очікувань і потреб, стабільність процесу й результату, постійне вдосконалення та поліпшення.

На сьогодні також напрацьовано проект Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 р. (Стратегія-2030). Вказаний документ поєднаний з Цілями сталого розвитку у сфері охорони здоров'я та демографічними показниками до 2030 р., а також розроблений МОЗ із залученням ключових

стейкхолдерів сфери охорони здоров'я та у співпраці з міжнародними партнерами [93].

Принципами та цінностями названої Стратегії визначено: людиноцентричний підхід; підзвітність; міжсекторальну взаємодію; запобігання збідненню через погіршення здоров'я; рівність та залученість; універсальний доступ. Щодо людиноцентричності в системі охорони здоров'я та медичній допомозі, то послуги спільно вироблені для того, щоб відповідати потребам людей: послуги координовані для забезпечення безперервної допомоги; послуги є комплексними, безпечними, ефективними, своєчасними та доступними; всі надавачі послуг вмотивовані, мають відповідні знання та навички, працюють у підтримуючому середовищі.

Під час розробки стратегії були враховані такі ключові документи міжнародного та національного рівнів (табл. 1.5).

Таблиця 1.5

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

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

Ключовими цілями Стратегії-2030 є продовжувати реформу охорони здоров'я, спираючись на успіхи та враховуючи здобутий досвід; рухатись у напрямі забезпечення Універсального медичного страхування – Universal Health Coverage; покращити показники здоров'я населення, рівень задоволеності

послугами та рівень захисту фінансових ризиків; забезпечити фактологічний підхід до процесу, одночасно визнаючи контекстуальну специфіку та потреби; забезпечити узгодженість з ЦСР та міжнародними зобов'язаннями України перед її партнерами; залучити громадянське суспільство та стейкхолдерів до процесу розробки Стратегії та консультацій.

До уваги у формуванні Стратегії було взято положення як короткострокових (Програма діяльності КМУ; Стратегія комунікації у сфері європейської інтеграції (2021)), так і галузевих нормативно-законодавчих актів національного рівня (Стратегія розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню; Стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні (2025); Стратегія у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам (2030); Стратегія розвитку імунопрофілактики (2022); Стратегія розвитку національної системи крові (2022); Стратегія розвитку медичної освіти; Стратегія державної політики щодо наркотиків (2030); Національна стратегія контролю онкологічних захворювань (2030, проєкт)).

Щодо Програми діяльності КМУ, затвердженої постановою КМУ від 12 червня 2020 р. № 4712, то вона складається з трьох частин: першочергові заходи, спрямовані на подолання пандемії COVID-19, заходи з реформування системи охорони здоров'я; забезпечення рівного доступу до якісної медичної допомоги громадян із хронічними неінфекційними захворюваннями (непов'язаними з COVID-19) [94].

Серед короткострокових пріоритетів – підготовка мережі закладів охорони здоров'я до роботи в особливих умовах, забезпечення необхідним медичним обладнанням, лікарськими засобами та матеріалами, створення додаткових місць; надання медичної допомоги та відновлення функціонування системи протиепідемічного захисту.

З метою подальшого розвитку системи громадського здоров'я, узгодження законодавства України зі світовими та європейськими стандартами у сфері протидії інфекційним та неінфекційним захворюванням у листопаді 2019 р. ухвалено низку нормативно-правових документів, зокрема: Стратегію

та план заходів щодо забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту за принципом «Єдине здоров'я» на період до 2025 року; Стратегію та план заходів щодо розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб; Державну стратегію протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року, яка сприятиме подоланню епідемій ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та вірусних гепатитів В та С [95-97].

Однак виклики, з якими стикається Україна під час реалізації реформи, мають як галузеву, так і політичну основу. Тому основними завданнями на 2020-2021 рр. було визначено забезпечення сталості змін у системі, закріплення вже досягнутих результатів та нарощування темпів реформування відповідно до існуючої нормативно-законодавчої бази, а також низки відповідних інструментів.

Основними результатами проведення реформи в Україні мають стати ефективна й доступна система охорони здоров'я, підвищення рівня і якості життя населення, підвищення якості та безпеки медичної допомоги, продуктивна зайнятість персоналу, що працює у сфері охорони здоров'я, підвищення рівня соціального забезпечення населення та оптимізації системи соціальної підтримки.

Висновки до 1-го розділу

Обґрунтовано необхідність постійного оновлення складових механізмів публічного управління за умов сучасних трансформацій системи охорони здоров'я. На основі аналізу досліджень провідних науковців у галузі публічного управління охороною здоров'я України визначено основні механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах реформування та трансформацій: інституційний, економічний, організаційний, правовий, фінансовий, інформаційний, кадровий, механізм державно-приватного

партнерства. Основними результатами розділу стали висновки щодо визначення базових механізмів реалізації публічної політики в зазначеній галузі (інституційний, організаційний, економічний, кадровий, фінансовий, інформаційний, правовий, публічно-приватного партнерства). Також зазначено про необхідність удосконалення перелічених механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я, зважаючи на глобальні виклики (у формуванні стратегічних завдань), євроінтеграційні домовленості та пандемічні загострення в останні роки.

Аналіз напрацювань сучасних зарубіжних учених надав змогу виділити основні публічні механізми у сфері охорони здоров'я, які вже розвинуто чи трансформовано у процесі впровадження реформ у Румунії, Канаді, США, Чилі та Швеції: фінансовий, інформаційний, інституційний, організаційний механізми. Треба зазначити, що багато уваги науковців приділено фінансовому механізму публічному управлінню у всіх наведених країнах, який потребує постійних трансформацій. Сучасний погляд зарубіжних дослідників фокусує увагу на важливих напрямках та інструментах публічних трансформацій у сфері охорони здоров'я, таких як: технологія блокчейн та інші інформаційно-комунікаційні інструменти, розвиток первинної медичної допомоги, організаційний механізм надання медичних послуг, поєднання державно-приватного забезпечення та медичного страхування.

Також визначено можливості розвитку системи охорони здоров'я України з врахуванням зарубіжного досвіду та міжнародних соціальних стандартів: ефективна й доступна система охорони здоров'я, підвищення рівня і якості життя населення, підвищення якості та безпеки медичної допомоги. Реалізація зазначених заходів можлива завдяки комплексній державній стратегії розвитку сфери охорони здоров'я та впровадженню ефективних публічних механізмів у галузь з орієнтацією на глобальні показники цілей сталого розвитку у сфері охорони здоров'я в Україні на різних рівнях публічного управління.

Доведено, що формування нових стратегічних напрямів та завдань у сфері охорони здоров'я на глобальному та національному рівнях надасть змогу

покращити вже працюючі механізми публічного управління у цій сфері. Співпраця з міжнародною та європейською спільнотою підвищить рівень взаємозв'язків та якості реалізації всіх державних заходів на різних рівнях у сфері охорони здоров'я. Запропоновані заходи дадуть можливість забезпечити українське суспільство ефективною та доступною системою охорони здоров'я, що відповідає потребам населення України та міжнародним стандартам якості, та реалізацію реформи галузі.

Основні положення першого розділу представлено в наступних працях автора: [155; 177; 390; 394].

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ТРАНСФОРМАЦІЙ ТА РОЗВИТКУ ПУБЛІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1. Розвиток нормативно-правового механізму забезпечення реформ та трансформацій у сфері охорони здоров'я

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

Так, ст. 49 Конституції України гарантує право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Конституційне право на охорону здоров'я дає змогу кожному дієздатному громадянину самостійно обирати законні шляхи і засоби для досягнення стану повного фізичного і соціального благополуччя [57].

Також право на охорону здоров'я регламентується ст. 283 Цивільного Кодексу (ЦК) України, де зазначається, що охорона здоров'я забезпечується системною діяльністю державних та інших організацій, передбаченою Конституцією України та законом. Крім позитивних дій самої особи, згідно з ЦК України (ст. 283), повинні забезпечуватися ще три умови, а саме: повинні бути наявні засоби, за допомогою яких громадянин зміг би задовольнити свої законні інтереси і можливість ними безперешкодно користуватися; можна

вимагати відповідних позитивних дій від зобов'язаних суб'єктів; у випадку порушення прав є можливість застосувати заходи державного примусу.

Громадянам України, які перебувають за кордоном, гарантується право на охорону здоров'я у формах і обсязі, передбачених міжнародними договорами, в яких бере участь Україна. Загалом усю чинну нормативно-правову базу у сфері охорони здоров'я, у тому числі і в реалізації права громадян на охорону здоров'я, можна поділити на види, до яких належать такі документи: Конституція України; міжнародні нормативно-правові акти, ратифіковані в Україні; ЦК, закони України; Укази й Розпорядження Президента України, нормативно-правові акти КМУ; Рішення Конституційного Суду України; відомчі нормативно-правові акти, які видаються МОЗ України, іншими міністерствами й відомствами і стосуються системи охорони здоров'я та надання медичної допомоги населенню; нормативно-правові акти місцевих органів державної та виконавчої влади, що стосуються охорони здоров'я; внутрішні нормативно-правові акти лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я.

Класифікація законодавства у сфері охорони здоров'я ускладнюється через об'єктивні (насамперед, комплексний характер відносин у зазначеній галузі) та суб'єктивні (відсутність стратегічних документів, які б слугували основою для розвитку та вдосконалення законодавства у сфері охорони здоров'я) причини.

У теорії права є низка підходів, які стосуються впорядкування сукупності нормативно-правових актів. Згідно з ієрархією системи нормативних актів, систему законодавства у сфері охорони здоров'я становлять п'ять груп (рівнів) нормативно-правових актів: Конституція України; галузеві кодекси, які містять загальні норми, що застосовуються в медичній сфері (Цивільний і Кримінальний кодекси, Кодекс про адміністративні правопорушення, Кодекс законів про працю, процесуальні кодекси, тощо); основи законодавства України про охорону здоров'я як основний (базовий) закон у сфері охорони здоров'я; спеціальні закони, що регулюють окремі сфери медичної діяльності (донорство,

психічна допомога, окремі інфекційні захворювання тощо); акти центральних і місцевих органів державної виконавчої влади (укази та розпорядження Президента України, постанови і розпорядження КМУ, накази і розпорядження МОЗ України, нормативно-правові акти інших органів влади) [98].

Дещо схожа класифікація за авторами (суб'єктами) нормативно-правового акта. Так, суб'єктами, що можуть ухвалювати нормативно-правові акти у сфері охорони здоров'я, можуть бути Верховна Рада України, КМУ, Президент України, МОЗ України, інші міністерства в межах визначених повноважень.

І. Сенюта пропонує систематизувати закони за предметом правового регулювання і виділити групи законів, які стосуються таких питань: надання медичної допомоги; правового статусу пацієнтів; правового статусу медичних і фармацевтичних працівників; фінансування охорони здоров'я; оздоровчо-профілактичної діяльності; гарантування безпечних умов життєдіяльності; організації й управління охороною здоров'я; біоетики [99].

О. Клименко пропонує класифікувати законодавство про охорону здоров'я за інститутами. Так, фундаментальним інститутом законодавства України про охорону здоров'я є інститут медико-санітарної допомоги, що доповнюється іншими інститутами: санітарно-протиепідемічного благополуччя, санаторно-курортного лікування, охорони навколишнього природного середовища, охорони й безпеки праці, лікарського забезпечення, страхування життя та здоров'я громадян [100].

З. Гладун, розкриваючи зміст адміністративно-правових норм у сфері охорони здоров'я населення, поділяє останні на норми права загального характеру, що встановлюють правове регулювання організації надання медичної допомоги та здійснення державного санітарного нагляду і державного управління й регулювання відносин у цій сфері загалом; та норми, які встановлюють правове регулювання окремих видів відносин саме у цій сфері (з надання медичної допомоги й охорони здоров'я матерів і дітей, інвалідів та ВІЛ-інфікованих, з боротьби з інфекційними захворюваннями, щодо

регулювання обігу у країні лікарських засобів і медичних виробів та ін.) [6, 101].

С. Стеценко виокремлює три критерії для класифікації джерел медичного права: юридична сила; предмет регулювання; характер правового регулювання [102]. Щодо характеру правового регулювання, то, за цим критерієм, джерела медичного права (фактично, і законодавство у сфері охорони здоров'я) можуть бути матеріальними і процесуальними. Нормативно-правові акти матеріального характеру переважно регулюють змістовну сторону медичних правовідносин, тобто права й обов'язки учасників. Джерела медичного права процесуального характеру – це акти, які визначають порядок, процедури здійснення тих або інших значущих для медичної діяльності явищ [102].

ВООЗ класифікує законодавство, що стосується системи охорони здоров'я, на основі шести компонентів: медична допомога та медичні послуги, трудові ресурси охорони здоров'я, інформаційні системи охорони здоров'я, фінансування (системи охорони здоров'я), доступ до основних лікарських засобів і медичних виробів, лідерство/управління (рис. 2.1) [103].

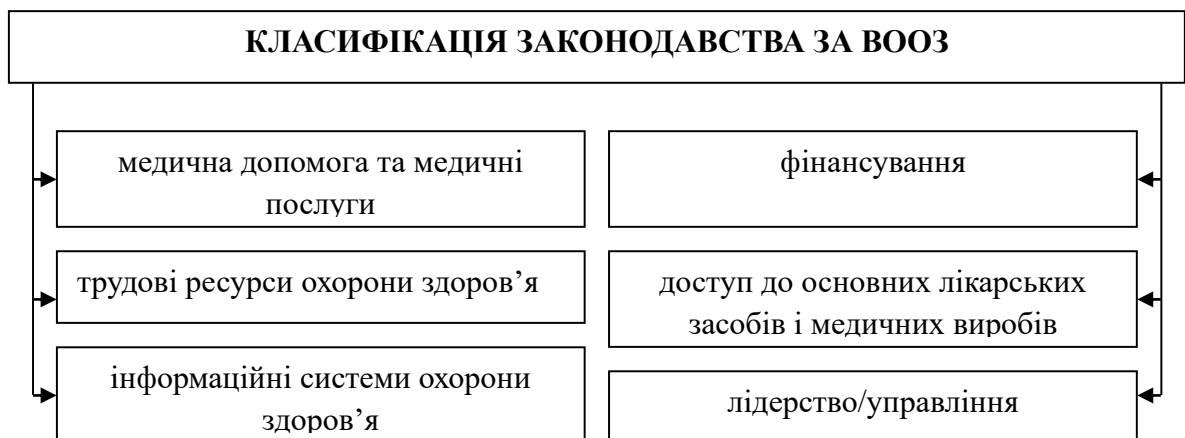


Рис. 2.1. Класифікація законодавства у сфері охорони здоров'я за ВООЗ

Класифікація законодавства у сфері охорони здоров'я за такого підходу може слугувати основою для розроблення та впровадження засад національної стратегії охорони здоров'я, стратегії розвитку медичної галузі й інших стратегічних і програмних документів [104].

Класифікатор галузей законодавства України, затверджений Міністерством юстиції України, є однією з методологічних засад систематизації та кодифікації законодавства, важливим інструментом, без якого неможлива ефективна законодавча діяльність. Він не тільки дозволяє отримувати досить повну і точну інформацію про акти законодавства, але й сприяє їх упорядкуванню та систематизації. Відповідно до Класифікатора галузей законодавства України, затвердженого Міністерством юстиції України, до законодавства у сфері охорони здоров'я населення входять такі блоки питань:

- загальні питання охорони здоров'я населення;
- органи управління в системі охорони здоров'я населення;
- медичне страхування (загальні питання медичного страхування, обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування);
- державні, відомчі, приватні заклади охорони здоров'я;
- підготовка і перепідготовка працівників охорони здоров'я;
- соціальні гарантії та забезпечення працівників органів охорони здоров'я;
- ліцензування, надання дозволів у медичній діяльності;
- реєстрація лікарських засобів;
- лікувально-профілактична допомога населенню (протезування, забезпечення медикаментами та ліками, наркологічна допомога, психіатрична допомога та права громадян під час її надання, трансплантація органів людини, донорство, диспансеризація);
- охорона здоров'я матері та дитини;
- санітарно-епідемічне благополуччя населення, державний санітарно-епідеміологічний нагляд;
- профілактика масових інфекційних і неінфекційних захворювань;
- медико-соціальна експертиза;
- санаторно-курортне лікування (будинки відпочинку, санаторії тощо);
- приватна медична практика;
- нетрадиційна медицина;
- благодійна медична допомога, фонди;

відповідальність за порушення законодавства про охорону здоров'я населення.

Наведені підходи дають можливість класифікувати законодавство у сфері охорони здоров'я за рівнями правового регулювання: макрорівень (національне законодавство), мезорівень (нормативно-правові акти, що ухвалюються місцевими органами державної влади та/або органами місцевого самоврядування), мікрорівень (акти, що ухвалюються в межах закладу охорони здоров'я).

Враховуючи правоінтеграційні процеси, що відбуваються в Європі та світі, участь України у них, виділимо таку класифікацію законодавства у сфері охорони здоров'я: законодавство, що базується на міжнародно-правових нормах (міжнародний рівень); норми національного законодавства (національний рівень); норми законодавства щодо визначення регіональних особливостей реагування сфери охорони здоров'я на сучасні виклики (регіональний рівень) [105].

У межах міжнародно-правових норм, що стосуються тих чи інших питань у сфері охорони здоров'я, виділяють Загальну декларацію прав людини 1948 р.; Міжнародний пакт про громадські та політичні права 1966 р.; Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права 1966 р., положення Міжнародної конвенції про ліквідацію всіх форм расової дискримінації 1966 р., Конвенції про ліквідацію всіх форм расової дискримінації щодо жінок 1979 р., Конвенції про права дитини 1989 р., Конвенції про права осіб з інвалідністю 2006 р.; Статут ВООЗ, Міжнародні медико-санітарні правила 2005 р., Рамкову конвенцію ВООЗ із боротьби проти тютюну 2006 р., Європейську конвенцію про захист прав людини і основних свобод 1950 р.; Європейську соціальну хартію 1996 р., Конвенцію Ради Європи про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я, 2011 р.

Основними міжнародними документами у сфері охорони здоров'я є Алма-Атинська декларація ВООЗ з первинної медико-санітарної допомоги, Оттавська хартія зі зміцнення здоров'я, Рамкова конвенція ВООЗ боротьби

проти тютюну, Міжнародні медико-санітарні правила, Політична декларація Ріо-де-Жанейро щодо соціальних детермінантів, Резолюція Генеральної Асамблеї ООН з профілактики та контролю за неінфекційними хворобами, Європейський план дій з посилення потенціалу та послуг громадського здоров'я, Гельсінська заява щодо здоров'я у всіх політиках, характеристика яких наведена в ДОДАТКУ Г (на основі [106]).

ЦСР – ключові напрями розвитку країн, ухвалені на Саміті ООН зі сталого розвитку 2015 р. Вони замінили Цілі розвитку тисячоліття, термін яких закінчився наприкінці 2015 р. Реалізація цілей сталого розвитку в Україні відбувається на національному та регіональному рівнях (на основі [54-55, 59]).

Для прискорення досягнення завдань ЦСР 3 необхідно вжити дії, що можна розподілити на три ключові категорії, які базуються на узгодженні, активізації та визначенні пріоритетів заходів.

1. Зацікавлені сторони, що працюють з ЦСР зі здоров'я та пов'язаними зі здоров'ям, повинні узгоджувати свої дії з ключовими завданнями, які потребують удосконалення, та пріоритетними діями, які прискорять їхнє досягнення. Це можна забезпечити шляхом узгодження національних та глобальних завдань і показників ЦСР. Подальша домовленість на стратегічному рівні (між національною стратегією розвитку та програмою трансформації системи охорони здоров'я) та на рівні зацікавлених сторін (між системою ООН та пріоритетами Уряду щодо досягнення ЦСР) буде першочерговою.

2. Необхідно створити сприятливе середовище для стимулювання досягнення ЦСР 3, що включає розширення фіскального простору для стійкого фінансування охорони здоров'я, розширення систем дезагрегованих даних про здоров'я та розвиток міжнародних партнерських відносин для досягнення цілей ЦСР.

3. Фундаментальне покращення системи охорони здоров'я має бути пріоритетним. Однією з ключових ініціатив, яку необхідно терміново поновити, є розгортання стратегії універсального охоплення послугами охорони здоров'я на основі загальнодержавного підходу. Отже, для забезпечення доступу до

якісних медичних послуг для всіх будуть потрібні сталі кадрові ресурси та політика охорони здоров'я.

У табл. 2.1 надано пропозиції щодо заходів, які відповідають вищезазначеним пріоритетним категоріям.

Таблиця 2.1

Ключові пріоритети та заходи для прискорення досягнення завдань ЦСР 3

№ з/п	Пріоритет	Заходи
1	Узгодження дій	Узгодити національні завдання та показники ЦСР 3 із загальносвітовими.
		Узгодити національну стратегію розвитку та програмні документи з трансформації системи охорони здоров'я (Програма медичних гарантів, Програма «Доступні ліки» та ін.) з ЦСР.
		Узгодити пріоритети Уряду для ЦСР із системою ООН та діяльністю міжнародних партнерів сфери охорони здоров'я.
2	Визначення пріоритетності	Забезпечити загальнодержавний підхід, що передбачає залучення всіх ключових осіб та інституцій, до універсального охоплення послугами охорони здоров'я. Співпраця з міністерствами та відомствами, що не належать до традиційного сектора охорони здоров'я, буде важливою, оскільки багато заходів, необхідних для охорони здоров'я, потребують багатогалузевої співпраці та політики, спрямованої на соціальні детермінанти здоров'я.
		Покращити доступ до якісних медичних послуг.
		Підтримувати розвиток стійких кадрових ресурсів в охороні здоров'я.
3	Активізація (стимулювання досягнень)	Розширити фіскальний простір для сталого фінансування охорони здоров'я.
		Розширити дезагреговані системи даних про здоров'я. Цифрова трансформація державних послуг в Україні повинна визначити сектор охорони здоров'я пріоритетним та стимулювати ініціативи в галузі електронної охорони здоров'я. Акцент на відповідних, своєчасних та точних даних повинен привести до розгляду питання про розширення джерел даних (включаючи регулярну інформацію, системи реєстрації актів цивільного стану та життєво важливих статистичних даних, обстеження закладів охорони здоров'я та домогосподарств тощо) і визначення, як їх можна структурувати для підвищення справедливості у сфері охорони здоров'я.
		Сприяти розвитку міжнародних партнерських відносин та ініціатив.

Як можна побачити з табл. 2.1, ключовим моментом для досягнення ЦСР 3 є необхідність встановити спільне розуміння щодо завдань та індикаторів, яких необхідно досягти. Після досягнення синергії між стейкхолдерами

колективні дії між усіма зацікавленими сторонами у сфері охорони здоров'я сприятимуть стійкому прогресу у справі досягнення цілей з охорони здоров'я.

Для прискорення досягнення завдань ЦСР 3 необхідно вжити дії, що можна розподілити на три ключові категорії, що базуються на узгодженні, активізації та визначенні пріоритетів заходів.

На розвиток національного законодавства України впливає процес адаптації останнього до законодавства ЄС. Угоду про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та ЄС, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони (Угода) ратифіковано із заявою Законом України від 16 вересня 2014 р. № 1678-VII [107].

Угода про асоціацію – це міжнародна угода, положення якої стосуються різних сфер співробітництва. Відповідно до Глави 22 «Громадське здоров'я» вказаного документа, сторони розвивають співробітництво у сфері охорони здоров'я з метою підвищення рівня його безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання. Враховуючи вказану мету, сторони обмінюються інформацією та найкращими практиками і здійснюють інші спільні заходи, в тому числі в рамках підходу «охорона здоров'я у всіх політиках», для поступової інтеграції України в європейські мережі охорони здоров'я.

Відповідність ЦСР Угоді про асоціацію між Україною та ЄС (Ціль 3. Міцне здоров'я і благополуччя) відображено у табл. 2.2.

Аналіз взаємозв'язків між завданнями ЦСР та Угодою показав, що завдання – ЦСР 3.3. «Зупинити епідемії ВІЛ/СНІДу та туберкульозу, у тому числі за рахунок використання інноваційних практик та засобів лікування», ЦСР 3.4. «Знизити передчасну смертність від неінфекційних хвороб», ЦСР 3.6. «Знизити рівень отримання тяжких травм і смертності внаслідок дорожньо-транспортних пригод (ДТП), у тому числі за рахунок використання інноваційних практик реанімування, лікування та реабілітації постраждалих внаслідок ДТП», ЦСР 3.8. «Знизити поширеність тютюнокуріння серед населення з використанням інноваційних засобів інформування про негативні

наслідки тютюнокуріння» – відображені у розділі V «Економічне і галузеве співробітництво», зокрема у ст. 427, пункті «b» щодо попередження і контролю над інфекційними хворобами, такими як ВІЛ/СНІД і туберкульоз, підвищення готовності до ризику спалахів високопатогенних хвороб та імплементації Міжнародних медико-санітарних правил, а також у ст. 428.

Таблиця 2.2

Відповідність ЦСР Угоді про асоціацію між Україною та ЄС

(Ціль 3. Міцне здоров'я і благополуччя)

№ з/п	Завдання ЦСР	Частина Угоди про асоціацію між Україною та ЄС, що корелює із завданням ЦСР
3.1	Знизити материнську смертність	Не передбачено
3.2	Мінімізувати смертність, якій можна запобігти, серед дітей віком до 5 років	Не передбачено
3.3	Зупинити епідемії ВІЛ/СНІДу та туберкульозу, у тому числі за рахунок використання інноваційних практик та засобів лікування	Розділ V. Економічне і галузеве співробітництво Глава 22. Громадське здоров'я Стаття 427, Стаття 428, Додаток XL
3.4	Знизити передчасну смертність від неінфекційних захворювань	Розділ V. Економічне і галузеве співробітництво Глава 22. Громадське здоров'я Стаття 427, Стаття 428, Додаток XL
3.5	Знизити на чверть передчасну смертність населення, у тому числі за рахунок упровадження інноваційних підходів до діагностики захворювань	Не передбачено
3.6	Знизити рівень отримання тяжких травм і смертності внаслідок ДТП, у тому числі за рахунок використання інноваційних практик реанімування, лікування та реабілітації постраждалих	Розділ V. Економічне і галузеве співробітництво Глава 22. Громадське здоров'я Додаток XL
3.7	Забезпечити загальну якісну імунізацію населення з використанням інноваційних препаратів	Не передбачено
3.8	Знизити поширеність тютюнокуріння серед населення з використанням інноваційних засобів інформування про негативні наслідки тютюнокуріння	Розділ V. Економічне і галузеве співробітництво Глава 22. Громадське здоров'я Стаття 427, Стаття 428, Додаток XL
3.9	Здійснити реформу фінансування системи охорони здоров'я	Не передбачено

Отже, адаптовані для України ЦСР, відповідають Угоді про асоціацію між Україною та ЄС, а також їх інкорпоровано в чинні державні стратегічні документи сфери охорони здоров'я на 55,6%.

Так, Угодою передбачено такі завдання:

1. Зміцнення системи охорони здоров'я України та її потенціалу, зокрема шляхом упровадження реформ, подальшого розвитку первинної медико-санітарної допомоги та навчання персоналу.

2. Попередження і контроль над інфекційними хворобами, такими як ВІЛ/СНІД і туберкульоз, підвищення готовності до ризику спалахів високопатогенних хвороб та імплементація Міжнародних медико-санітарних правил;

3. Попередження та контроль за неінфекційними хворобами шляхом обміну інформацією та найкращими практиками, пропагування здорового способу життя, визначення основних детермінант здоров'я та проблем у сфері охорони здоров'я, наприклад здоров'я матері і дитини, психічне здоров'я, алкогольна, наркотична та тютюнова залежність, зокрема імплементація Рамкової конвенції з контролю над тютюном 2003 р.

4. Якість та безпечність субстанцій людського походження, зокрема крові, тканини та клітин.

5. Інформація та знання у сфері охорони здоров'я, у тому числі надання переваги підходу «охорона здоров'я у всіх політиках держави».

Низку статей Угоди сформульовано так, що їх імплементація безпосередньо сприятиме реалізації ЦСР в Україні. Умовно, основними напрямками положень Угоди про асоціацію, що стосуються охорони здоров'я, є: лібералізація торгівлі та питання громадського здоров'я; питання інтелектуальної власності та громадське здоров'я; регуляторна адаптація; питання співробітництва у сфері громадського здоров'я. Останній напрям (питання співробітництва у сфері громадського здоров'я) стосується законодавства України у сфері охорони здоров'я. Зокрема, це зміцнення системи охорони здоров'я України та її потенціалу шляхом упровадження реформ, подальшого розвитку первинної медико-санітарної допомоги та навчання персоналу; попередження та контроль за інфекційними хворобами; якість і безпечність субстанцій людського походження, зокрема крові, тканин і

клітин, соціальні чинники, що впливають на громадське здоров'я, – тютюнопаління, алкоголізм тощо.

В основу рамкової політики у сфері охорони здоров'я в Європі – «Здоров'я-2020», прийнятої Європейським регіональним комітетом ВООЗ у 2012 р., покладено зміцнення здоров'я та добробуту. Політика «Здоров'я-2020» орієнтована на цінності та докази, що дає змогу використовувати стратегічний підхід до досягнення цієї мети. Політика «Здоров'я-2020» надає безліч доказів, наприклад, про соціальні детермінанти здоров'я. Вона наголошує на потребі залучення політиків, професіоналів і представників громадянського суспільства для зміцнення здоров'я та зменшення нерівностей у сфері охорони здоров'я в рамках застосування підходу залучення всього суспільства та загальноурядового підходу.

Меморандум про взаєморозуміння між Україною та Європейським Союзом ратифіковано Законом України від 25 серпня 2020 р. №825-ІХ «Про ратифікацію Меморандуму про взаєморозуміння між Україною як Позичальником та Європейським Союзом як Кредитором і Кредитної угоди між Україною як Позичальником та Національним банком України як Агентом Позичальника та Європейським Союзом як Кредитором (щодо отримання Україною макрофінансової допомоги Європейського Союзу у сумі до 1 мільярда 200 мільйонів євро)» [108-109].

Метою Меморандуму є надання доступу Україні до макрофінансової допомоги в контексті пандемії COVID-19 (у розмірі до 1,2 млрд євро у вигляді кредиту). Вказана допомога забезпечує полегшення зовнішніх фінансових обмежень для України; поліпшення її платіжного балансу; задоволення бюджетних потреб; посилення її позиції за валютними резервами та сприяє подоланню поточної зовнішньої та фінансової вразливостей. Також вона є доповненням до ресурсів, які надаються Україні міжнародними фінансовими організаціями та донорами в рамках двосторонньої співпраці для підтримки програми органів влади з економічної стабілізації та реформ.

Окрім зазначеного, результати європейської політики на підтримку України викладено у Спільній заяві за підсумками 23-го Саміту ЄС – Україна, що відбувся у жовтні 2021 р. У ній ЄС, зокрема, відзначено прогрес структурних реформ, що наразі відбуваються в Україні. Крім того, підтверджено постійну суттєву підтримку України з чіткою прив'язкою до ефективного впровадження реформ та політик.

Підкреслено, що з 2014 р. ЄС та європейські фінансові інституції мобілізували безпрецедентний пакет кредитів та грантів обсягом понад 17 млрд євро, а також запропонували у 2021 р. двосторонню фінансову допомогу в рамках Інструменту сусідства, розвитку та міжнародного співробітництва (NDICI) для підтримки ключових реформ та імплементації Угоди про асоціацію між Україною та ЄС, включаючи поглиблену та всеохоплюючу зону вільної торгівлі.

Що стосується системи громадського здоров'я, то Україною взяті зобов'язання щодо формування економічно ефективною та недискримінаційною системи охорони здоров'я, прозорого й раціонального використання бюджетних коштів, забезпечення рівного доступу громадян, у тому числі представників уразливих груп, до життєво необхідних лікарських засобів і відповідного лікування.

Як показує аналіз основних нормативно-правових актів України в галузі регулювання медичних послуг, її нормативно-правова база потребує оновлення, а сама система охорони здоров'я – значного перетворення у бік посилення соціальної відповідальності як суб'єкта, так і об'єкта медичного обслуговування [110].

До норм національного законодавства України можна віднести Національну економічну стратегію, Стратегію економічної безпеки, Стратегію із створення безбар'єрного простору, Стратегію людського розвитку, Національну стратегію у сфері прав людини та ін.

Національну економічну стратегію на період до 2030 року затверджено постановою КМУ від 03 березня 2021 р. №179. Вказаним документом

окреслено довгострокову економічну візію, принципи і цінності, ключові напрями економічного розвитку та за кожним з 20 напрямів – стратегічні цілі, шляхи їх досягнення з урахуванням наявних і потенційних викликів і бар'єрів, а також основні завдання державної економічної політики та цільові індикатори на період до 2030 р. [111].

Метою Стратегії є створення можливостей для українців у трьох вимірах: громадян, підприємців та інвесторів. Сфера охорони здоров'я відображена в кількох напрямках стратегії, зокрема, у напрямі 16. Регіональний розвиток, напрямі 18. Цифрова економіка та масштабно – у напрямі 20. Якість життя. Щодо останнього напрямку, то в ньому, згідно з визначеними стратегічними цілями, виокремлено шляхи їх досягнення та відповідні завдання.

Так, за стратегічною ціллю 4 «Забезпечення високого рівня здоров'я та високих показників тривалості життя і тривалості здорового життя» передбачено такі завдання:

1. Створення ефективної системи громадського здоров'я.
2. Розбудова мережі закладів епідемічного контролю і біологічної безпеки та розбудова системи громадського здоров'я для оцінювання стану здоров'я населення й оперативного виявлення загроз для українців.
3. Протидія туберкульозу, ВІЛ/СНІДу та вірусним гепатитам.
4. Створення єдиної системи біобезпеки та біозахисту за принципом «єдине здоров'я» (виконання зобов'язань щодо охорони здоров'я і здоров'я людей, тварин, запобігання поширенню на території країни небезпечних інфекційних захворювань, підвищення рівня готовності до спалахів інфекційних хвороб).
5. Реалізація політики у сфері надання медичних послуг, зокрема: трансформування системи фінансування охорони здоров'я; покращення якості надання медичної допомоги; розбудова якісної, безпечної та доступної електронної системи охорони здоров'я.
6. Реалізація фармацевтичної політики і забезпечення доступу до якісних, ефективних та безпечних ліків.

7. Забезпечення високого рівня медичної освіти, науки та розвитку кадрового потенціалу.

Щодо перелічених вище завдань, то в Україні на сьогодні вже є певні результати їх досягнення. Так, якщо проаналізувати процес реформування системи охорони здоров'я за основними напрямками, можна відзначити, що:

-механізми фінансування медичних закладів та лікарів, що надають первинну медичну допомогу (ПМД), за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» наразі впроваджується;

-заклади починають орієнтуватися на потреби пацієнта, адже лише за пацієнтом у заклад можуть прийти кошти (важливим наразі є оцінювання якості надання ПМД, охоплення послугами ПМД населення, а також можливий перегляд переліку гарантованого пакета ПМД, оскільки такі послуги, як первинна профілактика та короткі інтервенції, консультування з питань здорового способу життя, часто ігноруються сімейними лікарями;

-ухвалено постанову КМУ від 15 лютого 2021 р. №133 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у II-IV кварталах 2021 року», яка визначає особливості реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення, а також коефіцієнти збалансованості бюджету для пакетів медичних послуг [112];

-діє програма реімбурсації «Доступні ліки», за якою пацієнти можуть отримати безоплатно чи з незначною доплатою лікарські засоби від серцево-судинних захворювань, бронхіальної астми, діабету II типу, а також для первинної та вторинної профілактики інфарктів та інсультів;

-затверджено перелік опорних закладів охорони здоров'я в госпітальних округах на період до 2023 р. (розпорядження КМУ від 15 січня 2020 р. №23-р) [113].

За умови виконання окреслених завдань, країна матиме можливості для реалізації наявного географічного, ресурсного та людського потенціалу, забезпечення належного рівня добробуту, самореалізації, безпеки, прав та свобод кожного громадянина України через інноваційне випереджальне

економічне зростання, враховуючи ЦСР та необхідності досягнення кліматичної нейтральності не пізніше 2060 р. [114].

Стратегію економічної безпеки України на період до 2025 року, яка визначає шляхи досягнення цілей і реалізації пріоритетів національних інтересів у сфері забезпечення економічної безпеки, затверджено Указом Президента України від 11 серпня 2021 р. № 347/2021 [115].

Метою вказаного документа є визначення стратегічного курсу у сфері забезпечення економічної безпеки, спрямованого на реалізацію Стратегії національної безпеки України «Безпека людини – безпека країни», затвердженої Указом Президента України від 14 вересня 2020 р. № 392.

Відповідно до вищезазначеного указу, «...людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека – найвища соціальна цінність в Україні. Реалізація цієї норми Конституції України – головна ціль державної політики національної безпеки» [116].

У контексті забезпечення національних економічних інтересів України реалізація Стратегії зорієнтована, зокрема, на досягнення ЦСР України на період до 2030 року, затверджених Указом Президента України від 30 вересня 2019 р. № 722.

Реалізація визначених у документі пріоритетів забезпечуватиметься, у тому числі, завдяки заходам, визначеним, зокрема, у розділі III. Основні напрями зовнішньополітичної та внутрішньополітичної діяльності держави для забезпечення її національних інтересів і безпеки:

- створити економічні та соціальні умови для підвищення рівня народжуваності та зниження рівня смертності шляхом упровадження ефективних соціальних механізмів підтримки дитини і сім'ї, розвитку сімейних форм виховання дітей, позбавлених батьківського піклування, підтримки послуг раннього розвитку дитини, материнства;

- забезпечити право людини на охорону здоров'я, зокрема популяризацію здорового способу життя, попередження захворювань, раннє діагностування, якісне комплексне лікування, реабілітацію з перших днів захворювання,

паліативні послуги, розвиток трансплантації, належне медикаментозне забезпечення, впровадити стандарти доступних і якісних медичних послуг, сформувати ефективну систему біобезпеки і біологічного захисту;

- удосконалити систему контролю за якістю, ефективністю та безпекою лікарських засобів;

- забезпечити особам з інвалідністю повну інклюзію в суспільство, рівність прав і можливостей на доступ до сервісів і послуг, роботи, відпочинку та активного соціального життя.

З метою виконання вищезгаданих заходів на сьогодні діє Національна стратегія реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017-2026 роки (схвалена розпорядженням КМУ від 09 серпня 2017 р. № 526-р), розроблена з метою зміни існуючої системи інституційного догляду та виховання дітей, яка не відповідала реальним потребам дітей та сімей з дітьми, і створення умов для повноцінного виховання та розвитку дитини в сім'ї. Одним з головних принципів вказаної стратегії є безпека і благополуччя дитини (пріоритет державної політики України) [117].

Розпорядження КМУ від 02 червня 2021 р. 691-р «Про внесення змін до Національної стратегії реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017-2026 роки» передбачено доступ до медичних, соціальних, освітніх, культурних, реабілітаційних послуг для дітей та сімей з дітьми відповідно до їх потреб.

Крім того, розпорядженням КМУ від 31 жовтня 2011 р. № 1164-р схвалено Концепцію Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір», пріоритетом якої є формування міжсекторального підходу в проведенні профілактичних заходів для усунення негативного впливу соціальних детермінант здоров'я, створення умов для забезпечення безпеки, збереження та зміцнення здоров'я населення, формування відповідального ставлення кожної людини до особистого здоров'я.

Діє Концепція розвитку системи громадського здоров'я, схвалена розпорядженням КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1002-р, що визначає засади,

напрями, завдання, механізми і строки розбудови системи громадського здоров'я з метою формування та реалізації ефективної державної політики для збереження та зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості й покращення якості життя, попередження захворювань, продовження активного, працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства. У даному документі зазначено про те, що здоров'я населення є одним з основних факторів національної безпеки та благополуччя держави, а стан індивідуального і громадського здоров'я – запорукою гармонійних відносин у суспільстві [118].

КМУ також ухвалено постанову «Про внесення змін до Порядку здійснення державного контролю якості лікарських засобів, що ввозяться в Україну» від 21 липня 2021 р. №759, яка покликана забезпечити безпеку осіб, які використовують лікарські засоби, а також покращити рівень державного контролю за якістю медикаментів, що імпортуються в Україну. Завдяки вказаним змінам будуть створені умови, що гарантуватимуть надходження на ринок України тільки якісних, ефективних та безпечних лікарських засобів, що є запорукою захисту здоров'я і життя громадян та безпеки держави в цілому [119].

Розпорядженням КМУ від 14 квітня 2021 р. № 366-р схвалено Національну стратегію із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року, метою якої є створення безперешкодного середовища для всіх груп населення, забезпечення рівних можливостей кожній людині реалізовувати свої права, отримувати послуги на рівні з іншими шляхом інтегрування фізичної, інформаційної, цифрової, соціальної та громадянської, економічної та освітньої безбар'єрності до всіх сфер державної політики [120].

Стратегія зорієнтована на провідні документи щодо створення безбар'єрного простору, зокрема: Конвенцію про права осіб з інвалідністю, ратифіковану Законом України від 16 грудня 2009 р. №1767-VI, Європейську соціальну хартію (переглянуту), ратифіковану Законом України від 14 вересня 2006 р. № 137-V, Конвенцію ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації

щодо жінок, міжнародну ініціативу рівних прав і можливостей для всіх «Партнерство Біарріц» [121-124].

Положення Стратегії враховують цілу низку напрацьованих раніше стратегічних документів України, зокрема щодо створення безбар'єрного середовища для осіб з інвалідністю, розвитку молоді, захисту прав людини, подолання нерівності (у тому числі гендерної) [120].

Стратегія складається з двох основних рівнів: рамкових умов безбар'єрності та стандартів безбар'єрності. Перший рівень визначає доступність людини до фізичної, інформаційної і цифрової інфраструктури та участі в суспільно-політичних процесах, можливості самореалізації. Другий – фокусується на створенні умов безбар'єрності в окремих сферах життя.

Розділом II. Стратегічний курс за напрямками безбар'єрності (Напрямок 1. Фізична безбар'єрність) визначається, що всі об'єкти фізичного оточення доступні для всіх соціальних груп незалежно від віку, стану здоров'я, інвалідності, майнового стану, статі, місця проживання та інших ознак.

Для досягнення стратегічної цілі «Доступність для всіх інформації та комунікації в ході отримання публічних послуг» одним із завдань визначено врегулювання вимог доступності інформації під час надання публічних послуг у сфері освіти, охорони здоров'я, соціального захисту, працевлаштування, фінансових, адміністративних, судових, культурних, спортивних та інших публічних послуг, які надаються юридичними особами, що фінансуються з державного та місцевого бюджетів, або які займають домінуюче становище на ринку, або наділені спеціальними чи виключними правами в наданні послуг.

Напрямок 4. Суспільна та громадянська безбар'єрність ставить за мету сфокусованість державної політики на підвищенні рівня здоров'я, забезпеченні фізичної активності населення, включає такі завдання:

- запровадження системи оцінки втрати функціональності на основі принципів Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків;

- запровадження комплексних реабілітаційних та абілітаційних послуг, спрямованих на підвищення якості життя, активності, працездатності та залучення в усі форми суспільного життя (переоцінка діючих системи та стандартів реабілітації, імплементація комплексних західних підходів у співпраці з МОЗ);

- інтеграція концепцій і механізмів безбар'єрності в державну систему охорони здоров'я та навчання медичних працівників;

- інтеграція державної політики охорони здоров'я в частині здоров'я населення, просвітництва, гуманізації та культивування здорового образу життя із державною політикою безбар'єрності (принцип «здоров'я, а не лікування»);

- запровадження державної програми заходів з управління ризиками старіння нації, зокрема в питаннях підтримки активного довголіття, нейрокогнітивних розладів, аспектів самостійного та підтримуваного проживання.

У межах виконання заходів стратегії розпорядженням КМУ від 04 серпня 2021 р. №883-р затверджено план заходів на 2021 і 2022 рр. з реалізації Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року, який, зокрема, передбачає впровадження шести напрямів безбар'єрності – фізичної, інформаційної, цифрової, суспільної, економічної та освітньої [125].

До реалізації заходів залучені 16 міністерств, включаючи МОЗ, з них 7 реалізують флагманські проекти (у тому числі таку, як електронна система охорони здоров'я – eHealth). В цілому заплановано 236 заходів та 144 завдання. Зокрема, міністерства вже виконали 75% завдань вказаного плану заходів [126].

У жовтні 2021 р. відбулося третє засідання Ради безбар'єрності, на якому було презентовано перший моніторинговий звіт Плану заходів на 2021-2022 рр. з реалізації Національної стратегії зі створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року, на якому було представлено результати флагманських проєктів з упровадження безбар'єрності, зокрема «Інформаційна кампанія «Україна без бар'єрів», «Фізична доступність громадських будівель»,

упровадження в Україні міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) та ін.

У 2021 р. забезпечено реалізацію першого етапу МКФ, під час якого створено проєктний офіс впровадження МКФ; введено МКФ як національний класифікатор (бюджет на реалізацію вказаних заходів становить 10 млн грн) [127].

Результатами вищезначеного впровадження, зокрема, стали:

- рішення КМУ, яким затверджена «дорожня карта», визначені зобов'язання кожного із залучених суб'єктів виконання (10 міністерств – МОЗ, Міністерство соціальної політики, Міністерство освіти і науки України, Міністерство у справах ветеранів, Міністерство внутрішніх справ, Міністерство оборони, Міністерство розвитку громад та територій України, Міністерство культури та інформаційної політики, Міністерство економіки, Міністерство цифрової трансформації, обласні державні адміністрації, органи місцевого самоврядування);
- три програми навчання із застосування МКФ пройшли понад 14 тис. сімейних лікарів та 1,5 тис. лікарів медико-соціальної експертної комісії;
- запроваджена електронна система, яка автоматично приймає рішення та формує рекомендації для кожного пацієнта, що сприяє усуненню корупційних ризиків;
- змінено маршрут пацієнта, який набув інвалідність (понад 140 тис. осіб щорічно): звернення до сімейного лікаря; оцінка та внесення даних до електронної системи; електронна система автоматично приймає рішення; особа автоматично отримує рекомендації щодо освітніх, соціальних та медичних послуг та реабілітаційних програм;
- створена прозора система використання бюджетних коштів через відстеження результатів надання реабілітаційної допомоги та ефективності соціальних послуг;
- поєднані у взаємодії надавачі 3 основних блоків послуг в електронних системах у сферах охорони здоров'я, соціального захисту, освіти.

Зважаючи на те, що за сучасних умов питання людського розвитку є надзвичайно актуальним, оскільки прогрес людського розвитку демонструє нарощування можливостей людини через підвищення її потенціалу для реалізації в усіх сферах життєдіяльності, Указом Президента України від 02 червня 2021 р. № 225/2021 затверджено Стратегію людського розвитку.

Вказаний документ визначає цілі та основні завдання, які стоять перед державою, у сфері людського розвитку як напряму забезпечення національної безпеки України, а також індикатори досягнення цілей, що забезпечує можливість проведення моніторингу, ефективного планування, належного оцінювання соціальних інвестицій у людський потенціал.

Нормативно-правовим підґрунтям Стратегії є Конституція України, закони України, міжнародні договори, згоду на обов'язковість яких надано Верховною Радою України, та Стратегія національної безпеки України. Крім того, враховано проголошені резолюцією Генеральної Асамблеї ООН від 25 вересня 2015 р. № 70/1 Глобальні ЦСР до 2030 року.

Суттєвий вплив на соціально-економічну ситуацію в державі загалом та її регіонах протягом останніх років чинять такі виклики, як демографічна криза, епідемічна ситуація, пов'язана з поширенням гострої респіраторної хвороби COVID-19, проблеми у сфері медицини, тощо. Тому за мету реалізації Стратегії поставлено: створення умов для всебічного розвитку людини протягом життя, розширення можливостей реалізації потенціалу і свободи особистості, її громадянської активності заради формування згуртованої спільноти громадян, здатних до активної творчої співучасті в гармонійному, збалансованому та сталому розвитку держави.

Досягненням цієї мети передбачається покращити такі основні показники людського розвитку, як тривалість життя, доступ до високоякісних медичних послуг, оптимізація зв'язку між економічним зростанням і людським розвитком, зокрема, шляхом збільшення інвестицій у якісне оновлення інфраструктури системи охорони здоров'я, тощо.

Стратегією визначено стратегічні та оперативні цілі, а також відповідні заходи серед яких:

1. Стратегічна ціль 1. Покращення медико-демографічної ситуації в Україні.

Оперативна ціль 1.1. Створення збалансованої системи охорони здоров'я.

До основних завдань для реалізації цілі відносять:

забезпечення для всіх громадян України рівного доступу до своєчасної, безпечної та якісної первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), екстреної, реабілітаційної та паліативної медичної допомоги;

запровадження обов'язкових періодичних профілактичних медичних оглядів дорослого та дитячого населення шляхом розроблення та впровадження мотиваційних стимулів для пацієнтів і лікарів первинної медичної допомоги;

підвищення якості надання медичної допомоги шляхом затвердження та дотримання розроблених на основі доказової медицини національних протоколів і стандартів надання медичної допомоги; розроблення та запровадження дієвої системи контролю за якістю надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я будь-якої форми власності;

створення умов для розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я та забезпечення переходу всіх державних закладів охорони здоров'я на ринкові механізми функціонування;

мінімізацію шкідливого впливу самолікування на здоров'я шляхом посилення контролю за дотриманням правил рецептурного відпуску лікарських засобів;

забезпечення високого рівня медичної освіти, науки та розвитку кадрового потенціалу шляхом упровадження нової моделі інтернатури з урахуванням міжнародного досвіду та модернізації системи безперервного професійного розвитку;

трансформування системи фінансування охорони здоров'я.

Оперативна ціль 1.2. Упровадження новітніх технологій у сфері охорони здоров'я включає завдання:

розвиток третинної медичної допомоги, зокрема шляхом розвитку трансплантації, застосування нових технологій для проведення міні-інвазивних оперативних втручань; імплементація сучасних інноваційних технологій для вдосконалення і розвитку екстреної медичної допомоги, трансплантації, онкологічної, паліативної допомоги, охорони психічного здоров'я, реабілітації; забезпечення населення України доступними, якісними та безпечними лікарськими засобами шляхом розвитку національного виробництва критично необхідної та високотехнологічної продукції (вакцини тощо), приведення процедури допуску лікарських засобів на ринок відповідно до законодавства та практики Європейського Союзу, забезпечення реалізації лікарських засобів виключно з доведеною ефективністю;

розбудова електронної системи охорони здоров'я та вдосконалення сервісів медичних інформаційних систем; зменшення адміністративного навантаження на медичних працівників; забезпечення взаємозв'язку із суміжними сферами;

упровадження ефективної системи реабілітації на основі доказової медицини та єдиних стандартів і правил з урахуванням Міжнародної класифікації функціонування;

удосконалення системи забезпечення громадян технічними засобами реабілітації з перших днів травми, захворювання та незалежно від наявності чи відсутності статусу особи з інвалідністю.

Оперативна ціль 1.3. Розбудова ефективної державної системи громадського здоров'я з метою забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення, біологічної безпеки та біологічного захисту, запобігання інфекційним та неінфекційним захворюванням передбачає реалізацію таких завдань:

розбудова системи громадського здоров'я, мережі закладів епідемічного контролю і біологічної безпеки з метою оперативного виявлення загроз для населення;

створення єдиної системи біологічної безпеки, біологічного захисту та забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя, виконання зобов'язань щодо охорони здоров'я людей, тварин, запобігання поширенню на території України особливо небезпечних, небезпечних інфекційних та паразитарних хвороб людини, підвищення готовності до протидії спалахам цих хвороб;

запобігання неінфекційним захворюванням, зокрема засобами оздоровчої рухової активності;

подолання епідемії ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та інших інфекційних захворювань;

забезпечення максимального охоплення населення імунопрофілактикою шляхом неухильного виконання програм імунопрофілактики з дотриманням Національного календаря профілактичних щеплень та проведення відповідних інформаційних кампаній;

розвиток національної системи крові шляхом упровадження європейських стандартів і підходів;

проведення інформаційних кампаній з питань важливості вакцинопрофілактики інфекційних захворювань, запобігання неінфекційним захворюванням і сприяння їх ранньому виявленню, популяризації здорового способу життя, пропагування регулярної рухової активності та відповідальної самозбережувальної поведінки.

Завдання для реалізації цілі в рамках реалізації Оперативної цілі 1.4. Вжиття заходів для стимулювання народжуваності включають:

створення мережі потужних перинатальних центрів із передбаченням функціонування у їх складі медико-генетичних консультацій;

збільшення фінансування за такими пакетами програми медичних гарантій, як медична допомога при пологах та новонародженим у складних

неонатальних випадках, реабілітація та/або послуги раннього втручання, а також забезпечення розширення скринінгових програм для новонароджених;

розвиток мережі дошкільних закладів усіх форм власності, розбудова активних парків, спортивних закладів з упровадженням принципів універсального дизайну;

розробка стратегії державної підтримки пацієнтів з рідкісними (орфанними) захворюваннями; забезпечення системної адаптації законодавства України до потреб надання допомоги хворим (клінічні протоколи лікування, клінічні настанови, метаболічні центри тощо);

розвиток системи підготовки батьків до народження дитини.

Також визначено індикатори результативності досягнення цілей: позитивний природний приріст населення; зменшення рівнів материнської смертності та смертності новонароджених; підвищення середньої тривалості життя; підвищення рівня народжуваності; зниження смертності від неінфекційних захворювань, зокрема серцево-судинних та онкологічних; зниження показників захворюваності та інвалідизації населення; встановлення контролю над поширенням інфекційних захворювань.

Реалізація Стратегії забезпечуватиметься шляхом розробки кожні два роки плану заходів з реалізації визначених у ній цілей і завдань, проведення моніторингу виконання індикаторів результативності, суспільного діалогу та широкого залучення громадськості, розвитку міжнародної співпраці за відповідними напрямками.

Реалізація Стратегії фінансуватиметься за кошти державного та місцевих бюджетів, кошти Пенсійного фонду України та фондів державного соціального страхування, міжнародної технічної допомоги, позики міжнародних фінансових організацій та з інших джерел, не заборонених законодавством.

Відповідно до вищезгаданих завдань, розпорядженням КМУ від 09 грудня 2021 р. № 1617-р затверджено план заходів з реалізації вказаної стратегії на 2021-2023 рр., відповідальними виконавцями щодо заходів системи охорони здоров'я яких визначені МОЗ, НСЗУ, Державна служба України з лікарських

засобів та контролю за наркотиками, Міністерство молоді та спорту, Міністерство соціальної політики, Міністерство у справах ветеранів, Державний комітет телебачення і радіомовлення, обласні, Київська міська держадміністрації, органи місцевого самоврядування, Всеукраїнський центр фізичного здоров'я населення «Спорт для всіх», Національний олімпійський комітет, Спортивний комітет, фізкультурно-спортивні товариства. Результатом виконання заходів є:

-внесення змін до Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, спрямованих на запобігання виникненню і поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19)» від 17 березня 2020 р. №530-IX;

-створення робочої групи з питань упровадження механізмів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я з метою подолання розриву в розумінні сутності механізмів державно-приватного партнерства між закладами охорони здоров'я та потенційними інвесторами, а також заради популяризації кращих практик реалізації спільних проєктів;

-затвердження наказу МОЗ від 22 червня 2021 р. № 1254 «Про затвердження Положення про інтернатуру та вторинну лікарську (провізорську) спеціалізацію», згідно з яким з 1 січня 2022 р. передбачено нові правила проходження інтернатури (запровадження керованої системи підготовки лікарів-інтернів, відповідно до якої саме МОЗ визначатиме пріоритетні спеціальності для підготовки в інтернатурі, виходячи з кадрових потреб держави);

-перевірка Державною службою України з лікарських засобів та контролю за наркотиками 279 ліцензіатів фармацевтичної практики (промислові виробники, дистриб'ютори, імпортери лікарських засобів та аптечні заклади) стосовно дотримання ними вимог законодавства щодо якості лікарських засобів; встановлено 535 порушень вимог законодавства;

-трансформування системи фінансування охорони здоров'я (кожен українець вперше отримав можливість вільно обирати сімейних лікарів,

терапевтів та педіатрів. У державних або приватних медичних закладах 27,4 млн людей скористалися цією можливістю і долучилися до змін; 99% комунальних закладів первинної допомоги перейшли на фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом»; запрацювала НСЗУ, що укладає з медичними закладами прямі прозорі договори; вперше в історії українці мали можливість отримувати медичну допомогу в приватних закладах за бюджетні кошти; запрацювала електронна система охорони здоров'я, через яку пацієнти укладають декларації з лікарями, а лікарні підписують договори з НСЗУ; рівень комп'ютеризації закладів первинної ланки зріс з 3% до 97% та ін.) [4].

Національна стратегія у сфері прав людини затверджена Указом Президента України від 24 березня 2021 р. № 119/2021 [128]. Прийняття Стратегії зумовлено необхідністю вдосконалення діяльності держави щодо утвердження та забезпечення прав і свобод людини, створення дієвих механізмів їх реалізації та захисту, розв'язання системних проблем у зазначеній сфері в умовах нових викликів, що постали перед суспільством.

Метою Стратегії є забезпечення пріоритетності прав і свобод людини як визначального чинника у процесі формування та реалізації державної політики, здійснення повноважень органів державної влади та органів місцевого самоврядування, ведення господарської діяльності.

Ефективна реалізація Стратегії сприятиме, зокрема, прогресу у виконанні міжнародних договорів України у сфері прав людини, у тому числі Угоди про асоціацію між Україною та ЄС, реалізації ЦСР України на період до 2030 р., а також поліпшенню позицій України в міжнародних рейтингах з прав людини.

Одним із ключових стратегічних напрямів зазначеного нормативно-правового акта є «Забезпечення права людини на охорону здоров'я» та відповідна стратегічна ціль: кожен в Україні має рівний доступ до якісної медичної допомоги та медичного обслуговування. Згідно з обраною ціллю були встановлені такі завдання, спрямовані на її досягнення:

- 1) забезпечити гарантований обсяг медичних послуг населенню;

2) створити ефективну централізовану систему громадського здоров'я, систему біологічної безпеки та забезпечити впровадження біотехнологічних технологій; сприяти посиленню системи готовності та реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я;

3) впровадити ефективну систему реабілітації у сфері охорони здоров'я, забезпечити гарантований обсяг медичних та реабілітаційних послуг для населення; зменшити інвалідизацію населення, забезпечити подовження активного здорового способу життя; привести критерії встановлення інвалідності та отримання реабілітаційних послуг і засобів особами з інвалідністю у відповідність із Міжнародною класифікацією функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я;

4) створити умови для збереження психічного здоров'я населення, надання послуг з психічного здоров'я в територіальних громадах; впровадження програм з основ психічного здоров'я дітей у закладах освіти;

5) забезпечити навчання медичного персоналу стосовно прав людини у сфері охорони здоров'я, зокрема на доступ до якісної медичної допомоги, щодо автономії пацієнтів, права на приватність, повагу до гідності, права на інформування в доступній формі, вільний вибір надавача послуг, вибір варіантів лікування або відмову від лікування, гідну смерть тощо;

6) підвищити обізнаність населення про право на здоров'я; запровадити ефективні механізми захисту прав пацієнтів;

7) забезпечити профілактику та своєчасне виявлення неінфекційних хвороб, зменшити рівень смертності від неінфекційних хвороб і травм;

8) забезпечити ефективний контроль та зменшити захворюваність від інфекційних хвороб (у тому числі туберкульозу та ВІЛ), зокрема шляхом імунізації населення, підвищення обізнаності та реалізації сучасних практик інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я, впровадження систем контролю за внутрішньолікарняними інфекціями;

9) впровадити системи раннього розвитку дітей та забезпечити їх підтримку.

Результатом реалізації вищезазначених заходів є продовження реформування системи охорони здоров'я: запровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги; визначення НСЗУ як національного закупівельника медичних послуг, запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом»; автономізація постачальників медичної допомоги; запровадження системи eHealth; забезпечення програми «Доступні ліки» тощо.

Також результатом реалізації Стратегії є забезпечення гарантованого обсягу медичних та реабілітаційних послуг населенню, впровадження системи біологічного захисту населення щодо надзвичайних ситуацій; зменшення стигматизації осіб, які страждають на психічні розлади.

На сьогодні діє Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року, схвалена розпорядженням КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1018-р, метою якої є створення цілісної, ефективної системи охорони психічного здоров'я, яка функціонує в єдиному міжвідомчому просторі, забезпечує покращення якості життя та дотримання прав і свобод людини [129].

У межах цифрової трансформації системи охорони здоров'я продовжується запровадження електронної системи охорони здоров'я в Україні – «eHealth», ключові ролі в якій належать МОЗ (формує політику у сфері охорони здоров'я, відповідає за реалізацію реформ), НСЗУ (аналізує та використовує дані для прогнозування потреб населення в медичних послугах, розробляє програми медичних гарантій, здійснює оплату закладам за медичні послуги), eZdorovua (адмініструє центральну базу даних eHealth та контролює розробку електронної системи охорони здоров'я в Україні), а також задіяно бізнес (електронні медичні інформаційні системи – системи, які дають змогу автоматизувати роботу медичних закладів з центральної бази даних) [75].

Затверджено план заходів з реалізації Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги (розпорядження КМУ від 29 січня 2020 р. № 111-р) [130]. Ним передбачено впровадження електронної медичної інформаційно-аналітичної системи з оптимізації роботи оперативно-диспетчерських служб центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у всіх регіонах

України; управління якістю послуг екстреної медичної допомоги; затвердження критеріїв ефективності мережі екстреної медичної допомоги, тощо.

Закладено фундамент розбудови трансплантології в Україні, зокрема, законодавчо врегульовано проведення трансплантації: внесено зміни до деяких законодавчих актів, що регулюють питання трансплантації анатомічних матеріалів людині. Окрім цього, ухвалено низку нормативних документів, а також затверджено тарифи на проведення трансплантації органів та кісткового мозку в Україні, які значно спростять проведення трансплантації в Україні (постанова КМУ від 18 грудня 2019 р. № 1083 «Про затвердження переліку послуг та тарифів на послуги з надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги методом трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів, які надаються учасниками пілотного проекту щодо зміни механізму фінансового забезпечення оперативного лікування з трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів» зі змінами в редакції постанови КМУ від 7 липня 2021 р. № 698) [131].

Триває робота з підвищення якості освіти за спеціальністю «громадське здоров'я», зокрема розробляється єдиний державний кваліфікаційний іспит для здобувачів ступеня за цією спеціальністю. У сфері медичної освіти ухвалено Порядок здійснення єдиного державного кваліфікаційного іспиту для здобувачів ступеня вищої освіти магістр за спеціальностями галузі знань «22 Охорона здоров'я» (постанова КМУ від 14 квітня 2021 р. № 351) [132].

З метою подальшого розвитку системи громадського здоров'я, узгодження законодавства України зі світовими та європейськими стандартами у сфері протидії інфекційним та неінфекційним захворюванням у листопаді 2019 р. ухвалено низку нормативно-правових документів, зокрема:

-Стратегію та план заходів щодо забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту за принципом «Єдине здоров'я» на період до 2025 року (розпорядження КМУ від 27 листопада 2019 р. №1416-р). Заходи мають підвищити рівень біологічної безпеки та біологічного захисту в Україні.

Пріоритетом є узгодження українського законодавства з нормами міжнародного права (передусім ЄС) у сфері біобезпеки та біозахисту [95];

-Стратегію та план заходів щодо розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб. Заходи мають підвищити прихильність населення до вакцинації, посилити ефективність системи нагляду за інфекційними захворюваннями та сприяти збільшенню показників охоплення щепленнями (розпорядження КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1402-р) [96];

-Державну стратегію протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року, яка сприятиме подоланню епідемій ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та вірусних гепатитів В та С (розпорядження КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1415-р) [97];

-План заходів щодо зниження рівня опромінення населення радоном та продуктами його розпаду, мінімізації довгострокових ризиків від поширення радону в житлових і нежитлових будівлях, на робочих місцях на 2020-2024 роки (розпорядження КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1417-р) [133].

Наказом МОЗ України затверджено «Дорожню карту з впровадження вакцин від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, і проведення масової вакцинації у відповідь на пандемію COVID-19 в Україні в 2021-2022 роках». Основним завданням Дорожньої карти з вакцинації протягом 2021-2022 рр. є охоплення вакцинацією проти коронавірусної хвороби COVID-19 щонайменше 50 % населення України (20,9 млрд громадян). Водночас упровадження програми з вакцинації значною мірою залежить від доступності вакцин.

Затверджена Стратегія забезпечення сталої відповіді на епідемію туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу до 2020 року та План заходів щодо його реалізації (постанова КМУ від 22 березня 2017 р. № 248-р «Про схвалення Стратегії забезпечення сталої відповіді на епідемії туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2020 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації»).

У сфері охорони здоров'я поширені документи щодо регіонального розвитку охорони здоров'я. До нормативно-законодавчої бази, яка розробляється та затверджується безпосередньо на рівні регіонів, відносяться стратегії, комплексні обласні програми, галузеві програми, обласні програми, обласні цільові соціальні програми та ін.

Учасниками та безпосередніми виконавцями програм є структурні підрозділи обласних державних адміністрацій; місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування адміністративно-територіальних одиниць області спільно з територіальними органами центральних органів виконавчої влади в областях (у межах компетенції); заклади охорони здоров'я спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст області, які є спеціалізованими або мають обласне значення та надають медичну допомогу третинного рівня; центральні районні лікарні та центральні міські лікарні міст обласного значення, зокрема, що набули статусу опорних лікарень, міські лікарні та інші комунальні заклади охорони здоров'я.

Механізм виконання програм передбачає, зокрема, реалізацію заходів щодо централізованого планування витрат на засадах програмно-цільового підходу з метою розвитку медичного обслуговування пацієнтів в умовах спеціалізованих закладів охорони здоров'я третинного рівня та закладів охорони здоров'я обласного значення (комунальних некомерційних підприємств), закладів вторинного та первинного рівнів за умови їхньої взаємодії із медичними закладами вищої освіти та науково-дослідними інститутами Національної академії наук України на засадах поступового створення в регіонах «єдиного медичного простору».

Державна стратегія регіонального розвитку на 2021-2027 роки затверджена постановою КМУ від 05 серпня 2020 р. № 695 [57] та розроблена на виконання Указу Президента України від 20 вересня 2019 р. №713 «Про невідкладні заходи щодо забезпечення економічного зростання, стимулювання розвитку регіонів та запобігання корупції» [134], відповідно до Закону України «Про засади державної регіональної політики» від 05 лютого 2015 р. №156-VIII

[135], постанови КМУ від 11 листопада 2015 р. №931 «Про затвердження Порядку розроблення Державної стратегії регіонального розвитку України і плану заходів з її реалізації, а також проведення моніторингу та оцінки результативності реалізації зазначених Стратегії і плану заходів» [136].

Зазначена Стратегія є основним планувальним документом для реалізації секторальних стратегій розвитку, координації державної політики в різних сферах, досягнення ефективності використання державних ресурсів у територіальних громадах та регіонах в інтересах людини, єдності держави, сталого розвитку історичних населених місць та збереження традиційного характеру історичного середовища, збереження навколишнього природного середовища та сталого використання природних ресурсів для нинішнього й майбутніх поколінь українців.

Нею також визначено генеральний вектор сталого розвитку регіонів, зважаючи на те, що розроблена вона відповідно до ЦСР України до 2030 року, затверджених Указом Президента України від 30 вересня 2019 р. № 722 [54].

Інструментами реалізації Стратегії є плани заходів щодо реалізації Стратегії відповідно на 2021-2023 і 2024-2027 роки; програми та проекти регіонального розвитку; регіональні стратегії розвитку та плани заходів з їх реалізації; державні програми щодо розвитку транскордонного співробітництва, соціально-економічного розвитку окремих територій, угоди щодо регіонального розвитку тощо.

Вказаний документ містить оперативні цілі та завдання, що безпосередньо стосуються сфери охорони здоров'я. Так, оперативна ціль 2 «Збереження навколишнього природного середовища та стале використання природних ресурсів, посилення можливостей розвитку територій, які потребують державної підтримки (макро- та мікрорівень)» має завдання за напрямом «Відновлення та розбудова територій, структурна перебудова економік регіонів, що постраждали внаслідок збройної агресії Російської Федерації проти України»: створення якісної системи закладів громадського

здоров'я та закладів охорони здоров'я, де надається третинна медична допомога, з урахуванням потреб населення кожного типу території.

Завдання за напрямом «Розвиток сільських територій» включають:

- забезпечення сучасними технічними та інформаційно-програмними засобами для функціонування електронної системи охорони здоров'я;
- здійснення належного матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я, зокрема службовим житлом та службовим автотранспортом, широкосмуговим доступом до Інтернету та сучасними технічними і інформаційно-програмними засобами для функціонування електронної системи охорони здоров'я.

Завдання за напрямом «Розвиток соціальної інфраструктури» передбачають забезпечення доступності та пристосованості приміщень закладів соціального захисту, освіти, охорони здоров'я, культури та інших закладів для всіх категорій населення, в тому числі осіб з інвалідністю.

Завдання за напрямом «Розвиток інфраструктури безпеки»: сприяння утворенню в територіальних громадах центрів безпеки як інтегрованих структур з єдиною комунікацією відповідно до актів законодавства у сфері захисту населення і територій від пожеж та надзвичайних ситуацій, забезпечення громадського порядку, охорони здоров'я населення (з пожежно-рятувальними підрозділами, поліцейськими станціями та бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги). Додатком до Стратегії також визначені показники моніторингу досягнення відповідних цілей за роками [137].

Для формування дієвого правового поля функціонування системи закладів охорони здоров'я та створення ефективної системи громадського здоров'я на регіональному рівні МОЗ прийняло ряд нормативно-правових актів, зокрема: наказ МОЗ України від 16 травня 2018 р. № 933 «Про внесення змін до Переліку закладів охорони здоров'я», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 11 червня 2018 р. за № 691/32143, відповідно до якого Центр громадського здоров'я (обласний, міст Києва та Севастополя) віднесено до закладів охорони здоров'я [138]; наказ МОЗ України від 02 листопада 2018 р.

№ 2012 «Про затвердження Примірного статуту та Примірної структури Центру громадського здоров'я (обласного, міст Києва та Севастополя)» [139].

Відповідно до Закону України «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України» від 07 грудня 2017 р. № 2233-VIII, з 01 січня 2020 р. на громадське здоров'я здійснюються видатки, визначені в ДОДАТКУ Д. Саме в цих видатках мають бути передбачені ресурси на фінансування регіональних планів з профілактики та лікування захворювань, які спричиняють найбільший негативний соціально-демографічний та економічний вплив. Розробка та затвердження регіональних планів передбачено пунктом 3.12 Плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я, затвердженого розпорядженням КМУ від 18 серпня 2017 р. за №560-р.

Характерною особливістю поточного стану регулювання системи охорони здоров'я на регіональному рівні є наявність поодиноких елементів системи громадського здоров'я, які діють незлагоджено та потребують оптимізації наявних ресурсів і суттєвого збільшення ефективності управління ними. Серед таких елементів на зазначеному рівні є органи, установи та заклади, що належать до сфери управління МОЗ України (регіональні центри здоров'я, інформаційно-аналітичні центри медичної статистики, структурні підрозділи з питань моніторингу й оцінки протитуберкульозних закладів і центрів профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, установи колишньої Державної санітарно-епідеміологічної служби України – лабораторні центри МОЗ України), інші центральні органи виконавчої влади й органи місцевого самоврядування: зокрема, Міністерство захисту довкілля та природних ресурсів, Міністерство аграрної політики та продовольства України, Міністерство розвитку громад та територій України, Міністерство інфраструктури України, Міністерство освіти і науки України, Міністерство молоді та спорту України, Державна екологічна інспекція України, Державна служба України з надзвичайних ситуацій, Державна архітектурно-будівельна інспекція України [106].

У ДОДАТКУ Ж відображено взаємозв'язок та результати впливу регіональної політики на систему охорони здоров'я та добробут місцевих жителів.

З огляду на широкий спектр детермінантів, що впливають на здоров'я населення, очевидно, що діяльність органів місцевого самоврядування відіграє важливу роль у поліпшенні здоров'я та добробуту в місцевих громадах. Відповідальність за здоров'я несуть не лише медичні працівники закладів охорони здоров'я в цих громадах. Рішення та діяльність інших підрозділів виконавчої влади й комунальних установ також можуть створювати сприятливі умови, знижувати ризики та підвищувати чинники збереження здоров'я. Децентралізація і трансформація системи охорони здоров'я, а також залучення всіх стейкхолдерів, надають громадам можливості для створення якісної медицини в регіоні [141].

З 01 січня 2021 р. відбулися зміни адміністративного устрою унаслідок реформи децентралізації, метою якої є створення й розвиток повноцінного середовища для мешканців, що неможливо без медичної складової. Одним із пріоритетів для новостворених об'єднаних територіальних громад має стати розвиток медичної інфраструктури в регіоні. Зважаючи на це, представниками міжрегіональних департаментів НСЗУ впродовж 2020-2021 рр. проведено зустрічі з представниками місцевої влади в регіонах, надано консультації щодо можливостей розвитку окремих медичних закладів, формування ефективної мережі, а також змін законодавства у вказаній сфері.

На підставі отриманої інформації на місцях приймалися власні рішення щодо залучення фахівців, дооснащення лікарень, підвищення їхньої енергоефективності тощо. Основна частина фінансування лікарням надходить відповідно до договору з НСЗУ (оплата послуг за Програмою медичних гарантій є основним джерелом коштів для медичного закладу). Частка фінансування з державного бюджету в рази більша, ніж лікарні потребують від місцевого самоврядування. Проте за органом місцевого самоврядування, як власником закладів, залишається обов'язок утримувати заклади, оплачувати

комунальні послуги, підтримувати матеріальну базу. Зі свого боку НСЗУ гарантує, що оплата за надані послуги буде сталою, якщо заклад відповідає вимогам і уклав договір з вказаною структурою.

Реорганізація мережі закладів охорони здоров'я, які надають вторинну медичну допомогу, передбачає поетапну структурну перебудову регіональної системи охорони здоров'я шляхом оптимізації мережі закладів охорони здоров'я (їх підрозділів) і включає: створення госпітальних округів, які об'єднують заклади декількох районів або міст і районів; проведення перепрофілювання закладів вторинної медичної допомоги, які входять до складу госпітального округу з урахуванням їх матеріально-технічного та кадрового потенціалу, профілю діяльності та структури медичних послуг, у заклади, що надають допомогу різної інтенсивності [142].

Перепрофілювання закладів вторинної медичної допомоги передбачає створення багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування; лікарень для проведення планового стаціонарного лікування з поліклінічними відділеннями в кожному районі, місті без районного поділу або в районі міста; лікарень з поліклінічними відділеннями для відновлювального лікування; хоспісів; лікарень для надання медико-соціальної допомоги/сестринського догляду; консультативно-діагностичних центрів; об'єднання багатопрофільних і монопрофільних або спеціалізованих закладів охорони здоров'я, за винятком протитуберкульозних закладів та потужних (більше 1000 пологів на рік) пологових будинків.

Реорганізація системи надання швидкої допомоги передбачає створення в області Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, до складу якого входять станції швидкої допомоги із розрахунку – одна на госпітальний округ, з мережею підстанцій, що дасть змогу забезпечити доїзд до пацієнта в межах десяти хвилин у місті та двадцяти хвилин у сільській місцевості.

На третинному рівні надання медичної допомоги (високоспеціалізована) реформуванням передбачено, що такий вид допомоги надаватиметься обласними лікарнями, центрами високоспеціалізованої медичної допомоги та

клініками науково-дослідних інститутів. З метою підвищення якості медичної допомоги та ефективності використання потенціалу обласних лікарень та вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації на базі обласних клінічних лікарень можуть утворюватися університетські клініки.

Систематизуючи вищевикладене, зазначимо, що сучасне забезпечення нормативно-правового механізму розвитку охорони здоров'я включає три рівні (міжнародний, національний, регіональний), які представлено на рис. 2.2.

Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини в цій галузі з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості [143].

Керівними принципами задля забезпечення високоякісної та ефективної системи охорони здоров'я в Україні є:

-захист прав людини (захищати права всіх людей на життя в такому природному та соціальному середовищі, яке б підтримувало людську гідність і здоров'я, уникати дискримінації, забезпечувати рівність можливостей);

-верховенство права (дотримуватися прозорого, підзвітного й демократичного порядку прийняття законів щодо вказаної сфери та їх введення в дію; забезпечувати рівність перед законом усіх фізичних і юридичних осіб, а також інституцій);

-належне врядування (забезпечити результативність, ефективність, відкритість та інклюзивність управлінського процесу, підзвітність та відповідальність суб'єктів управління у вищезгаданій сфері; сприяти реалізації управлінських рішень за участі всіх заінтересованих сторін на національному, регіональному та місцевому рівнях);

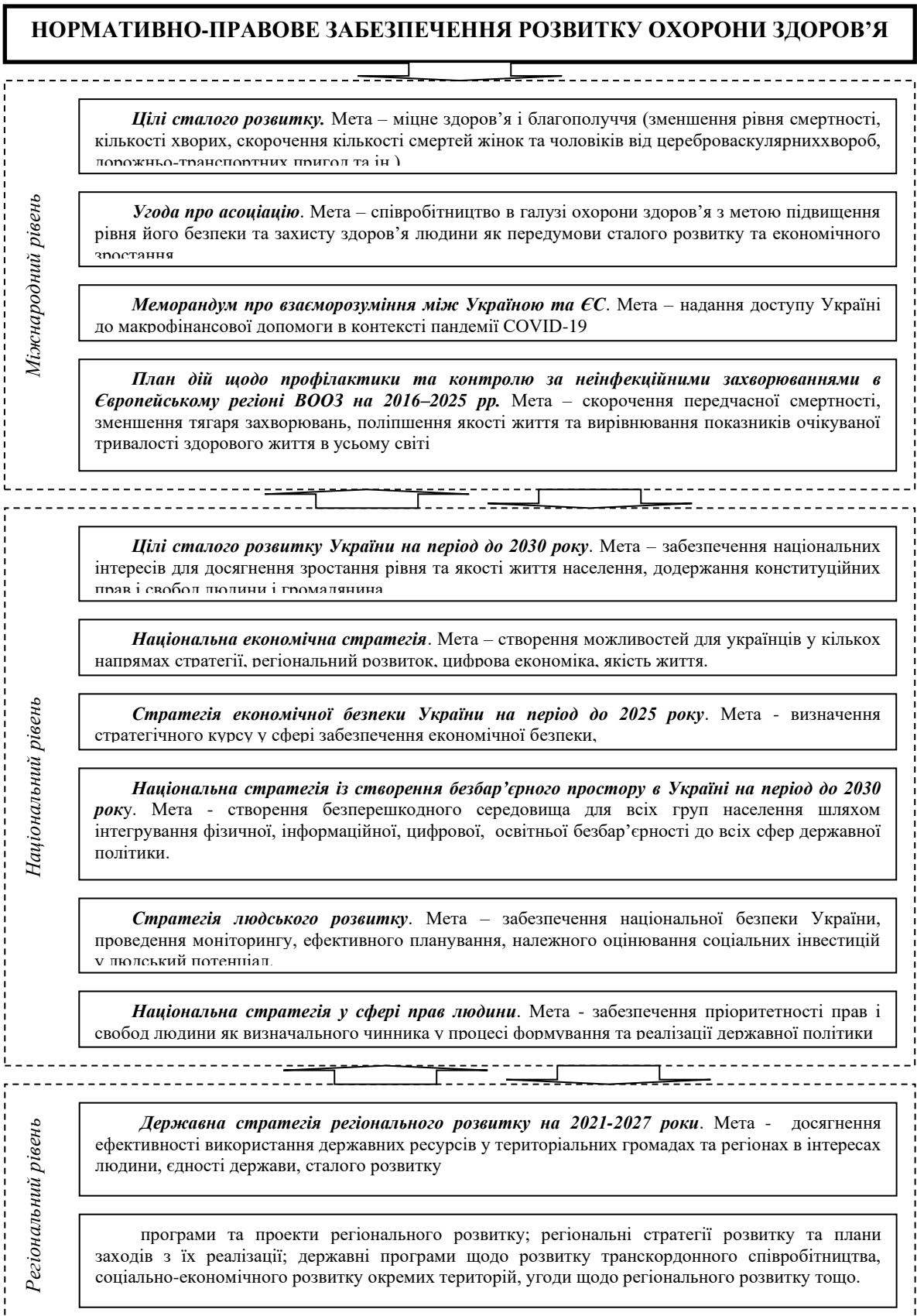


Рис. 2.2. Нормативно-правове забезпечення розвитку охорони здоров'я

-участь громадськості, бізнесу та соціальних партнерів (забезпечувати участь стейкхолдерів у процесі прийняття рішень, сприяти формуванню соціального діалогу, встановленню корпоративної соціальної відповідальності й державно-приватного партнерства; запровадити належні процедури для інформування, консультацій та участі всіх заінтересованих сторін та інституцій громадянського суспільства);

-інтеграція політики та управління (сприяти інтеграції економічної, соціальної та екологічної політик, узгодженості галузевих і регіональних політик на всіх рівнях управління);

-використання найкращих з наявних знань (забезпечити всі необхідні умови для розробки, оцінювання та реалізації політики у вказаній сфері на основі найкращих з наявних знань);

-принцип запобігання (використовувати превентивні заходи з метою запобігання негативним наслідкам для здоров'я людини на стадії планування діяльності) та ін.

Сучасна державна політика України у сфері охорони здоров'я, ураховуючи нормативно-законодавчі акти міжнародного рівня, а також основні стратегічні документи національного рівня, орієнтована на вектори:

- розвитку – забезпечення сталого розвитку вищезазначеної галузі та проведення відповідних структурних реформ;

- безпеки – забезпечення безпеки як громадян, так і працівників галузі, а також упровадження ефективних механізмів протидії корупції (пріоритет на безпеку життя та здоров'я людини, що неможливо без ефективної системи охорони громадського здоров'я, надання належних медичних послуг та ін.);

- відповідальності – забезпечення гарантій кожному громадянину, незалежно від раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, мовних або інших ознак, мати доступ до високоякісної

системи охорони здоров'я та відповідних послуг у державному та приватному секторах.

Попри той факт, що національне законодавство є вищим за статусом, ніж рішення, рекомендації міжнародних організацій, останні відіграють суттєве значення у функціонуванні інституційного механізму державного управління охороною здоров'я. Прогнози міжнародних організацій, їх рекомендації, грантова діяльність, фінансування та безпосередня організація та участь у гуманітарних місіях, програмах благодійності у сфері охорони здоров'я значно посилюють вплив міжнародних організацій на систему охорони здоров'я всіх країн світу.

За допомогою механізмів управління, зокрема правового, реалізуються функції управління (організація, контроль процесів у сфері охорони здоров'я) відповідними органами державної влади, органами місцевого самоврядування, інститутами громадянського суспільства.

2.2. Інституційне середовище сфери охорони здоров'я України

Під механізмом державного управління системою охорони здоров'я, розуміємо 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. При аналізі вищевказаного механізму доцільно зупинитись на характеристиці суб'єктів державного контролю у сфері охорони здоров'я.

С. Стеценко слушно зазначає, що особливості адміністративно-правового регулювання у сфері охорони здоров'я зумовлюють важливість і продуманість органів та організацій, які від імені держави здійснюють управління галуззю.

Показники здоров'я нації не завжди прямо залежать від ефективності діяльності органів управління у сфері охорони здоров'я, проте останні значною мірою здатні впливати на стан справ у зазначеній сфері. Автором наводиться класифікація суб'єктів адміністративно-правового регулювання у сфері охорони здоров'я, відповідно до якої вони поділяються на: виконавчо-розпорядчі суб'єкти адміністративно-правового регулювання у сфері охорони здоров'я (суб'єкти, повноваження яких визначено в Конституції України – Верховна Рада України, Президент України, КМУ); суб'єкти, повноваження яких визначено в інших нормативно-правових актах (МОЗ України та інші публічно-правові інституції), консультативно-дорадчі суб'єкти адміністративно-правового регулювання у сфері охорони здоров'я [144].

Такий підхід може бути використаний як першооснова щодо побудови класифікації суб'єктів державного контролю у сфері, що розглядається. Владні інституції, які здійснюють управління (регулювання) у сфері охорони здоров'я, наділені чинним законодавством певними владними повноваженнями стосовно контрольної діяльності, завдяки яким забезпечується реалізація державної політики в медичній галузі [145].

Б. Логвиненко вважає доцільною таку класифікацію суб'єктів публічного адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні:

1) суб'єкти, які визначають та розробляють стратегію діяльності з публічного адміністрування сфери охорони здоров'я (Верховна Рада України, Президент України, КМУ);

2) суб'єкти, які безпосередньо втілюють у життя та забезпечують публічне адміністрування сфери охорони здоров'я (МОЗ України);

3) суб'єкти, які сприяють публічному адмініструванню сфери охорони здоров'я (наприклад, Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу; Міжвідомча координаційна рада при МОЗ України з питань міжгалузевої взаємодії закладів охорони здоров'я; Громадська рада при МОЗ України тощо) [146].

Є. Кульгінський зазначає, що учасниками процесу управління охороною здоров'я можуть бути різні державні органи, серед яких чітко визначена роль відводиться насамперед законодавчому органу (парламенту), органам виконавчої влади (уряду та іншим центральним виконавчим органам) та органам судової влади. Однак у децентралізований процес управління охороною здоров'я залучаються й інші державні чи недержавні установи та агенції. У деяких країнах держава передає частину своєї відповідальності регіональним чи муніципальним органам влади, в інших – повноваження щодо саморегулювання делегуються різним організаціям приватного сектора (наприклад, ліцензування – медичним асоціаціям, страхування – асоціаціям фондів медичного страхування тощо). У ряді країн існують незалежні від уряду національні органи, міра та сфера відповідальності яких залежать від багатьох факторів, у тому числі від типу діяльності, що підлягає регулюванню, від того, який конкретно сегмент системи охорони здоров'я (лікарні, лікарі тощо) підлягає регулюванню, від взаємодії різних елементів цього сегмента, від інституціональної структури системи охорони здоров'я в цілому, від національних культурних традицій та ін. [147].

Механізм регулювання системи охорони здоров'я передбачає взаємодію всіх учасників ринку за допомогою інституцій та інструментів державного регулювання ринку медичних послуг. Регулювання здійснюється на трьох рівнях: міжнародному, національному та регіональному. Цілі, завдання, інститути та інструменти кожного рівня різні, але всі вони спрямовані на вирішення завдань, спільних для ринку медичних послуг [141].

Переходячи до аналізу особливої ролі міжнародних організацій в інституційному механізмі державного управління охороною здоров'я, необхідно зупинитися на ВООЗ, Всесвітній медичній асоціації, Міжнародному валютному фонді, Загальноєвропейській комісії з питань охорони здоров'я і сталого розвитку та ін.

ВООЗ, членами якої за станом на 2021 р. є 194 країни, заснована у 1948 р. Вона є спеціалізованою установою ООН, яка вирішує проблеми охорони

здоров'я у світовому масштабі. Мета вказаної структури – сприяння забезпеченню охорони здоров'я населення всіх країн світу.

Завдання ВООЗ – координація дій з розвитку й удосконалення систем охорони здоров'я, викорінення інфекційних захворювань, упровадження загальної імунізації, боротьба з поширенням СНІДу, координація фармацевтичної діяльності країн-членів.

Діяльність ВООЗ має універсальний характер, але більшою мірою вона все ж є майданчиком для переговорів представників різних країн та регіонів світу з метою винесення на розгляд світової спільноти консолідованої думки з приводу глобальних проблем медичної сфери.

Упродовж останніх років завдяки зусиллям ВООЗ питання охорони здоров'я стали пріоритетом у політичному порядку денному світу. Їх почали обговорювати на найважливіших політичних форумах, завдяки чому до цієї галузі залучаються нові фінансові ресурси.

Виходячи із зазначеного, функції ВООЗ сьогодні поділяються на дві категорії: нормативна діяльність (здійснюється переважно штаб-квартирою) та технічне співробітництво (здійснюється регіональними та країновими бюро). До головних структур ВООЗ належать Всесвітня асамблея охорони здоров'я, Виконавчий комітет та Секретаріат.

Всесвітня асамблея охорони здоров'я – вищий керівний орган ВООЗ, головними функціями якого є визначення загальних політичних напрямів діяльності Організації.

З метою більш повного врахування регіональних пріоритетів у сфері охорони здоров'я та забезпечення тіснішого зв'язку з потребами національних систем охорони здоров'я головна діяльність ВООЗ здійснюється через її шість регіональних бюро (напівавтономні офіси) та через представництва ВООЗ у країнах (150 звичайних офісів). Європейське регіональне бюро (ЄРБ) ВООЗ, до складу якого входить 53 країни, у тому числі Україна, розташоване в Копенгагені (Данія) і очолюється регіональним директором.

Співробітництво України з вказаною всесвітньою організацією – одна з важливих складових міжнародного співробітництва, що спрямована на забезпечення конституційного права кожного громадянина України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Співробітництво України з ВООЗ здійснюється переважно через ЄРБ згідно з рамковими дворічними угодами, що укладаються між Україною та ЄРБ. В угодах визначаються пріоритетні напрями співробітництва, на які скеровуються кошти, що виділяються з основного бюджету ВООЗ на підтримку заходів на рівні країни [148].

Базуючись на Європейській програмі роботи (EPW), Тринадцятій загальній програмі роботи ВООЗ (GPW 13) та Порядку денному у сфері сталого розвитку до 2030 року, Дворічна угода про співробітництво на 2020-2021 рр., підписана між ЄРБ ВООЗ та Урядом України в особі МОЗ України, має на меті підтримати Україну в максимальному посиленні можливостей для сприяння зміцненню здоров'я населення, зменшення нерівностей щодо здоров'я та вдосконалення загальної системи державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні.

Зазначений документ базується на Європейській програмі роботи на 2020-2025 рр. – «Спільні дії для покращення здоров'я жителів Європи», яка була прийнята на початку 2021 р. з метою зміцнення державного управління у сфері охорони здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ, при цьому прискоривши прогрес у напрямі досягнення ЦСР та керуючись принципом «нікого не залишити осторонь» [149].

Україна зацікавлена у використанні потенціалу та накопиченого ВООЗ міжнародного досвіду, а також залученні через її канали міжнародної допомоги для розв'язання проблем, у першу чергу, на таких напрямках: туберкульоз та ВІЛ/СНІД; пташиний грип, рак, серцево-судинні захворювання та цукровий діабет; тютюнопаління; здоров'я матері і дитини; безпека продуктів харчування; психічне здоров'я; безпека крові, COVID-19.

Заходи, що здійснюються у рамках співробітництва України з ВООЗ, узгоджуються з її національними пріоритетами та стратегіями у сфері охорони здоров'я, враховують специфіку ситуації в цій галузі в країні та особливості національної системи охорони здоров'я.

Всесвітня медична асоціація (ВМА), яка була створена в 1947 р., сформувалась з 64 громадських організацій країн світу та є міжнародною незалежною конфедерацією професійних медичних асоціацій. Ця міжнародна організація – своєрідний парламент для лікарів, який представляє інтереси та права лікарів різних країн світу, формує та впроваджує міжнародні норми медичної діяльності, обов'язкові для всіх. Вказана структура була заснована з метою забезпечення незалежності лікарів, гарантії дотримання їх прав та забезпечення високих стандартів етичних норм у сфері охорони здоров'я. Під егідою цієї організації було прийнято цілий ряд важливих документів, що регламентують правила поведінки лікарів, медичних установ по відношенню до пацієнтів та визначення протоколів проведення медичної діяльності.

До цілей та принципів діяльності ВМА належать такі: професійна автономія; відповідальність лікаря за забезпечення самоуправління у своїй професійній діяльності; лікарське самоуправління; якість наданої медичної допомоги та компетентності лікарів; ціна медичної послуги; професійна етика. Місія та діяльність асоціації поширюється на всі країни. Серед основних міжнародних документів ВМА: Женевська декларація Всесвітньої медичної асоціації (орієнтована на майбутніх лікарів-випускників медичних вузів, є своєрідною сучасною інтерпретацією клятви Гіппократа та містить положення щодо правового та етичного регулювання медичної діяльності).

Крім вищезгаданого документа, діє Міжнародний кодекс медичної етики, який затверджено на Генеральній асамблеї ВМА у 1949 р. (із змінами та доповненнями). У ньому визначено критерії неетичної поведінки лікаря, обов'язки лікаря щодо хворого та їх спільні відповідальності [150].

Співпраця України з Міжнародним валютним фондом (МВФ) сприяє процесам трансформації системи охорони здоров'я. Згідно з меморандумом,

підписаним з МФВ, реформа системи фінансування охорони здоров'я триває, зафіксовано основні завдання трансформації системи:

1. Фінансування спеціалізованих медичних закладів має здійснюватися через єдиного платника – НСЗУ, жодних повернень до фінансування через бюджетну субвенцію чи особливого фінансування для деяких медичних закладів не передбачено.

2. Обсяг фінансування медичного закладу має залежати від результатів його роботи. Чим більше послуг надає медичний заклад, тим більше фінансування він має отримати. Окрім того, медичний заклад, що надає медичні послуги, має відповідати чітким вимогам [151].

Згідно з меморандумом, що підписала Україна з МФВ, трансформацію системи охорони здоров'я в нашій країні продовжено шляхом поширення нового способу фінансування на вторинну спеціалізовану допомогу, а НСЗУ і далі буде стежити за наданням послуг та фінансовими показниками медичних установ. Перетворення лікарень на некомерційні підприємства в муніципальній власності продовжиться. Їх фінансування буде йти строго за договорами з НСЗУ.

Також зобов'язаннями окреслено те, що для того, щоб закупівлі НСЗУ якнайкраще забезпечували потреби пацієнтів, прийняття рішень НСЗУ буде прозоро захищене від конфлікту інтересів, зокрема, заборонаю участі постачальників послуг в управлінських структурах НСЗУ.

У листопаді 2021 р. МФВ оприлюднив Меморандум про економічну та фінансову політику, підписаний Україною і МФВ. Оприлюднений документ містить таблицю з 12 «структурними маяками», які українська влада зобов'язується виконати впродовж програми. Половина з них розрахована до кінця 2021 р. Виконання інших чотирьох цілей передбачалось у березні-квітні 2022 р.

Найближчим структурним «маяком» у меморандумі було зазначено затвердження бюджету 2022 р. з цільовим показником дефіциту 3,5% валового внутрішнього продукту (ВВП) (термін виконання – до кінця листопада 2021 р.).

Також, відповідно до Меморандуму, політика України й надалі повинна зосереджуватись на подоланні надзвичайної ситуації в економіці та сфері охорони здоров'я, викликаній COVID-19, зберігаючи при цьому макроекономічну та фінансову стабільність, зменшуючи вразливість та долаючи ключові перешкоди для приватних інвестицій.

До кінця 2021 р. український уряд був зобов'язаний оприлюднити результати аудиту коштів, витрачених з фонду, пов'язаного з COVID-допомогою.

Зауважимо, що 18-місячна програма stand-by передбачає виділення Україні 5 млрд дол. США. Перший транш у сумі 2,1 млрд дол. США Україна отримала ще в червні 2020 р., другий транш у розмірі 699 млн дол. США наша держава отримала в листопаді 2021 р. [152].

Діяльність ВООЗ як універсальної організації у сфері охорони здоров'я не може охопити весь спектр медичної діяльності. Існують вузькопрофільні організації, які професійно та ретельно розглядають питання профілактики, боротьби з окремими захворюваннями. До таких організацій належать Міжнародна федерація діабету (IDF), Міжнародне агентство з дослідження раку (IARC), Міжнародне товариство з вивчення діабету у дітей і підлітків (ISPAD), Всесвітня асоціація дій по захисту дитячого харчування (IBFAN), Європейська рада ресусцитації (ERC), Американська психіатрична асоціація (APA) та інші. Ці організації значною мірою формують режими лікування захворювань на основі розробки рекомендацій та проектів протоколів лікування [153].

ЄС не несе великої адміністративної відповідальності за сферу охорони здоров'я (більшість документів мають рекомендаційний характер). Однак, у ЄС є інструменти, що задають відносно скоординований рух країн у напрямі розвитку систем охорони здоров'я. Йдеться про так звану *acquis communautaire* – правову систему ЄС, яку держави-члени повинні вбудувати в національне законодавство. Розділ 28 *acquis* стосується, серед іншого, і охорони здоров'я та визначає обов'язкові правила для всіх країн у цій сфері (зокрема, спільну структуру фінансування та управління).

Європейською комісією було визначено шість пріоритетів діяльності у 2021 р. Основний пріоритет – продовжувати працювати для збереження життя та добробуту громадян, яким загрожує пандемія коронавірусу. Єврокомісія продовжить докладати зусиль для того, щоб забезпечити європейців майбутньою вакциною та допомогти у відновленні економіки шляхом «зеленої» та цифрової трансформації. В межах просування європейського способу життя, з урахуванням загроз від COVID-19, Єврокомісія працює в напрямі зміцнення системи охорони здоров'я, розвитку наявних та створення нових дослідницьких установ у цій сфері.

У Договорі про ЄС внесений параграф «Р», який передбачає, що ЄС сприятиме досягненню високого рівня захисту здоров'я [154]. Маастрихтський договір включив охорону здоров'я в реалізацію всіх інших політик ЄС і надав цьому напрямку нові функції, які доповнюють зусилля країн ЄС [155]. Ці «доповнюючі зусилля» головним чином спрямовувалися на координацію: заходів щодо встановлення високих стандартів якості та безпеки медицини (пересадки органів, переливання крові тощо); заходів у ветеринарній та фітосанітарній ділянці з метою захисту здоров'я людей; стимулювальних заходів (*incentive measures*) для захисту і поліпшення здоров'я населення. При цьому всі подібні «доповнюючі заходи» ЄС виключають будь-яку гармонізацію законодавства про охорону здоров'я держав-членів. Таким чином, основна компетенція і головні зусилля у сфері охорони здоров'я перебували і продовжують перебувати в країнах-членах, а ЄС тільки доповнює ці зусилля, наприклад, запобігає поширенню інфекцій через кордони, раціоналізує рух пацієнтів, нівелює відмінності в якості медичного обслуговування та послуг тощо.

Загальноєвропейська комісія з питань охорони здоров'я і сталого розвитку (Комісія) – це незалежна міждисциплінарна група лідерів, створена Європейським регіональним бюро ВООЗ. Метою вказаної Комісії є перегляд пріоритетних напрямів політики у сфері охорони здоров'я, що на сьогодні здійснюється в контексті пандемії. Комісією у 2020 р. розроблено рекомендації

для 53 країн Європейського регіону ВООЗ, які містять конкретні завдання, наведені на рис. 2.3 [156].

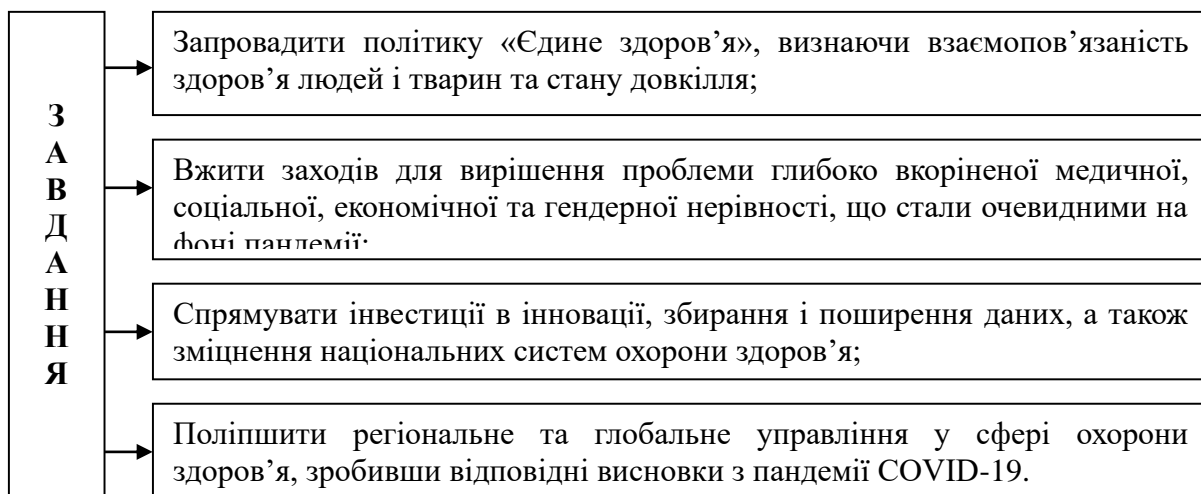


Рис. 2.3. Завдання щодо розвитку охорони здоров'я згідно з даними Комісії

З метою захисту здоров'я в масштабах планети; забезпечення інновацій та інвестицій у системи охорони здоров'я; вдосконалення управління на європейському і глобальному рівнях Комісією запропоновано забезпечувати відповідні дії на всіх рівнях суспільства.

Загальноєвропейська комісія з питань охорони здоров'я і сталого розвитку закликає національні уряди, регіональні та глобальні організації та інші зацікавлені сторони, що мають вплив на системи охорони здоров'я та соціального захисту, долучитися до далекосяжних реформ, інвестиційних програм і заходів з удосконалення управління, актуальність яких стала очевидною.

Окрім підвищення ефективності профілактики, рівня готовності та реагування на пандемії, рекомендації Комісії також націлені на створення нової стратегії охорони здоров'я та сталого розвитку. Усе це вимагає усвідомлення взаємозв'язку між станом здоров'я людей, тварин та рослин, а також їхнього впливу на виникнення природно-осередкових інфекцій; зв'язків між зміною клімату, біологічним розмаїттям і здоров'ям людини; а також необхідності зміцнення та розширення медико-санітарного обслуговування на національному рівні [157].

Крім того, Комісією зроблено акцент на потребу посилення ролі політики у сфері охорони здоров'я в загальному політичному курсі урядів та міжнародних організацій шляхом створення під егідою G20 Глобальної ради з питань здоров'я і фінансів, що свідчить про визнання здоров'я глобальним суспільним благом.

Комісією рекомендовано країнам:

- сформувані міждержавні стратегії Єдиного здоров'я (Концепція «Єдине здоров'я» ґрунтується на визнанні взаємозв'язку між людьми, тваринами, рослинами та довкіллям, у якому вони співіснують; загроза одному з елементів Єдиного здоров'я означає небезпеку для решти), що базуються на концепції «здоров'я в усіх політиках», щоб уберегти майбутні покоління від загроз для їхнього існування;

- ідентифікувати і підтримувати малозабезпечених людей та протидіяти недовірі з боку суспільства задля підвищення соціальної згуртованості, в тому числі шляхом запровадження квот на представництво жінок у державних структурах, що опікуються розробкою і реалізацією державних програм у сфері охорони здоров'я;

- збирати дані щодо відмінностей у показниках здоров'я серед різних груп населення та розробити механізми моніторингу нерівностей, які стосуються стану здоров'я та доступу до послуг з охорони здоров'я та соціального захисту;

- звернути увагу на давні прогалини у фінансуванні первинної медико-санітарної допомоги, охороні психічного здоров'я та соціального захисту, паралельно інвестуючи в кадрові ресурси у сфері охорони здоров'я та їх захист;

- діяти на випередження і надавати більшого пріоритету профілактиці інфекційних та неінфекційних захворювань, а не просто реагувати на проблеми у сфері охорони здоров'я, коли вони вже виникли;

- інвестувати в заходи зі зниження загроз для здоров'я, забезпечити наявність систем раннього попередження та посилити епіднагляд і збирання даних із належним захистом персональної інформації;

- створити під егідою G20 Глобальну раду з питань охорони здоров'я, а також розробити глобальну угоду щодо протидії пандеміям та глобальну політику вакцинації в умовах пандемій;

- створити Загальноєвропейську мережу контролю захворюваності та Загальноєвропейську раду протидії загрозам для здоров'я з одночасним інвестуванням у платформи для обміну даними та забезпечення функціональної сумісності даних по всій території регіону.

Водночас Комісією рекомендовано урядам скеровувати інноваційну діяльність для поліпшення Єдиного здоров'я на засадах партнерства між державним і приватним секторами на умовах розподілу як ризиків, так і прибутків, з дотримання прав людини.

Універсальний періодичний огляд (УПО) – це механізм огляду інформації щодо дотримання прав людини у всіх країнах-членах ООН, що входить до структури Ради з прав людини та здійснюється кожні 4-5 років. Метою УПО є поліпшення ситуації в галузі прав людини шляхом акумулювання та оцінки інформації щодо виконання кожною державою своїх зобов'язань та щодо вжитих нею заходів у зазначеній сфері [158].

УПО започатковано 15 березня 2006 р. Генеральною Асамблеєю ООН на підставі Резолюції 60/251, якою було засновано Раду з прав людини. Відповідно до пп. «е» п.5 зазначеної Резолюції, Рада з прав людини має на основі об'єктивної і достовірної інформації проводити всеосяжні періодичні огляди виконання кожною державою її зобов'язань і обов'язків у сфері прав людини у такий спосіб, який забезпечував би універсальність охоплення та однакове ставлення до всіх держав. Такий огляд повинен бути механізмом співробітництва, заснованим на інтерактивному діалозі з відповідною країною, і має за мету доповнювати, а не дублювати роботу договірних органів.

У ході проходження УПО держава отримує рекомендації у сфері прав людини від інших держав-членів ООН, які мають бути імплементовані протягом наступних 5 років. Кінцевою метою запровадженого у 2006 р. резолюцією Генеральної Асамблеї ООН 60/251 механізму УПО є

вдосконалення ситуації з правами людини в кожній країні зі значними наслідками для людей у всьому світі.

Зважаючи на вищевказані рекомендації Комісії, держави-члени ВООЗ у всьому світі, зокрема і в Європейському регіоні, також прийняли до виконання три взаємопов'язаних стратегічних пріоритетних завдання, викладені у Тринадцятій загальній програмі роботи ВООЗ на 2019-2023 рр.:

- прагнення до універсального охоплення послугами охорони здоров'я – УПОЗ (Universal Health Coverage);
- посилення захисту людей від надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я;
- забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю всіх громадян у будь-якому віці [159].

Ці основні пріоритети, які також закладено в ЦСР на період до 2030 року, пов'язані з трьома амбіційними завданнями, поставленими перед сектором охорони здоров'я як його внесок у досягнення ЦСР – цілей «трьох мільярдів»:

на 1 мільярд більше людей отримують користь від універсального охоплення послугами охорони здоров'я;

на 1 мільярд більше людей краще захищені від надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я;

на 1 мільярд більше людей мають кращий рівень здоров'я та благополуччя.

Таким чином, УПОЗ, на якому наголошує Загальноєвропейська комісія з питань охорони здоров'я і сталого розвитку, є важливим проявом реалізації основоположного права на фізичне та психічне здоров'я за якомога вищими стандартами та означає те, що всі люди та спільноти мають доступ до потрібних їм санітарно-просвітницьких, профілактичних, лікувальних, реабілітаційних та паліативних послуг у сфері охорони здоров'я, а також те, що такі послуги мають достатню якість для забезпечення їхньої ефективності, а користувачі ними не відчувають фінансових труднощів.

УПОЗ сприяє здоровому життю та добробуту для всіх у будь-якому віці (ЦСР 3). Інвестиції в УПОЗ та системи, що вирішують питання стягування грошей за лікування з пацієнтів, є важливим внеском у подолання бідності (ЦСР 1). Дорослі зі слабким здоров'ям частіше стають безробітними. Покращення стану здоров'я всього населення сприяє економічному зростанню й забезпеченню гідної праці для всіх (ЦСР 8). Діти та підлітки з міцним здоров'ям мають кращі результати в навчанні. УПОЗ відіграє важливу роль у забезпеченні всеохоплюючої та справедливої освіти (ЦСР 4). Жінки становлять більшість працівників медичної сфери. Інвестування в УПОЗ – це сприяння гендерній рівності та розширенню прав і можливостей жінок та дівчат (ЦСР 5). Розвиток справедливої, надійної та гнучкої системи охорони здоров'я в межах УПОЗ – це безпосередній внесок у мир, справедливість та побудову сильних інституцій (ЦСР 16).

Також організаціями, що активно працюють у системі охорони здоров'я, надання медичних послуг, медичної допомоги на волонтерських благодійних засадах, є Міжнародна федерація товариства Червоного Хреста і Червоного Напівмісяця в Україні, Міжнародний Комітет Червоного Хреста, Міжнародна організація з міграції, Представництво Управління Верховного комісара ООН у справах біженців в Україні, Білорусі та Молдові, Представництво дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ). Активно проводили свої програми в Україні міжнародна організація «Лікарі без кордонів» (MSF) та «Право на здоров'я» (Health Right International). Новою світовою гуманітарною організацією у сфері охорони здоров'я є Фонд Білла і Мелінди Гейтс (Bill & Melinda Gates Foundation). До цього Фонду було зроблено найбільше у світі на той час пожертвування – 33,5 млрд дол. США [160].

Отже, професійні організації лікарів стали основою багатьох потужних натепер організацій світового значення. Сьогодні з'являються нові об'єднання лікарів з метою вдосконалення систем охорони здоров'я. Такі об'єднання формують велику групу міжнародних організацій – професійних об'єднань. До таких організацій можна віднести Європейське товариство кардіологів (ESC),

Американську колегію хірургів (ACS), Всесвітню організацію сімейних лікарів (WONCA), Міжнародне товариство естетичної пластичної хірургії (ISAPS) та інші [155].

2.3. Трансформації інституційного та фінансового механізмів державного управління системою охорони здоров'я

Механізми державного регулювання в Україні реалізуються через певні нормативно-правові дії органів державної влади щодо впливу на ціни, обсяги, структуру, якість послуг у системі охорони здоров'я.

Регулювання діяльності у сфері охорони здоров'я здійснюють КМУ, спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, Верховна Рада Автономної Республіки Крим, Рада міністрів Автономної Республіки Крим, місцеві державні адміністрації, органи місцевого самоврядування, а також інші органи виконавчої влади в межах їх компетенції.

На КМУ покладається загальна відповідальність за реалізацію реформ та заходів у сфері охорони здоров'я. КМУ забезпечує проведення державної політики у сфері охорони здоров'я та інших пов'язаних з нею сферах, вживає заходів щодо забезпечення реалізації відповідних прав і свобод людини і громадянина; організовує розроблення та виконання державних цільових програм у сфері охорони здоров'я, спрямовує та координує діяльність міністерств, інших органів виконавчої влади, здійснює контроль за їх діяльністю в цій сфері; створює рівні умови для розвитку та провадження діяльності постачальників медичних послуг усіх форм власності та управління; укладає міжурядові угоди та здійснює міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я; здійснює інші повноваження, визначені Конституцією та законами України.

Спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади у сфері охорони здоров'я забезпечує реалізацію державної політики в цій сфері в межах повноважень, визначених цим та іншими законами України. Центральні органи виконавчої влади в межах своїх повноважень беруть участь у створенні та забезпеченні практичного впровадження організаційно-правових, фінансових та економічних механізмів, необхідних для розроблення та реалізації ефективної державної політики у сфері охорони здоров'я.

Що стосується інституційної структури управління системою охорони здоров'я України, то на сьогодні її здійснюють:

- МОЗ та інші центральні органи виконавчої влади, яким підпорядковані відомчі заклади охорони здоров'я,

- НСЗУ – діяльність НСЗУ спрямовується і координується КМУ через МОЗ;

- Національна академія медичних наук України.

МОЗ України в напрямі посилення громадського здоров'я відповідно до світових інтеграційних вимог та разом з міжнародними організаціями зроблено такі кроки:

- прийнято політичне рішення щодо повернення функцій епіднадзора до МОЗ України; створено Центр громадського здоров'я (Центр), обрано його генерального директора та забезпечується приєднання до нього лабораторних центрів;

- розроблено й погоджено проект концепції реформування системи громадського здоров'я; проведено оцінку Європейською Комісією та Європейським центром контролю за захворюваннями з питань системи епіднадзора за інфекційними захворюваннями; проведено оцінку сфери безпеки крові (відповідно до проекту Світового банку);

- продовжується оцінка лабораторної мережі з метою подальшої оптимізації;

- здійснено приєднання до міжнародної ініціативи «Глобальний порядок денний з питань здоров'я», проведено оцінку його Міжнародною робочою

групою, напрацьовується дорожня карта імплементації; відновлено співпрацю з США щодо програми з питань біобезпеки, розпочалася підготовка до впровадження електронної інтегрованої системи спостереження за захворюваннями;

ініційовано відновлення розробки нової Концепції розбудови системи біобезпеки та біозахисту [161].

Уряд України 01 квітня 2018 р. створив єдиного замовника – НСЗУ та затвердив Положення про Службу. До основних завдань НСЗУ відносять:

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

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

-внесення на розгляд міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [162].

Міністерством юстиції України підготовлено Керівні принципи з імплементації рекомендацій, отриманих у рамках проходження механізму УПО, в якому визначено комплекс правил і процедур щодо прийнятності рекомендацій, наданих за результатами проходження УПО, а також проведення моніторингу й оцінки їх виконання [163].

Повноваження щодо координування дій, стратегічного планування, впровадження, моніторингу та регулярного огляду прогресу в реалізації покладаються на Національну агенцію зі сталого розвитку при Міністерстві економічного розвитку і торгівлі України з повноваженнями щодо стратегічного планування переходу до сталого розвитку, координації міжгалузевої взаємодії, інтеграції економічної, соціальної та екологічної політики і моніторингу впровадження.

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 Офісу Президента України, Ради національної безпеки і оборони України), Верховної Ради України (зокрема, Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування), Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, КМУ (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.

До суб'єктів, які наділені консультативно-дорадчими повноваженнями у сфері охорони здоров'я, належать: Національна рада реформ, Громадська гуманітарна рада при Президентові України; Дорадча рада при Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я; Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу при КМУ та ін.

Регіональний рівень представлено місцевими державними адміністраціями; органами місцевого самоврядування (ДОДАТОК 3); органами, установами та закладами, що належать до сфери управління МОЗ України (регіональні центри здоров'я, інформаційно-аналітичні центри медичної статистики, структурні підрозділи з питань моніторингу й оцінки протитуберкульозних закладів і центрів профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, лабораторні центри МОЗ України), іншими центральними органами виконавчої влади й органів місцевого самоврядування (Міністерство екології та природних ресурсів України, Міністерство аграрної політики та продовольства України, Міністерство регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України, Міністерство інфраструктури України, Міністерство освіти і науки України, Міністерство молоді та спорту України, Державна екологічна інспекція України, Державна служба України з надзвичайних ситуацій, Державна архітектурно-будівельна інспекція України) та ін.

На засіданні робочої групи Ради з прав людини 15 листопада 2017 р. було розглянуто Національний звіт України в межах УПО. У результаті огляду

Україна отримала 190 рекомендацій від 47 членів ООН щодо проблемних питань у сфері прав людини, які необхідно розв'язати. Україна прийняла 163 рекомендації та відхилила 27 з них.

У напрямі розширення охоплення та моніторингу вакцинації з метою протидії спалахам поліомієліту, інших передбачуваних захворювань урядом схвалено Стратегію розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб, яким можна запобігти проведенням імунопрофілактики на період до 2022 року та затверджено план заходів щодо її реалізації (розпорядження КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1402-р «Про схвалення Стратегії розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики, на період до 2022 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації») [96].

Результатами діяльності щодо вищевизначених пріоритетів в Україні в межах УПО є такі:

1. Ухвалення ключового Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та пакета відповідних підзаконних актів створило потужну правову та політичну основу для втілення нових механізмів фінансування сфери охорони здоров'я.

2. Засновано НСЗУ як центральний виконавчий орган, відповідальний за закупівлю послуг з охорони здоров'я.

3. В Україні тривають реформи з перетворення фінансування охорони здоров'я, спрямовані на досягнення цієї мети. Загальна програма реформи відповідає міжнародному глобальному досвіду у сфері УПОЗ та чітко узгоджується з цілями розвитку України.

4. Перший етап реформи був спрямований на посилення первинної медико-санітарної допомоги, надання населенню вільного вибору надавачів послуг, а також збільшення фінансування та створення сучасних інформаційних систем. Водночас завдяки програмі «Доступні ліки» суттєво посилюється доступ до ліків і мільйони людей було забезпечено субсидіями на основні ліки, головним чином, від захворювань, що лікуються на рівні первинної допомоги.

5. У грудні 2021 р. МОЗ за сприяння Національного демократичного інституту, громадської спілки «Коаліція Реанімаційний пакет реформ» та Інституту «Республіка» організовано публічні консультації на тему «Універсальне охоплення послугами охорони здоров'я», метою яких є сприяння відкритому інклюзивному діалогу з громадянами щодо розроблення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року [166].

Відповідно до звіту за 2017-2020 рр. про виконання рекомендацій Універсального періодичного огляду, ситуація з правами людини перебуває під постійним наглядом національної інституції з прав людини, громадських, а також міжнародних організацій (ООН, Ради Європи, Організації з безпеки та співробітництва в Європі та інших). Проте, за даними Оцінки стану імплементації рекомендацій Універсального періодичного огляду, суттєвого прогресу в реалізації рекомендацій УПО наразі не досягнуто [167].

Одночасно, незважаючи на вищевказані недоліки, Україна має певні досягнення з часу останнього УПО. Більш ніж вдвічі збільшено бюджетні асигнування на систему охорони здоров'я в 2022 р. порівняно з 2017 р. [168].

У 2016 р. було схвалено Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачає державні гарантії щодо обсягу безкоштовної медичної допомоги. Концепцією впроваджується єдина система профілактичної медицини. Первинна, вторинна та третинна медична допомога чітко визначені та розподілені рівномірно в новостворених госпітальних округах [1].

Для того, щоб зробити ліки доступними для всього населення, особливо малозабезпеченого, було запроваджено кілька ініціатив:

-введено систему референтних цін лікарських засобів на основі середніх цін у 5 сусідніх країнах (Урядова програма «Доступні ліки»). Державна програма компенсації охоплює 157 препаратів для лікування серцево-судинних захворювань, діабету 2 типу та астми, які стали доступними для пацієнтів безкоштовно або за невелику вартість [1];

-забезпечено прозорі державні закупівлі найбільш дорогих ліків через Програму розвитку ООН (ПРООН), ЮНІСЕФ та інші авторитетні міжнародні

організації, а також створено Державне підприємство «Медичні закупівлі України» (ДП МЗУ, ДП «Медзакупівлі України») – єдину національну агенцію, що забезпечує централізовану закупівлю якісних ліків та медичних виробів за кошти державного бюджету.

ДП МЗУ забезпечується ключове завдання – формування прозорої, ефективної, конкурентної та ошадливої до коштів платників податків системи публічних закупівель товарів медичного призначення. Для забезпечення того, що МЗУ може належним чином здійснювати свою діяльність, органи влади затвердили технічні норми щодо структури МЗУ, персоналу та процесу закупівель.

Здійснюючи міжнародну діяльність, ДП МЗУ є членом мережі обміну інформацією та досвідом між державними інституціями Східної Європи та Центральної Азії (PPRI). Також ДП МЗУ співпрацює з іншими міжнародними установами та організаціями, зокрема, з BOOЗ, United States Agency for International Development (USAID) у рамках проєкту USAID «Безпечні, доступні та ефективні ліки для українців» SAFEMed та USAID Ukraine – USAID Україна /UK aid TAPAS Project/Прозорість та підзвітність у державному управлінні та послугах, тощо.

Незалежність діяльності ДП МЗУ як закупівельної агенції визнається міжнародними партнерами України. Зокрема, про це йдеться в Меморандумі МВФ з Україною по програмі stand-by від 02 червня 2020 р., а також у Меморандумі між Україною та ЄС щодо надання «виняткової» макрофінансової допомоги від 25 серпня 2020 р.

Результатом встановлених завдань та умов моніторингу структурної політики, у тому числі щодо кількості та вартості медичних закупівель, є такі. У 2020 р. ДП «Медзакупівлі України» вперше закупувало препарати за централізованими програмами МОЗ України. Відповідно до наказу МОЗ України №589 «Про уповноваження державного підприємства «Медичні закупівлі України» на виконання програм та здійснення централізованих заходів з охорони здоров'я» від 28 лютого 2020 р., до ДП МЗУ було доведено

14 напрямів з 38, тобто 489 позицій на суму 5,9 млрд грн. За низкою інших напрямів, відповідно до Закону України «Про публічні закупівлі» та за рішенням МОЗ, закупівлі продовжували здійснювати міжнародні організації.

Відповідно до наказу МОЗ України №32 від 12 січня 2021 р. (зі змінами), ДП МЗУ у 2021 р. здійснювало закупівлі лікарських засобів та медичних виробів за 19 напрямками (що на 5 більше, ніж у попередньому році), зокрема: 603 позиції на суму 7,2 млрд грн. За результатами цих закупівель ДП МЗУ було досягнуто економії бюджетних коштів у розмірі 1,08 млрд грн, або 21,5% економії коштів платників податків. Було закуплено 349 міжнародних непатентних найменувань на суму 3,772 млрд грн. Загальний закупівельний бюджет ДП «Медзакупівлі України» у 2020 р. становив близько 10 млрд грн, загальна сума заощаджень на всіх закупівлях дорівнювала 2,95 млрд грн коштів платників податків [169].

Протягом 2021 р. досягнуто відповідних цілей, що встановлені ДП МЗУ на період 2021-2023 рр.:

- забезпечено проведення ефективних закупівель та поставок за централізованими програмами МОЗ України;

- створено інформаційно-аналітичні інструменти, що збільшують прозорість у сфері медичних закупівель, забезпечують доступ зацікавлених осіб до необхідної інформації та дозволяють ухвалювати якісні управлінські рішення залученим до процесу закупівлі суб'єктам (MedData – власна інформаційно-аналітична система підприємства, яка перебуває на балансі ДП МЗУ).

Ключовими стратегічними ініціативами на період 2022-2023 рр. є створення закупівельного хабу – закупівельної агенції повного циклу; впровадження передових світових практик та високих стандартів професійної діяльності в межах ДП МЗУ; налагодження комунікації з ключовими стейкхолдерами та управління брендом [170].

За останні кілька років, починаючи з 2017 р., країні вдалося досягти покращення результатів щодо охоплення обов'язковими календарними щепленнями й реалізації національної програми імунізації.

Національна технічна група експертів з питань імунопрофілактики (НТГЕІ) є постійним незалежним дорадчим органом, що надає на запит МОЗ України рекомендації з питань формування та реалізації політики у сфері імунопрофілактики на підставі наукових досліджень, сучасних підходів і доказової медицини. НТГЕІ створено з метою надання МОЗ України незалежної оцінки в питаннях формування та реалізації політики у сфері імунопрофілактики й рекомендацій з удосконалення національної політики та стратегії імунопрофілактики для всіх категорій населення.

З другого півріччя 2021 р. на рівні регіонів працюють Центри контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ), що створені в усіх областях України та м. Києві. Вказані центри повністю відповідальні за власний регіон – від моніторингу показників до прогнозування, виявлення надзвичайних ситуацій, спалахів та реагування на них. Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 17 лютого 2021 р. № 106, ЦКПХ створено на базі лабораторних центрів МОЗ України [171].

Центри мають у складі відділи моніторингу й реагування на небезпеки та бригади оперативного реагування, а їхні керівники наділені статусом головних державних санітарних лікарів областей. ЦКПХ взаємодіє з усіма установами області, які працюють у сфері громадського здоров'я – управліннями департаментів охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, управліннями освіти, департаментами захисту довкілля й екології, управліннями Державної служби з надзвичайних ситуацій та інше. Зокрема, головні функції центрів полягають у забезпеченні епідеміологічного нагляду, санітарного та епідемічного благополуччя населення, захисту населення від інфекційних хвороб, попередження та профілактики неінфекційних захворювань, підтримці біологічної безпеки та біологічного захисту, епідеміологічного нагляду (спостереження), імунопрофілактики,

просвітницької роботи щодо здорового способу життя та запобігання факторам ризику, боротьби зі стійкістю до протимікробних препаратів, реагування на небезпеки для здоров'я та надзвичайні стани у сфері охорони здоров'я тощо.

Також результатом у справі дотримання безпеки людини є створення центрів громадського здоров'я (наказ МОЗ України від 18 вересня 2015 р. № 604) у всіх регіонах України – закладів охорони здоров'я, що відповідають за збереження та зміцнення здоров'я населення, його безпеку, соціально-гігієнічний моніторинг захворювань, епідеміологічний нагляд і біологічну безпеку, групову та популяційну профілактику захворюваності, боротьбу з епідеміями та стратегічне управління у сфері громадського здоров'я тощо [172].

Структура інституційного механізму державного управління охороною здоров'я базується на інтеграції методів запровадження державної політики у сфері охорони здоров'я, методів управління галуззю, форм застосування важелів управління, конкретних інструментів управління [173].

Серед методів управління охороною здоров'я організаційні та економічні можуть використовуватися як на державному, так і на регіональному, місцевому рівні, такі методи, як психологічні, спеціальні, адміністративні, застосовуються більшою мірою на регіональному рівні та в процесі організації функціонування комунальних підприємств закладів охорони здоров'я та інших медичних установ.

Безпосередньо важелі впливу, які застосовує держава в процесі реалізації інституційного механізму державного управління охороною здоров'я, можна поділити на економічні та фінансові, які мають управлінський вплив на медицину як інструменти оперативного управління та вирішення питань; правові, які мають більш довгостроковий характер; організаційні, які надають конкретні методи реалізації правових норм та концентрують увагу виконавців на рекомендованих способах вирішення проблем; політичні, які формують загальний вектор реалізації державних програм та курсу держави загалом у сфері охорони здоров'я.

Більш конкретні методи, що використовуються в інституційному механізмі державного управління охороною здоров'я, – це технології, програми, концепції та постанови. Що стосується технологій, то вони мають дві форми – високотехнологічні пристрої для лікування, що містять у собі наукові доробки у сфері фармацевтики, інформаційних технологій, електроніки, та технології (протоколи) лікування, які включають нові інноваційні методики лікування [174].

Серед основних програм у сфері охорони здоров'я у 2019 р. виділено такі, як: «Реформа первинної медичної допомоги» (15,3 млрд грн), «Безкоштовна діагностика» (2 млрд грн), «Медична субвенція місцевим бюджетам на спеціалізовану амбулаторну, стаціонарну та екстрену медичну допомогу» (55,5 млрд грн), «Реформа екстреної медичної допомоги» (922,5 млн грн), «Державні закупівлі ліків і медичних виробів» (5,9 млрд грн), програма «Доступні ліки» (1 млрд грн), «Відшкодування вартості препаратів інсуліну за кошти державного бюджету» (925 млн грн), «Розбудова мережі кардіоцентрів» (150 млн грн), «Єдиний державний кваліфікаційний іспит» (16,7 млн грн).

Концепції загальнонаціонального масштабу, які затверджуються на державному рівні, мають значний вплив на розвиток системи охорони здоров'я. Також важливим інструментом інституційного механізму державного управління охороною здоров'я є постанови КМУ, якими затверджуються важливі рішення в медичній сфері.

З метою забезпечення належної реалізації реформи системи охорони здоров'я як на національному, так і регіональному рівнях використовуються різні інструменти, які в узагальненні виглядають таким чином:

1. Нормативно-правові – нормативно-правова база та внесення до неї змін, що відповідають міжнародним вимогам, є необхідною умовою для належної подальшої реалізації реформи системи охорони здоров'я (систематичне проведення експертизи законопроектів та нормативно-правових актів на відповідність їх принципам сталого розвитку з метою створення

відповідного правового поля і стимулювальних фінансово-економічних механізмів).

2. Фінансові – однією з важливих умов ефективної реалізації реформи зазначеної сфери є узгодження її цілей і завдань з національним бюджетним процесом.

3. Економічні – прозорі механізми залучення міжнародної фінансової допомоги для вирішення системних питань сфери охорони здоров'я; послідовна імплементація положень Угоди про асоціацію між Україною та ЄС у частині, що стосуються сфери охорони здоров'я.

4. Інформаційно-комунікаційні – послідовне впровадження інформаційно-комунікаційних технологій (у тому числі цифровізації) із забезпеченням їх загальнодоступності, інтеграції у сферу охорони здоров'я та суспільного життя.

5. Дослідження та розробки – забезпечення наукової обґрунтованості рішень, сприяння розвитку досліджень, що забезпечують оцінку та ефективний розвиток системи охорони здоров'я.

6. Освітні та просвітницькі – залучення вищих навчальних закладів та інститутів Національної академії наук України, інших науково-дослідних та інформаційно-аналітичних центрів до вивчення та обґрунтування шляхів розв'язання проблем сфери охорони здоров'я.

Враховуючи вищезазначене, визначимо інституційний механізм державного управління системою охорони здоров'я (рис. 2.4).

Публічна політична підтримка на найвищому рівні, рішучість із боку КМУ, МОЗ, Міністерства фінансів та НСЗУ, а також міжвідомча взаємодія між ними є критично важливими для успіху реформи системи охорони здоров'я.

Уряд повинен продовжувати забезпечувати лідерство, надавати стабільне та стратегічне керівництво, ставити чіткі завдання на основі перспективних документів, підтримувати та захищати важкі рішення стосовно реформи. Потрібно, щоб усі напрями політики були об'єктами моніторингу та оцінювання на предмет досягнення бажаних результатів.

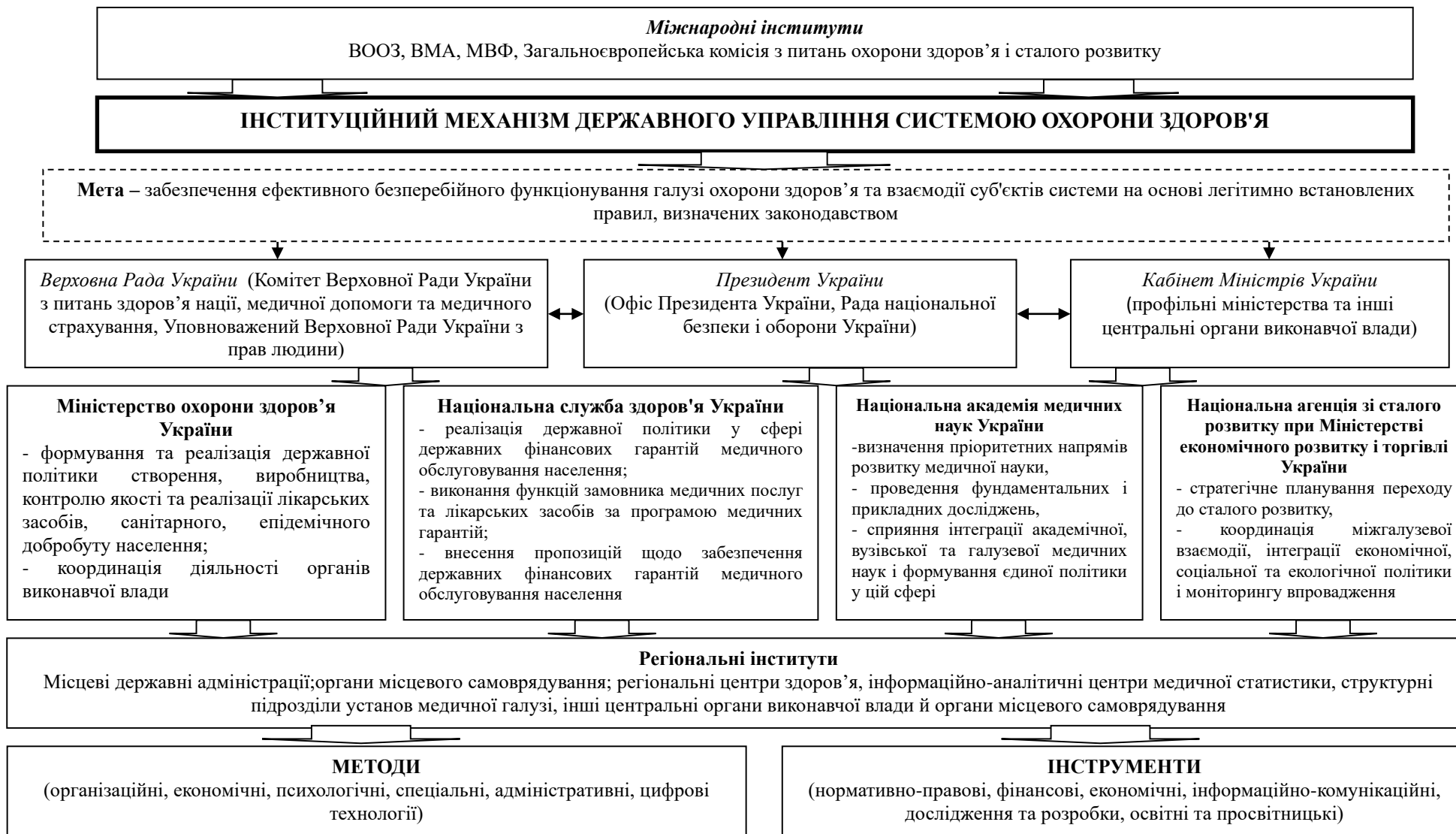


Рис. 2.4. Інституційний механізм державного управління системою охорони здоров'я

Успішна їх реалізація потребує злагоджених спільних зусиль зацікавлених сторін усіх рівнів.

Також ключовим заходом щодо поліпшення якості національної системи охорони здоров'я щодо забезпечення економічної безпеки є збільшення обсягів фінансування цієї сфери та визначення напрямів удосконалення системи фінансового забезпечення [175].

З підписанням у 2017 р. Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» розпочато повномасштабну трансформацію фінансування системи охорони здоров'я. Ключові зміни спрямовані на поліпшення стану здоров'я населення та забезпечення фінансового захисту від надмірних витрат шляхом підвищення ефективності, модернізації застарілої системи надання послуг та поліпшення доступу до якісного медичного обслуговування.

Концепція реформування фінансування системи охорони здоров'я направлена на вирішення таких проблем системи охорони здоров'я України: катастрофічна фінансова незахищеність пацієнтів; низька якість та ефективність надання послуг; неефективне витрачання бюджетних коштів. Метою реформи фінансування системи охорони здоров'я є створення та запровадження нової моделі фінансування, яка передбачає чіткі та прозорі гарантії держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги, кращий фінансовий захист громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних коштів і скорочення неформальних платежів, створення стимулів до поліпшення якості надання медичної допомоги населенню державними і комунальними закладами охорони здоров'я [176].

Для вирішення окреслених проблем у концепції було визначено ряд принципів реформування (табл. 2.3).

Реалізація реформи фінансування системи охорони здоров'я відбувається поетапно. У 2020 р. нові механізми фінансування запрацювали на первинному рівні медичної допомоги, у 2019 р. НСЗУ почала адмініструвати програму реімбурсації лікарських засобів «Доступні ліки» та впроваджувати низку

пілотних проєктів, що сприяли підготовці до трансформації спеціалізованої допомоги (поліклінік і стаціонарів), а з 01 квітня 2020 р., незважаючи на політичну турбулентність і пандемію COVID-19, Програма медичних гарантій запрацювала в повному обсязі [177].

Таблиця 2.3

Принципи реформування системи фінансування медичної галузі

Принцип	Характеристика
Фінансовий захист	недопустимість катастрофічних витрат громадян у випадку хвороби чи відмови від отримання необхідної медичної допомоги через неможливість її оплатити в момент отримання
Універсальність покриття та справедливість доступу до медичної допомоги	забезпечення доступу до гарантованих державою послуг для всіх, хто їх потребує
Прозорість і підзвітність	недопустимість застосування корупційних схем, зрозумілість зобов'язань усіх сторін, відкритість у використанні публічних коштів
Ефективність	максимально висока віддача кожної вкладеної в систему охорони здоров'я бюджетної гривні, краща якість та доступність послуг для пацієнтів, кращі умови роботи та доходи для лікарів
Вільний вибір	можливість для пацієнта отримати допомогу в тому закладі охорони здоров'я, який найкраще задовольняє його потреби
Конкуренція постачальників	залучення постачальників усіх форм власності, що створює мотивацію надавати більш якісні послуги, впроваджувати науково обґрунтовані та економічно ефективні методи роботи, забезпечувати дотримання клінічних протоколів та професійних стандартів
Передбачуваність обсягу коштів на медичні послуги у державному бюджеті	повноцінне стратегічне планування медичної допомоги та витрат на неї
Субсидіарність	встановлення повноважень щодо фінансування системи охорони здоров'я та надання медичної допомоги на якомога нижчому рівні влади, який дозволяє забезпечити відповідні доступність, належну якість та найкращу можливу економічну ефективність цієї допомоги, а також необхідні для цього ресурси

Так, заклади охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, розпочали роботу за договорами з НСЗУ та вперше здобули управлінську та фінансову незалежність. Керівники закладів отримали можливості ухвалювати управлінські рішення, визначати організаційну структуру, чисельність працівників, штатний розпис і питання оплати праці.

Основними здобутками реформи фінансування системи охорони здоров'я за період 2018-2020 рр. були:

- вперше пацієнти отримали право вільного вибору лікаря і закладу охорони здоров'я (починаючи з квітня 2018 р., в Україні понад 30 млн пацієнтів вільно обрали своїх лікарів первинної медичної допомоги, і близько 74% задоволені обраним лікарем);

- скасовано «географічну прив'язку» пацієнта до місця реєстрації (пацієнт може в будь-який момент відмовитися від попередньо обраного лікаря й обрати нового, подавши нову декларацію в будь-якому медичному закладі країни);

- уперше заклади всіх форм власності є рівними перед законом щодо надання медичних послуг за публічні кошти (для пацієнта це означає, що він може обрати, крім державного чи комунального закладу, також і приватний заклад (якщо такий заклад уклав відповідний договір із НСЗУ));

- скасовано прив'язку пацієнта до місця реєстрації для отримання ним безоплатних ліків в аптеці для лікування певних хвороб (електронний рецепт на ліки виписує лікар первинної медичної допомоги, після чого пацієнт у будь-якій аптеці, яка уклала договір із НСЗУ, може отримати ці ліки безоплатно або з доплатою. На сьогодні кожна третя аптека бере участь у програмі реімбурсації лікарських засобів. Програмою користуються на постійній основі вже понад 2 млн пацієнтів. Кількість пацієнтів, які приєднуються до програми, постійно зростає).

Результати реалізації «Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я на 2015-2020 рр.» надали змогу визначити фінансові виклики та ризики для сфери охорони здоров'я: видатки зведеного бюджету України на охорону здоров'я збільшилися на 70,4 млрд грн – це номінальне зростання, яке пояснюється інфляцією, а не реальним зростанням видатків, оскільки у відсотковому відношенні загальних видатків зведеного бюджету видатки на охорону здоров'я не демонструють тенденції до зростання, а навіть швидше – зменшення.

Основним завданням на 2020-2021 рр. залишалось збільшення рівня фінансування сфери охорони здоров'я до 5% від ВВП, подальший перехід від субсидіального підходу до оплати за послуги, у тому числі і у сфері громадського здоров'я [178].

Сучасна трансформація сфери охорони здоров'я вказала на проблеми недофінансування, що можна подолати через залучення додаткових джерел фінансування, а саме: з державного медичного страхування, добровільного страхування та приватного сектора медицини [179].

У 2019 р. уряд скоротив витрати на охорону здоров'я (з 100 дол. США в 2018 р. до 97 дол. США в 2019 р.), щоб скоротити дефіцит бюджету (рис. 2.5).

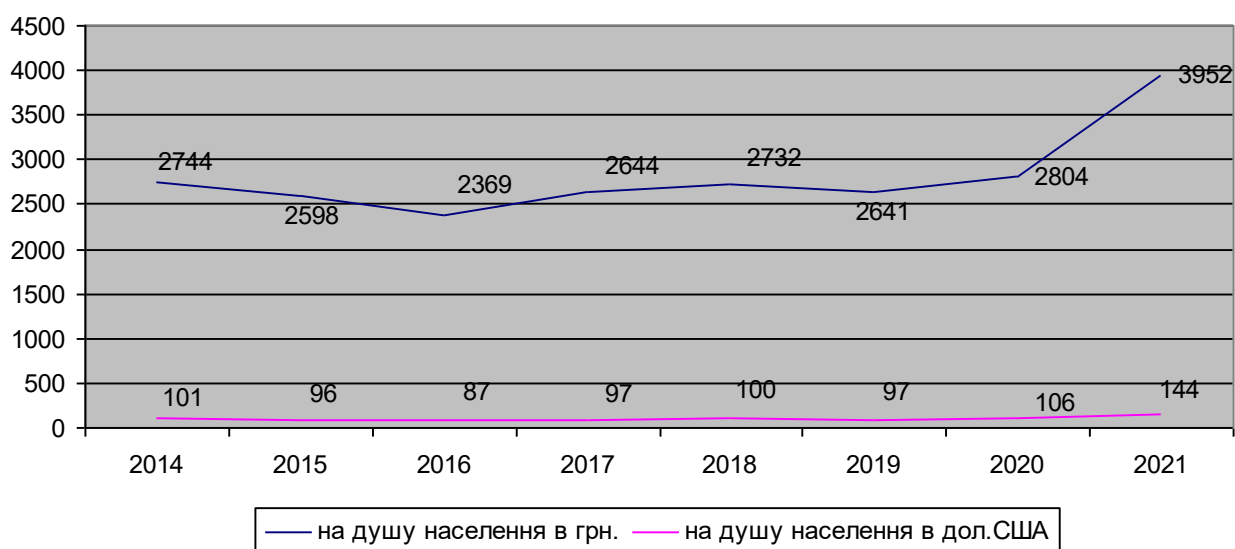


Рис. 2.5. Державні витрати на охорону здоров'я в гривнях та дол. США, 2014-2021 рр. [180-181]

Саме з 2020 р. держава почала витрачати помітно більше коштів на освіту й охорону здоров'я – ключові сфери розвитку людського капіталу. Лише у 2020 р. в умовах пандемії фінансування охорони здоров'я помітно збільшилося (до 4,1% ВВП), тоді як витрати у всіх інших секторах були істотно скорочені. У 2021 р. державні витрати на охорону здоров'я на душу населення підвищились порівняно з 2020 р. та становили 3952 грн (або 144 дол. США).

Механізм фінансування системи охорони здоров'я змінився з 2019 р. у період трансформації, перерозподіл джерел фінансування наведено на рис. 2.6.

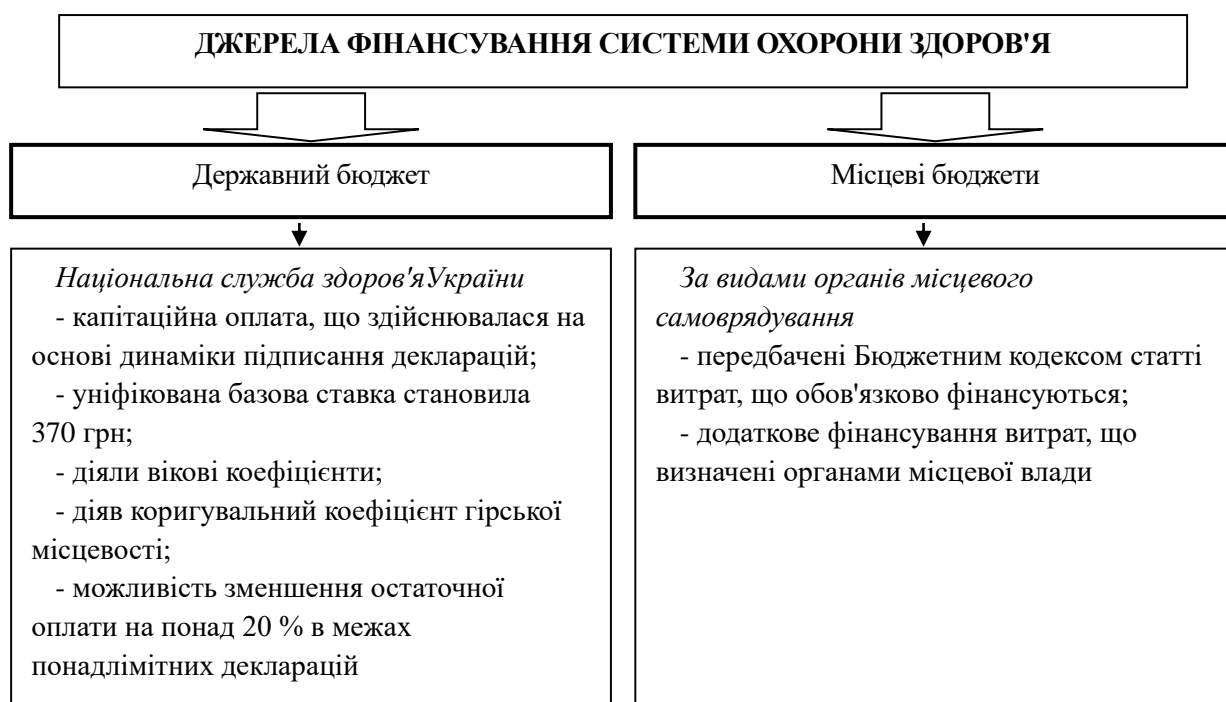


Рис. 2.6. Джерела фінансування системи [179]

Аналіз динаміки бюджетних показників у сфері медицини (рис. 2.7) вказує на такі висновки: найбільший приріст виділених коштів з державного бюджету на керівництво та управління у сфері охорони здоров'я спостерігається у 2017 р. та становить 22914,10 тис. грн, або на 64,98% більше, ніж у 2016 р.; на кінець 2019 р. цей показник збільшився лише на 4824,80 тис. грн, що на 5,72% більше, ніж у 2018 р.; станом на кінець 2020 р. даний показник збільшився на 84,7 млрд грн, що в 3,3 раза перевищує показник 2020 р.

Щодо показника виділених коштів на дослідження, наукові й науково-технічні розробки та ін., то суттєвий приріст зафіксовано у 2019-2020 рр.

На проведення епідеміологічного нагляду (спостереження), діяльність лабораторних підрозділів Центру громадського здоров'я та заходи боротьби з епідеміями у 2020 р. виділено коштів на 3549,4 млн грн більше, ніж у 2018 р.

Значний приріст показника підвищення кваліфікації медичних і фармацевтичних кадрів та підготовка наукових і науково-педагогічних кадрів

у сфері охорони здоров'я спостерігається у 2020 р., адже він зріс на 329% порівняно з попереднім роком та становив 413,9 млн грн.

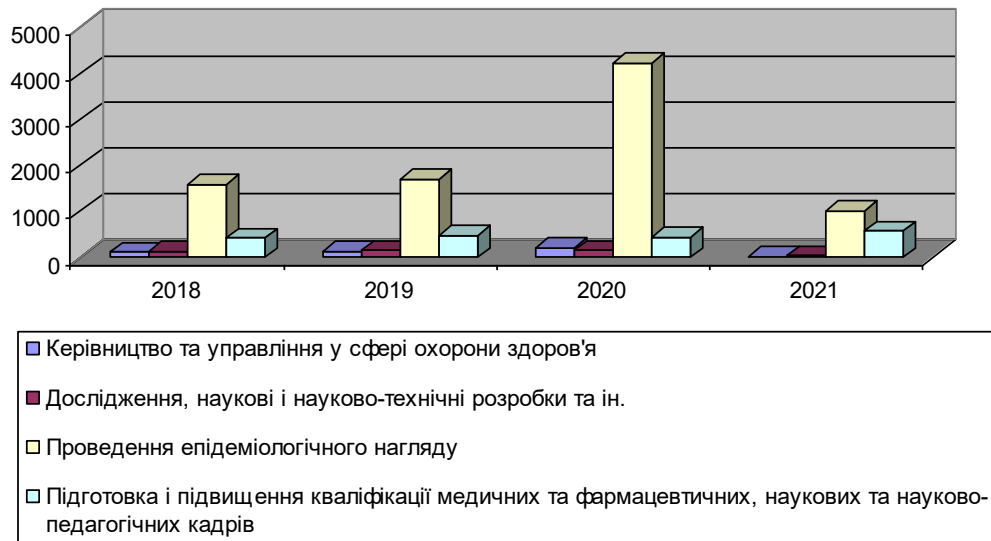


Рис. 2.7. Аналіз динаміки державних видатків у сфері охорони здоров'я в розрізі відомчої і програмної класифікації видатків державного бюджету в 2018-2021 рр., млн грн [181-182]

У 2021 р. збільшились видатки на підготовку і підвищення кваліфікації медичних та фармацевтичних, наукових та науково-педагогічних кадрів на 126,3 млн грн, досягнувши значення 564,1 млн грн. Обсяг видатків на проведення епідеміологічного нагляду зменшилися порівняно з 2020 р. на 3208,5 млн грн, дослідження, наукові і науково-технічні розробки та ін. – на 116,2 млн грн, керівництво та управління у сфері охорони здоров'я – 166,6 млн грн.

Загальний обсяг видатків на функціонування апарату МОЗ свідчить, що найбільша частка державних видатків припадає на забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру та дорівнює 8071,9 млн грн, або ж 31,30% питомої ваги у структурі видатків. Слід зазначити, що на підготовку і підвищення кваліфікації кадрів у сфері охорони здоров'я, підготовку наукових та науково-педагогічних кадрів закладами фахової передвищої та вищої освіти виділено 6088,4 млн грн державних коштів, або ж у відсотковому вираженні масова частка становить

23,61%. Частка виділених державних коштів на громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями становить 14,43%, або ж 3721,4 млн грн.

На діагностику і лікування захворювань із впровадженням експериментальних та нових медичних технологій у закладах охорони здоров'я науково-дослідних установ та вищих навчальних медичних закладах МОЗ України виділено понад 1712,2 млн грн, або ж 6,64% масової частки в загальній структурі видатків. На лікування громадян України за кордоном виділено з державного бюджету близько 1089,9 млн грн, а на модернізацію та оновлення матеріально-технічної бази багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування – понад 1000,0 млн грн, що становить 3,88% питомої ваги видатків.

На підготовку, перепідготовку та підвищення кваліфікації кадрів у сфері охорони здоров'я, підготовку наукових та науково-педагогічних кадрів закладами післядипломної освіти та на загальнодержавні заклади та заходи у сфері медичної освіти призначено більше як 429,00 млн грн та 364,50 млн грн, відповідно.

На реалізацію пілотного проекту щодо зміни механізму фінансового забезпечення оперативного лікування з трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів вилучено з державного бюджету понад 112,00 млн грн, або ж 0,43% видатків у загальній структурі. Понад 106 млн грн державних видатків, що займають 0,41% у загальній структурі, передбачено урядом на організацію і регулювання діяльності установ та окремі заходи в системі охорони здоров'я та на реалізацію державного інвестиційного проекту «Удосконалення молекулярно-генетичної діагностики онкологічних захворювань в Україні». Зокрема, на наукову і науково-технічну діяльність у сфері охорони здоров'я та на спеціалізовану консультативну амбулаторно-поліклінічну та стоматологічну допомогу, що надається вищими навчальними закладами, науково-дослідними установами та загальнодержавними закладами охорони здоров'я виділено з державного бюджету близько 161,7 млн грн (0,63% питомої ваги) та 177,20 млн грн (0,69% питомої ваги), відповідно.

На поліпшення охорони здоров'я на службі у людей, на керівництво та управління у сфері охорони здоров'я виділено більше як 92,9 млн грн та 93,4 млн грн, що у відсотковому вираженні становить 0,36% питомої ваги.

Найменшу частку серед державних видатків займають видатки на функціонування Національної наукової медичної бібліотеки, збереження та популяризацію історії медицини, оскільки виділено урядом лише 45,5 млн грн, що в загальній структурі видатків становить усього 0,18% питомої ваги серед інших статей видатків.

На 2020 р. державним бюджетом виділено 104,6 млн грн на фінансування системи управління Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками. Обсяг видатків на функціонування НСЗУ в 2019 р. становив 72289,3 млн грн, у 2020 р. – 89101,6 млн грн, у 2021 р. – 124193,8 млн грн (табл. 2.4) (на основі [181]). Зокрема, на керівництво та управління у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення виділено лише 288,80 млн грн, або ж 0,40% питомої ваги в загальній структурі видатків. Майже вся частка державних видатків виділена на реалізацію програми державних гарантій медичного обслуговування населення, адже урядом передбачено понад 72000,5 млн грн, що становить 99,60% питомої ваги всіх виділених державних коштів.

Таблиця 2.4

Загальний обсяг видатків на функціонування НСЗУ у 2019-2021 рр., млн грн

Стаття видатків	Обсяг коштів		
	2019 р.	2020 р.	2021 р.
Національна служба здоров'я України	72289,3	89101,6	124193,8
Керівництво та управління у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення	288,8	219,9	294,0
Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення	72000,5	88881,7	123899,8

Реформи бюджетної децентралізації призвели до скорочення централізованих субсидій у деяких областях України, що може посилити подальшу нерівність між регіонами і всередині них. У сфері охорони здоров'я із загального фонду державного бюджету надано субвенції місцевим бюджетам

на суму 22,4 млрд грн (або 138,2% бюджетних призначень), з них медичну субвенцію – 14,55 млрд грн (або 99,8% бюджетних призначень). За рішеннями КМУ з Фонду боротьби з COVID-19 надано шість нових субвенцій місцевим бюджетам у сумі 4,3 млрд грн [181].

Приріст коштів на медичну субвенцію з державного бюджету місцевим бюджетам у 2019 р. значно зріс порівняно з 2015 р. (на 1325,3 млн грн більше, або в 11,2 раза). На субвенцію з державного бюджету місцевим бюджетам на реформування регіональних систем охорони здоров'я у 2020 р. виділено лише 21840 млн грн, у 2021 р. – 5726 млн грн (рис. 2.8).

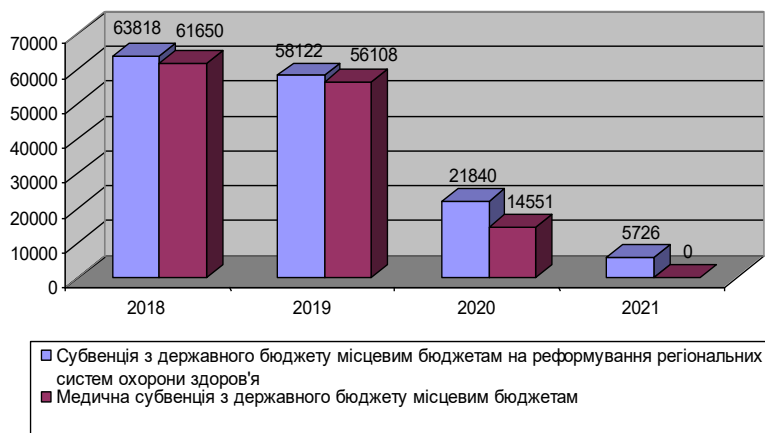


Рис. 2.8. Аналіз динаміки державних субвенцій у 2018-2021 рр., млн грн [180-181]

Нова модель фінансування ставить пацієнта у центр уваги, забезпечує виконання державних гарантій щодо медичної допомоги та дає змогу чітко визначити ролі та зобов'язання уряду, органів місцевого самоврядування й керівництва медичних закладів. Оскільки ПМД є найважливішим елементом національної системи охорони здоров'я, першими у нові умови фінансування входять саме заклади охорони здоров'я, які надають ПМД. Заклади отримують самостійність у питаннях внутрішнього управління та налагодження бізнес процесів [182].

Позитивна тенденція є у витратах на первинну медико-санітарну допомогу, що відображає зусилля щодо зміцнення первинних послуг. На ПМСД припадало 14,6% державних витрат на охорону здоров'я у 2019 р.

порівняно з 11,5% у 2018 р., у 2020 р. – 14,3%, у 2021 р. – 13,8% при загальному збільшенні державних витрат на охорону здоров'я (рис. 2.9).

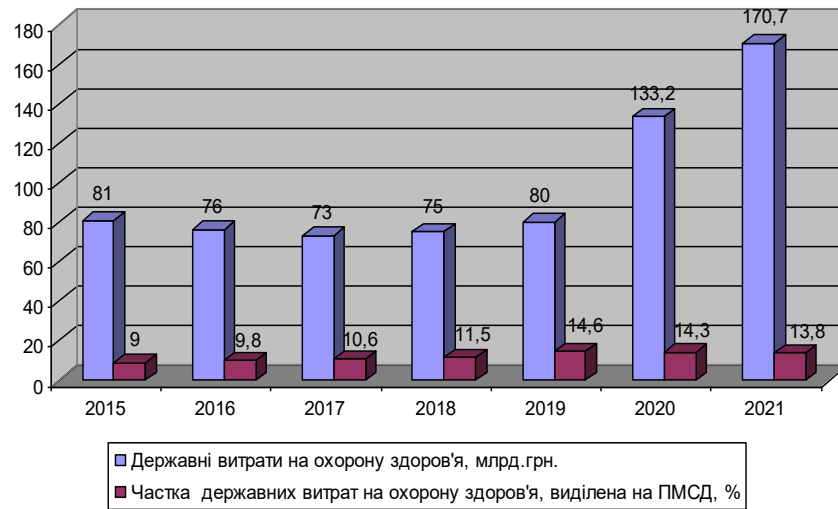


Рис. 2.9. Частка державних витрат на охорону здоров'я, виділена на ПМСД, у загальних витратах в 2015-2021 рр. [180-181]

Збільшення балансу витрат на користь ПМСД є важливим показником визначення пріоритетів усередині сектора. Видима пріоритетність ПМСД підтримує прагнення поліпшити послуги на первинному рівні. Це буде важливо зберегти під час розгортання реформ вторинної та третинної медичної допомоги. Однак адекватне бюджетне планування має вирішальне значення для забезпечення фінансової дисципліни та стійкості реформ.

З 01 квітня 2020 р. запрацювала ПМГ на рівні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Заклади охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, розпочали роботу за договорами з НСЗУ. Станом на вересень 2020 р. з НСЗУ законтрактовано 3095 надавачів медичних послуг населенню, яким виплачено 51,6 млрд грн за надання послуг пацієнтам за ПМГ, з них: 13,3 млрд грн виплачено закладам первинної ланки; 29,7 млрд грн – закладам, що надають вторинну (спеціалізовану) допомогу; 3,7 млрд грн – закладам екстреної медичної допомоги. Також 4,9 млрд грн виплачено медичним закладам, що надають допомогу пацієнтам, хворим на COVID-19 або з підозрою на нього [2].

Багаторівневе фінансування системи охорони здоров'я у 2020 р. на фоні викликів епідемії COVID-19 визначалося проведенням другого етапу реформи (рис. 2.10).

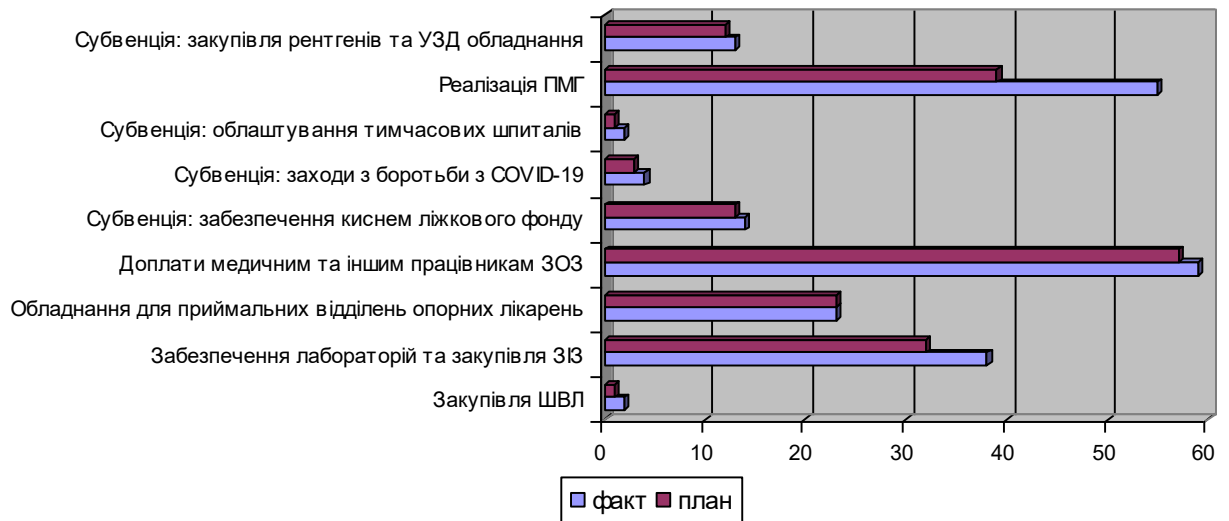


Рис. 2.10. Фінансування бюджетних програм МОЗ з коштів Фонду COVID-19, млрд грн [183]

Урядом забезпечується оптимізація бюджетного фінансування різних напрямів у сфері громадського здоров'я впродовж 2020-2021 рр. Розроблено бюджетну програму «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями» (постанова КМУ «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для виконання програми «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями» від 27 листопада 2019 р. № 1121), на реалізацію заходів якої у 2020 р. витрачено більше ніж 3 млрд грн. Вказані кошти спрямовані на фінансування таких завдань програми: імунопрофілактика, епідеміологічний нагляд та заходи боротьби з епідеміями, профілактика інфекційних та неінфекційних захворювань, профілактика ВІЛ/СНІДу, розвиток донорства крові та її компонентів, проведення заходів щодо популяризації здорового способу життя [184].

У цілому, у 2020 р. фінансування програм (включно із субвенціями) МОЗ становило за загальним фондом бюджету 148 млрд грн при річному плані 159 млрд грн. Зокрема, фінансування програм МОЗ за рахунок коштів Фонду

боротьби з COVID-19 становило 17,8 млрд грн (27,9% фактичних видатків Фонду), або 86,8% від плану. До того ж велика частина цього фінансування припала на останні три дні року: так, станом на 29 грудня МОЗ профінансувало свої програми лише у сумі 14,9 млрд грн. При цьому, через малу вибірку коштів у грудні було скорочено фінансування програм МОЗ. Додатково було виділено майже 1,4 млрд грн на закупівлю вакцини проти COVID-19. Ці кошти були виділені в кінці року, і тому ДП «Медичні закупівлі» довелось швидко проводити переговори про закупівлю вакцини, що завершилось досягненням попередніх домовленостей щодо закупівлі китайської вакцини, яка ще не пройшла всі етапи тестування [183].

Система охорони здоров'я України в рамках проєкту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» отримала 26 млн дол. США на лікування пацієнтів з COVID-19:

-11 млн дол. США на відшкодування 100 лікарням витрат, пов'язаних з підтриманням діяльності і покращенням їхніх інфекційних центрів і відділень;

-10 млн дол. США на покриття витрат на лікування 135 000 пацієнтів з COVID-19, у тому числі понад 23 000 осіб, які потребували реанімаційних заходів;

-5 млн дол. США на забезпечення роботи бригад невідкладної медичної допомоги.

Світовий банк продовжує надавати підтримку Україні для посилення реагування на COVID-19, включаючи фінансування закупівель зареєстрованих вакцин та розгортання вакцинації. У травні 2021 р. Банк затвердив новий проєкт «Екстрене реагування на COVID-19 та вакцинація в Україні», у рамках якого передбачено отримання МОЗ 90 млн дол. США для цілей розгортання вакцинації в країні. У рамках проєкту заплановано підтримку в проведенні вакцинації 10 млн осіб із пріоритетних груп, зокрема працівників сектора охорони здоров'я та людей похилого віку. Проєкт також мав на меті сприяння розширенню можливостей для тестування COVID-19 і покращення інфраструктури для зберігання вакцини та логістики [186].

Вже більше року Світовий банк підтримує український уряд та сектор охорони здоров'я у реагуванні на пандемію COVID-19, допомагаючи зміцнити потенціал країни у сфері охорони здоров'я та спрямовуючи Україну на шляху до більш стійкого, сталого та інклюзивного відновлення після цієї безпрецедентної кризи [185].

У сфері охорони здоров'я в Україні спостерігається безліч негативних тенденцій, що є наслідком системної кризи всієї сфери охорони здоров'я. На відміну від усіх інших галузей, охорона здоров'я в Україні майже повністю залежить від державного бюджетного фінансування. Розвиток та залучення інших джерел фінансування стримується недостатнім зацікавленням приватного сектора та дещо негативним ставленням з боку державних органів управління охороною здоров'я до підприємництва у сфері охорони здоров'я в цілому. Тому у сфері фінансування сфери охорони здоров'я першочерговою проблемою є нестача державних коштів, що веде до зменшення обсягів безоплатної медичної допомоги.

Дефіцит бюджетних коштів спонукає до пошуку альтернативних джерел фінансування охорони здоров'я. У світі таким найчастіше стає механізм 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), передача 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 в країні, рівнем децентралізації та автономності управління закладами охорони здоров'я [187].

Розвиток взаємодії державного і приватного секторів дасть змогу поліпшити ситуацію у сфері охорони здоров'я шляхом оптимізації бюджетних витрат, підвищити ефективність використання ресурсів і управління, створити умови для підвищення якості надання медичної допомоги, стабільності функціонування всієї системи.

Основна проблема недосконалості фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні вбачається у відсутності чітких критеріїв оцінки ефективності використання бюджетних ресурсів на різних рівнях державного управління та закладами охорони здоров'я. В умовах реформування системи охорони здоров'я фінансове забезпечення значно трансформувалося шляхом визначення гарантованого пакета медичних послуг, з одного боку, та в частині надання первинної медичної допомоги через укладання декларацій із сімейними лікарями – з іншого.

Для ефективнішого використання існуючого потенціалу й забезпечення ефективної системи охорони здоров'я необхідні стратегічні комплексні дії на національному рівні. Розвиток електронних послуг у медичній галузі є вирішальним для досягнення таких довгострокових цілей, як доступність медичних послуг, управління якістю та ефективністю системи охорони здоров'я.

Висновки до 2-го розділу

Досліджено нормативно-правову базу забезпечення реформи та трансформацій сфери охорони здоров'я України. Узагальнено методологічні підходи до класифікації законодавства у сфері охорони здоров'я. Відповідно до ключових пріоритетів прискорення досягнення завдань ЦСР виділено стратегічні завдання та оперативні цілі досягнення міцного здоров'я і благополуччя. Визначено відповідність ЦСР Угоді про асоціацію між Україною

та ЄС та запропоновано систему нормативно-правового забезпечення розвитку охорони здоров'я. На основі систематизації чинного нормативно-правового поля виділено міжнародний, національний та регіональний рівні системи нормативно-правового забезпечення розвитку охорони здоров'я. На основі дослідження системи нормативно-правового забезпечення розвитку охорони здоров'я в Україні виділено принципи (захист прав людини, верховенство права, належне врядування, участь громадськості, бізнесу та соціальних партнерів, інтеграція політики та управління, використання найкращих з наявних знань, принцип запобігання) та основні стратегічні вектори (розвиток, безпека, відповідальність) забезпечення високоякісної та ефективної державної політики України у сфері охорони здоров'я.

На підставі аналізу інституційного забезпечення системи охорони здоров'я запропоновано інституційний механізм державного управління системою охорони здоров'я, до складу якого входять ключові суб'єкти (Верховна Рада України, Президент України, КМУ, МОЗ, НСЗУ, Національна академія медичних наук України, Національна агенція зі сталого розвитку при Міністерстві економічного розвитку і торгівлі України, регіональні інститути) та реалізація якого включає відповідні методи (організаційні, економічні, психологічні, спеціальні, адміністративні, цифрові технології) та інструменти (нормативно-правові, фінансові, економічні, інформаційно-комунікаційні, дослідження та розробки, освітні та просвітницькі).

Доведено, що для подальшого розвитку сфери охорони здоров'я необхідним є впровадження інноваційних програмних продуктів; налагодження інформаційно-комунікаційних зв'язків; трансформація системи охорони здоров'я відповідно до кращих міжнародних практик.

Дослідження фінансового забезпечення підтримки медичної галузі в умовах пандемії дало змогу виділити ключові принципи реформування системи фінансування медичної галузі (фінансовий захист, універсальність та справедливість, прозорість і підзвітність, ефективність, вільний вибір, конкуренція постачальників, субсидіарність). Виділено ключові проблеми

фінансування галузі: нестача державних коштів, зменшення обсягів безоплатної медичної допомоги, недостатня зацікавленість приватного сектора, відсутність чітких критеріїв оцінки ефективності використання бюджетних ресурсів на різних рівнях державного управління та закладами охорони здоров'я.

У цілому реалізовані етапи реформи фінансування системи охорони здоров'я значно трансформували фінансовий механізм державного управління системою охорони здоров'я. Необхідними напрямками щодо подальшого розвитку фінансового механізму у сфері охорони здоров'я є такі: сформувати чіткий механізм надання та фінансування гарантованих медичних послуг через внесення змін до Закону України «Про Державний бюджет» та Бюджетний Кодекс України; розширити діяльність НСЗУ в регіонах з метою підвищення ефективності фінансового забезпечення надання медичних послуг; сформувати комплекс заходів з налагодження інформаційно-комунікаційних зв'язків між центральними органами виконавчої влади щодо фінансового забезпечення системи охорони здоров'я; розробити комплексні методики оцінки ефективності фінансового забезпечення системи охорони здоров'я загалом та закладів охорони здоров'я зокрема; врегулювати на державному рівні порядок використання місцевих бюджетних ресурсів для фінансування закладів охорони здоров'я; трансформувати механізм стратегічних закупівель НСЗУ через упровадження інноваційних програмних продуктів, що мають галузеві особливості; при фінансуванні закладів охорони здоров'я враховувати їх ефективність та якість надання медичних послуг, що реалізуються; оптимізувати кількість закладів охорони здоров'я в регіонах, що дасть змогу раціоналізувати витрати фінансових ресурсів для надання медичної допомоги всіх рівнів.

РОЗДІЛ 3. ОЦІНКА ПУБЛІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ ТРАНСФОРМАЦІЙ ТА РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Оцінка системи охорони здоров'я у світі та в Україні

Загальнонаціональні системи охорони здоров'я в різних країнах мають різноманітні форми та залежать від соціальних й економічних факторів. Стан системи охорони здоров'я визначається на основі факторів, таких як: процес догляду (безпечний догляд, профілактичні заходи, скоординований догляд), доступ (своєчасність та доступність), справедливість, адміністративна ефективність та медичне обслуговування, результати (смертність, здоров'я населення) тощо.

Індикатори оцінки системи охорони здоров'я мають відповідати певним критеріям: задовольняти вимоги щодо регулярності відстеження та можливості перевірки, бути надійними, об'єктивними, доступними, доречними та адекватними контексту, вказувати на прогрес у досягненні бажаного результату. З урахуванням зазначених вимог для достовірної оцінки міжнародного досвіду впровадження публічних механізмів трансформацій та розвитку сфери охорони здоров'я визначимо такі індикатори аналізу: громадське здоров'я, доступ до лікарських засобів, надання послуг в охороні здоров'я та фінансування, кадрові ресурси системи охорони здоров'я [188].

Громадське здоров'я є важливим елементом системи охорони здоров'я, оскільки заохочує рівні можливості для всіх етнічних груп і статей та допомагає подолати нерівність між людьми.

ВООЗ визначає громадське здоров'я як мистецтво та науку запобігання хворобам, продовження життя та зміцнення здоров'я завдяки організованим зусиллям суспільства [189].

За визначенням Association of Schools and Programs of Public Health, громадське здоров'я захищає та покращує здоров'я окремих людей, громад і населення на місцевому та глобальному рівнях.

American Public Health Association наводить таке значення терміна «громадське здоров'я» - зміцнення фізичного здоров'я та працездатності шляхом організованих зусиль громади щодо боротьби з інфекціями, навчання особистості принципів особистої гігієни, розвитку соціального механізму, який забезпечить кожній людині в громаді рівень життя, достатній для підтримки здоров'я. Дослідження останніх десятиліть показали, що визначення громадського здоров'я не є фіксованим та змінювалось з часом, однак важливість громадського здоров'я залишається незмінною [190].

Громадське здоров'я – це запобігання захворюванням, травматизму, інвалідності та продовження тривалості життя, за умови ведення здорового способу життя в здоровому середовищі й умовах життєдіяльності для теперішнього та майбутніх поколінь.

Громадське здоров'я дає змогу обмежити диспропорції у здоров'ї, забезпечити захист та направлене на покращення здоров'я людей та їхніх спільнот шляхом пропаганди здорового способу життя, дослідження профілактики захворювань і травм, виявлення, реагування та запобігання інфекційним захворюванням.

Глобальні оцінки здоров'я ВООЗ показали, що щорічна глобальна смертність серед жінок на 15% нижча, ніж для чоловіків [189]. Темпи зростання рівня смертності відповідно до захворювання, наведені на рис. 3.1, свідчать, що серед найголовніших глобальних причин смерті в 2021 р. є ішемічна хвороба серця, інсульт, хронічне обструктивне захворювання легенів, інфекції нижніх дихальних шляхів, рак трахеї, бронхів, легенів, хвороба Альцгеймера та інші деменції, діарейні захворювання, цукровий діабет, захворювання нирок.

COVID-19 створює серйозні проблеми для здоров'я та добробуту населення в усьому світі та перешкоджає досягненню ЦСР.

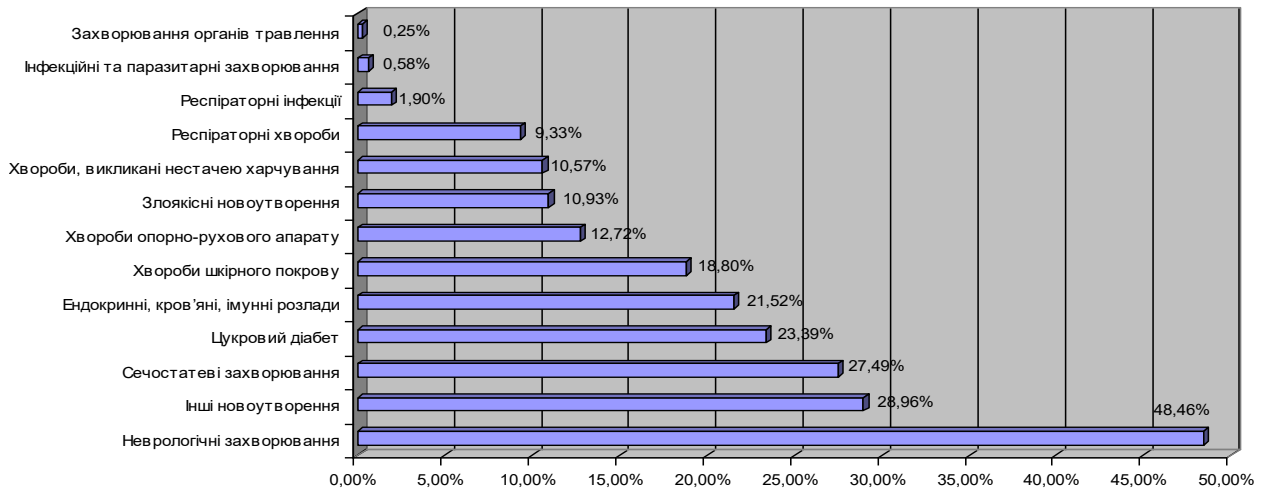


Рис. 3.1. Темпи зростання рівня смертності за видами захворювань у 2021 р., % [189]

За даними опитування, проведеного Ipsos Global Health Service Monitor, в 30 країнах у 2021 р. коронавірус залишається найбільшою проблемою громадського здоров'я, з якою стикаються люди в усьому світі (70% в порівнянні з 72% у 2020 р.) (рис. 3.2).

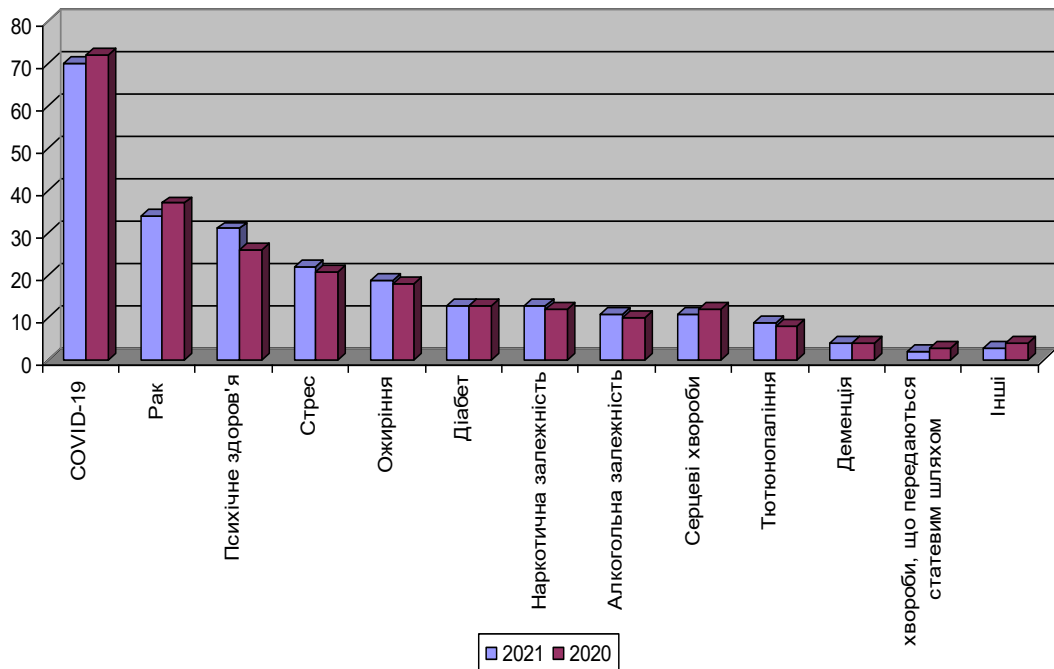


Рис. 3.2. Ключові проблеми громадського здоров'я у 2020-2021 рр. [191]

Коронавірус є проблемою здоров'я номер один у 25 країнах, причому найвищі показники спостерігаються в Малайзії (93%), Перу (90%), Японії (85%), Мексиці (85%) та Бразилії (84%) [191].

Станом на 01 травня 2022 р. у світі зареєстровано 5,09 млрд випадків захворювання на COVID-19 (більше 82,66 млн – у США та понад 43,06 млн – в Індії). На території Європи зафіксовано 1,89 млрд підтверджених випадків інфекції: лідирують Франція (28,3 млн), Німеччина (24,14 млн), Великобританія (21,93 млн). Більшість підтверджених випадків COVID-19 характерна для країн Європи (42%), Америки (30%) та Азії (25%) (рис. 3.3) (на основі [192]).

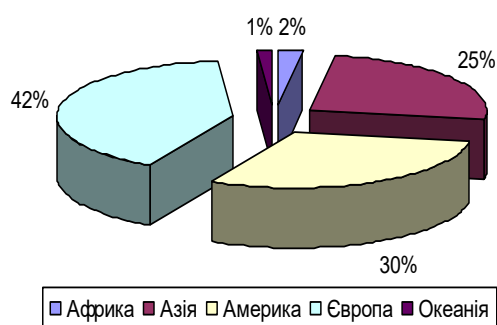


Рис. 3.3. Кількість підтверджених випадків COVID-19 за регіонами

У регіонах Африки найчастіші випадки захворювання в Південно-Африканській Республіці (3,7 млн випадків), Марокко (1,16 млн), Тунісі (1,04 млн), Єгипті (0,52 млн) і Лівії (0,5 млн). В Азії більшість випадків зареєстровані в Індії (43,6 млн), Південній Кореї (16,35 млн), В'єтнамі (10,43 млн), Японії (7,35 млн) та Ірані (7,2 млн).

США (82,66 млн), Бразилія (30,26 млн), Аргентина (9,06 млн), Колумбія (6,08 млн) і Мексика (5,72 млн) є найбільшими країнами Америки, в яких зафіксовані випадки COVID-19. В Океанії більшість випадків наявні в Австралії (5,22 млн), Новій Зеландії (0,82 млн), Французькій Полінезії (0,07 млн), Фіджі (0,06 млн) і Новій Каледонії (0,06 млн). За весь час пандемії в Україні підтверджено 4,99 млн випадків COVID-19 [193].

Найбільший рівень занепокоєння випадки COVID-19 викликають в урядах Малайзії (93%) та Перу (90%). Порівняно з 2020 р., частка людей, які

назвали COVID-19 головною проблемою охорони здоров'я, найбільше зроста в Південній Африці, Японії, Австралії та Мексиці. Найбільше цей показник знизився в Чилі, Польщі, Угорщині, Китаї, Бельгії та Нідерландах (рис. 3.4).

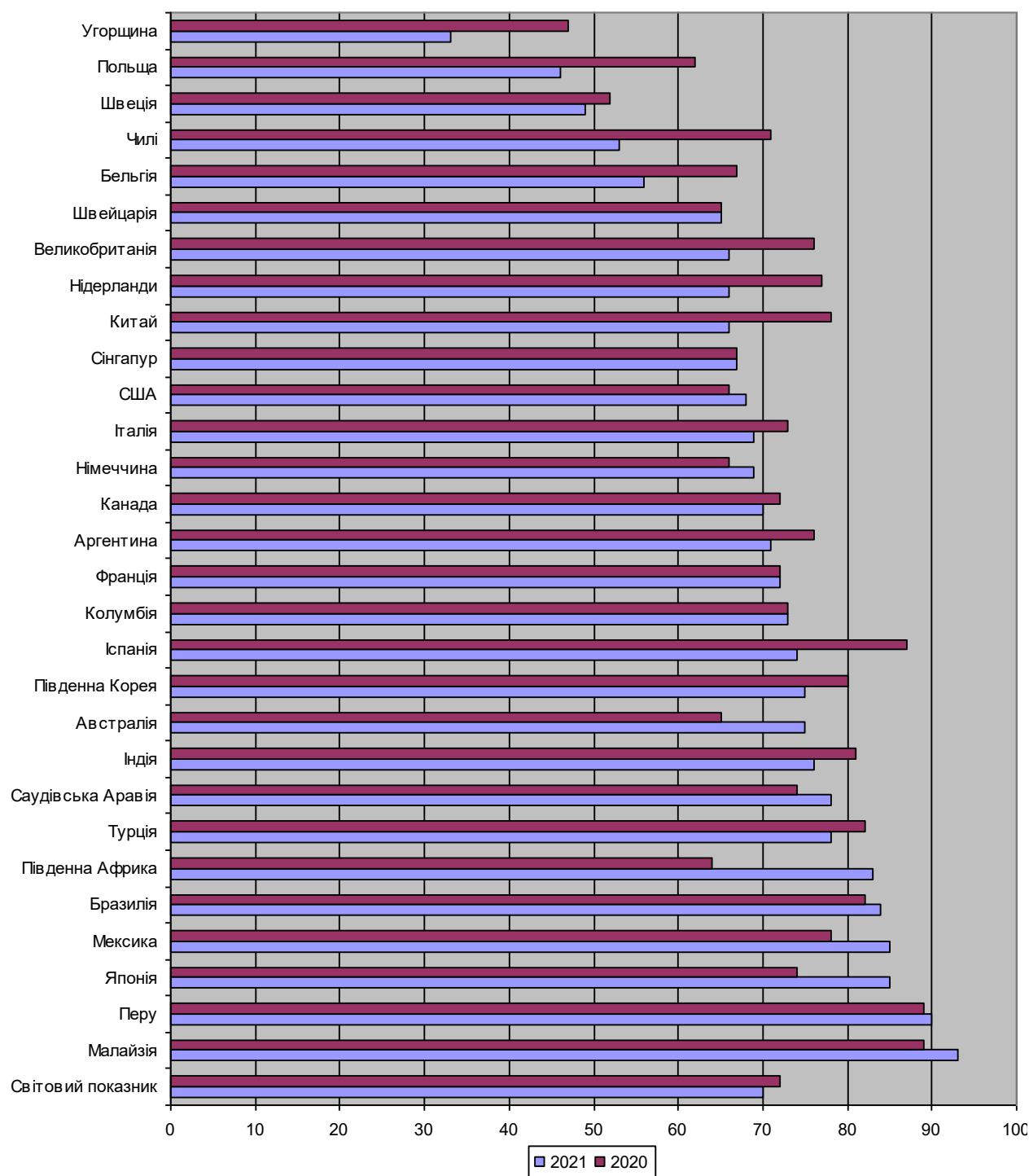


Рис. 3.4. Рівень занепокоєння урядами країн захворюванням COVID-19 в 2020-2021 рр., % [191]

З початку пандемії головною проблемою існуючої урядової політики була відсутність як законів та нормативних актів, які б дозволили уряду достатньо гнучко реагувати на кризу, так і відповідних структур для координації реагування. Багато урядів також зіткнулися з розривами та/або схожими функціями різних установ, які здійснюють реагування на надзвичайні ситуації, нестачею медичних працівників, а також відсутністю публічних механізмів та інститутів для отримання й аналізу експертних і наукових оцінок [194].

Урядам країн довелося трансформувати публічні механізми й адаптувати можливості та відповідальність державних інститутів для подолання багатовимірних наслідків кризи COVID-19. Найпоширенішими змінами публічних механізмів країн Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) є підтримка міжвідомчої координації, залучення зацікавлених сторін до координаційних зустрічей, боротьба з дезінформацією, управління ризиками, створення відповідних інститутів (рис. 3.5).

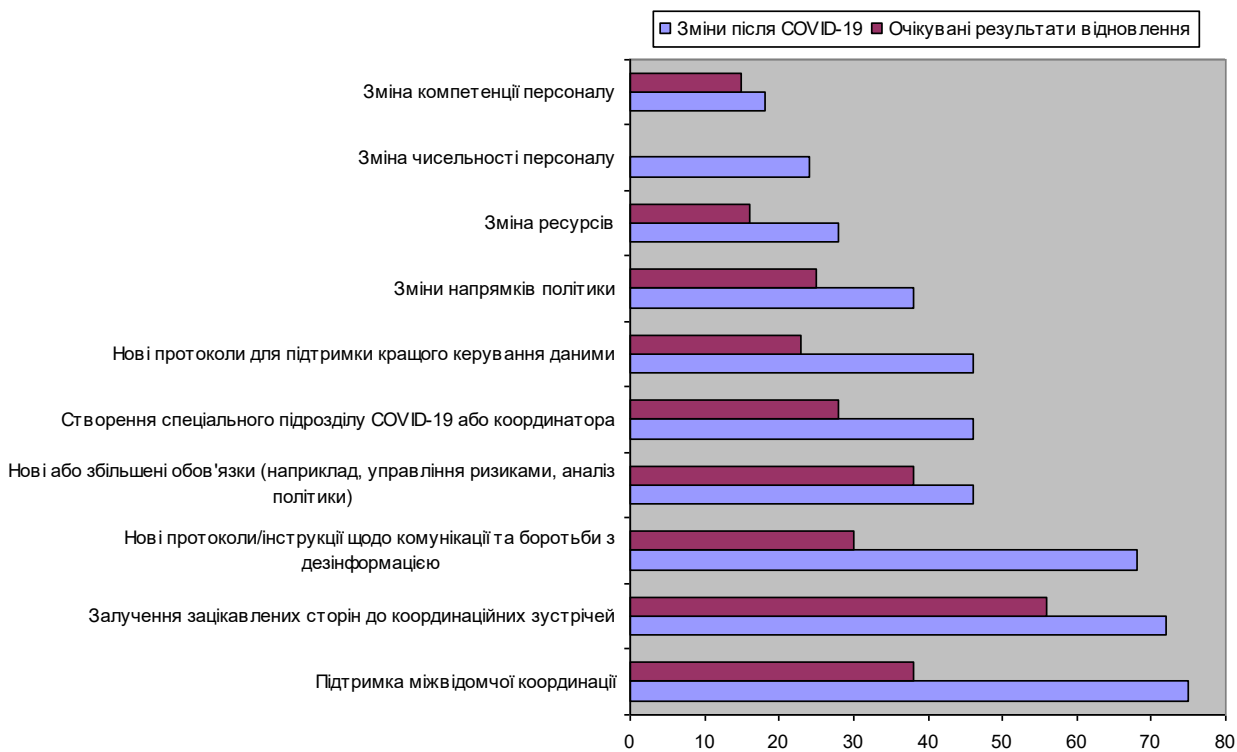


Рис. 3.5. Трансформація публічних механізмів країн ОЕСР під час COVID-19 у 2021 р. [195]

Серед 26 країн ОЕСР 77% урядів підтримали трансформацію координаційних заходів, 73% – залучили більше зацікавлених сторін до координаційних зустрічей. 46% країн отримали розширені обов'язки або створили новий підрозділ чи координатора COVID-19. Лише у 27% урядів змінилися фінансові ресурси, 23% – затвердили зміни в штатній структурі відповідних державних інститутів.

Майже половина урядів ОЕСР розгорнула нові інституційні механізми для управління пандемією у формі спеціального підрозділу або призначеного координатора (Національний кабінет в Австралії, Колумбійський координатор COVID-19 в Колумбії, Міжміністерський кризовий центр у Франції, Стратегічна група з відновлення після кризи COVID-19 в Латвії) [193].

У період пандемії на глобальному рівні відбулися значні трансформації публічних механізмів, які дали змогу досягти значних результатів у сфері охорони здоров'я для реалізації ЦСР. Однак пандемія COVID-19 мала і досі має катастрофічні наслідки: понад 1,2 млн смертей лише в Європейському регіоні (понад 4 млн у світі) та безпрецедентний спад економіки, що значно перевершує світову фінансову кризу 2008 р. В умовах пандемії COVID-19 пріоритетами систем охорони здоров'я для країн мають бути:

- запровадження політики «Єдине здоров'я» з обов'язковим визнанням взаємопов'язаності здоров'я людей і тварин та стану довкілля;

- вирішення проблеми глибоко вкоріненої медичної, соціальної, економічної та гендерної нерівності;

- спрямування інвестицій в інновації, збирання і поширення даних, а також зміцнення національних систем охорони здоров'я;

- вдосконалення регіонального та глобального управління у сфері охорони здоров'я.

Опитування Ipsos Global Health Service Monitor свідчить, що рак є наступною важливою проблемою для громадського здоров'я у 2021 р. (34% порівняно з 37% у 2020 р.) [191]. Середній показник по Європі вищий, ніж в інших регіонах – 45%. Показник смертності від раку є найвищим в Угорщині,

Латвії, Польщі, Словенії, Литві (рис. 3.6). Найнижчі показники характерні для Мексики, Турції, Колумбії, Коста Ріки, Кореї.

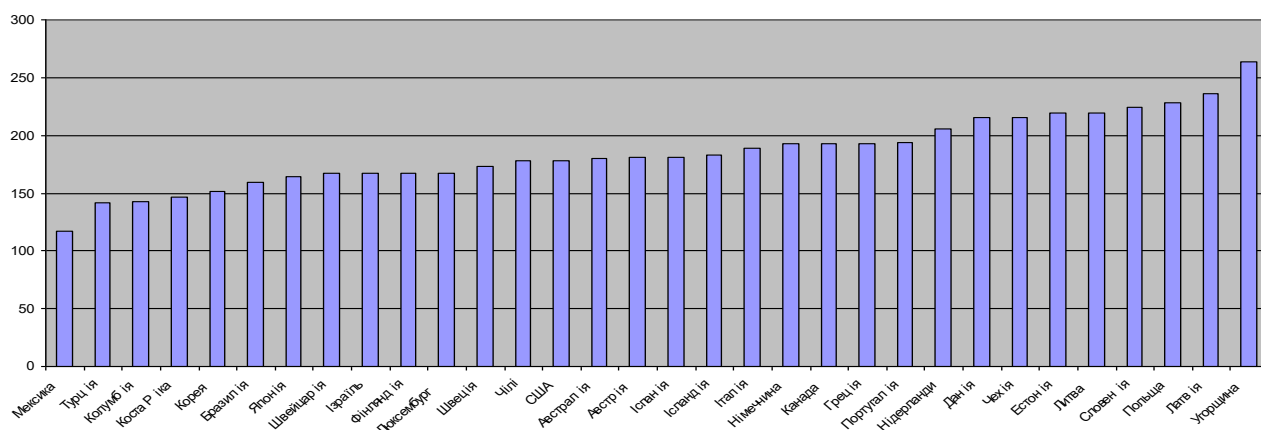


Рис. 3.6. Рівень смертності від раку, на 100 000 жителів [1996]

Завдяки постійним глобальним зусиллям знижується кількість інфекційних захворювань та продовжується значний прогрес у зменшенні кількості смертей, спричинених ними. Серед ключових інфекційних захворювань у світі можна виділити ВІЛ/СНІД, туберкульоз та малярію.

Кількість нових випадків ВІЛ-інфекції знизилася на 40% з моменту піку 1998 р. Рівень смертності від малярії знизився більш ніж удвічі: з 25 смертей на 100000 населення, які перебувають у зоні ризику, у 2000 р. до лише 10 на 100000 населення, які перебувають у зоні ризику, у 2021 р. Загальна кількість смертей від малярії в усьому світі скоротилася з 736000 у 2000 р. до 409 у 2021 р.

Туберкульоз (ТБ) залишається провідною причиною смерті у світі. Близько 10 млн людей захворіли на туберкульоз у 2021 р.

Аналіз інфекційних захворювань за регіонами світу (рис. 3.7) показав, що Африканський регіон продовжує значно відставати від середньосвітового рівня за всіма трьома категоріями, незважаючи на різкий прогрес за останні два десятиліття. Рівень смертності від ВІЛ зріс у Європі та регіонах Східного Середземномор'я порівняно з 2000 р.

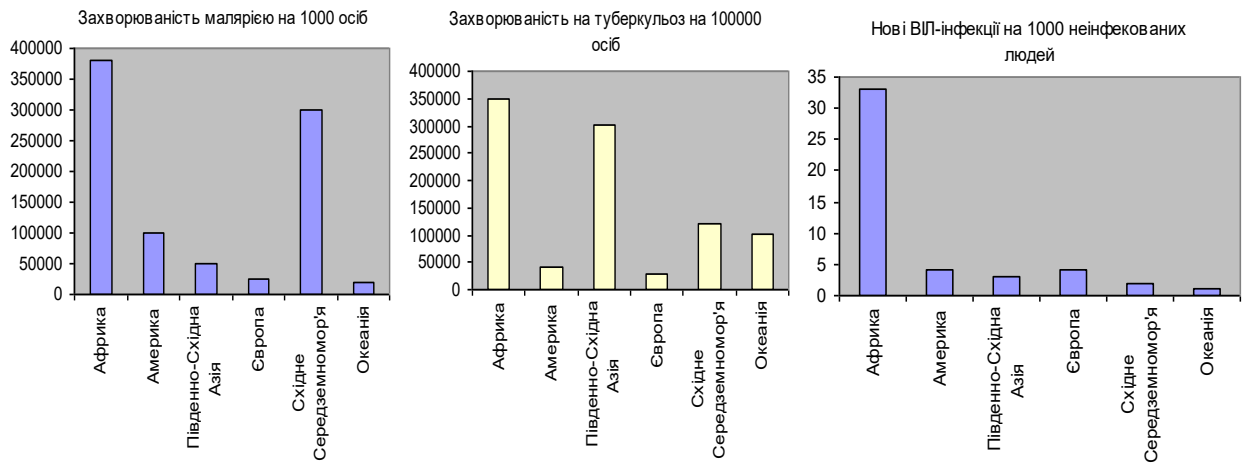


Рис. 3.7. Кількість інфекційних захворювань за регіонами світу у 2021 р. [197]

Серед інших небезпечних інфекцій, які спостерігаються у світі, можна виділити поліомієліт, лептоспіроз, малярію, сказ, кір, хворобу Лайма, холеру (ДОДАТОК К) (на основі [198]).

Психічне здоров'я є проблемою громадського здоров'я, яка найбільше зросла серед світової громадськості у 2021 р. Порівняно з 2020 р. цей показник найбільше зріс у Бельгії, Іспанії, Малайзії, Бразилії, Італії та Чилі і зменшився лише у 4 країнах (Японія, Туреччина, Індія, Великобританія) (рис. 3.8).

За дослідженням Ipsos Global Health Service Monitor, нестача персоналу (39%) та доступ до лікування або час очікування (41%) продовжують залишатися основними проблемами громадського здоров'я, які система охорони здоров'я має покращити. Серед інших ключових проблем – високі витрати (31%), бюрократія (26%), відсутність інвестицій у профілактику охорони здоров'я (23%) та старіння населення (21%) [191].

Зіткнувшись з такими загрозами, як кір, ВІЛ-інфекції, туберкульоз, рак, пандемія COVID-19, системи охорони здоров'я мають бути міцними та стійкими. Підходи щодо застосування тих чи інших факторів для оцінки громадського здоров'я є достатньо різноманітними [199].

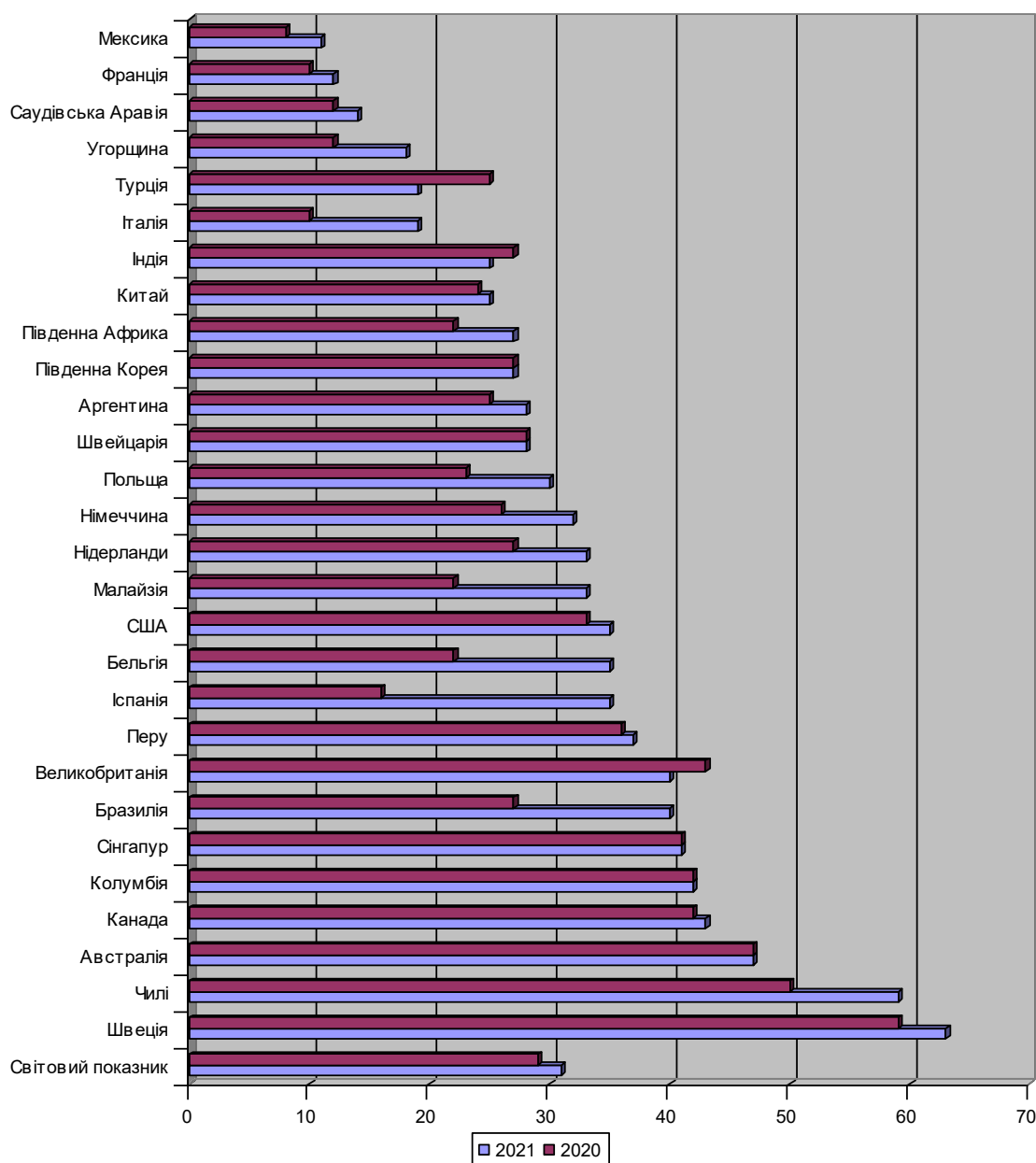


Рис. 3.8. Рівень занепокоєння населення станом психічного здоров'я у 2021 р., % [191]

Лондонським аналітичним центром Інститут Legatum розроблено Legatum Prosperity Index, який оцінює країни щодо сприяння процвітання їхніх жителів та відображає економічний, соціальний добробут, виходячи за рамки традиційних макроекономічних вимірювань процвітання нації, які спираються виключно на середній дохід на людину. Це робить його ключовим показником людського прогресу, що дає унікальне уявлення про те, як змінюється та формується процвітання майже в усіх країнах світу. Оцінка індексу базується

на дослідженні 12 ключових компонентів, таких як: безпека, особиста свобода, рівень управління, соціальний капітал, інвестиційне середовище, умови підприємства, інфраструктура та доступ до ринку, економічна якість, умови життя, рівень охорони здоров'я, освіта, природне середовище. Рівень охорони здоров'я вимірює ступінь здоров'я людей і доступ до необхідних послуг для підтримки громадського здоров'я, включаючи результати системи охорони здоров'я, фактори ризику, рівень смертності.

За даними щорічного рейтингу Legatum Prosperity Index, на основі оцінки у 2021 р. 167 країн список очолили Данія (середній бал – 83,86, в тому числі показник «охорона здоров'я» – 0,62), Норвегія (середній бал – 83,5, в тому числі показник «охорона здоров'я» – 4,02), Швеція (середній бал – 83,1, в тому числі показник «охорона здоров'я» – 2,08). Південний Судан опинився на останньому – 167-му – місці рейтингу [205].

Україна зайняла 78-ме місце в рейтингу Legatum Prosperity Index 2021 р. із загальним показником 57,85, у тому числі 68,66 – показник «охорона здоров'я». З 2011 р. Україна піднялася в рейтинговій таблиці на 13 позицій. Україна має найвищі результати в освіті (40-ве місце) та умовах підприємництва (72-ге місце), але найслабше в галузі безпеки (134-те місце). Найбільше покращення порівняно з десятьма роками тому відбулося в умовах підприємництва [206].

Центром медичних досліджень Джона Гопкінса, Ініціативою зі зменшення ядерної загрози та Economist Intelligence Unit для оцінки можливостей глобальної охорони здоров'я в умовах епідемій і пандемій розроблено ГБЗ. Індекс вимірює можливості 195 країн та оцінює безпеку охорони здоров'я й можливості країн за шістьма категоріями та 37 індикаторами. Оцінка Індексу охорони здоров'я проводиться за такими показниками: запобігання (оцінене у 16% питомої ваги загальної структури), виявлення та звітність (19,2%), швидке реагування (19,2%), система охорони здоров'я (16,7%), дотримання міжнародних вимог (15,8%), ризику (12,8%) [207].

Аналіз індексу ГБЗ за 2021 р. показав, що лідерами за даним показником у 2021 р. є США, Австралія, Фінляндія, Канада, Таїланд (табл. 3.1) (на основі [207-208]).

Таблиця 3.1

Лідери за ГБЗ за 2021 р.

Рейтинг	Країна	GHS 2021	GHS 2019/2021	Рейтинг	Країна	GHS 2021	GHS 2019/2021
1	США	75.9	-0,3	11	Нідерланди	64.7	-3,0
2	Австралія	71.1	-2.1	12	Данія	64.4	-2.9
3	Фінляндія	70.9	-1.1	13	Нова Зеландія	62.5	+ 6.7
4	Канада	69.8	+ 2.2	14	Франція	61.9	-0,7
5	Таїланд	68.2	-0,7	15	Латвія	61.9	+ 2.1
6	Словенія	67.8	-0,8	16	Вірменія	61.8	-1.4
7	Великобританія	67.2	-1.1	17	Іспанія	60.9	+ 0,5
8	Німеччина	65.5	-0,2	18	Японія	60.5	+ 1.7
9	Південна Корея	65.4	-0,5
10	Швеція	64.9	-1,5	83	Україна	38.9	+2.0

Багато країн, включаючи країни з високим рівнем доходу, не зробили цільових фінансових інвестицій у посилення готовності до епідемії або пандемії. 70% країн демонструють недостатній рівень охорони здоров'я в клініках, лікарнях та громадських центрах здоров'я. 176 країн не опублікували та не запровадили загального національного плану реагування на надзвичайні ситуації громадського здоров'я щодо захворювань з епідемічним або пандемічним потенціалом. Усі країни залишаються вкрай неготовими до майбутніх загроз епідемії та пандемії, включаючи загрози, потенційно більш руйнівні, ніж COVID-19 [209].

Більшість країн продовжує нехтувати потребами вразливих груп населення, посилюючи вплив надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я. В рейтингу ГБЗ 155 із 195 країн не виділяли національних коштів протягом останніх трьох років для покращення спроможності в умовах надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я для протистояння загрозам епідемії.

Середній бал України в індексі ГБЗ 2021 р. (38,9 з можливих 100 балів) практично не змінився з 2019 р., демонструючи достатньо низький рівень у

глобальній безпеці охорони здоров'я. Причиною цього є наявність багатьох проблем у системі охорони здоров'я: середня очікувана тривалість життя в Україні менша на 9 років, ніж у Європі; значні витрати, які пов'язані зі здоров'ям і які призводять до збіднення пацієнтів; неефективна система страхування пацієнтів та фінансування медичних закладів тощо.

За дослідженням SEOWorld, Індекс охорони здоров'я – це статистичний аналіз загальної якості системи охорони здоров'я, який включає такі компоненти, як: компетенції медичних працівників; інфраструктура охорони здоров'я; вартість (долар США на душу населення); готовність уряду та наявність якісних ліків, санітарні умови, навколишнє середовище та ін. Методологія розрахунку передбачає присвоєння кожній країні бала за кожний із вищенаведених факторів та формування загального показника за 100-бальною шкалою. У 2021 р. оцінка систем охорони здоров'я проведена для 89 країн світу за п'ятьма різними показниками здоров'я, результати оцінки наведені в табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Індекс охорони здоров'я за SEOWorld у 2021 р. [210]

Ранг	Країна	Індекс охорони здоров'я (загалом)	Інфраструктура	Професіонали	Вартість	Доступність ліків	Готовність уряду
1	Південна Корея	78,72	87,16	14,23	83,59	82,30	87,89
2	Тайвань	77,70	79,05	13,06	78,39	78,99	65,09
3	Данія	74,11	90,75	30,01	82,59	92,06	96,30
4	Австрія	71,32	86,18	20,25	78,99	88,23	91,80
5	Японія	70,73	78,77	21,60	74,88	74,18	93,20
6	Австралія	67,99	92,58	17,37	96,22	67,51	89,91
7	Франція	65,38	77,86	13,24	71,82	55,10	81,38
8	Іспанія	64,66	86,28	34,25	75,81	83,82	96,80
9	Бельгія	64,63	72,48	24,51	68,68	64,78	94,90
10	Великобританія	61,73	88,63	14,66	75,61	90,25	88,41
...
81	Україна	33,38	68,87	14,33	51,69	53,55	87,97

Згідно з SEOWorld, Південна Корея у 2021 р. має найкращу систему охорони здоров'я у світі, набравши 78,72 бали зі 100. Серед азіатських країн у даному рейтингу: на другому місці – Тайвань (77,70), на п'ятому – Японія

(70,73). Шість з провідних десяти місць у рейтингу 2021 р. посідають європейські країни: Данія (74,11), Австрія (71,32), Франція (65,38), Іспанія (64,66), Бельгія (64,63), Великобританія (61,73). Україна в рейтингу Індексу охорони здоров'я за SEOWorld займає 81-ше місце (33,38). Венесуела (33,42 бали) очолює список країн з найгіршими системами охорони здоров'я у 2021 р.

Забезпечення спроможної системи громадського здоров'я є головним завданням на шляху до підтримки та покращення здоров'я всього суспільства. Такі показники обґрунтовують необхідність формування спроможної системи громадського здоров'я, яка б дала змогу зменшити показники смертності суспільства [189].

Стратегічними цілями функціонування всіх систем охорони здоров'я є доступність і якість медичних послуг. Проте значна частина населення стикається з проблемами доступу до служб охорони здоров'я. 11% людей у світі зазнають серйозних фінансових перешкод у доступі до медичного обслуговування, 5% – через високу оплату медичного обслуговування.

Країни, державна політика яких найбільше спрямована на забезпечення рівного доступу до лікування, є Польща, Угорщина, Чилі, Мексика, Італія. При чому вартість лікування є достатньо важливою проблемою в Чилі, США, Сінгапурі, Індії, що знижує доступність суспільства до медичних послуг.

В охороні здоров'я важливу роль відіграє якість надання послуг. На якість медичної допомоги впливають адекватність, доступність, наступність і безперервність, дієвість, результативність, безпека, своєчасність, задоволеність потребами й очікування, стабільність процесу та результату, постійне вдосконалення та поліпшення.

У різних системах охорони здоров'я і в різних країнах контролю за якістю надання медичної допомоги приділяється багато уваги (рис. 3.9).

Незважаючи на кілька непростих років для громадського здоров'я, у 2021 р. 53% громадян у всьому світі в середньому дають позитивну оцінку медичним послугам своєї країни (у 2020 р. цей показник становив 50%, у 2018 р. – 45%).

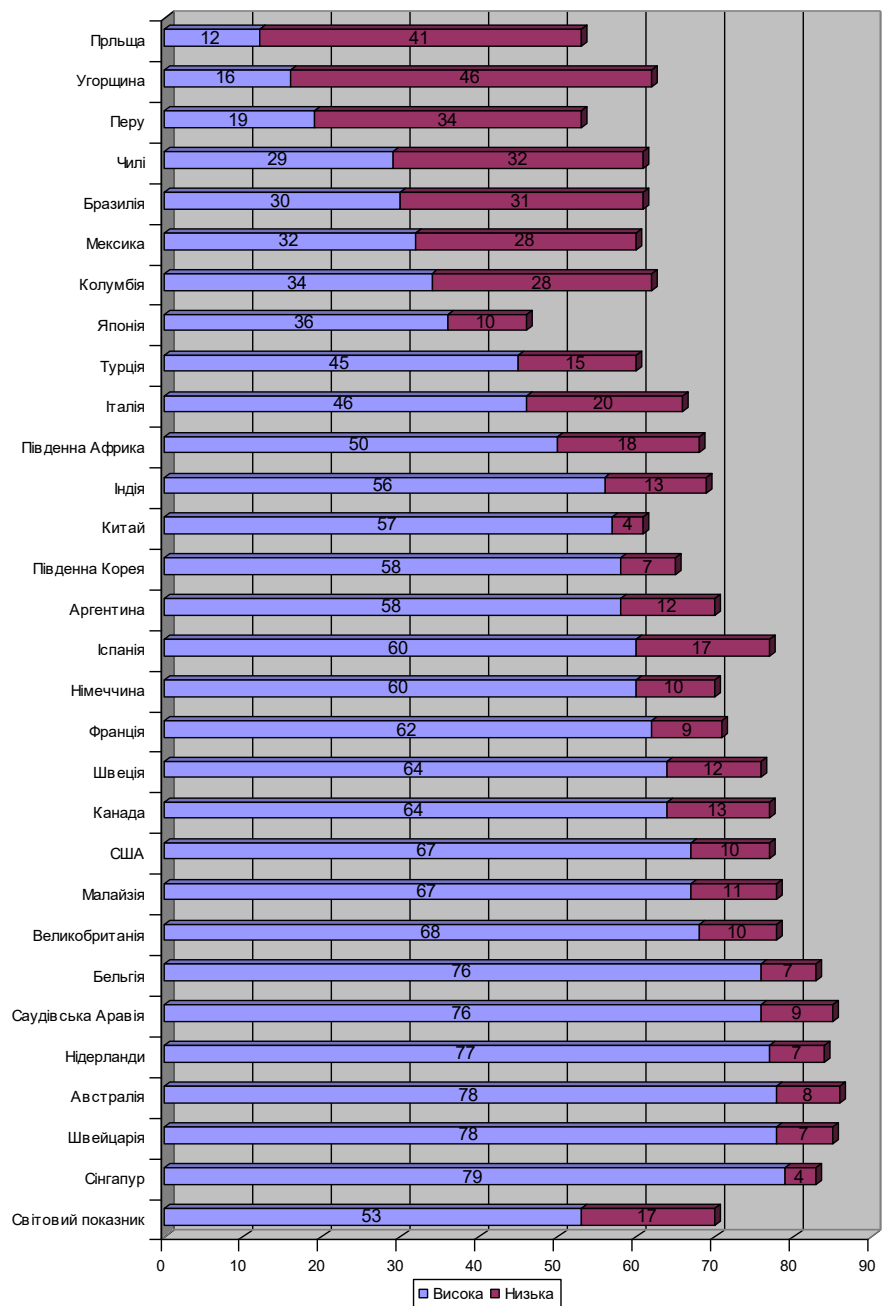


Рис. 3.9. Якість надання послуг у сфері охорони здоров'я у 2021 р., % [191]

Сінгапур є країною з найбільш задоволеним якістю медичної допомоги населенням (79%). На другому місці Швейцарія (78%) та Австралія (78%) [191]. У Великобританії, Канаді, Угорщині, Німеччині якість медичної допомоги з 2020 р. знизилася найбільше.

Проте наявні і проблеми низької якості послуг та помилки в наданні медичної допомоги. Так, через недостатню якість і помилки у США щорічно гине 44-98 тис. пацієнтів, у Європі в арбітражні суди щороку подається 10 тис.

скарг, 52% з яких становлять скарги на лікарські помилки. У країнах ЄС кожен 10-й випадок лікування завдає шкоду пацієнтам. Для більшості країн поліпшення якості медичного обслуговування є одним з основних завдань у процесі вдосконалення систем охорони здоров'я.

Використання інформаційно-комунікаційних технологій для забезпечення громадського здоров'я, забезпечення доступності та якості медичних послуг є однією з найбільш швидкозростаючих сфер охорони здоров'я. П'ятдесят восьма Всесвітня асамблея охорони здоров'я в травні 2005 р. прийняла резолюцію WHA58.28, яка встановлює стратегію електронного здоров'я для ВООЗ та закликає держави-члени планувати відповідні послуги електронного здоров'я у своїх країнах. У 2005 р. ВООЗ запустила Глобальну обсерваторію електронного здоров'я (GOe) – ініціативу, присвячену вивченню електронного здоров'я, його впливу на здоров'я та еволюцію в країнах [211].

Цифрова трансформація охорони здоров'я, яка відбувається в країнах ОЕСР, прискорена пандемією COVID-19 і зумовлена цифровізацією інформаційної інфраструктури, а також зростаючим попитом з боку пацієнтів.

Глобальний індекс цифрового здоров'я (Global Health Security Index – GDHI) та модель зрілості – це інтерактивний цифровий ресурс, який дає змогу країнам оцінити свою зрілість у цифровому здоров'ї, визначити сфери фінансування та потреби технічної допомоги всередині та між країнами. Розроблений з використанням набору інструментів стратегії eHealth ВООЗ/МСЕ та заснований на роботі Глобальної обсерваторії ВООЗ з опитування eHealth, GDHI надає стандартизований набір показників для оцінки факторів цифрового здоров'я.

GDHI використовує 19 основних індикаторів для вимірювання прогресу в цифровому здоров'ї (управління, сумісність, політика конфіденційності та безпеки, робоча сила й інфраструктура) на рівні країни та характеризує модель зрілості цифрового здоров'я, що відображає цифрове здоров'я 22 країн, які було досліджено, траєкторію розвитку через 5 фаз зрілості (рис. 3.10).

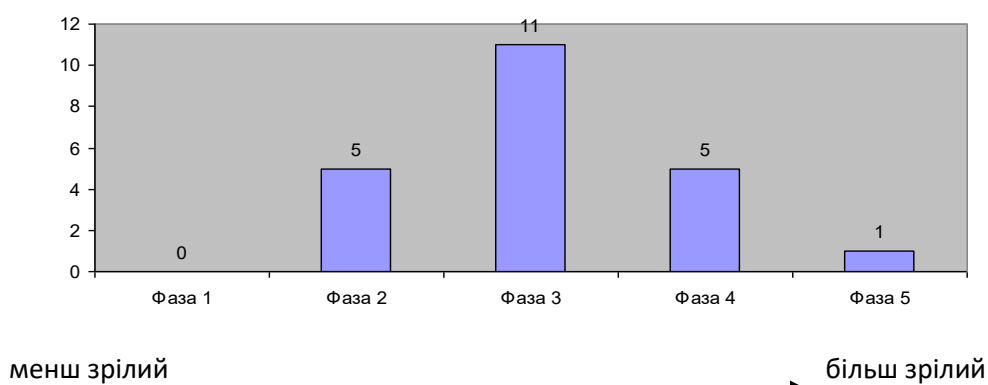


Рис. 3.10. Кількість країн за фазами зрілості за оцінкою GDHI у 2021 р. [212]

Більшість країн у цілому має середню зрілість цифрового здоров'я. Єдина країна фази зрілості 5 – Малайзія. Чим більше країн долучається до цифрового інструменту, тим більше країн-членів ВООЗ мають уявлення про стан цифрового здоров'я. Регіони Південно-Східної Азії та Океанії мають більш зрілі цифрові технології систем охорони здоров'я, ніж інші регіони (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Регіональний розподіл країн за даними GDHI у 2021 р. [212]

Регіон	Країна	Фаза зрілості
Африка	Бенін	3
	Ефіопія	3
	Малі	3
	Нігерія	3
	Сьєрра-Леоне	2
	Уганда	2
Східне Середземномор'я	Афганістан	2
	Йорданія	4
	Кувейт	3
	Пакістан	2
Європа	Португалія	4
Америка	Чилі	3
	Перу	3
Південно-Східна Азія	Бангладеш	4
	Індонезія	3
	Шрі Ланка	3
	Таїланд	4
Океанія	Домініканська Республіка	2
	Малайзія	5
	Монголія	3
	Нова Зеландія	3
	Філіппіни	4

У законодавстві та політиці дві країни Америки мають більш високий рівень зрілості, у сфері робочої сили – країни Південно-Східної Азії, показники

інфраструктури – країни в Південно-Східній Азії. Для Африки фаза зрілості відстає від середньосвітового рівня, зокрема щодо законодавства, політики, робочої сили та інфраструктури. Для регіону Південно-Східної Азії фаза зрілості вища за середній світовий рівень.

Пандемія призвела до того, що більшість постачальників медичних послуг на 14 глобальних ринках зараз інвестують у цифрове здоров'я. Багато країн перейшли від особистих медичних консультацій до телемедицини, використовуючи додатки, телефони та відеозаписи [213].

Статистика ВООЗ показує найбільші категорії цифрового здоров'я в усьому світі протягом 2021 р., які мають найбільше фінансування для розвитку, є телемедицина, аналіз даних, mHealth, психічне здоров'я, практичні управлінські рішення, електронні датчики, громадське оздоровлення, медичні послуги, мережа соціальної охорони здоров'я (рис. 3.11). З урахуванням розвитку цифрового здоров'я та потреб громадян у 2021 р. на телемедицину було виділено понад 4,2 млрд дол. США, що робить її найбільш популярною категорією.

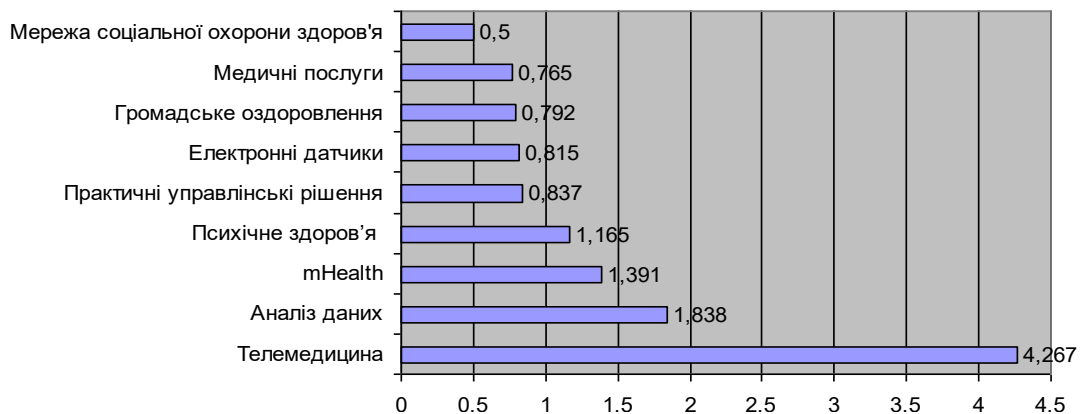


Рис. 3.11. Обсяги фінансування популярних категорій цифрового здоров'я у 2021 р., млрд дол. США [214]

Цифрові технології є важливими у сфері охорони здоров'я, покращують стійкість галузі, збільшуючи швидкість і широту інформаційних потоків. Однією з таких ключових технологій у системі охорони здоров'я є Electronic Health Records (EHR). За даними ВООЗ, за останні 15 років спостерігається

стабільне зростання впровадження національних систем EHR. У 2011-2016 рр. темп такого зростання становив 46%. Упровадження відбувається в першу чергу в країнах із високим та середнім рівнем доходу, які можуть створити ефективний цифровий реєстр та надати лікарям інструменти для його заповнення. Технічно єдиним інформаційним ресурсом, який дає змогу пацієнтам та лікарям мати постійний доступ до історії лікування, є EHR.

У контексті поточного спалаху COVID-19 повністю розгорнута система EHR могла б заощадити медичним працівникам значний час і ресурси для догляду та лікування пацієнтів із COVID-19. Для того, щоб EHR були повністю розгорнуті та успішні на рівні ЄС, важливо, щоб вони були взаємосумісними в усіх країнах ЄС. З такою метою реалізуються проєкти InteropEHRate і Smart4Health. Проєкти ЄС вирішують питання використання різних мов, усуваючи потенційні труднощі з розуміння записів, створених медичними працівниками, які взаємодіють з пацієнтами [215].

Консультавання людей щодо їхнього догляду та надання їм доступу до даних та інформації про їхнє здоров'я є ключовими аспектами спроможної системи громадського здоров'я. Провайдери все більше зацікавлені у використанні цифрових інструментів для покращення індивідуального здоров'я та допомоги пацієнтам у взаємодії з системами охорони здоров'я.

У 2020 р. у середньому в 30 країнах ОЕСР 59% осіб у віці 16-74 років використовували Інтернет для пошуку інформації про стан здоров'я порівняно з 36% у 2010 р. При цьому, до пандемії дистанційні консультації по телефону чи відео становили менше 10% усіх консультацій в Австралії, Фінляндії, Литві, Норвегії та Словенії. У Данії до пандемії була найвища частка наданих дистанційних консультацій (45%) [216].

Після пандемії телекомунікації є найпоширенішими в Іспанії, Словенії, Польщі (рис. 3.12) (на основі [216]).

Хоча лідери охорони здоров'я чітко усвідомлюють цінність своїх цифрових інвестицій, проте ще існує багато бар'єрів на шляху цифрової трансформації галузі.

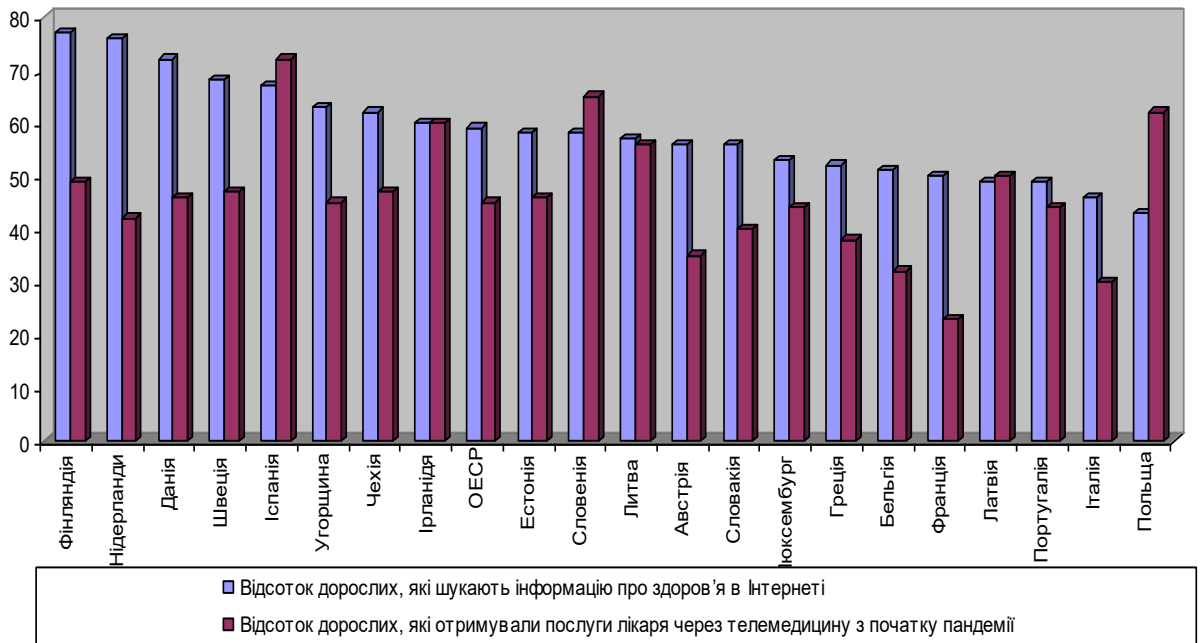


Рис. 3.12. Цифрові навички громадян в електронній системі охорони здоров'я у 2021 р., %

Відсутність технологічного досвіду серед персоналу є однією з головних перешкод, що підкреслює необхідність більшої кількості цифрового навчання [217].

Усе більше країн прагнуть сформувати та забезпечити спроможну систему охорони здоров'я: більшість з них вже змінила національну політику охорони здоров'я, деякі країни прийняли відповідні принципи та підходи для досягнення мети. Допмагаючи виявити проблеми зі здоров'ям якомога раніше та реагувати належним чином, громадське здоров'я гарантує обізнаність громадян про існуючі ризики для здоров'я через освітні програми, кампанії та проекти державної політики [188].

Compania di SanPaolo (Італія) – один із найбільших фондів у Європі – обрала чотири провідні проекти в рамках забезпечення громадського здоров'я: DedaloVola (громадський проект, який пропагує здоровий спосіб життя через міжсекторну співпрацю), VerbaCurant (проект, реалізований у закладах охорони здоров'я), Cultura di Base (проект, який забезпечує роботу лікарів загальної практики з дотриманням культурних умов), Danzarte (проект передових

досліджень, присвячений особам з особливими потребами, що дає можливість бачити твори мистецтва) [218].

Реалізація проєкту Gravitat eHealth (Бельгія, Великобританія, Ірландія, Німеччина, Швейцарія, Швеція та ін.) надає громадянам цифрові інформаційні інструменти для формування впевненого цифрового користувача-пацієнта з доступом до надійної, актуальної медичної інформації. Головною інновацією проєкту є гравітатна лінза (G-Lens), яка фокусує (але не приховує і не фільтрує) затверджену «електронну інформацію про продукт» – інформацію про медичний продукт, адаптований для цифрового використання [219].

Проєкт «Ініціатива інноваційних ліків» H2O (Бельгія, Великобританія, Іспанія, Нідерланди, Німеччина, США, Франція, Швейцарія, Швеція та ін.) надає пацієнту та медичному персоналу цілісну картину впливу методу лікування на результати здоров'я. Даний проєкт сформував мережу спочатку в чотирьох європейських країнах, яка забезпечує пацієнтів додатками для збору даних про стан здоров'я. Ці дані об'єднані за згодою пацієнта з релевантними даними про стан здоров'я з лікарняної книжки пацієнта. H2O є прикладом багатьох ініціатив, які визнають цінність даних, згенерованих пацієнтами, для досліджень, які є особливо корисними в поєднанні з електронними медичними картами лікарень та лікарів загальної практики [220].

Нова ініціатива Європейської комісії «Європейський простір даних охорони здоров'я» (European Health Data Space – EHDS) має на меті прискорити дослідження, які використовують дані про стан здоров'я, і надати людям доступ до власних медичних карт за кордоном. Пацієнти мали б можливість анонімно порівняти прогрес результатів здоров'я з подібними пацієнтами, дотримуючись законодавства про захист даних. EHDS є каталізатором для ширшого розгляду даних про здоров'я, однак ініціатива все ще перебуває на етапі відкритих консультацій.

Запобігаючи хворобам на ранніх стадіях, громадське здоров'я, забезпечення доступності та якості надання медичних послуг, кадрова політика є глобальним фокусом, який забезпечує охорону та зміцнення здоров'я,

підвищення стійкості та справедливості. Аналіз міжнародної практики та опитування світової спільноти показав, що найбільшими проблемами громадського здоров'я є коронавірус, онкологічні захворювання, нестача персоналу, доступ до лікування або час очікування, високі витрати, бюрократія, відсутність інвестицій у профілактику охорони здоров'я та старіння населення.

3.2. Механізми сталого розвитку сфери охорони здоров'я в Україні

Сфера охорони здоров'я має важливе суспільно-політичне значення для забезпечення благополуччя та життєдіяльності суспільства, тому урядова політика України направлена на пошук оптимальних та ефективних заходів для поліпшення її стану.

У ст. 4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» узагальнено концептуальні основи системи охорони здоров'я України. Закріплений у Законі тип системи охорони здоров'я ґрунтується на принципах англійської моделі і проявляється у формах страхування, приватної та сімейної медицини, високих соціальних стандартів, багатоджерельного фінансування.

Головними соціально-економічними засадами для забезпечення високоякісної та ефективної системи охорони здоров'я в Україні є: захист прав людини, верховенство права, належне врядування, участь громадськості, бізнесу та соціальних партнерів, інтеграція політики та управління, використання найкращих з наявних знань, принцип запобігання.

В Україні функціонує спроможна система громадського здоров'я, спрямована на збереження здоров'я населення, попередження хвороб, своєчасне виявлення та реагування на виклики для здоров'я. Створено безпечні умови й середовище життєдіяльності, що сприяють збереженню та зміцненню здоров'я. Управління в системі громадського здоров'я та прийняття рішень

здійснюється в інтересах населення на основі доказових даних та з використанням кращих практик. На національному рівні функціонує експертна установа у сфері громадського здоров'я, якій довіряє професійна спільнота, державні органи та громадяни.

Система забезпечена достатніми ресурсами для ефективного функціонування, застосовуючи інноваційні інструменти, підходи і практики. Однак, незважаючи на позитивні зрушення в цьому напрямі, рівень громадського здоров'я України сьогодні кваліфікується як незадовільний, оскільки впродовж останнього десятиріччя спостерігається зростання рівня загальної смертності населення в межах 4%, тоді як у країнах Європи відбулося його зниження – на 4%, а середня тривалість очікуваного життя менша (на 5-10 років), ніж в економічно розвинених європейських державах.

На сучасний стан громадського здоров'я України, як і у світовій практиці, мають вплив COVID-19, ВІЛ-інфекції, СНІД та інші інфекційні захворювання, такі як поліомієліт, лептоспіроз, малярія, сказ, кір, хвороба Лайма, холера тощо (табл. 3.4).

Справжнім викликом цивілізаційного світу від початку 2020 р. стала пандемія COVID-19. Усвідомлюючи всі загрози пандемії COVID-19, уряди більшості країн застосували карантинні заходи, починаючи від середини березня 2020 р., які тривають до сьогодні. Наслідком такої загрози стала складна глобальна криза економічного світового масштабу. Дуже важливим аспектом у вирішенні цих проблем були публічні партнерські відносини між країнами, а також допомога міжнародних інституцій у сфері охорони здоров'я. Для України це був поштовх для подальших трансформацій та кроків реформування медичної галузі, науково-дослідних інститутів та лабораторій, підготовки сучасних медичних кадрів.

Ключовими інструментами у прийнятті рішень на державному та регіональному рівнях України в умовах катастрофічних наслідків пандемії COVID-19 є планова імунізація, профілактичне щеплення від поліовірусу, кору, епідемічного паротиту та краснухи; вакцинація; Програма медичних гарантій,

розширена програма «Доступні ліки», підвищені вимоги до лікування онкологічних захворювань, розвиток електронних сервісів, фінансові й правові важелі. Реалізація державної та регіональної політики відповідно до пріоритетів трансформації діючої системи охорони здоров'я забезпечить швидке подолання епідемічних загроз у країні [222].

Таблиця 3.4

Найбільш поширені захворювання, що мають вплив на громадське здоров'я, в Україні [221]

Захворювання	Кількість випадків				Вакцинація	
	2018 р.	2019 р.	2020 р.	2021 р.	Вид вакцини	Ефективність
COVID-19	х	х	1074093	3676342	Серія вакцин COVID-19	35%
Дифтерія	10	0	0	0	DTP-containing vaccine, третя доза	81,3%
Гемофільна інфекція	х	х	х	х	Hib3	85,2%
Гепатит В	х	х	х	х	НерВ3	80,9%
Кір	53219	57282	264	16	Measles-containing vaccine, друга доза	81,9%
Менінгококова хвороба	271	299	137	91	х	Х
Паротит	502027	169799	269630	175	х	Х
Кашлюк	2214	2314	1041	х	DTP-containing vaccine, третя доза	81,3%
Пневмококова хвороба	х	х	х	х	х	Х
Поліомієліт	0	0	0	2	Pol3	84,2%
Вірус краснухи	235	138	36	20	Rubella-containing vaccine, третя доза	84,9%
Правець	19	15	12	7	DTP-containing vaccine, третя доза	81,3%
Туберкульоз	х	х	х	х	BCG	92,7%

За оцінками ВООЗ, найвищі показники захворюваності на ВІЛ/СНІД у Східній Європі характерні для України, в якій живуть майже 250 тис. людей з ВІЛ. В Україні за 2021 р. офіційно зареєстровано 4,2 тис. випадків СНІДу, 15,5 тис. випадків ВІЛ-інфекції та 1,9 тис. випадків смертей, спричинених СНІДом, та 38 випадків ВІЛ-інфекції серед іноземців (рис. 3.13) (на основі [223]).

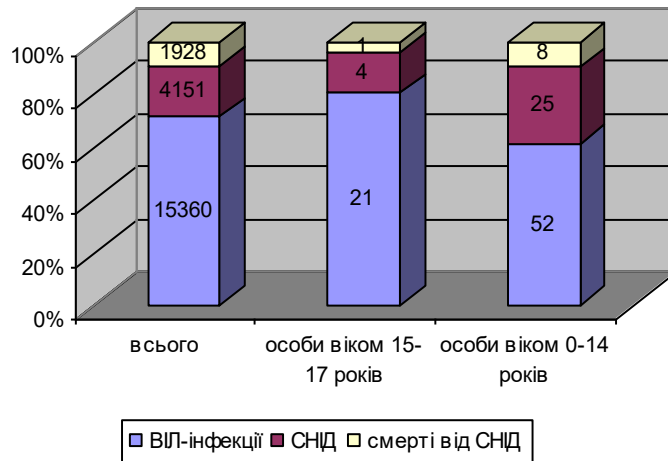


Рис. 3.13. Нові зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції, СНІДу та смертей, зумовлених СНІДом, серед громадян України у 2021 р.

Поширеними шляхами інфікування ВІЛ-інфекцією у 2021 р. є статевий контакт (64,88%, або 9966 випадків) та парентеральний шлях (34,67%, або 5325 випадків) (рис. 3.14.) (на основі [223]).

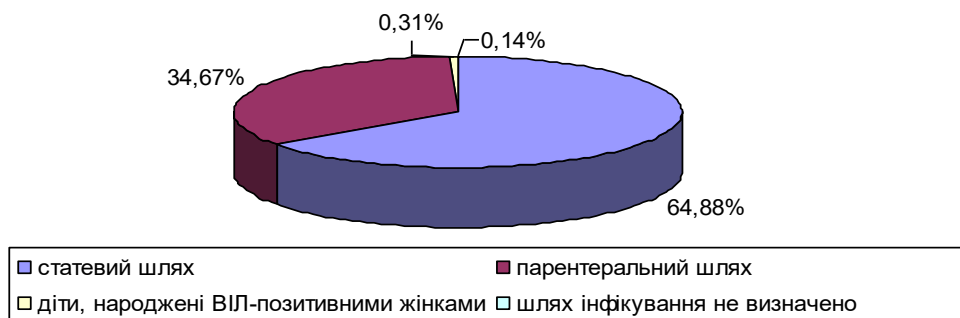


Рис. 3.14. Шляхи інфікування ВІЛ-інфекцією громадян України у 2021 р.

Питання протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні є одним із пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку. На сьогодні ситуація, що склалася з епідемією ВІЛ-інфекції в Україні, має такі характеристики: стабілізація епідемії, поширення інфекційної хвороби серед груп найвищого ризику щодо інфікування ВІЛ, нерівномірне поширення ВІЛ-інфекції в регіонах країни [222].

У рамках елімінаційної стратегії, для досягнення 100% цілей ВОЗ, лікуванням від вірусних гепатитів в Україні охоплено у 2020 р. 5 тис. пацієнтів (замість запланованих 25 тис.), у 2021 р. – 10 тис. пацієнтів (замість

запланованих 45 тис.), у 2022 р. – 18 тис. пацієнтів (замість запланованих 60 тис.) відповідно до кількості наявних лікарських засобів, закуплених за заявками регіонів. Загалом за 2021 р. 8,5 тис. дорослих пацієнтів розпочали лікування від вірусного гепатиту та 7,2 тис. – успішно його завершили [224].

Україна має один з найвищих світових показників захворюваності на туберкульоз з множинною лікарською стійкістю (МЛС-ТБ), який важко піддається лікуванню. У 2019 р. 27,2% всіх нових виявлених випадків захворювання на туберкульоз в Україні становив туберкульоз із лікарською стійкістю, 6225 випадків – МЛС-ТБ [225].

Порівняно з 2020 р. захворюваність на активний туберкульоз у поєднанні із хворобою, зумовленою вірусом імунодефіциту людини, зменшилася з 6,9 до 6,5 на 100 тис. населення. Захворюваність на туберкульоз серед працівників закладів охорони здоров'я України 2021 року зменшилася до 152 осіб (в 2020 р. - 210).

За даними МОЗ України, за 2021 р. в Україні кількість уперше зареєстрованих захворювань на туберкульоз, включно з його рецидивами, становила 18,2 тис., або 44,0%, на 100 тис. населення, що на 4,3% більше показника 2020 р. (17,6 тис., або 42,2%, на 100 тис. населення). Захворюваність на туберкульоз серед дітей до 14 років збільшилася з 5,9 до 7,4 на 100 тис. дитячого населення (або на 25,4%), серед підлітків віком 15–17 років – зменшилася із 14,2 до 12,5 на 100 тис. осіб (або на 12,0%) [225].

За дослідженням ВООЗ, Україна входить до 20 країн з найбільшою оцінкою випадків лікарської стійкості (24% бактеріологічно підтверджених випадків). На сьогодні охоплення лікуванням туберкульозу становить 82%, з них лише 76% – успішне лікування туберкульозу. Причиною низького відсотка успішності є передчасне припинення лікування, отримання ліків із запізненням [225].

Епідемічна ситуація в Україні щодо вакцинованих інфекцій останніми роками лишається нестабільною: захворюваність на кір, краснуху, епідемічний паротит, кашлюк, дифтерію набуває некерованого характеру. Про

це свідчить, зокрема, чергування періодів піднесення і спаду відповідних рівнів захворюваності, зменшення міжепідемічних проміжків часу тощо. ВООЗ оголосила Україну країною з високим ризиком спалаху поліомієліту.

За останні 10 років на урядовому рівні затверджено 10 комплексних заходів та прийнято 45 загальнодержавних програм, які спрямовані на продовження та покращення середньої тривалості очікуваного життя громадян, 5 комплексних заходів – з питання лікування та профілактики СНІДу, 5 – ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС, 15 – формування здорового покоління та стимулювання народжуваності, 3 – здоров'я літніх людей, 4 – боротьби із туберкульозом, 3 – боротьби з наркоманією, 3 – розвитку медицини катастроф. На шляху до ефективного виконання задекларованих програм спостерігалось недостатнє ресурсне забезпечення: 26% програм профінансовано частково, 10% – майже на половину, 6% – на третину, 4% – взагалі не фінансувались, що свідчить про низьку ефективність реалізації державних цільових програм.

Для подальшого формування й підтримання епідемічного благополуччя в Україні щодо інфекцій, керованих засобами імунпрофілактики, необхідно забезпечити достатній обсяг охоплення профілактичними щепленнями, що відповідає рекомендаціям ВООЗ.

Одним із чинників, що зумовлюють невиконання завдань з імунпрофілактики в Україні, є негативне ставлення частини населення до обов'язкової вакцинації, переважно зумовлене пересторогою щодо можливих поствакцинальних наслідків. При цьому недовіра до щеплень здебільшого пов'язана зі слабкою поінформованістю людей щодо необхідності вакцинації та недостатнім усвідомленням небезпеки інфекційних захворювань, часто вона базується й на сумнівах щодо якості пропонованих вакцин. Певний внесок у формування незадовільної ситуації з вакцинацією дітей зробила також активізація антивакцинальної пропаганди.

Отже, Україна має один з найнижчих рівнів планової імунізації населення у світі, що пов'язано з високим ступенем недовіри до них та відсутністю необхідної кількості вакцин. Для покращення ситуації урядом країни

реалізовано ряд проектів для забезпечення та підтримки міцного здоров'я населення (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Поточні проекти реформи охорони здоров'я щодо підвищення імунізації населення

Проект	Період реалізації	Ключові завдання
1	2	3
Проект «Підтримка реформи охорони здоров'я»	27 квітня 2018 р. – 26 квітня 2023 р.	удосконалення систем управління в секторі охорони здоров'я; впровадження нових механізмів фінансування медицини; зміцнення її кадрового забезпечення; підвищення рівня прозорості та підзвітності системи охорони здоров'я та її реагування на потреби громадян; поліпшення системи надання медичних послуг на всіх рівнях.
Проект «Безпечні, доступні та ефективні ліки для українців» (SAFEMed)	1 вересня 2017 р. – 30 серпня 2022 р.	зміцнення системи управління фармацевтичним сектором; оптимізація механізмів його фінансування; забезпечення доступності ліків.
Healthlink	27 вересня 2017 р. – 26 вересня 2022 р.	ліквідація ВІЛ-інфекції як загрози для громадського здоров'я; підвищення попиту та розширення доступу до ВІЛ-послуг; зниження обсягів стигматизації та дискримінації.
ServingLife («Заради життя»)	27 вересня 2017 р. – 26 вересня 2022 р.	зниження захворюваності на ВІЛ-інфекцію, туберкульоз та гепатит С; впровадження досконалих механізмів виявлення, лікування та піклування у слідчих ізоляторах і закладах виконання покарань.
Проект «Підтримка зусиль у протидії туберкульозу в Україні»	1 жовтня 2019 р. – 30 вересня 2024 р.	зниження епідемії туберкульозу шляхом раннього виявлення, відповідного піклування про хворих; підвищення рівня виявлення хвороби; висока якість діагностики, лікування та піклування про пацієнтів, які страждають на туберкульоз; оптимізація звітності, збору та аналізу даних.
Проект «Зміцнення реабілітаційних послуг у системах охорони здоров'я»	1 квітня 2019 р. – 30 червня 2022 р.	розробка та зміцнення комплексних, сталих послуг і систем у сфері реабілітації на основі створення партнерств і залучення зацікавлених сторін; забезпечення доступу до якісних реабілітаційних послуг (у т.ч. до додаткових допоміжних технологій) для осіб, що потребують таких послуг.

1	2	3
Проект «Протидія помилковим уявленням про вакцинацію»	1 липня 2018 р. – 30 грудня 2022 р.	поліпшення попиту та пропозиції послуг з вакцинації в Україні; зміцнення і вдосконалення суспільної комунікації; ведення об'єктивного діалогу з питань вакцинації в контексті медичної реформи; розвиток потенціалу до планування, прогнозування та управління програмами вакцинації на рівні областей і територіальних громад.
Проект «Підтримка України у зміцненні систем імунізації»	1 липня 2019 р. – 30 вересня 2022 р.	підвищення результативності роботи систем імунізації в Україні; зміцнення механізмів координації дій зацікавлених сторін і діяльності в рамках національних дорадчих органів; підвищення суспільного попиту на послуги з імунізації та обсягів їх використання.

Реагування на прояви інфекційних хвороб (туберкульоз, ВІЛ/СНІД, гепатит типу С) є одним з ключових аспектів діяльності USAID. Агентство впроваджує заходи технічної допомоги, що забезпечують наявність необхідних кадрових та фінансових ресурсів, зміцнюють механізми управління програмами з протидії ВІЛ, скорочують кількість випадків дискримінації та стигматизації у зв'язку з ВІЛ. USAID у співпраці з організаціями громадянського суспільства, органами влади України, іншими міжнародними партнерами та інституціями сприяє загальному розвитку системи охорони здоров'я України, яка дозволяє підвищити потенціал українських організацій до надання доступу до піклування та лікування, високоякісних послуг з протидії ВІЛ усім громадянам країни.

У рамках підвищення спроможності громадського здоров'я в Україні урядом проводиться робота щодо забезпечення доступу до якісних профілактичних послуг, спрямованих на збереження здоров'я, та підвищення рівня обізнаності населення щодо здоров'я.

У країні реалізована інтегрована модель, яка забезпечує збалансоване, доказове, безперервне надання послуг. Мережа надавачів послуг у сфері охорони здоров'я відповідає потребам суспільства. Забезпечено безперервність лікування на всіх рівнях надання медичної допомоги. На рівні ПМД

вирішуються 80% проблем людей у питаннях їх здоров'я. НСЗУ заковує послуги у сфері охорони здоров'я, використовуючи механізми стратегічних закупівель. Завдяки відсутності неформальних платежів громадяни є фінансово захищеними при отриманні послуг охорони здоров'я.

Незалежна Агенція з оцінки медичних технологій забезпечує обґрунтованість та доказову базу вибору лікарських засобів (ЛЗ) та медичних виробів (МВ), що заковується державою в рамках ПМГ. Урядом гармонізовано політики доступу до ЛЗ та МВ: затверджено перелік пріоритетних хвороб та станів, регулярно оновлюються протоколи лікування, створено позитивний перелік ЛЗ, діє нова політика ціноутворення. Держава гарантує відсутність дефіциту критичних ЛЗ шляхом локалізації виробництва, державних програм стимулювання R&D, механізмів екстреного доступу до ЛЗ та МВ тощо.

Національне регулювання ринку ЛЗ та МВ відповідає кращим світовим практикам: запроваджено стандарти GxP, всі ЛЗ мають 2Д кодування, індустрія дотримується принципів етичної конкуренції. Україна – країна із суворою регуляторною системою. Забезпечується безбар'єрний доступ до ЛЗ для лікування інфекційних захворювань (ВІЛ/СНІД АРВТ та PrEP).

На 2021 р. на відшкодування вартості препаратів інсуліну за кошти державного бюджету вдалося закласти 841,17 млн грн, або 87% від загальної потреби. Місцева влада завдяки електронному реєстру пацієнтів, які потребують інсулінотерапії, вже зараз може точно спланувати фінансування потреби в кожному регіоні [226].

Потреба в інсулінах визначається згідно з даними електронного реєстру пацієнтів, що потребують інсулінотерапії. Це відкритий прозорий реєстр, який дає змогу розраховувати загальну відповідно до фактичної кількості отриманих хворими препаратів інсуліну потребу в інсулінах. 195896 українцям потрібна щоденна інсулінотерапія через наявність діабету I типу. Потрібний інсулін пацієнти отримують безоплатно або в аптеці за рецептом лікаря з невеликою доплатою.

У 2021 р. від захворювань системи кровообігу померло 392 тис. українців, ще 31,7 тис. – від ДТП, нещасних випадків, насильницьких дій (зовнішніх причин). Такі складні соціальні явища, як умисні ушкодження, нещасні випадки, хвороби серця, вимагають комплексних дій. Однак слабкість системи екстреної медичної допомоги залишається головною проблемою.

У 2021 р. рівень госпіталізації з гострим інфарктом міокарду в Україні становив 1,3 на 1000 населення, незважаючи на високий рівень захворюваності на ішемічну хворобу серця. В країнах Європи, наприклад, цей показник у Латвії, Швеції, Німеччині був більш як вдвічі вищий, в Угорщині Польщі, Хорватії – в півтора раза вищий [227].

У 2019 р. у Державному бюджеті України передбачено 689,95 млн грн на програму «Лікування громадян України за кордоном». Щороку на лікування в закордонних клініках відправляються пацієнти, захворювання яких поки не лікуються в Україні. Направлення на лікування не залежить від віку пацієнта, статі, соціального походження, майнового стану, місця проживання та інших ознак та відбувається в разі неможливості надання медичної допомоги пацієнтам у закладах охорони здоров'я України [226].

Автоматизовано 97% державних медичних закладів первинного рівня медичної допомоги та 93% закладів, що надають спеціалізовану, третинну та екстрену медичну допомогу. Щоб спростити призначення, надання та відшкодування ліків, був запроваджений спеціальний модуль у системі електронного здоров'я (електронний рецепт). У середньому щомісяця вперше отримують е-рецепти на ліки близько 50 000 пацієнтів.

У 2021 р. 1289 аптек уклали договір про реімбурсацію, які мають 11552 місці, де пацієнт може безоплатно отримати потрібні йому ліки за електронним рецептом без прив'язки до місця реєстрації.

Реімбурсація – це процес відшкодування лікарських засобів. Він вже запущений в Україні в рамках програми «Доступні ліки», розпорядником якої наразі є МОЗ. З 01 квітня 2021 року управління програмою перейшло до НСЗУ. Ліки відшкодовуються в межах трьох основних захворювань, найбільш

поширених в Україні (серцево-судинні захворювання, діабет II типу та бронхіальна астма). За цими трьома напрямками отримання ліків у рамках програми реімбурсації «Доступні ліки» є безкоштовним. З Державного бюджету в 2019 р. виділено в зазначений напрям 1 млрд грн: 250 млн – на регіональну субвенцію.

Станом на 14 січня 2020 р. лікарські засоби за державною програмою «Доступні ліки» відпускались у 7430 аптеках країни й лише за електронними рецептами. Уже виписано 11,19 млн електронних рецептів, з них погашено – 9,39 млн (84,38 %).

У 2021 р. користувачами програми «Доступні ліки» (на постійній основі) вже є близько 3 млн пацієнтів. Виписано 36,6 млн рецептів, реімбурсовано 65,6 млн упаковок на загальну вартість 2,8 млрд грн. Найбільша кількість виписаних рецептів – для лікування серцево-судинних захворювань (майже 8,940 млн), далі – цукровий діабет (понад 1,860 млн) та бронхіальна астма (понад 332 тис.). 254 лікарських засоби включено до списку ліків, які можна отримати за програмою: 176 з них – можна отримати з незначною доплатою, інші – повністю безоплатно.

До 01 квітня 2020 р. в Україні паліативну медичну допомогу надавали 7 хоспісів, 2 спеціалізовані центри надання паліативної допомоги, близько 100 спеціалізованих паліативних відділень, декілька мобільних служб, створених волонтерами, ентузіастами. Після 01 квітня 2020 р. отримали фінансування за програмою медичних гарантій від НСЗУ 413 стаціонарних відділень (400% зростання) та 203 мобільні служби (зростання з декількох до 203). У Програмі медичних гарантій на 2022 р. було передбачено 36 пакетів медичних послуг. Залишаються такі самі пріоритетні напрями, як і у 2020 р.

У 2020 р. 211 юридичних осіб приватної форми власності та 333 лікарі приватної практики (фізичні особи-підприємці) надавали безоплатні послуги. У 2021 р. безоплатно спеціалізовану медичну допомогу надавали 101 установа та 848 установ – первинну медичну допомогу.

Для забезпечення доступності медичних послуг урядом проведено ряд заходів щодо розвитку цифрового здоров'я:

1. Створено єдиний медичний інформаційний простір з національною і транскордонною інтероперабельністю та наскрізними процесами та сервісами.

2. Визначено і забезпечено інфраструктурні та технічні умови надання якісних медичних послуг з використанням ІТ-систем на всіх рівнях, включно з приватним сектором, та створено передумови впровадження інтелектуальних систем підтримки прийняття рішень.

3. Забезпечено механізми збору та контролю за якістю даних, візуалізації та аналізу відкритих даних, дані є прозорими та актуальними в рамках всієї системи охорони здоров'я.

4. Створено зручні та прозорі механізми доступу користувачів до повних даних про своє здоров'я, доступні й надані послуги, ризики та профілактику, управління цією інформацією.

5. Дані з eHealth використовуються для прийняття ефективного персоналізованого лікування пацієнтів, досліджень, прийняття управлінських рішень у системі охорони здоров'я, в тому числі з використанням підходів BigData та технологій штучного інтелекту.

6. Створено сталі інституції з чіткою моделлю управління, що забезпечує гнучкість та ефективність розвитку eHealth та існування ринку eHealth із саморегуляцією, інтероперабельністю.

7. Телемедицина ефективно працює для будь-якого пацієнта в будь-якій точці України та забезпечує розширення покриття і доступність послуг.

8. Держава визначає пріоритети безпеки і забезпечує регуляції та заходи, які створюють умови, за яких медичні дані ефективно захищені на всіх рівнях та контрольовані власниками таких даних.

9. Забезпечено ефективні механізми розвитку та підтримки цифрових компетенцій користувачів електронних медичних технологій пацієнтами та лікарями.

Ініціатива ЄС EU4Digital, яка має на меті забезпечити ефективні системи обміну медичною інформацією та управління відповідно до найкращих практик, співпрацює з Україною та іншими країнами регіону Східного партнерства. EU4Digital прагне поширити на країни Східного партнера переваги єдиного цифрового ринку ЄС, спрямовуючи підтримку на розвиток потенціалу цифрової економіки та суспільства, щоб допомогти бізнесу, покращити життя, створити більше робочих місць, забезпечити економічне зростання в Україні.

В умовах євроінтеграції та цифровізації в медичну практику впроваджено систему електронних медичних записів ЕНР. В Україні електронні медичні картки працюють з березня 2019 року. Згідно з даними НСЗУ, за системою ЕНР більшість звернень в Україні є консультаційними (близько 8 млн з 13 млн). Серед затребуваних спеціалістів можна виділити неврологів (близько 700 тис. електронних направлень), офтальмологів (майже 600 тис. електронних направлень), хірургів (580 тис. електронних направлень) та ЛОР-спеціалістів (540 тис. е-направлень) [228].

Програма медичних гарантій окреслила чіткий перелік та обсяг медичних послуг, які гарантовані українцям та оплачуються з державного бюджету. Ці послуги мають бути доступні всім, незалежно від віку, місця проживання, соціального й економічного статусу. Система управління якістю охорони здоров'я працює на національному та регіональному рівнях.

Якщо в жовтні 2016 р. лише 55% респондентів знали своїх сімейних лікарів, то після прийняття закону про трансформацію системи охорони здоров'я (осінь 2017 р.) цей показник зріс до 66% протягом року та досяг 81% у 2021 р.

Вільно обирати своїх лікарів – сімейних, терапевтів і педіатрів – громадяни України почали з квітня 2018 р. Соціологічні опитування показують стабільно високий рівень довіри до свого лікаря. Понад 31 млн пацієнтів вільно обрали своїх лікарів ПМД, 74% задоволені обраним лікарем.

Система охорони здоров'я в Україні дедалі гостріше відчуває брак кваліфікованих медичних кадрів. Частка медичних працівників серед усіх трудових ресурсів України достатньо висока (5,9%), однак кадрове забезпечення сфери охорони здоров'я України є незадовільним та має стійку тенденцію до погіршення: за 30 років кількість лікарів та молодшого медичного персоналу скоротилась у 2 та 4 рази, відповідно. Особливого загострення ситуація набула у 2020-2021 рр. під час пандемії. Протягом 2020 р. через незадовільні умови праці (відсутність засобів індивідуального захисту, різке зростання робочого навантаження, застарілу матеріально-технічну базу тощо) звільнилось понад 34 тис. медичних працівників. Крім того, майже третина (28,7%) лікарів та медичних сестер були інфіковані COVID-19, частина працівників пенсійного і передпенсійного віку були змушені брати відпустки без збереження заробітної плати через загрозу інфікування та важкого перебігу коронавірусної хвороби (віковий самоценз), що на певний час виключило їх із системи охорони здоров'я.

Хоча забезпечення медичними працівниками по Україні в цілому приблизно відповідає середньоєвропейському рівню, укомплектованість закладів охорони здоров'я лікарями та середнім і молодшим медичним персоналом має стійку тенденцію до зниження. Так, у порівнянні з 2019 р. кількість лікарів знизилась на 4%, а середнього і молодшого медичного персоналу – на 17% (у тому числі за рахунок скорочення штатних посад). За прогнозами, до 2030 р. укомплектованість медичних закладів України лікарями становитиме 75%, а середнім та молодшим медичним персоналом – 73,6% від потреби. Аналіз тенденції скорочення чисельності медичних працівників свідчить про дефіцит вакансій у сфері охорони здоров'я в обсязі майже 13 тис. посад.

Високі темпи зменшення кількості середнього та молодшого медичного персоналу посилюють диспропорцію співвідношення лікарів та медичних сестер у системі охорони здоров'я України (1:1,25 у 2020 р. проти рекомендованих ВООЗ 1:4), що створює додаткове навантаження на лікарів і

знижує загальну ефективність надання медичних послуг. Зазначені проблеми в розвитку галузі виникли внаслідок недостатнього мотивування медичних працівників (насамперед, у контексті рівня оплати праці), нерівномірності розподілу соціальних гарантій між регіонами та рівнями медичної допомоги, а також високого рівня трудової міграції фахівців.

При цьому спостерігається стійка диспропорція між західними областями (де забезпеченість медичним персоналом найбільша), центральними та південними областями (де забезпеченість медичним персоналом найнижча) та північними та східними областями (де забезпеченість медичним персоналом на рівні «вище середнього»). Відповідна диспропорція посилюється в розрізі «місто – село», адже лише 5,3% лікарів та 11,5% середнього й молодшого медичного персоналу працюють у сільській місцевості, де проживає близько 30% населення України.

Кількість лікарів відповідних спеціальностей в Україні продовжує скорочуватися. Зокрема, протягом 2021 р. кількість пульмонологів скоротилась на 12%, дерматологів – на 8%, інфекціоністів та гінекологів – на 5%, невропатологів та ендокринологів – на 4%, урологів – на 1% і лише кількість онкологів майже не змінилась (рис. 3.15) (на основі [229]).

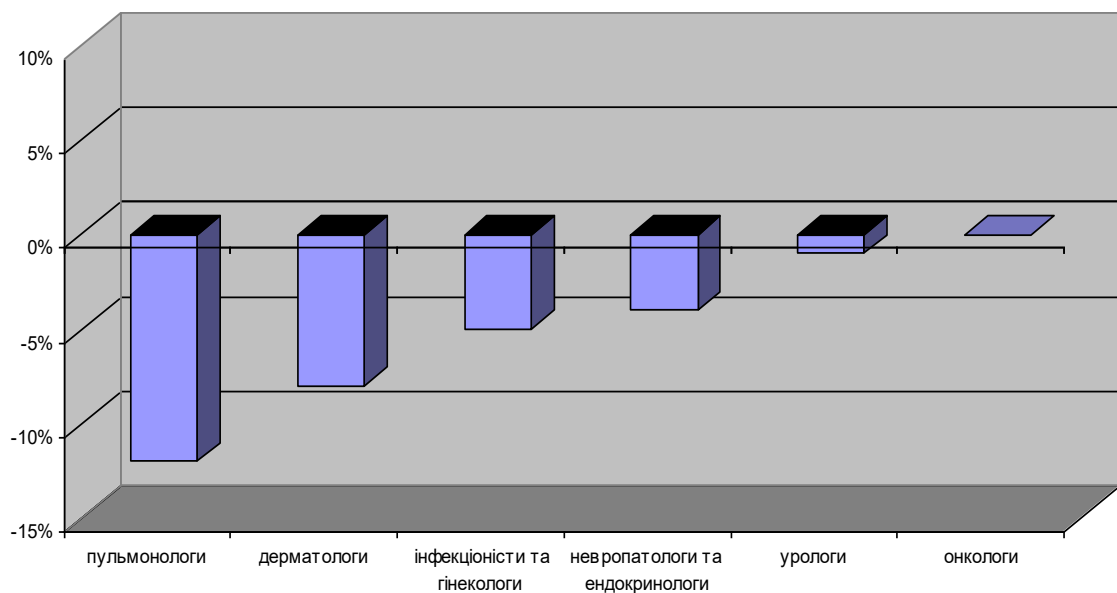


Рис. 3.15. Динаміка кількості лікарів медичних спеціальностей в Україні у 2021 р., %

Ускладнює розвиток галузі й старіння кадрів – майже чверть лікарів (23,6%) та 11% середнього й молодшого медичного персоналу досягли пенсійного віку.

Щонайменше 50% лікарів працюють за сумісництвом, що актуалізує питання забезпечення гідних умов та оплати праці медичних працівників. Попри те, що відбувається поступове підвищення рівня оплати праці медичним працівникам, вона залишається однією з найнижчих в економіці (12317 грн у червні 2021 р., що було на 13,9% нижче за середню по Україні), а її відставання від середньої заробітної плати продовжує посилюватися. При цьому спостерігається дисбаланс між доходами медичних працівників, які обіймають адміністративні посади (середня заробітна плата становить 23,5 тис. грн), та медичним персоналом, який займається безпосередньо медичною практикою (середня заробітна плата становить трохи більше 8 тис. грн).

Ситуація загострюється через те, що обмежені можливості фінансування медичних закладів за рахунок місцевих бюджетів посилюють ризики забезпечення гідних умов найму та оплати праці медичних працівників у перспективі. На рахунках у медичних закладах майже 17 млрд грн. Це 17% від коштів, які НСЗУ виплатила закладам у 2020 р. Ці кошти можна було б використати на збільшення заробітних плат на 30%.

Зазначені соціально-економічні умови змушують українських медичних працівників шукати роботу за кордоном, насамперед – у сусідніх країнах, де оплата їхньої праці за фахом в середньому у 4-5 разів вища за українську. Так, протягом 2020 р. з України виїхало понад 66 тис. медичних працівників.

На основі оцінки обраних факторів розвитку системи охорони здоров'я (громадське здоров'я, доступ до лікарських засобів, надання послуг в охороні здоров'я та фінансування, кадрові ресурси системи охорони здоров'я) можна зробити висновок, що система охорони здоров'я України за показниками смертності, тривалості життя, боротьби з інфекційними та хронічними захворюваннями значно відстає від розвинених країн світу. Аналіз стану здоров'я населення України свідчить про невисокий рівень народжуваності,

високий рівень смертності, скорочення середньої очікуваної тривалості життя та, як наслідок, незадовільну медико-демографічну ситуацію.

Указом Президента України глобальні ЦСР регламентовано у Національній доповіді «Цілі сталого розвитку: Україна на період до 2030 року» Ціль 3. Забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці. Ціль 3 має адаптовані індикатори визначення [51], аналіз яких за статистичними показниками до впровадження воєнного стану в Україні (період з 2017-2020 рр.) наведений в табл. 3.6.

Таблиця 3.6

Індикатори досягнення Цілі 3 ЦСР Україні в 2017–2020 рр. з розрахунком прогнозного значення (на основі [230-231])

Індикатор	2017	2018	2019	2020	2023 (прогноз)	2025 (прогноз)
1	2	3	4	5	6	7
Завдання 3.1. Знизити материнську смертність						
3.1.1. Кількість випадків материнської смерті, на 100000 живонароджених	9,1	12,5	14,9	11,8	16,8	18,9
Завдання 3.2. Мінімізувати смертність, якій можна запобігти, серед дітей віком до 5 років						
3.2.1. Смертність дітей у віці до 5 років, випадків на 1000 живонароджених	8,9	8,3	8,2	8,5	7,89	7,63
Завдання 3.3. Зупинити епідемії ВІЛ/СНІДу та туберкульозу, у тому числі за рахунок використання інноваційних практик та засобів лікування						
3.3.1. Кількість хворих з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ, на 100 000 населення	42,8	42,8	42,6	30,9	23,62	16,44
3.3.2. Кількість хворих з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу, на 100000 населення	51,9	50,5	60,1	51,7	57,6	59,4
Завдання 3.4. Знизити передчасну смертність від неінфекційних захворювань						
3.4.1. Кількість смертей чоловіків від цереброваскулярних хвороб у віці 30-59 років, на 100 000 чоловіків відповідного віку	62,3	62,1	57,3	56,2	49,08	44,46
3.4.2. Кількість смертей жінок від цереброваскулярних хвороб у віці 30-59 років, на 100 000 жінок відповідного віку	26,7	25,5	23,4	25,5	22,71	21,57
3.4.3. Кількість смертей від злякисного новоутворення молочної залози у віці 30-59 років, на 100 000 жінок відповідного віку	24,3	24,1	22,6	23,0	21,07	19,99
3.4.4. Кількість смертей від злякисного новоутворення шийки матки у віці 30-59 років, на 100 000 жінок відповідного віку	12,0	11,5	11,7	10,1	8,85	7,75
Завдання 3.5. Знизити на чверть передчасну смертність населення, у тому числі за рахунок упровадження інноваційних підходів до діагностики захворювань						
3.5.1. Ймовірність померти в 20–64 роки, чоловіки, ‰	0,38	0,39	0,38	0,36	0,35	0,34
3.5.2. Ймовірність померти в 20–64 роки, жінки, ‰	0,15	0,15	0,14	0,15	0,15	0,15

1	2	3	4	5	6	7
Завдання 3.6. Знизити рівень отримання тяжких травм і смертності внаслідок ДТП, у тому числі за рахунок використання інноваційних практик реанімування, лікування та реабілітації постраждалих унаслідок ДТП						
3.6.1. Кількість смертей унаслідок транспортних нещасних випадків, на 100 000 населення	12,1	10,5	10,9	11,0	9,82	9,24
3.6.2. Кількість отриманих тяжких травм унаслідок транспортних нещасних випадків/ДТП, на 100 000 населення, % до рівня 2015 року (залежно від виду транспорту)	-	-	-	-	-	-
Завдання 3.7. Забезпечити загальну якісну імунізацію населення з використанням інноваційних препаратів						
3.7.1. Рівень охоплення імунопрофілактикою згідно з Національним календарем щеплень (відповідно до медичних показань), % (залежно від вікової групи та захворювання)	-	-	-	-	-	-
Завдання 3.8. Знизити поширеність тютюнокуріння серед населення з використанням інноваційних засобів інформування про негативні наслідки тютюнокуріння						
3.8.1. Частка осіб, які курять, серед жінок віком 16-29 років, %	5,2	4,8	7,5	4,5	5,77	5,89
3.8.2. Частка осіб, які курять, серед чоловіків віком 16-29 років, %	28,9	27,9	29,3	27,0	26,34	25,48
Завдання 3.9. Здійснити реформу фінансування системи охорони здоров'я						
3.9.1. Частка витрат населення у загальних видатках на охорону здоров'я, %	47,4 5	48,2 4	48,2 0	40,0	35,89	31,42

Для визначення прогнозного значення індикаторів реалізації завдань для досягнення Цілі 3 використана одна із статистичних функцій Excel – ПРЕДСКАЗ (x; масив даних у; масив даних x). Функція на основі лінійної регресії обчислює майбутній показник за заданими значеннями. За результатами прогнозу в 2023, 2025 рр. індикатори 3.2.1, 3.3.1, 3.6.1, 3.8.2, індикатори завдання 3.4, 3.5, 3.9 мають позитивну тенденцію. Індикатори 3.1.1, 3.3.2, 3.8.1 в 2023, 2025 рр. мають негативну тенденцію. Показники цього року (2022 р.) погіршать загальні стратегічні показники під впливом кардинальних змін у структурі населення країни, великих людських втрат, погіршення доступу до медичних послуг тощо.

У сфері охорони здоров'я впродовж останніх п'яти років відбулась низка реформ, спрямованих на підвищення якості та доступності медичних послуг. Незважаючи на значний прогрес у досягненні поставлених цілей та позитивні

тенденції, існують фактори, що стримують розвиток системи охорони здоров'я України [232]:

- недостатній рівень фінансування системи охорони здоров'я. Бюджетні витрати переважно склалися із видатків закладів охорони здоров'я на виплату заробітної плати та оплату комунальних послуг (близько 75%). За таких обставин залишається мінімум фінансових можливостей для фактичного надання послуг, тобто лікування хворих, закупівлі медикаментів та витратних матеріалів, оновлення технологічних фондів. З 2017 р. принципи фінансування в охороні здоров'я змінилися і наразі видатки для закладів охорони здоров'я відбуваються на основі послуг, які ті надали пацієнтам, що дасть змогу отримати більш доступну допомогу для пацієнта та забезпечити більш ефективно використання коштів на основі визначеного гарантованого пакета послуг;

- поширеність серед населення практики самолікування. В Україні майже 69% хворих займаються самолікуванням, не звертаючись за допомогою до лікарів. Це призводить до збільшення випадків ускладнень, особливо у хронічно хворих пацієнтів, негативно впливає на показники інвалідності і скорочення життя;

- неефективність частини лікарських препаратів, які реалізуються на ринку. Майже 10,5% всієї медичної продукції, що використовується в країнах з низьким та середнім рівнем доходів, не витримує перевірки та є фальсифікатом. Через відсутність єдиної системи моніторингу обігу ліків в Україні неможливо визначити обсяг фальсифікованих ліків.

Трансформація діючої системи охорони здоров'я України має за мету забезпечити громадянам України рівний доступ до якісних медичних послуг, у результаті змін орієнтувати систему так, щоб у центрі її був пацієнт. Пріоритетами реформи системи охорони здоров'я в Україні є медична реформа; громадське здоров'я; спеціалізована медицина; доступні та якісні лікарські засоби. У цілому реформа передбачає:

-здійснення реформи фінансування системи охорони здоров'я, впровадження нових фінансових механізмів на рівні спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги (амбулаторного та стаціонарного рівнів);

-забезпечення фінансового захисту населення від надмірних витрат;

-ефективне функціонування моделі державного гарантування пакета медичної допомоги, який має бути доступним для всього населення, незалежно від статі, місця проживання, рівня статків та інших соціально-демографічних характеристик;

-оновлення матеріально-технічної бази, забезпечення інформаційного та кадрового ресурсу закладів охорони здоров'я на всіх рівнях медичної допомоги відповідно до міжнародних стандартів;

-упровадження інноваційних технологій у щоденній медичній практиці та забезпечення доступу до високотехнологічного лікування [233].

Серед ключових запланованих подій, передбачених стратегією реформування системи охорони здоров'я України, на січень 2022 р. були: внесення змін до Програми медичних гарантій, ширше запровадження стаціонарозамісних форм лікування, ендоскопічні дослідження та мамографія, підвищення вимог до лікування онкологічних захворювань.

Бюджет Програми медичних гарантій на 2022 р. становить понад 157 млрд грн (на 34 млрд грн більше, ніж у 2021 р.). Пріоритетом Програми медичних гарантій на 2022 р. є охорона материнства та дитинства, стаціонарне лікування (інсульт, інфаркти та онкологія, коронавірус), розширення програми «Доступні ліки», неонатальна допомога, супровід та лікування пацієнтів з туберкульозом на «первинці», лікування пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями, розвиток електронних сервісів [200].

Фінансові й правові важелі також планувалось задіяти для підвищення ефективності та збільшення частки первинної допомоги в загальній системі надання медичних послуг.

Проведемо порівняльний аналіз результатів упровадження публічних механізмів у сферу охорони здоров'я в умовах пандемії для України та країн-сусідів (Румунія, Молдова, Угорщина, Словаччина, Польща) для визначення найбільш ефективної політики уряду щодо реформування медичної галузі (ДОДАТОК Л).

Аналіз сучасного стану системи охорони здоров'я Румунії, Молдови, Угорщини, Словаччини, Польщі, України дав змогу визначити фактори ризику галузі та пріоритети в умовах пандемії. За результатами оцінювання доступності послуг, ефективності та стійкості систем охорони здоров'я можна виділити Словаччину як країну з найбільш ефективною політикою уряду щодо реформування медичної галузі в умовах COVID-19. Зважаючи на те, що Словаччина має один із найвищих показників смертності в ЄС, кількість летальних випадків від COVID-19 є нижчою, ніж показники країн, що досліджуються, а задоволеність потреб громадян у медичній допомозі становить 97,3%. Розвиток електронної медицини, зокрема телемедицини, швидке впровадження заходів стримування та визначення доцільних пріоритетів розвитку медичної галузі дали Словаччині змогу досягти найбільш позитивних результатів у забезпеченні ефективної політики громадського здоров'я.

Україна не увійшла до лідерів серед країн, що порівнюються, через низку проблем системи охорони здоров'я, до яких можна віднести:

- недостатнє фінансування галузі, зумовлений цим брак коштів для забезпечення доступної, ефективної, якісної, медичної допомоги, низький рівень оплати праці медичних працівників;

- нераціональну організацію медичної допомоги, диспропорцію в розвитку амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної, первинної та спеціалізованої допомоги, незадовільний зв'язок і наступність у їх наданні;

- недосконалість правового забезпечення діяльності системи охорони здоров'я;

-недостатність, нескоординованість і неефективність заходів, направлених на зміцнення та збереження здоров'я населення;

-потребу в підвищенні кваліфікації, удосконаленні підготовки працівників охорони здоров'я, поліпшенні умов їх роботи, її якості та ефективності;

-брак сучасних медичних технологій, недостатнє володіння ними, незадовільне медикаментозне і матеріально-технічне забезпечення закладів охорони здоров'я;

-низький рівень інформаційного забезпечення й управління системою охорони здоров'я на різних рівнях [239].

Неспроможність трансформації національної системи охорони здоров'я, високий рівень корупції та неефективна політика в цій сфері свідчать про неефективність процесу реформування.

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

У період з 2014 р. до нинішньої ескалації конфлікту понад 14 тис. осіб загинуло, у тому числі 3,1 тис. цивільних чоловіків, жінок і дітей; і приблизно 37 тис. (з них 7 тис. цивільних) отримали поранення. До ескалації більшість недавніх жертв була через мінування території, нерозірвані боєприпаси та інші вибухові об'єкти. З початку війни по 2 березня 2022 р. було підтверджено, що найменше 752 жертви серед цивільного населення, у тому числі 227 загиблих (15 дітей) та 525 поранених (28 дітей). За оцінками МОЗ. за той самий період постраждали понад 2000 осіб, однак реальні витрати набагато вищі [200].

До інших країн в умовах війни виїхало близько 18 млн громадян, з них 7,7 млн перемістилися в межах України у відносно безпечніші регіони. За даними ООН, кількість людей, які покинули Україну, перевищила 5,08 млн осіб. Найбільша кількість громадян виїхала до Польщі 2,84 млн осіб (56%);

Угорщини – 0,47 млн осіб; Молдови – 0,43 млн осіб; Словаччини – 0,34 млн осіб; Румунії – 0,76 млн осіб; Чехії – 0,3 млн осіб (рис. 3.16) (на основі [200]).

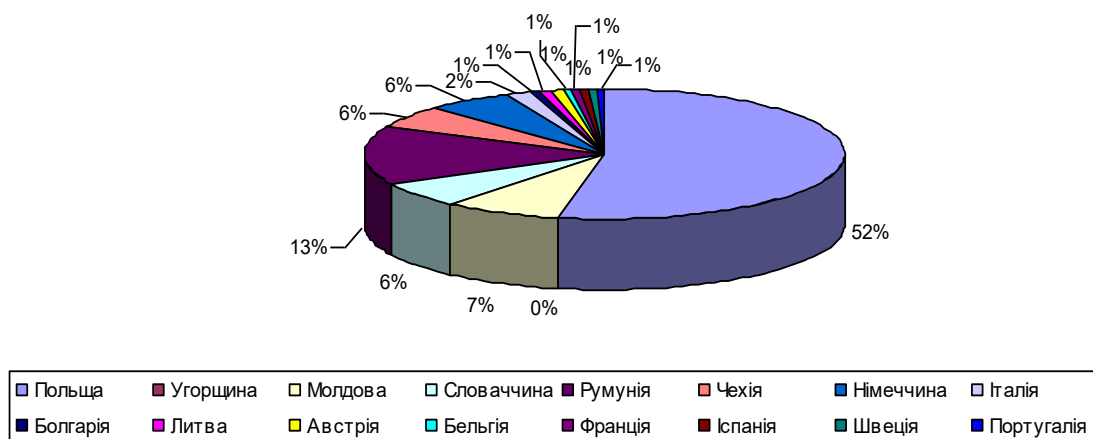


Рис. 3.16. Структура переміщення громадян України з 24 лютого 2022 р., %

У зв'язку з масовим переміщенням громадян України в умовах війни значно підвищується ризик поширення циркулюючого вакцинного поліовірусу типу 2 за межі країни. На теперішній час, за оцінками ВООЗ, загальний ризик поширення циркулюючого вакцинного поліовірусу типу 2 оцінюється як помірний. Через посилення соціального змішування та порушення роботи служб вакцинації існує ризик збільшення поширення кору. Попри те, що нинішні кліматичні умови не є сприятливими для передачі холери, руйнування та порушення інфраструктури та водопостачання збільшує ризик її спалаху. Так, через тривале блокування Маріуполя (Донецька область) та постійний обстріл забороненою міжнародним правом зброєю в тимчасово окупованому місті наявні фактори, які можуть сприяти масштабній епідемії холери (відсутність каналізації, централізованого водопостачання, тисячі непохованих тіл загиблих, що почали розкладатися; сміття та нечистоти, які накопичилися на вулицях міста і не вивозилися на звалища від початку повномасштабного вторгнення Росії; відсутність медичних закладів, кваліфікованих лікарів та ліків для надання медичної допомоги) [240].

З початку збройного конфлікту з 24 лютого та до 4 травня 2022 р. кількість нападів агресора на медичні установи та їх персонал, пацієнтів, інфраструктуру системи охорону здоров'я України постійно зростає. Так, за

вказаний період зафіксовано 186 нападів. Результатом таких нападів є 126 постраждалих, з них 73 особи померли, госпіталізовано 53 особи [241].

Україна є країною з великою кількістю гірничодобувних та промислових ділянок, нафтопереробними заводами переважно на сході країни. Радіоядерні та хімічні центри становлять серйозний ризик для здоров'я, якщо вони будуть пошкоджені під час поточного конфлікту. Ризик біологічної небезпеки достатньо низький, оскільки в країні мало ймовірна наявність колекцій патогенних мікроорганізмів, однак ризик дезінформації щодо цих небезпек є високим. Наразі діючі атомні електростанції (АЕС) України працюють у штатному режимі, порушення лімітів та умов безпечної експлуатації АЕС відсутні. Однак ВООЗ проводиться постійний моніторинг ситуації та оцінка радіаційного ризику в надзвичайній ситуації.

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

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

В Україні у дорослих, які постраждали внаслідок війни, поширеність розладу психічного здоров'я, депресії та тривоги становила 32%, 22% і 17%, відповідно. Виходячи з цих оцінок, майже 4 млн дорослих і 1 млн дітей з 18 млн постраждалого населення ризикують зазнати проблем психічного здоров'я, пов'язаних із конфліктом. Серед дорослих внутрішньо переміщених

осіб кожен третій ризикує захворіти на посттравматичний синдром. Для профілактики та контролю ситуації МОЗ веде онлайн-карти [200].

З початком повномасштабного вторгнення Росії в Україну урядом ухвалено ряд рішень у частині аналізу видатків державного бюджету та виокремлення пріоритетних цілей для фінансування (підтримка людей, які постраждали під час війни, забезпечення державних гарантій медичним працівникам). КМУ прийнято постанову від 12 квітня 2022 р. №281-р щодо перерозподілу видатків на медичну галузь шляхом зменшення обсягу видатків споживання та збільшення видатків розвитку за програмою «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» у сумі 200200 тис. грн.

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

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

У світовій практиці для швидкого (впродовж 24 годин) вирішення надзвичайних ситуацій у медичній галузі створено Надзвичайний фонд на випадок надзвичайних ситуацій (Contingency Fundfor Emergencies – CFE), який забезпечує ресурсами ВООЗ. Зазначений швидкий підхід до вирішення надзвичайних ситуацій знижує економічні, соціальні ризики та гарантує

фінансове забезпечення життєво необхідних операцій в умовах обмеженості фінансових ресурсів.

Загальний обсяг фонду CFE становив 261,77 млн дол. США. До п'ятірки лідерів щодо розміру внесків до CFE можна віднести Нідерланди (2,35 млн дол. США), Великобританію (5,59 млн дол. США), Норвегію (8,07 млн дол. США), Німеччину (31,65 млн дол. США), США (49,65 млн дол. США) (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

ТОП-10 країн, що формують фонд CFE у 2017-2022 рр., млн дол. США [241]

Країна	2017 р.	2018 р.	2019 р.	2020 р.	2021 р.	2022 р.	Всього
Німеччина	9,88	15,22	17,12	4,51	31,65	-	83,19
США	-	-	-	-	-	49,65	49,65
Японія	-	-	22,06	-	-	-	32,89
Великобританія	1,1	5,64	5,24	-	5,59	-	27,00
Нідерланди	-	1,17	2,35	6,79	1,18	1,18	12,57
Норвегія	-	1,25	1,17	2,58	3,47	4,60	13,08
Швеція	-	4,41	1,03	4,19	-	-	10,79
Канада	0,75	0,75	0,74	1,46	1,62	-	6,05
Данія	-	3,19	-	1,21	-	-	4,39
Австралія	-	3,04	0,35	-	-	-	3,39

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

Фінансування CFE має такі переваги в загальній системі світового фінансового ринку: швидке реагування протягом 24 годин, висока забезпеченість фінансовими ресурсами, оперативні цикли виплат після надходження відповідного запиту про надзвичайну ситуацію. Загальні витрати фонду CFE у 2022 р. у загальному обсязі становлять 26,87 млн дол. США. З початку збройного конфлікту з лютого 2022 р. на потреби Україні виділено 1,4 млрд дол. США з фонду CFE (табл. 3.8).

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

Виплати з фонду CFE у 2022 р., дол. США [241]

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

Німецька неурядова організація надання підтримки ЕМТ, команда CADUS координують процес транспортування хворих через кордон до ЄС. Національна служба екстреної допомоги забезпечує транспортування хворих у межах України. На сьогодні на об'єкти в Іспанії евакуювали 110 психіатрично хворих через Польщу та до 11 європейських країн більше 200 українських пацієнтів (Бельгія, Данія, Ірландія, Іспанія, Італія, Люксембург, Німеччина, Норвегія, Португалія, Румунія, Швеція).

Станом на 04 травня 2022 р. ВООЗ отримала 46,5 млн дол. США (81%) для задоволення потреб 6 млн людей (рис. 3.17), з них 12,5 млн дол. США призначені для забезпечення та підтримки охорони здоров'я громадян, які постраждали від конфлікту; 45 млн дол. США – для адаптації діючої системи охорони здоров'я в Україні до надзвичайних умов (на основі [241]).

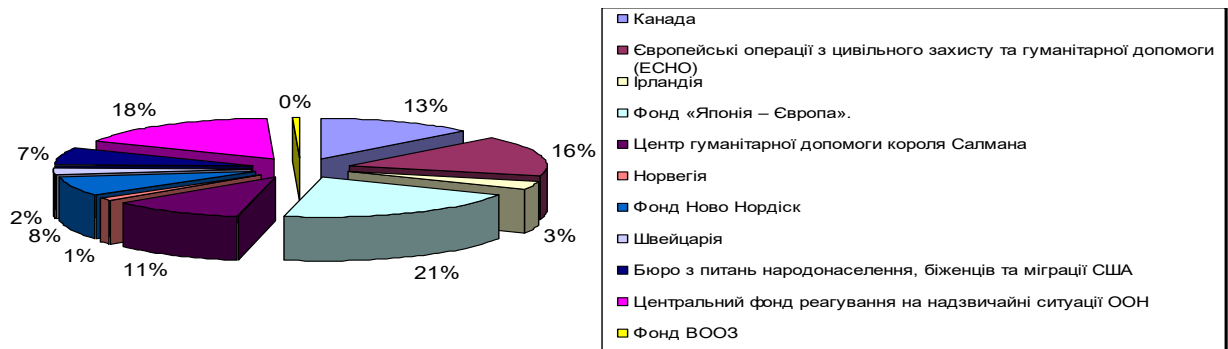


Рис. 3.17. Структура внесків донорів до ВООЗ для задоволення потреб населення в рамках реалізації Цілі 3 ЦСР у 2022 р., %

ВООЗ у перші тижні війни виділила Україні 10,2 млн дол. США зі свого резервного фонду на надзвичайні ситуації. В умовах збільшення потреб щодо якісної медичної допомоги під час збройного конфлікту доступ до медичних послуг є доволі ускладненим. Основними препаратами, доступ до яких у країні обмежений, є ліки від гіпертонії (39%), знеболювальні (46%), ліки від серцево-судинних захворювань (40%).

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

Для підтримки гарантованих конституційних прав громадян на життя та здоров'я, безперервної реалізації найважливіших медичних послуг в умовах конфлікту в Україні проводиться закупівля товарів: 431,5 тис. дол. США на управління системою поставок холодового ланцюга; 1,62 млн дол. США – на

біологічні, хімічні, ядерні, радіологічні, вибухові речовини; 4,8 млн дол.США – на хірургічні засоби; 6,4 млн дол. США – на первинну медичну допомогу [242].

З урахуванням поточної ситуації та проведених оперативних заходів щодо реформування охорони здоров'я потреба в додаткових фінансових ресурсах в Україні зростає. Актуальними цілями в цьому напрямі є забезпечення рівного доступу до невідкладної та критичної медичної допомоги, профілактика та протидія інфекційним захворюванням, екстрена медична інформація та спостереження, ефективна координація гуманітарних інтервенцій у сектор охорони здоров'я (рис. 3.18).

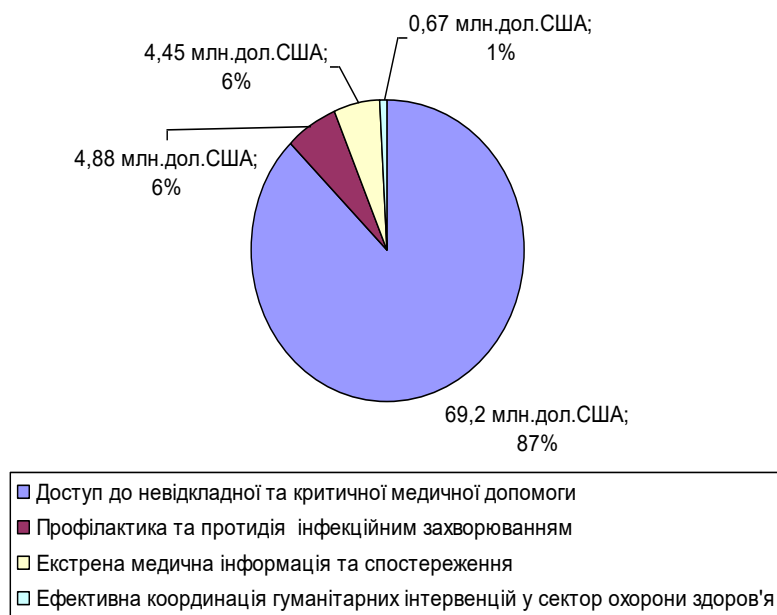


Рис. 3.18. Потреби в ресурсах за конкретними цілями в Україні [243]

Протягом 2022 р. для забезпечення лікарень пріоритетним медичним обладнанням в умовах воєнного стану в Україні узгоджена можливість використання коштів Світового банку (близько 45 млн дол. США), для знеболення та лікування поранених у країну доставили понад 700 тис. одиниць наркотичних засобів. ВООЗ, взаємодіючи з МОЗ, обробляє пожертвування медичного обладнання, ліків від неурядових організацій (Проект Direct Relief, Foot Print, Європейський альянс крові), державних партнерів (Європейська комісія та Онтаріо, Канада), біотехнологічних та фармацевтичних компаній (Novo Nordisk, Reig Jofre, Roche, Seegene) [241].

У зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України МОЗ прийняло в 2022 р. ряд рішень для вдосконалення роботи сфери охорони здоров'я, серед них: юридичне закріплення можливості залучення студентів до роботи в аптеках, забезпечення роботи координаційної робочої групи з питань лікування громадян України в закордонних клініках на період дії воєнного стану в Україні, розробка Методичних рекомендацій щодо тактики хірургії контролю пошкоджень та стабілізації стану постраждалих на етапах евакуації, затвердження нормативно-правової бази для початку закупівель лікарських засобів за централізованими програмами, спрощення порядку проведення медико-соціальної експертизи [244].

В умовах воєнного стану урядом країни впроваджено низку заходів, спрямованих на оптимізацію роботи медичних закладів. Аптечні заклади в разі відсутності технічної можливості можуть не вносити інформацію до електронної системи охорони здоров'я. Звіти аптечних закладів про відпущені лікарські засоби та надавачів медичних послуг про надані медичні послуги можуть не надаватися. На період дії воєнного стану зупинено акредитацію закладів охорони здоров'я. Акредитаційні сертифікати, строк дії яких закінчується в період дії воєнного стану або закінчився за три місяці до дня введення воєнного стану, продовжують діяти протягом 12 місяців з дня припинення або скасування воєнного стану. Виписування електронних рецептів на лікарські засоби, які підлягають реімбурсації, може здійснюватися в паперовій формі [245].

Постановою КМУ від 26 квітня 2022 р. №491 “Деякі питання використання коштів з рахунка для задоволення потреб охорони здоров'я” затверджено Порядок використання коштів з рахунка МОЗ, відкритого в Національному банку України для задоволення потреб охорони здоров'я. Кошти спрямовуються на закупівлю медичних меблів, лікарських засобів, мобільних госпіталів, спеціалізованих транспортних засобів, оплату банківських послуг, відновлення роботи комунальних та державних закладів охорони здоров'я, закупівлю послуг, пов'язаних з постачанням медичного

забезпечення. Першочергово кошти спрямовуються на медичне забезпечення для регіонів, де ведуться бойові дії, та закладів охорони здоров'я, що залучені до надання медичної допомоги пораненим та постраждалим унаслідок бойових дій, відновлення роботи державних і комунальних закладів охорони здоров'я, що постраждали внаслідок бойових дій [246-247].

У Програмі медичних гарантій на 2022 рік на початку 2022 р. передбачалось 36 пакетів медичних послуг за пріоритетними напрямками, які були й у 2020 р. В умовах воєнного стану уряд забезпечив безперервне фінансування медичних закладів у надзвичайній ситуації шляхом внесення змін до Порядку реалізації програми медичних гарантій у 2022 році. Після 1 квітня 2022 р. отримали фінансування за програмою медичних гарантій від НСЗУ 413 стаціонарних відділень (400% зростання) та 203 мобільні служби (зростання з декількох до 203). Надавачам медичних послуг у період воєнного стану сплачується щомісяця максимально можлива фіксована сума коштів, незважаючи на фактично внесені записи в електронну систему охорони здоров'я. Видатки за програмою медичних гарантій на оплату медичних послуг профінансовано на 100% до плану за січень-березень 2022 р. в обсязі 36,8 млрд грн, із них найбільша сума за березень – 13,1 млрд грн. Профінансовано 100% до плану за січень-березень видатки на заробітну плату працівників загальнодержавних закладів охорони здоров'я (2,3 млрд грн, у тому числі за березень – 784,3 млн грн) [248] (ДОДАТОК М).

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

створено чат підтримки «Як ти?»; портал Help24, на якому психологи надають безкоштовно консультації для всіх охочих в онлайн-чатах.

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

Таким чином, економічне забезпечення сфери охорони здоров'я є головним механізмом для реалізації негайних потреб у воєнному стані. Фінансова допомога від ВООЗ та інших міжнародних організацій в Україні та за її межами для українського населення стали важливою та необхідною підтримкою.

Воєнний стан в Україні став загрозливим фактором для виконання багатьох стратегічних завдань, які забезпечили національні нормативні акти та міжнародні угоди. Головними ризиками формування ефективної системи охорони здоров'я в Україні відповідно до Цілі 3 ЦСР є воєнний стан, радіаційний (гамма) фон, новий коронавірус, розвиток інфекційних захворювань, поширення випадків харчових отруєнь тощо (рис. 3.19).

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

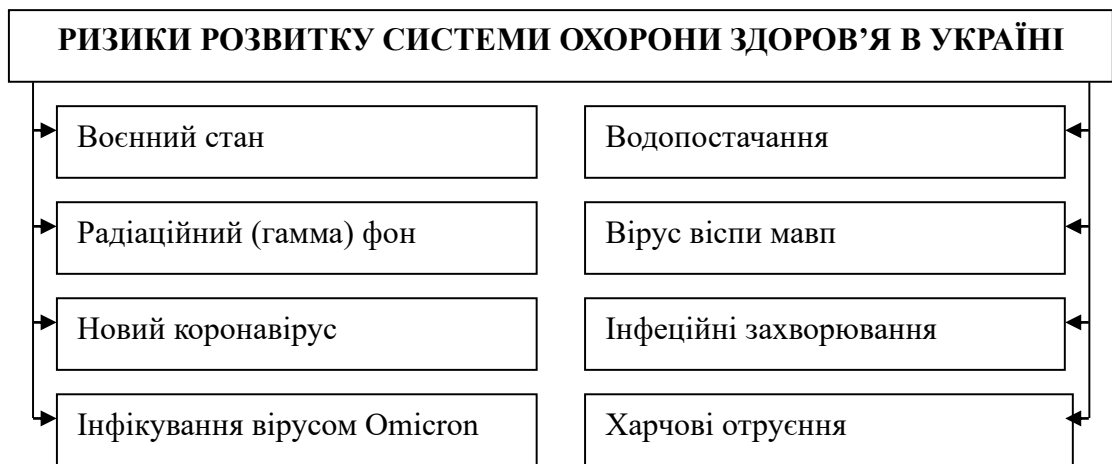


Рис. 3.19. Ризики розвитку системи охорони здоров'я в Україні

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

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

Дефіцит медичних товарів ускладнює доступ до основних медичних послуг. В Україні продовжується надання допомоги онкохворим, незважаючи на перебої в медичних послугах. Однак переривання профілактичних, діагностичних процедур лікування підвищують ризик несприятливих наслідків захворювання та загрожують безперервності лікування. Потреба в постійних послугах психічного здоров'я та психосоціальної підтримки є дуже високою. Психосоціальна підтримка є актуальним пріоритетом медичної галузі, особливо

з огляду на ймовірне збільшення негативних механізмів подолання стресових ситуацій. В умовах війни запобігання та захист від гендерного насильства, торгівлі людьми, сексуальної експлуатації і зловживання залишаються ключовими проблемами [243].

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

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

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

На поточний час в Україні не зафіксовано випадків захворювання людей на інфекцію, спричинену вірусом віспи мавп.

У світі зареєстровано 540,56 млн випадків нової коронавірусної інфекції (COVID-19), з них 6,33 млн – летальних, 515,86 млн людей одужали. У Європейському регіоні ВООЗ зафіксовано 199,26 млн підтверджених випадків захворювання [200].

В Україні лабораторно підтверджено 5,01 млн випадків COVID-19, з них 0,1 млн – летальні, 4,88 млн пацієнтів одужали. Ризик спалахів захворювань, таких як холера, кір, дифтерія або COVID-19, посилюється через відсутність доступу до води, санітарії та гігієни, умов проживання в бомбосховищах і колективних центрах, а також неоптимальне покриття населення плановим щепленням та щепленням від COVID-19 [200].

В Україні 18 грудня 2021 р. виявлено перший випадок інфікування вірусом SARS-CoV-2 B.1.1.529 (Omicron). Останнім часом у світі домінують випадки зараження вірусом Omicron на тлі зменшення загальної кількості нових випадків COVID-19 (деякі країни поступово змінюють свої стратегії тестування на COVID-19, що призвело до зменшення кількості зроблених тестів та виявлених випадків).

Тільки за травень 2022 р. в Україні зареєстровано 1 спалах гострої кишкової інфекції (5 осіб) в Одеській області, 1 спалах сальмонельозу (8 осіб, з них 4 дитини) у Львівській області. З аналогічний період зареєстровано 6 інцидентів ботулізму в 5 областях, унаслідок яких постраждали 7 дорослих [250].

ВООЗ розробила технічні рекомендації й матеріали для комунікації з громадськістю та спеціальний веб-сайт. Навчальний модуль із застосування платформи MHPSS у ядерних надзвичайних ситуаціях було додано до MHPSS у навчанні з надзвичайних ситуацій на Навчальній платформі Open WHO. Крім того, Центр співпраці ВООЗ у Києві проводить навчальні вебінари для медичних спеціалістів з радіації. Інші навчальні програми, зосереджені на першому реагуванні на радіаційні надзвичайні ситуації, розробляються у співпраці з національними партнерами в Україні [251].

З урахуванням вищезазначеного, головною метою системи охорони здоров'я є її безперебійна робота для реалізації потреб населення та військових, а також вимушених переселенців. Залишається актуальним питання вибору механізмів публічного регулювання системи охорони здоров'я в умовах таких змін. Ключовими пріоритетами охорони здоров'я України в умовах воєнного

стану мають стати зниження рівня травматизму, гарантування здоров'я матері та новонародженого, лікування хронічних захворювань і неінфекційних захворювань, ризик появи і поширення інфекційних захворювань, питання захисту (ризик торгівлі людьми, гендерне насильство), психічне здоров'я та психосоціальна підтримка, технологічні небезпеки та ризики для здоров'я, потенційні ядерні та хімічні небезпеки, глобальне управління COVID-19, лідерство та комунікація (рис. 3.20).

Досягнення позитивних результатів за даними пріоритетними напрямками дасть змогу підвищити рівень готовності уряду до пандемії, забезпечить справедливий доступ суспільства до медичних ліків та послуг високої якості, забезпечить реалізацію оновленої стратегії розвитку системи охорони здоров'я України на шляху до досягнення сталого розвитку.

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

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

1. Узгодження національних та глобальних завдань і показників ЦСР.
2. Розширення фіскального простору для стійкого фінансування охорони здоров'я, розширення систем дезагрегованих даних про здоров'я та розвиток міжнародних партнерських відносин для досягнення цілей ЦСР.
3. Сталі кадрові ресурси та публічна політика охорони здоров'я.
4. Міжнародна підтримка ВООЗ системи охорони здоров'я, медичних працівників і пацієнтів в Україні.
5. Дотримання міжнародного гуманітарного права, прав людини та захист цивільного населення.
6. Покращення стану імунопрофілактики на місцевому рівні [245].

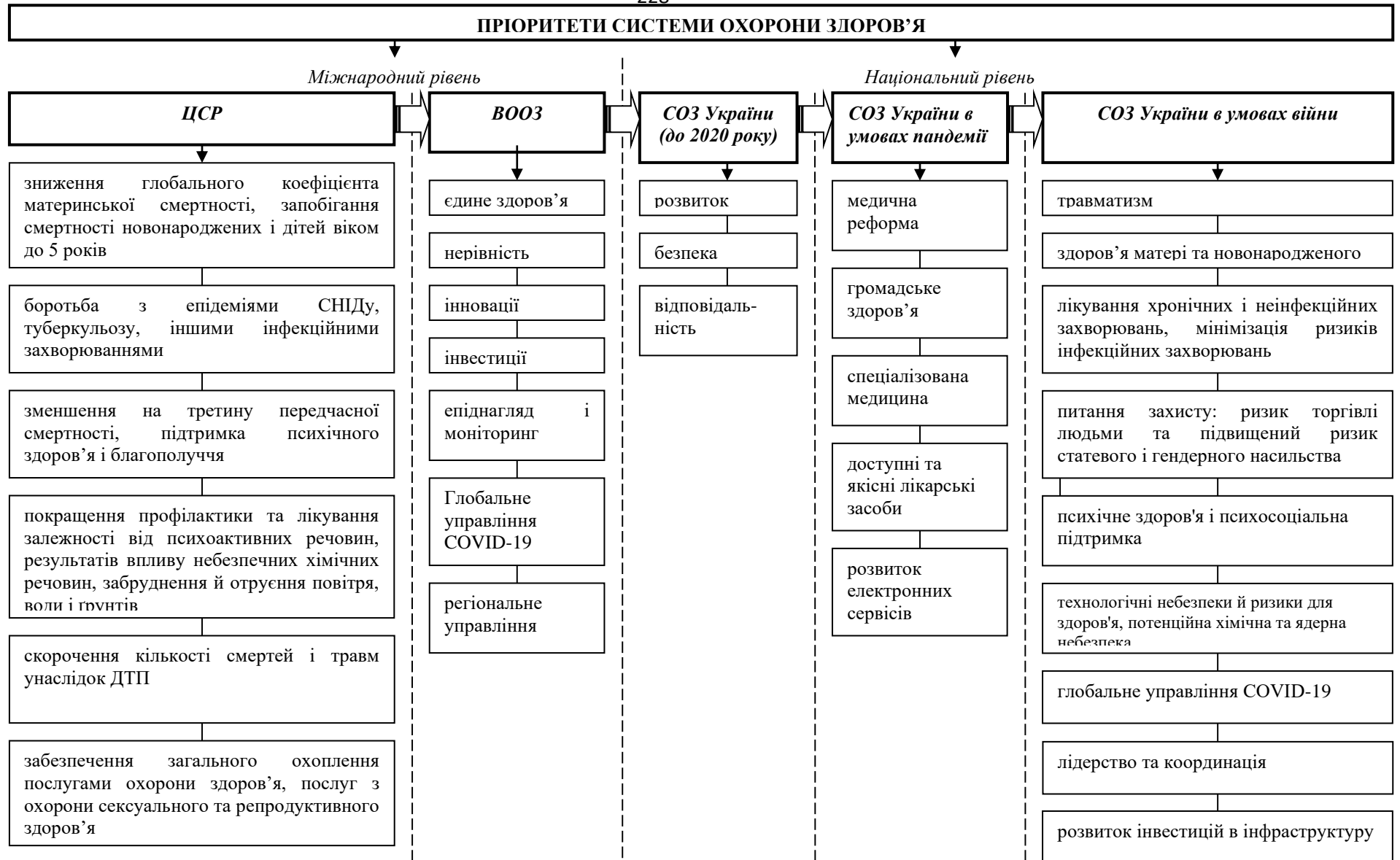


Рис. 3.20. Трансформація пріоритетів розвитку системи охорони здоров'я України в умовах воєнного стану та пандемії

Трансформація сучасної сфери охорони здоров'я в Україні відповідно до ключових пріоритетів дасть змогу підвищити її ефективність та досягти позитивних результатів у напрямі реалізації ЦСР.

3.3. Публічні механізми регулювання охорони здоров'я в умовах децентралізації

Трансформація публічних механізмів регулювання системи охорони здоров'я на сучасному етапі будується на кардинальних змінах організаційно-економічних принципів управління на всіх рівнях (державному, регіональному, місцевому) відповідно до ринкових умов та європейських стандартів.

Трансформації відбуваються у всіх процесах та механізмах державного управління у сфері охорони здоров'я: фінансування системи охорони здоров'я, механізм маршрутизації пацієнтів, система екстреної медичної допомоги за міжнародними стандартами, діджиталізація галузі, система трансплантації, системи громадського здоров'я, система оцінювання медичних технологій, медичної освіти на всіх рівнях відповідно до європейських стандартів, міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я, електронний документообіг; система професійного ліцензування для лікарів та лікарське самоврядування, гармонізація законодавства України у сфері охорони здоров'я з європейськими нормами.

Складність і водночас масштабність реформи охорони здоров'я полягає в тому, що вона здійснювалася паралельно з процесами децентралізації. З 1 січня 2021 р. змінився адміністративний устрій у результаті реформи децентралізації, метою якої стало створення й розвиток повноцінного середовища для мешканців, що неможливо без медичної складової. Одним із пріоритетів для новостворених об'єднаних територіальних громад став розвиток медичної інфраструктури в регіоні. Всі ці процеси потребують переформатування

управлінських принципів та публічних механізмів для досягнення ефективних трансформацій [252]. Напрями змін, які відбуваються у сфері охорони здоров'я, визначено на рис. 3.21.



Рис. 3.21. Ключові зміни для охорони здоров'я в умовах децентралізації

Реорганізація мережі закладів охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу передбачає поетапну структурну перебудову регіональної системи охорони здоров'я шляхом оптимізації мережі закладів охорони здоров'я (їх підрозділів) і включає:

- створення госпітальних округів, які об'єднують заклади декількох районів або міст і районів. Чисельність населення, що обслуговується закладами госпітального округу, визначається залежно від щільності та характеру розселення населення, з урахуванням стану транспортних комунікацій у межах від 100 тис. до 500 тис. осіб;

- проведення перепрофілювання закладів вторинної медичної допомоги, які входять до складу госпітального округу, з урахуванням їх матеріально-технічного та кадрового потенціалу, профілю діяльності та структури медичних послуг у заклади, що надають допомогу різної інтенсивності.

Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я» від 31 грудня 2020 р. вносить низку змін, зокрема запроваджує нове поняття: «госпітальний округ» – «це сукупність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, що забезпечують

медичне обслуговування населення відповідної території» [253]. У межах госпітального округу визначаються опорні заклади охорони здоров'я (рис. 3.22).

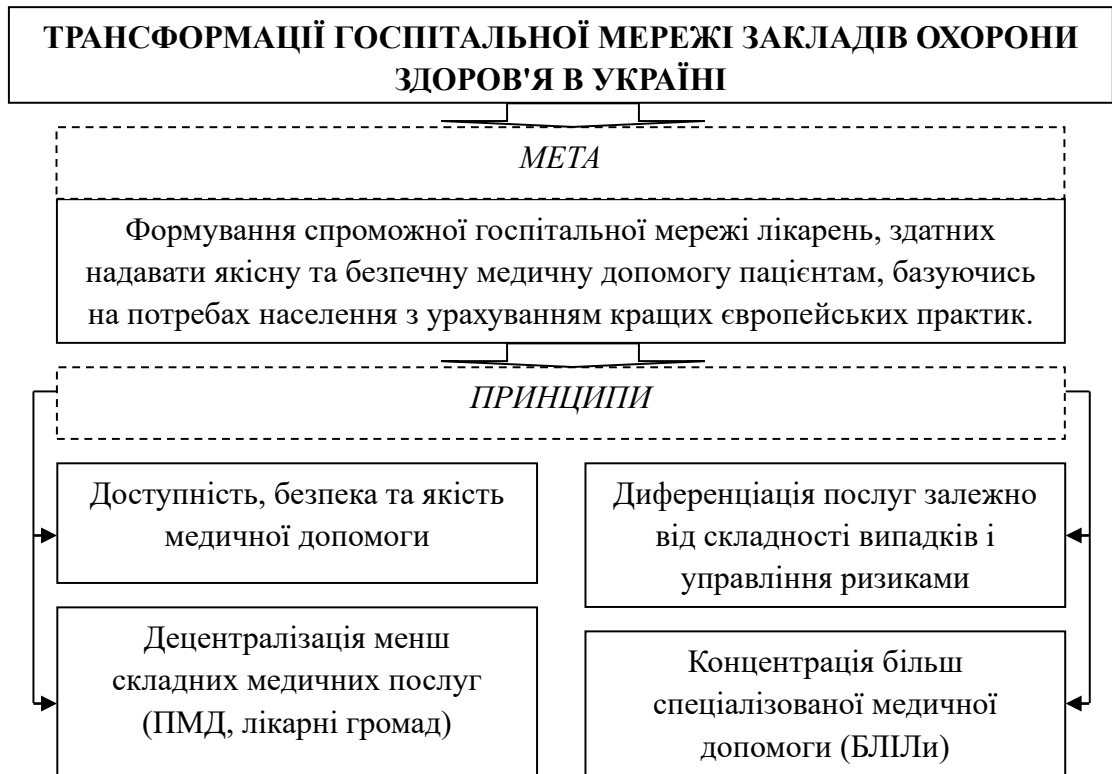


Рис. 3.22. Мета й принципи трансформації госпітальної мережі закладів охорони здоров'я в Україні

Порядок створення госпітальних округів та перелік опорних закладів охорони здоров'я затверджуються КМУ. Мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я формується з урахуванням планів розвитку госпітальних округів, потреб населення в медичному обслуговуванні, необхідності забезпечення належної якості такого обслуговування, своєчасності, доступності для громадян, ефективного використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів.

На сьогодні діє такий порядок: на території однієї області створюється один госпітальний округ (відбулася певного роду «централізація» госпітальних округів). Це було зроблено для того, щоб забезпечити на регіональному рівні розвиток закладів охорони здоров'я, мережі закладів відповідно до потреб населення, а також для того, щоб створити ефективні, дієві маршрути пацієнтів,

зокрема й у зв'язку з тим, які договори про медичне обслуговування населення мають заклади. Динаміка процесу розвитку госпітальних округів різна в різних регіонах. Так, вже затверджено перелік опорних закладів охорони здоров'я у госпітальних округах на період до 2023 р.

Перепрофілювання закладів вторинної медичної допомоги передбачає створення:

- багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування – для надання цілодобової медичної допомоги хворим (плановим та в гострому стані), що потребують високої інтенсивності лікування та догляду, – одна на округ;

- лікарень для проведення планового стаціонарного лікування з поліклінічними відділеннями в кожному районі, місті без районного поділу або у районі міста – для проведення повторних курсів протирецидивної терапії або доліковування з використанням стандартних схем лікування – відповідно до потреб у допомозі такої інтенсивності;

- лікарень з поліклінічними відділеннями для відновлювального лікування – для відновлення функцій, порушених у результаті захворювання чи травми, з метою попередження інвалідності та/або реабілітації інвалідів – до двох на округ;

- хоспісів – для надання паліативної допомоги та психологічної підтримки хворих у термінальному стані – один на округ;

- лікарень для надання медико-соціальної допомоги/сестринського догляду – для забезпечення догляду та надання соціальної і паліативної допомоги хронічним хворим, кількість яких визначається обласним управлінням охорони здоров'я відповідно до потреб;

- консультативно-діагностичних центрів – у складі багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування та лікарень для проведення планового стаціонарного лікування або на базі самостійних міських поліклінік;

- об'єднання багатопрофільних і монопрофільних або спеціалізованих закладів охорони здоров'я, за винятком протитуберкульозних закладів та потужних (більше 1000 пологів на рік) пологових будинків.

Органи місцевого самоврядування здійснюють планування розвитку мережі закладів охорони здоров'я комунальної форми власності, приймають рішення про створення, припинення, реорганізацію чи перепрофілювання закладів охорони здоров'я самостійно з урахуванням плану розвитку госпітального округу. Створенням і функціонуванням госпітальних округів опікується МОЗ. У НСЗУ – інші чітко визначені повноваження.

Перепрофілювання закладів вторинної медичної допомоги передбачає створення різних видів профільних лікарень, консультативно-діагностичних центрів – у складі багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування та лікарень для проведення планового стаціонарного лікування або на базі самостійних міських поліклінік та хоспісів [254].

Реорганізацією системи надання швидкої допомоги передбачено створення в області Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, до складу якого входять станції швидкої допомоги із розрахунку – одна на госпітальний округ, з мережею підстанцій, що дасть змогу забезпечити доїзд до пацієнта у межах десяти хвилин в місті та двадцяти хвилин у сільській місцевості.

На третинному рівні надання медичної допомоги (високоспеціалізована) реформуванням передбачено, що такий вид допомоги надаватиметься обласними лікарнями, центрами високоспеціалізованої медичної допомоги та клініками науково-дослідних інститутів. З метою підвищення якості медичної допомоги та ефективності використання потенціалу обласних лікарень та вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації на базі обласних клінічних лікарень можуть утворюватися університетські клініки.

На рівні регіонів з другого півріччя 2021 р. працюють ЦКПХ, що створені в усіх областях України та м. Києві. Вказані центри повністю відповідальні за власний регіон – від моніторингу показників до прогнозування, виявлення надзвичайних ситуацій, спалахів та реагування на них. ЦКПХ взаємодіє з усіма установами області, які працюють у сфері громадського здоров'я – управліннями департаментів охорони здоров'я обласних державних

адміністрацій, управліннями освіти, департаментами захисту довкілля й екології, управліннями Державної служби України з надзвичайних ситуацій та інше [255].

Зокрема, головні функції центрів полягають у забезпеченні епідеміологічного нагляду, санітарного та епідемічного благополуччя населення, захисту населення від інфекційних хвороб, попередження та профілактики неінфекційних захворювань, підтримки біологічної безпеки та біологічного захисту, епідеміологічного нагляду (спостереження), імунопрофілактики, просвітницької роботи щодо здорового способу життя та запобігання факторам ризику, боротьби зі стійкістю до протимікробних препаратів, реагування на небезпеки для здоров'я та надзвичайні стани у сфері охорони здоров'я й ін.

Кожен регіон проводить оцінювання та моніторинг виконання програмних заходів з протидії COVID-19, ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, іншим інфекційним захворюванням, забезпечення доступності та якості медичних послуг тощо [256].

Найбільша кількість зареєстрованих випадків захворювання на COVID-19 спостерігається в Харківській, Одеській, Дніпропетровській та Львівській областях.

Усього в Україні зробили 1,68 млн щеплень від коронавірусу (станом на 25 травня 2022 р.). За кількістю зроблених вакцинацій лідирує м.Київ, Дніпропетровська і Львівська області, оскільки в цих регіонах медична інфраструктура добре розвинена, найбільша кількість лікарів і медичного персоналу, лікарняних установ. Аутсайдером за кількістю зроблених щеплень є Луганська область (кількість лікарів і медичного персоналу в регіоні найменша в Україні).

Відповідно до Постанови КМУ від 09 грудня 2020 р. № 1236 (із змінами від 26 березня 2022 р. № 372) урядом запропоновано відмовитися від визначення рівнів епідемічної небезпеки на період воєнного стану й один місяць після його завершення, від усіх обов'язкових протиепідемічних

обмежень і запровадити рекомендації юридичним та фізичним особам стосовно дотримання протиепідемічних заходів, спрямованих на запобігання поширенню COVID-19.

Україна сьогодні посідає одне з перших місць серед країн європейського регіону за кількістю ВІЛ-позитивних осіб. Регіональний аналіз випадків ВІЛ-інфекції показав, що найбільша кількість ВІЛ-інфікованих у 2021 р. зареєстрована в Одеській (4210 випадків), Дніпропетровській (3392 випадки) областях та м. Києві (1104 випадки), найменша кількість – у Закарпатській (81), Тернопільській (63), Чернівецькій (61) областях (рис. 3.23) (на основі [223]).

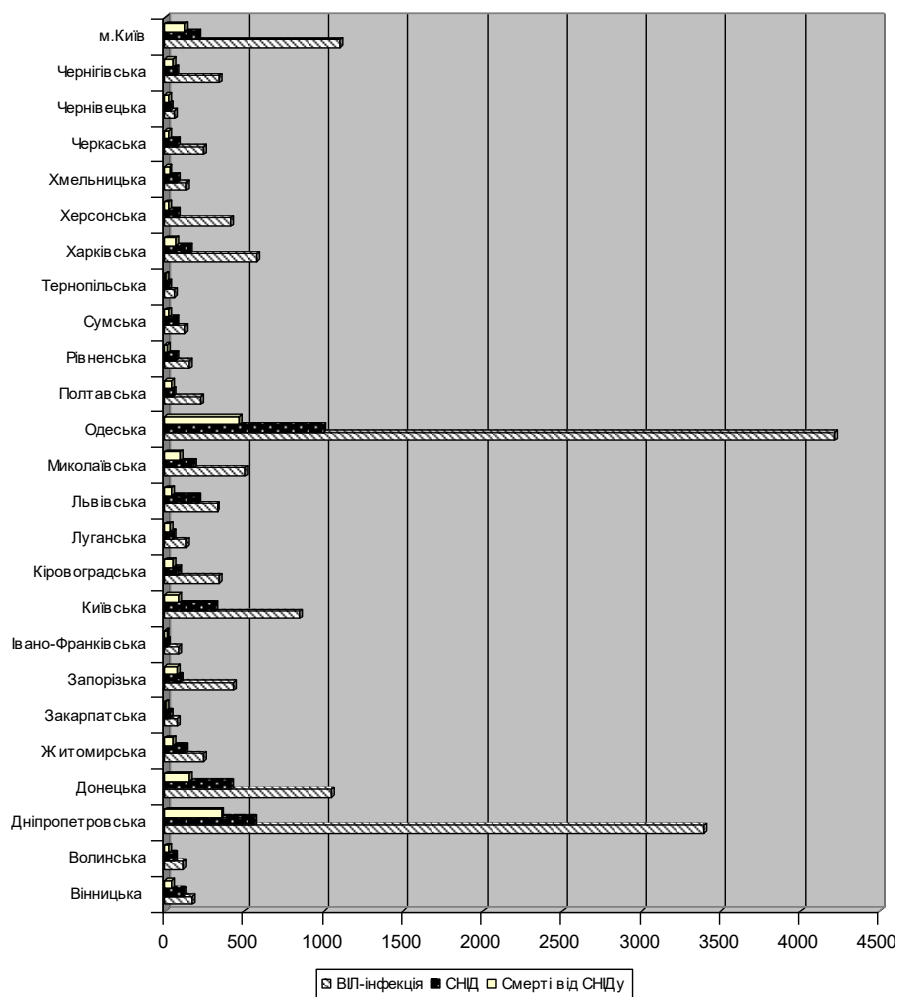


Рис. 3.23. Зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції, СНІДу та смертей, зумовлених СНІДом, по регіонах України у 2021 р.

У 2021 р. в Одеській (997 випадків, з них 465 осіб померли), Дніпропетровській (558 випадків, з них 354 померли) та Донецькій (417

випадків, з них 147 померли) областях зареєстрована найбільша кількість випадків СНІДу. Даний показник свідчить про недостатність інформаційної компанії уряду щодо боротьби та запобігання зазначеній інфекції. Показник успішності лікування СНІДу вказує на неефективність системи лікування в медичних закладах.

Пандемія COVID-19 призвела до зменшення кількості людей з вперше діагностованим туберкульозом у 2020 р. порівняно з 2019 р. Діагностичні та лікувальні програми скорочуються або перериваються, оскільки під час конфлікту інфекції залишаються непоміченими, а ліки можуть розвинути резистентність.

Динаміка темпів захворюваності на активний туберкульоз у 2020-2021 рр. представлена на рис. 3.24.

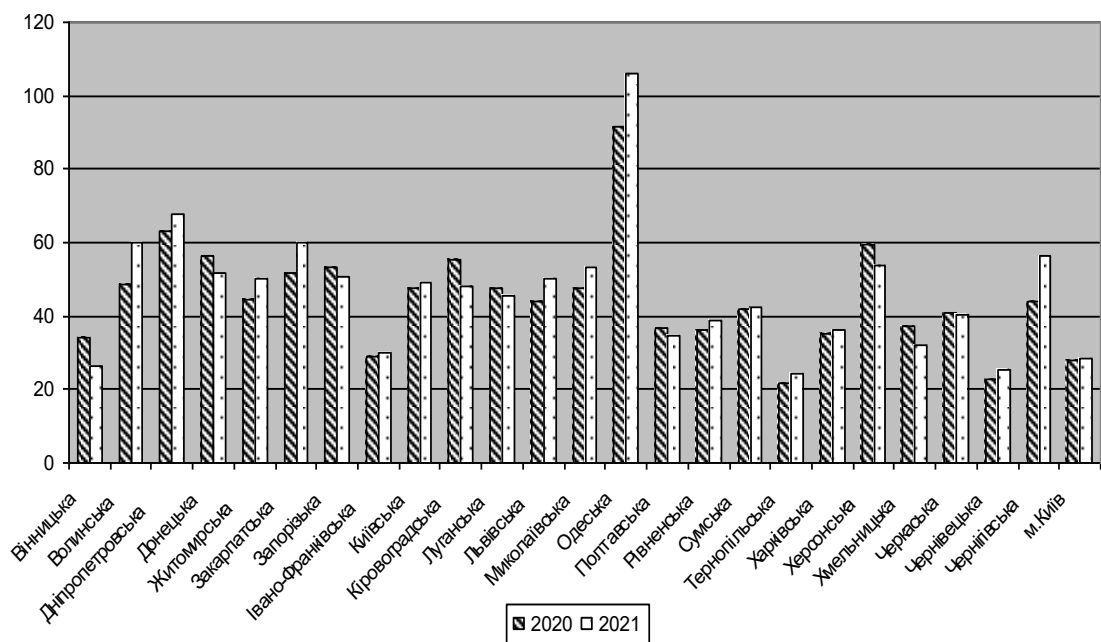


Рис. 3.24. Захворюваність на активний туберкульоз, включно із його рецидивами, по регіонах, у 2020-2021 рр.,
% в порівнянні з минулим роком [225]

Найбільший приріст захворюваності на активний туберкульоз у 2020-2021 рр. характерний для Одеської, Дніпропетровської та Херсонської областей. Найменша кількість захворювань на активний туберкульоз спостерігається в Чернівецькій, Тернопільській областях та м. Києві.

Реформування системи охорони здоров'я неможливе без фінансово-економічної перебудови на всіх рівнях за умов фінансування закладів охорони здоров'я, враховування їх ефективності та якості надання медичних послуг, що реалізуються; оптимізації кількості закладів охорони здоров'я в регіонах, що дасть змогу оптимізувати витрати фінансових ресурсів для надання медичної допомоги всіх рівнів [257–258].

Через міжнародні організації завдяки ефективній організації та оптимізації закупівель вдалося вивільнити 321 млн грн, що дало можливість на 10% збільшити фінансування дорослої гемофілії, онкології, розсіяного склерозу, низки дитячих програм (нанізм, муковісцидоз, гепатит, дитячий церебральний параліч, інші), закупівель ліків для громадян з орфанними захворюваннями (легенева артеріальна гіпертензія, хвороба Гоше тощо). На лікування пацієнтів за напрямом дитячої онкології виділено додаткове фінансування у розмірі 73 млн грн, за напрямом дорослої онкології – 415 млн грн та за напрямом серцево-судинних хвороб – 38 млн грн на пацієнтів. Усі адміністративні механізми програми стануть централізованими та автоматизованими, що сприятиме оперативному реагуванню на нестачу фінансування в тому чи іншому регіоні, –таку стратегію визначає нова модель фінансування (рис. 3.25).

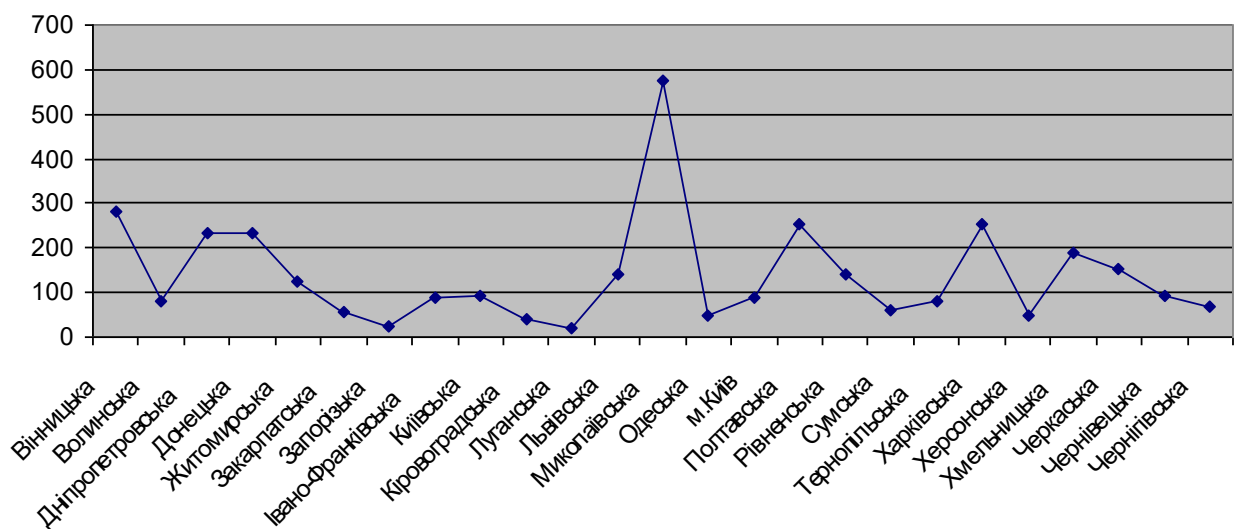


Рис. 3.25. Видатки медичним закладам, що уклали договір з НСЗУ у 2020 р., млн грн [259]

Представниками міжрегіональних департаментів НСЗУ впродовж 2020-2021 рр. проведено зустрічі з представниками місцевої влади в регіонах, надано консультації щодо можливостей розвитку окремих медичних закладів, формування ефективної мережі. Експерти пропонували низку варіантів, використовуючи досвід успішних закладів, розуміння механізмів трансформації системи охорони здоров'я, враховуючи принцип універсального охоплення медичними послугами. Саме оплата послуг за Програмою медичних гарантій є основним джерелом коштів для медичного закладу. Частка фінансування з державного бюджету в рази більша, ніж лікарні потребують від місцевого самоврядування. Проте за органом місцевого самоврядування як власником закладів залишається обов'язок утримувати заклади, оплачувати комунальні послуги, підтримувати матеріальну базу. Оснащені та потужні лікарні згодом починають заробляти самі, але до цього місцева громада має спочатку інвестувати в розвиток закладу. Адже лікарня, у якій є фахівці та обладнання, зможе укласти договір з НСЗУ на більшу кількість пакетів послуг і, відповідно, отримати більше фінансування. Зі свого боку НСЗУ гарантує, що оплата за надані послуги буде сталою, якщо заклад відповідає вимогам і уклав договір з НСЗУ. Як результат, заклад отримує постійне фінансування і може витратити кошти на забезпечення ліками та доплати медичному персоналу.

У 2021 р. 1654 спеціалізовані медичні заклади та 1696 закладів первинної ланки надання медичної допомоги уклали договори з НСЗУ. Загалом в електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ), станом на 1 лютого 2021 р., зареєстровано 272 264 лікарі та медичного персоналу, з них: лікарів первинної ланки – 23 980, лікарів спеціалізованої медичної допомоги – 97 668, фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою – 153 251.

Зростання конкуренції на ринку медичних послуг впливає на їх якість: заклади починають орієнтуватися на потреби пацієнта, адже лише за пацієнтом у заклад можуть прийти кошти. Близько 70% населення підписали декларації з лікарем ПМД (терапевтом, педіатром або сімейним лікарем) (рис. 3.26).

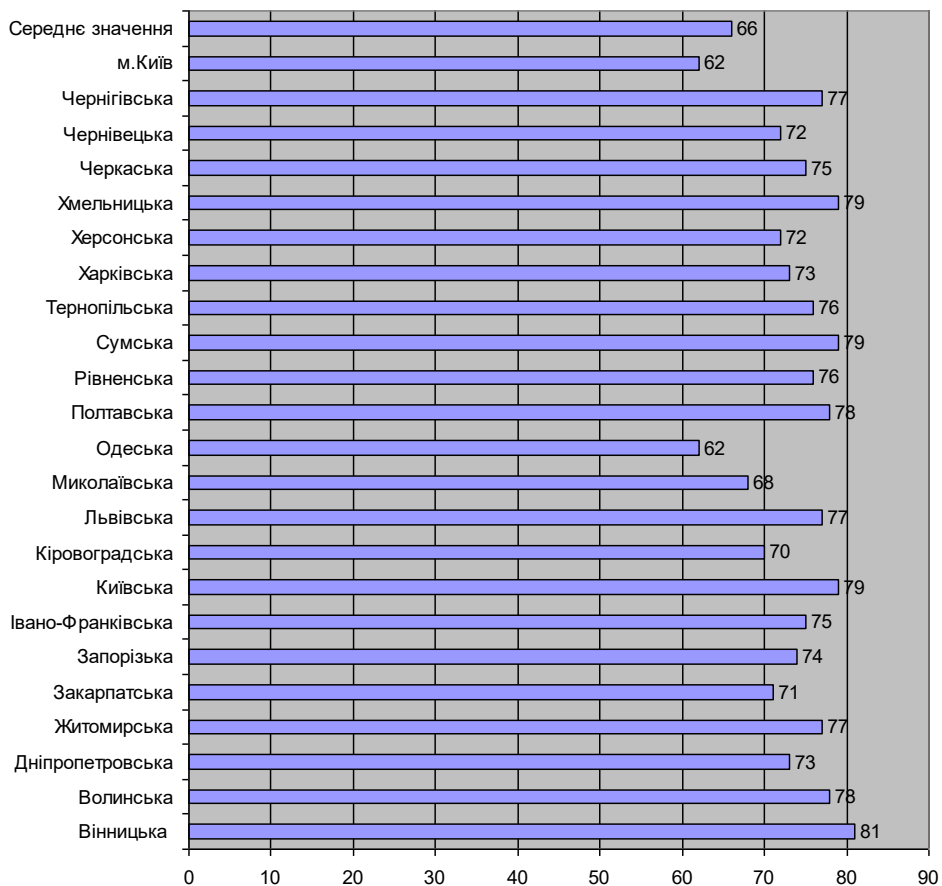


Рис. 3.26. Частка жителів, які підписали декларації з надавачами ПМД у 2021 р., за регіонами, % [259]

Послуги ПМД надають 1276 закладів ПМД, що охоплюють 6323 практики/місць надання ПМД у сільській (4072) та міській (2251) місцевостях. У середньому на практику ПМД припадає 4372 зареєстрованих пацієнти та 1255 пацієнтів на одного лікаря ПМД.

На рис. 3.27 наведено середню кількість пацієнтів, що уклали декларації з практиками ПМД/місцями надання послуг ПМД та лікарями ПМД за регіонами.

В Україні 147,4 тисячі лікарів усіх спеціальностей та 1186 лікарняних установ. Найбільше лікарів у Києві (14,6 тис.), Львівській (11,9 тис.) і Дніпропетровській (11,5 тис.) областях, найменше – у Луганській області (1,9 тис.).

Завдяки ЕСОЗ з'явилися дані про кількість лікарів різних спеціальностей у регіонах. Зокрема, серед лікарів спеціалізованої медичної допомоги лідери за кількістю – акушери-гінекологи (9112). Найбільше цих спеціалістів на 100 тис.

населення працює в Івано-Франківській та Київській областях – 37 та 36 фахівців, відповідно. Найменше – у Луганській та Донецькій областях – 6 та 8 гінекологів на 100 тис. населення.

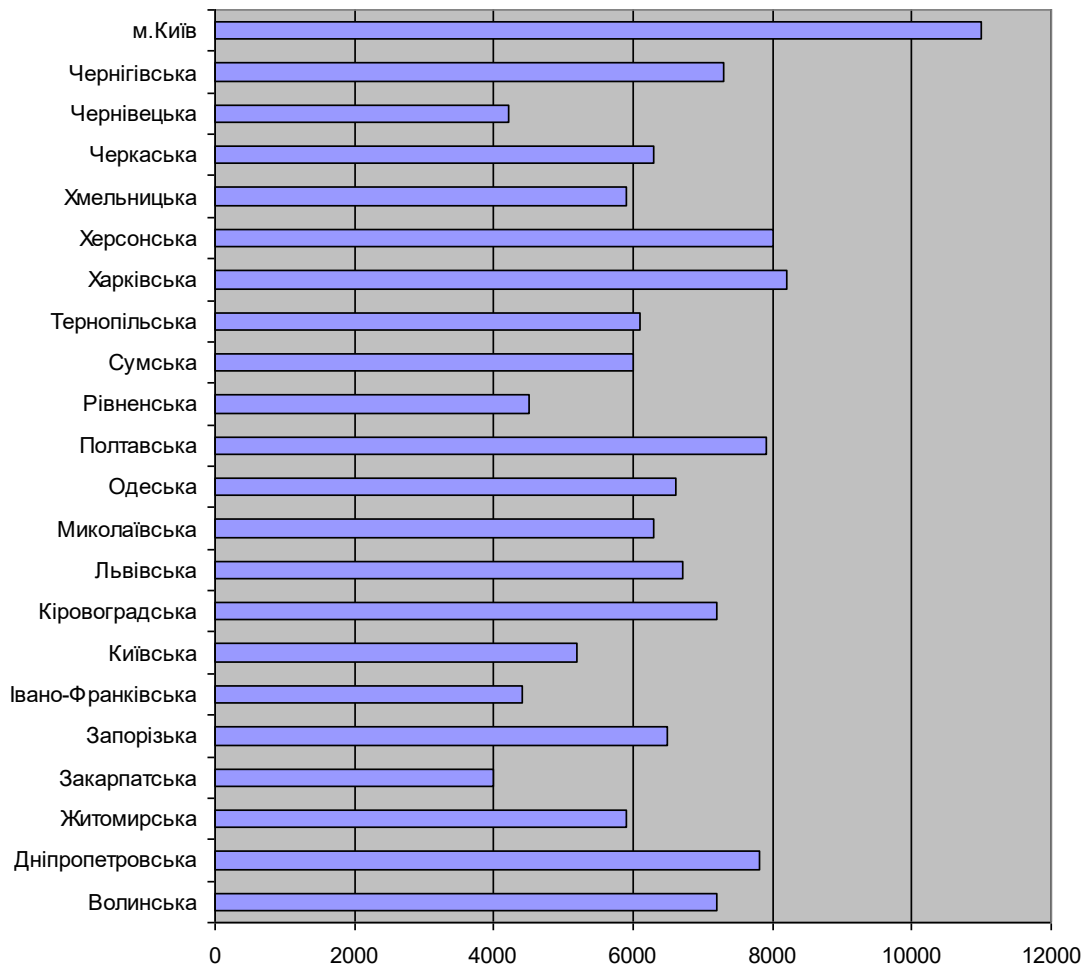


Рис. 3.27. Середня кількість декларацій на одного лікаря ПМД у 2021 р., за регіонами [180]

Хірурги в ЕСОЗ – треті за чисельністю (6106). Найбільше хірургів у Тернопільській і Чернівецькій областях та в Києві – по 24 спеціалісти на 100 тис. населення. Найменше – у Луганській та Донецькій – 5 і 7 спеціалістів на 100 тис. населення, відповідно.

Щодо лікарів первинної ланки, то найбільше їх у Волинській області – 69 фахівців на 100 тис. населення, найменше на Чернігівщині – 46 медиків на 100 тис. населення [260].

В Україні працює 273,52 тис. осіб середнього медичного персоналу: найбільше в Дніпропетровській і Львівській областях (по 20 тисяч), Києві

(18,2 тис.) і Харківській (16,3 тис.) областях; найменше – в Луганській області (4,5 тис.) [260].

Також в областях функціонує 11,27 тис. фельдшерсько-акушерських пунктів. Їх найбільше у Львівській (888), Хмельницькій (738), Тернопільській (697) та Вінницькій (688) областях. Найменше фельдшерсько-акушерських пунктів у Миколаївській області – 107.

Найбільша кількість медичних установ розташована в Дніпропетровській (103), Львівській (90) та Харківській (76) областях [260].

Станом на 01 липня 2021 р. дефіцит вакансій у сфері охорони здоров'я становив майже 13 тис. посад. Найбільший дефіцит спостерігається в західних (Львівській, Рівненській) та центральних (Вінницькій, Житомирській, Черкаській, Полтавській) областях, тоді як достатню кількість вакансій може запропонувати лише м. Київ.

Нерівномірність зарплат працівників первинної ланки медицини спостерігається як у розрізі регіонів (від найвищих у м. Києві, Київській, Черкаській, Херсонській, Дніпропетровській областях до найнижчих у Львівській, Тернопільській, Сумській, Рівненській областях), так і в розрізі співвідношення «лікарі – медсестри» (із найбільшим розривом у Вінницькій, Житомирській, Чернігівській, Херсонській та Тернопільській областях та найменшим у м. Києві, Львівській, Сумській та Дніпропетровській областях).

Прикладом нормативних документів, які розробляються та затверджуються безпосередньо на рівні регіонів у сфері охорони здоров'я, можуть бути стратегії розвитку сфери охорони здоров'я областей на визначений строк; комплексні обласні програми області (регіону); галузеві програми області (регіону); обласні цільові соціальні програми.

Сьогодні в Україні запроваджено обласні та регіональні програми розвитку сфери охорони здоров'я, що, крім іншого, спрямовані на вирішення проблеми забезпечення галузі кваліфікованими кадрами (Миколаївська, Черкаська, Харківська, Івано-Франківська області). Проте ці програми мають фрагментований характер та не вирішують проблему комплексно. Україні

бракує як єдиної концепції підготовки та мотивації медичних кадрів, так і загальнонаціональної програми, що працювала б на виконання загального завдання кадрового розвитку галузі.

Виходячи із статистичних досліджень результатів досягнення ЦСР на регіональному рівні, регіонами з найкращими показниками в кожній частині України є:

Центральна Україна – Вінницька, Полтавська, Черкаська області;

Південна Україна – Запорізька, Одеська та Миколаївська області;

Північна Україна – Житомирська, Київська, Рівненська області;

Західна Україна – Львівська, Тернопільська, Івано-Франківська області.

До складу Східної України входять Донецька, Луганська, Харківська області. Тривалий збройний конфлікт, низькі доходи частини населення і зруйнована інфраструктура позначилися на стані надання основних соціальних послуг, таких як освіта й охорона здоров'я, в Донецькій та Луганській областях. Майже всі показники у сфері охорони здоров'я нижчі за базові по Україні. Порівняно високі базові показники індикаторів Цілі 3 ЦСР спостерігаються по Харківській області.

З метою забезпечення комплексності та узгодженості напрямів розвитку регіонів і визначення можливостей та перспектив досягнення Цілі 3 ЦСР використаємо методику оцінювання відповідності системи охорони здоров'я в регіоні розвитку ЦСР. Ця методика базується на періодичному аналізі можливостей досягнення ЦСР через оцінювання результатів реалізації стратегії та умов розвитку регіону.

Проведення такого оцінювання на постійній системній основі надасть можливість корегувати пріоритети розвитку галузі в конкретному регіоні на визначений період, враховуючи регіональні аспекти прояву проблем охорони здоров'я, та координувати державну та регіональну політику з метою досягнення ЦСР.

Оцінювання відповідності системи охорони здоров'я в регіоні Цілі 3 ЦСР проведено для низки регіонів з кожної частини України: Вінницької, Одеської, Рівненської, Львівської та Харківської областей.

Аналіз можливостей та перспектив досягнення Цілі 3 ЦСР регіону складається з таких етапів:

-систематизація та побудова таблиці початкових даних на основі даних щодо розвитку охорони здоров'я відповідно до ЦСР;

-нормування обраних показників;

-оцінка перспектив розвитку медичної галузі за регіоном відповідно до обраних критеріїв та з урахуванням наслідків пандемії та оголошеного воєнного стану на території країни.

Перший етап аналізу – побудова таблиці початкових даних. Індикаторами аналізу публічних механізмів трансформацій та розвитку сфери охорони здоров'я визначено громадське здоров'я, доступ до лікарських засобів, надання послуг в охороні здоров'я та фінансування, кадрові ресурси системи охорони здоров'я. Для оцінки поточної ситуації по кожному з індикаторів обрано нижчеперелічені показники:

1. Громадське здоров'я: кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, захворюваності на активний туберкульоз.

2. Доступ до лікарських засобів: кількість виписаних електронних рецептів, проведених щеплень проти COVID-19.

3. Надання послуг в охороні здоров'я та фінансування: видатки медичним закладам, що уклали договір з НСЗУ, обсяг додаткової дотації місцевим бюджетам.

4. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я: рівень забезпеченості практикуючими лікарями на 10000 населення, середня кількість декларацій на одного лікаря.

Вихідні дані для оцінки для кожного з обраних регіонів наведені в табл. 3.9.

Утворену сукупність запропонованих показників за регіонами України подано у вигляді матриці.

$$X = \begin{pmatrix} x_{11} \dots x_{1j} \dots x_{1n} \\ \dots \dots \dots \\ x_{i1} \dots x_{ij} \dots x_{in} \\ \dots \dots \dots \\ x_{m1} \dots x_{mi} \dots x_{mn} \end{pmatrix}, \quad (1)$$

де $i = 1, \dots, m$ – номер регіону; $j = 1, \dots, n$ – номер показника.

Використані показники є різними та непорівнянними між собою, тому наступною стадією є їх нормування (табл. 3.10). Для цього матрицю X замінено на матрицю Y .

$$Y = \begin{pmatrix} y_{11} \dots y_{1j} \dots y_{1n} \\ \dots \dots \dots \\ y_{i1} \dots y_{ij} \dots y_{in} \\ \dots \dots \dots \\ y_{m1} \dots y_{mj} \dots y_{mn} \end{pmatrix} \quad (2)$$

$$\text{де } y = \frac{x_{ij} - \bar{x}_i}{\delta_i}, \quad \bar{x}_i = \frac{1}{n} \sum_{j=1}^n x_{ij}$$

при цьому \bar{x}_i – середнє значення i -го показника для всіх регіонів;

$$\delta_i^2 = \frac{1}{n} \sum_{j=1}^n (x_{ij} - \bar{x}_i)^2 \quad (3)$$

при цьому δ_i^2 – дисперсія значень i -го показника.

Після побудови табл. 3.10 регіони можуть бути оцінені з погляду відповідності регіональних стратегій розвитку ЦСР в умовах оголошеного воєнного стану та визначені перспективи розвитку медичної галузі на регіональному рівні.

Таблиця 3.9

Вихідні дані для оцінки регіонів (на основі [261-265])

Регіон	Показники оцінки досягнення Цілі 3 ЦСР							
	1. Громадське здоров'я		2. Доступ до лікарських засобів		3. Надання послуг в охороні здоров'я та фінансування		4. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я	
	1.1. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, шт.	1.2. Захворюваність на активний туберкульоз, % відповідно до попереднього року	2.1. Кількість виписаних електронних рецептів, шт.	2.2. Проведено щеплень проти COVID-19, шт	3.1. Обсяг додаткових дотацій місцевим бюджетам, грн	3.2. Видатки медичним закладам, що уклали договір з НСЗУ, млн грн	4.1. Рівень забезпеченості практикуючими лікарями на 10000 населення	4.2. Середня кількість декларацій на одного лікаря
Вінницька	172	26,5	1658729	1220810	7 535 910,20	279,9	24,73	7100
Львівська	327	50	2407881	2078146	8 083 926,00	142,22	24,71	6800
Харківська	575	36,2	3066104	2306836	198837795,6	251,63	24,3	8100
Одеська	4210	105,9	1699370	1746005	28 658 935,3	47,39	24,4	6600
Рівненська	149	38,9	1003686	851844	1 168 816,0	139,49	24,3	4500

Таблиця 3.10

Нормування вихідних даних

Регіон	Показники оцінки досягнення Цілі 3 ЦСР							
	1. Громадське здоров'я		2. Доступ до лікарських засобів		3. Надання послуг в охороні здоров'я та фінансування		4. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я	
	1.1. Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, шт.	1.2. Захворюваність на активний туберкульоз, % відповідно до попереднього року	2.1. Кількість виписаних електронних рецептів, шт.	2.2. Проведено щеплень проти COVID-19, шт	3.1. Обсяг додаткових дотацій місцевим бюджетам, грн	3.2. Видатки медичним закладам, що уклали договір з НСЗУ, млн грн	4.1. Рівень забезпеченості практикуючими лікарями на 10000 населення	4.2. Середня кількість декларацій на одного лікаря
Вінницька	-0,58289	-0,88616	-0,43644	-0,78117	-0,54686877	1,279859	1,25376821	0,407189
Львівська	-0,48411	-0,05317	0,623652	0,813729	-0,539616	-0,35515	1,150151	0,152696
Харківська	-0,32605	-0,54233	1,555072	1,239161	1,984933579	0,944142	-0,9740017	1,2555
Одеська	1,990603	1,928288	-0,37893	0,195846	-0,26731416	-1,48129	-0,4559157	-0,01697

Рівненська	-0,59755	-0,44663	-1,36336	-1,46756	-0,63113466	-0,38757	-0,9740017	-1,79842
------------	----------	----------	----------	----------	-------------	----------	------------	----------

Оцінку проведемо за допомогою пелюсткової діаграми в полярній системі координат. Інструмент «Пелюсткова діаграма» базується на такому:

для кожного індикатора оцінки передбачена окрема вісь, вісі виходять з однієї точки – центру;

значення ряду даних – відстань від центру до маркера – величина радіуса;

категорія – кутова координата точки – нахил радіуса, який визначається за формулою:

$$r = 3 \times \sin(6 \times \varphi), \quad (4)$$

де φ – значення нормованого показника i -го регіону.

Результати оцінювання Вінницької, Одеської, Рівненської, Львівської та Харківської областей наведено на рис. 3.28.

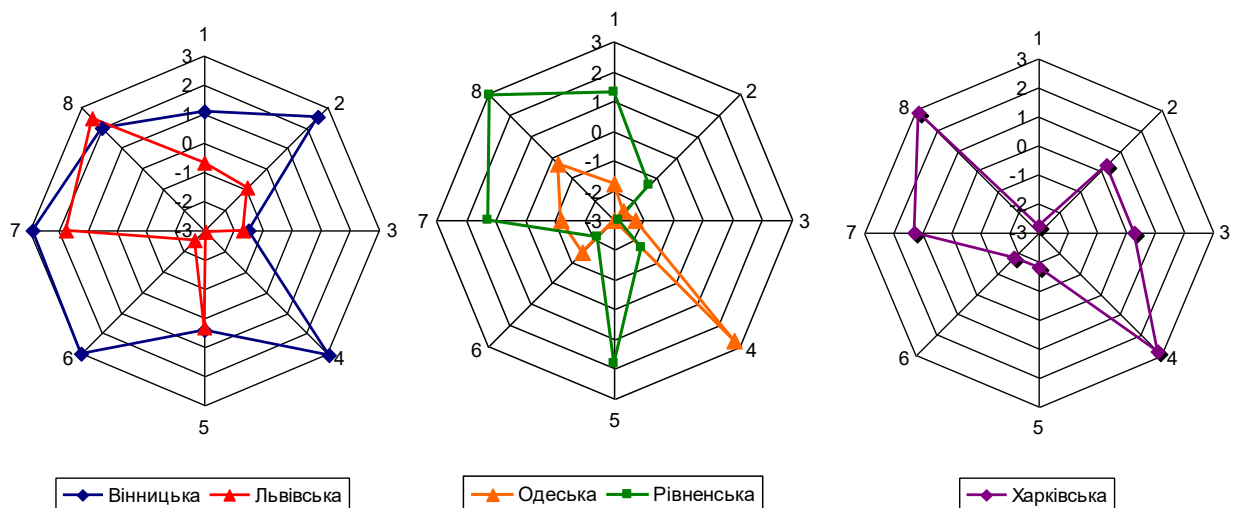


Рис. 3.28. Відповідність систем охорони здоров'я в регіонах України Цілі 3 ЦСР

Зміни за обраними вісьма показниками досягнення Цілі 3 ЦСР показані щодо одного центру в діапазоні від -3 до 3. Якщо порівнювати кілька регіонів на пелюстковій діаграмі, точки даних, які з'являються далі від центру, показують кращу ефективність порівняно з точками, які знаходяться ближче до центру. За такого підходу, якщо всі показники мають найвище значення на діаграмі, то індикатор досягнення сталого розвитку є повністю досяжним.

Оцінка відповідності систем охорони здоров'я в регіонах Цілі 3 ЦСР дала змогу зробити такі висновки. З урахуванням наслідків пандемії та умов розвитку медичної галузі в умовах воєнного стану сфера охорони здоров'я Вінницької області має найбільш позитивні результати діяльності, які відповідають встановленим ЦСР, та має найбільш ефективні перспективи розвитку в майбутньому. Незважаючи на позитивні досягнення для подальшого розвитку сфери охорони здоров'я Вінницької області, доцільним є підвищення доступності лікарських засобів, розвиток та покращення якості надання медичних послуг.

Харківська область займає друге місце за оцінкою відповідності систем охорони здоров'я в регіонах Цілі 3 ЦСР. Регіональна політика області має бути скорегована в напрямі забезпечення спроможної системи громадського здоров'я. Серед досліджених регіонів найменша відповідність системи охорони здоров'я ЦСР характерна для Одеської області, перспективи розвитку сфери достатньо обмежені, враховуючи проблеми забезпечення спроможного громадського здоров'я.

Одеській та Рівненській областям доцільно акцентувати увагу на формуванні кадрового потенціалу регіону та підвищенні рівня громадського здоров'я. Львівській області, зважаючи на достатню кількість медичного персоналу серед регіонів, що аналізуються, доцільним є впровадити заходи щодо підвищення рівня громадського здоров'я.

Рівень забезпечення організаційних, фінансових, інформаційних, кадрових, технічних, технологічних та інших ресурсних потреб системи охорони здоров'я є недостатнім для задоволення потреб населення в рівному його доступі до своєчасної, якісної та безпечної медичної допомоги, особливо на рівні регіонів. До того ж, кадрове забезпечення системи охорони здоров'я характеризується відсутністю послідовної стратегії забезпечення галузі спеціалістами необхідного профілю, що спричиняє вплив із галузі високопрофесійних фахівців та молодих спеціалістів.

Також спостерігається неоднорідність організаційно-правових форм функціонування державних та комунальних закладів охорони здоров'я, що призводить до розбалансованості функціонування галузі, неефективного державного управління у сфері охорони здоров'я та ускладнень у плануванні діяльності на всіх рівнях національної системи охорони здоров'я. Не забезпечуються достатні передумови для отримання населенням своєчасної, ефективної, доступної та безпечної медичної допомоги відповідно до гарантій, визначених Конституцією України.

З метою вирішення зазначених проблем доцільним є:

- розробити національну програму підтримки ключових напрямів розвитку вітчизняної медицини з урахуванням прогнозу зростання ризиків смертності від певних нозологій на наступні 10 років;

- розробити та закріпити законодавчо систему управління кадровим потенціалом охорони здоров'я з урахуванням структури регіональної потреби в медичних кадрах, досягнення їх оптимального розміщення та ефективного використання;

- запровадити інформаційні кампанії, спрямовані на підвищення престижу медичного працівника в суспільстві;

- сформувати гнучку тарифну сітку доплат медичного персоналу, який здійснює роботу в умовах надзвичайних ситуацій;

- розробити державну програму підготовки медичних кадрів із спеціальностей, що за прогнозами будуть найбільш актуальними в найближчі 10 років з урахуванням вікової структури населення та поширення професійних захворювань;

- розробити регіональні програми планування кар'єри медичних працівників сільської місцевості, що, зокрема, передбачатимуть соціально-економічні пільги при оплаті комунальних платежів, забезпечення житлом, отримання кредитних коштів на пільгових умовах та горизонтальне кар'єрне зростання [266].

Ефективному публічному управлінню на регіональному та місцевому рівнях у сфері охорони здоров'я сприятимуть стратегії розвитку сфери охорони здоров'я областей на визначений строк; комплексні обласні програми області (регіону); галузеві програми області (регіону); обласні цільові соціальні програми.

У проекті Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року (Стратегія-2030), яка розроблена МОЗ із залученням ключових стейкхолдерів сфери охорони здоров'я та у співпраці з міжнародними партнерами, визначено основні напрями подальшого розвитку галузі. В рамках проекту при обговоренні ключових напрямів розвитку сфери охорони здоров'я в Україні було розроблено такі:

1. Врядування у сфері охорони здоров'я.
2. Універсальне охоплення послугами охорони здоров'я.
3. Громадське здоров'я, готовність та реагування на надзвичайні ситуації.
4. Залученість людей та громад.
5. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я [93].

Що стосується четвертого напрямку — Залученість людей та громад, сформовано дві стратегічні цілі: підвищення рівня відповідальності людей щодо власного здоров'я та права прийняття клінічних рішень; створення умов для повноцінної участі людей і громад для спільного планування й організації надання медичних послуг.

За першою ціллю пріоритетними напрямами є прийняття відповідальності за власне здоров'я та благополуччя; прийняття усвідомлених рішень щодо медичних втручань; забезпечення організаційних, правових, інформаційних, цифрових та інших умов для формування та підвищення індивідуальних знань і відповідальності людей щодо власного здоров'я; комунікації з населенням та надання якісної, достовірної інформації, що базується на фактах і доказах [267].

У реалізації другої цілі покладено пріоритети: рівноправне партнерство між працівниками охорони здоров'я, людьми та громадою, що буде довгострокові довірчі відносини; запровадження філософії, принципів та інструментів людиноорієнтованого підходу; взаємне та рівноправне партнерство між надавачами та отримувачами медичної допомоги; культура відкритості та щирості; використання мови, яка є зрозумілою та доступною для всіх; ставлення один до одного з повагою; визнання знань, досвіду та внесків.

Роль місцевої влади полягає у формуванні спроможної мережі, яка відповідає потребам пацієнта, розробці та контролі за дотриманням відповідних маршрутів транспортування бригадами екстренної медичної допомоги, участі в централізованих закупівлях ліків, дороговартісних матеріалів, необхідних для надання якісної медичної допомоги пацієнтам, участі в дооснащенні потужних багатoproфільних лікарень, стимулюванні навчання лікарів із ЕСОЗ.

У контексті трансформації публічних механізмів регулювання сфери охорони здоров'я на місцевому рівні актуальним є налагодження взаємодії громади з відповідними інститутами. Кожна громада повинна визначитися зі своїми функціями та з можливостями й очікуваннями стейколдерів на містах (рис. 3.29).

Залучення громади до розбудови громадського здоров'я передбачає, насамперед, розвиток відносин між членами спільноти. У випадку виникнення спалахів інфекційних захворювань та інших епідеміологічних загроз необхідно залучати членів громади на кожній стадії реагування на загрозу, особливо в умовах, де системи охорони здоров'я ризикують бути перевантаженими. Це сприяє забезпеченню громадського здоров'я та зміцненню довіри до влади серед місцевого населення.

На місцеве самоврядування прийшлося найбільше навантаження в боротьбі з наслідками пандемії COVID-19. За таких обставин активна

залученість територіальних громад має значний вплив на ефективність державної політики, спрямованої на подолання наслідків пандемії.

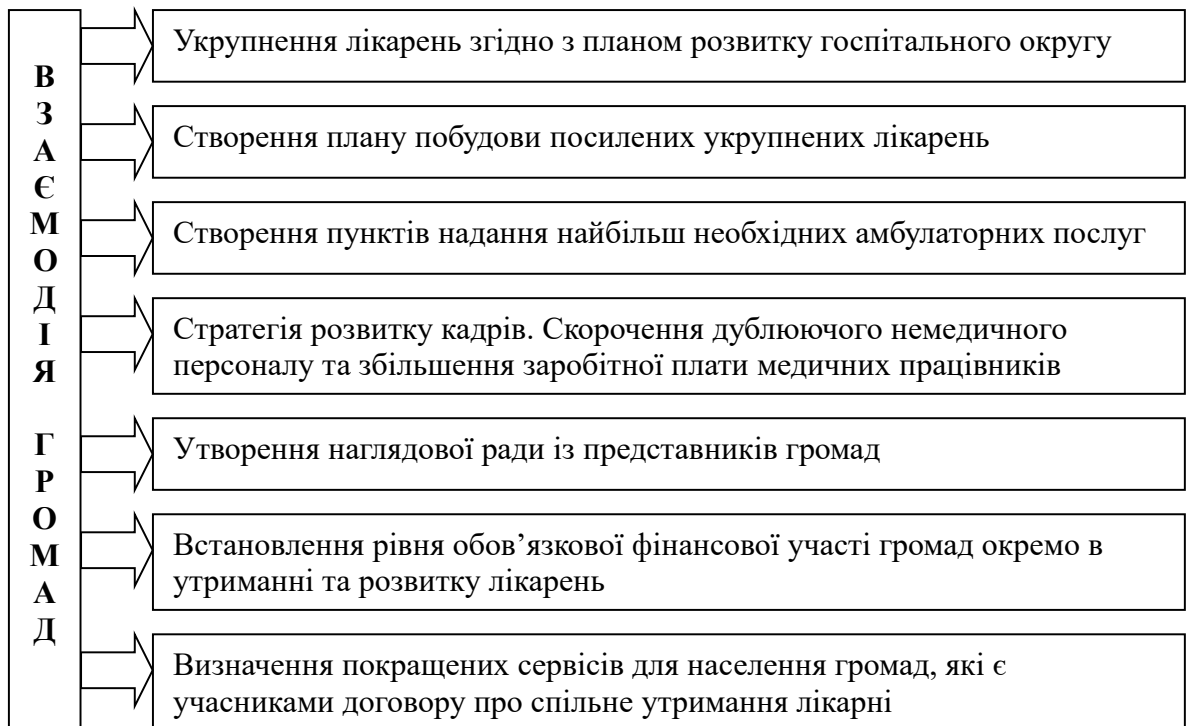


Рис. 3.29. Взаємодія громад: ключові домовленості

Розбудова співпраці в громадах може набувати різноманітних форм та передбачає створення об'єднань, партнерств, консультативних рад громади, груп захисту прав споживачів і некомерційних організацій. Ці групи можуть об'єднати учасників з багатьох секторів громади, включаючи бізнес, релігійні організації, депутатів місцевих рад, працівників культури та різні державні установи.

Так, у вересні 2021 р. мешканці Троїцької громади Луганської області разом із представниками Сіверської громади (Донецька область) взяли участь у виїзному тренінгу в рамках проєкту “Розбудова спроможності громади у відповідь на пандемію в Україні”. Проєкт включав дослідження кращих міжнародних практик ВООЗ у сфері громадського здоров'я, з фокусом на вплив пандемії COVID-19. Завдяки спільній роботі на тренінгу громаді вдалося об'єднати роботу первинної і вторинної ланки медицини.

У рамках проєкту “Здорове населення – спроможна громада” було підписано договір із місцевою газетою на реалізацію комунікаційної стратегії для промотування вакцинації від COVID-19. Стратегією була передбачена публікація низки інформаційно-просвітницьких матеріалів про користь вакцинації, а також створення серії мотивуючих відеороликів з історіями жителів громад, що прийняли рішення вакцинуватися. Матеріали були опубліковані у Троїцькій газеті “Сільські вісті” (на сайті та в друкованій версії), а також розповсюджені в соцмережі Facebook.

З метою підвищення обізнаності громадян щодо переваг вакцинації Сіверська громада Донецької області щотижня оновлювала дані про кількість вакцинованих і тих, хто одужав, та публікувала їх у форматі інфографіки в соціальній мережі Facebook, на сайті міської ради, ГО “Агенція суспільних ініціатив”, яка реалізує проєкт ініціативної групи Сіверської громади “Інформаційний простір “Здорова громада”. Також ініціативна група громади налагодила співпрацю з депутатами міської ради, керівниками фермерських господарств, підприємцями, керівниками різних установ шляхом інформаційних зустрічей.

З метою покращення доступу вразливих груп до медико-соціальних послуг у квітні 2021 р. Полтавська громада стала однією з учасниць проєкту “Посилення потенціалу Полтавської міської територіальної громади у забезпеченні доступу до медико-соціальних послуг для ЛВІН, осіб, що знаходяться під наглядом поліції та служби пробації, звільнених з місць позбавлення волі, в умовах пандемії COVID-19”, що був реалізований ГО “Інститут миру і порозуміння” за підтримки Міжнародного фонду “Відродження”. Проєкт сприяв підвищенню загального рівня громадської безпеки в громаді в умовах пандемії, зниженню рівня напруженості та формуванню толерантного ставлення серед членів громади щодо наркозалежних осіб та людей, які вийшли з місць позбавлення волі, а також розширив взаємодію місцевої влади, поліції, пробації і медичних закладів у цій сфері.

Миколаївською громадою Сумської області до боротьби з пандемією було залучено місцевих підприємців, власників аптечних закладів, які видавали мешканцям громади засоби індивідуального захисту, а також керівництво магазинів, яке зобов'язали проводити санітарні обробки та створити спеціальну розмітку задля дотримання соціальної дистанції між покупцями. На початку пандемії громада до роботи з наслідками пандемії залучила аграріїв та індивідуальних осіб-підприємців.

Лисецька громада Івано-Франківської області з метою оперативного реагування на пандемію створила мобільні групи для забору в населення тестів на COVID-19. Ці бригади, керуючись списком сімейного лікаря, приїжджали до кожного хворого з підозрою на коронавірус. Усі члени бригади були повністю забезпечені засобами індивідуального захисту. Згодом до роботи долучились приватні лабораторії, які знаходяться на території району.

Навесні 2020 р. на території Тернопільської області, що займала чільні позиції за кількістю захворілих на коронавірус, з'явилися нові волонтерські ініціативи, що почали свою діяльність із виготовлення захисних щитків та халатів для медичного персоналу, надання допомоги з транспортування медичних працівників, а також закупівлі продуктів харчування для вразливих груп населення. Проаналізувавши ситуацію, благодійна організація «Міжнародний благодійний фонд «Галицька громада» розробила концепцію «Інформаційного центру з подолання пандемії». Ініціатива передбачала надання інформаційної, психологічної та юридичної підтримки мешканцям Тернопільської області, фіксацію випадків порушення прав людини правоохоронними органами, збір потреб медичних закладів та окремих громадян і пошук ресурсів для їх задоволення. Створено гарячу лінію, отримано 10 ліцензій від компанії Terrasoft на CRM-систему для фіксації звернень у рамках боротьби з COVID-19 [268].

Чернігівська громада Запорізької області стала однією з 12 громад України та єдиною в області, команда якої взяла участь у менторській

програмі U-LEAD «Громадське здоров'я для громад», яку реалізовувала Школа охорони здоров'я Києво-Могилянської академії. Одним з основних завдань проєкту є інформаційно-роз'яснювальна робота щодо вчасних скринінгів, обстежень, вакцинації та попередження захворювань. Завдання лікарів відповідно до проєкту – налагодити інформаційно-роз'яснювальну роботу, напрацювати разом з активістами пам'ятки для пацієнтів відповідно до патологій, які вони мають, а також скласти інформаційні картки щодо вакцинацій, профілактики ускладнень.

У рамках програми підтримки громадського здоров'я у 2022 р. буде забезпечено фінансування фельдшерів, які будуть більше уваги приділяти профілактичній роботі, – передбачено 1,9 млн грн з місцевого бюджету на заробітну плату. Для лікарів, які будуть задіяні в «скринінговому проєкті», також передбачено стимулювання, залежно від їх активності та залученості до роботи.

У Чернігівській громаді Запорізької області у 2022 р. реалізуються одразу кілька програм та проєктів, спрямованих на підтримку громадського здоров'я та підвищення обізнаності мешканців щодо профілактики, вакцинації та надання першої домедичної допомоги.

Ще одним напрямком підтримки громадського здоров'я серед мешканців є участь у проєкті «Розбудова спроможності громад до розвитку системи громадського здоров'я», який реалізується Громадською спілкою «Культурна Ліга Сходу» за підтримки Федерального уряду Німеччини через GIZ. У рамках цього проєкту створили пункт здоров'я на базі бібліотечного ХАБу в селищі Чернігівка, де можна виміряти тиск, рівень цукру та кисню в крові, отримати інформаційні буклети про принципи та способи здорового способу життя, відвідати інформаційні заходи щодо профілактики захворювань [269].

Проєктом USAID «ГОВЕРЛА» в рамках інформаційної кампанії «Громада Діє» розроблено інфографіку, присвячену найактуальнішим порадам для українських громад під час воєнного стану. Проєкт допомагає

громадам у вирішенні питань комфортного проживання мешканців громади, розміщення внутрішньо переміщених осіб, надання допомоги лікарням у громаді під час гуманітарної кризи [270].

Через військову агресію Російської Федерації місцеві бюджети в усіх регіонах України недоотримують планові надходження, що подекуди ставить під загрозу можливість виконувати визначені законодавством повноваження. Деякі місцеві ради опинилися в ситуації, коли доходи бюджету не дають змоги забезпечити навіть мінімально необхідні видатки місцевого рівня. В результаті обговорення всіма учасниками спільного заходу Міністерства розвитку громад і територій України та Проєкту USAID «ГОВЕРЛА» «Фінансові виклики на місцевому рівні під час війни», який відбувся 20 травня 2022 р., підтримано пропозицію про запровадження додаткової дотації місцевим бюджетам на вирівнювання їх дохідної спроможності в період воєнного стану (ДОДАТОК Н).

Команда експертів USAID «ГОВЕРЛА» підготувала пропозиції щодо порядку надання та критеріїв розподілу такої додаткової дотації. Головними пропозиціями щодо порядку надання та критеріїв розподілу такої додаткової дотації є такі:

-обласні бюджети та бюджети територіальних громад, які мають значні скорочення доходів під час дії воєнного стану, повинні отримати додаткову дотацію для вирівнювання їхньої фінансової спроможності (додаткова дотація нараховується місцевим бюджетам, у яких фактичні надходження за 2022 р. є на 30% меншими, ніж відповідні показники 2021 р.);

-розподіл коштів дотації між місцевими бюджетами повинен відповідати принципу справедливості й неупередженості (дотацію отримають усі місцеві бюджети, які мають значні скорочення доходів, рівень вирівнювання фінансової спроможності становить 70% від фактичних доходів 2021 р.);

-визначення обсягу дотації має базуватись на основі єдиного формульного підходу та враховувати щомісячну динаміку фактичних доходів

(враховуються всі надходження загального та спеціального фонду бюджету без урахування міжбюджетних трансфертів);

-розрахунок обсягу дотації має здійснюватися окремо для кожного місцевого бюджету (розрахунок здійснюється для кожного обласного бюджету та бюджету територіальної громади);

-додаткову дотацію варто перераховувати місцевим бюджетам на щомісячній основі (розрахунок втрат доходів місцевих бюджетів здійснюється щомісяця) [271].

Крім того, 17 червня КМУ прийняв постанову про внесення змін до постанови КМУ від 11 березня 2022 р. № 252, якою дозволив керівникам місцевих фінансових органів затверджувати розпорядження про виділення коштів загального фонду на територіях, які після 24 лютого 2022 р. є тимчасово непідконтрольними українській владі, тимчасово окупованими або на яких ведуться бойові дії.

Виконавчим комітетам місцевих рад, місцевим державним адміністраціям, військово-цивільним адміністраціям та військовим адміністраціям надано право здійснювати управління коштами місцевих бюджетів без оприлюднення нормативно-правових актів та інших документів, які застосовуються під час бюджетного процесу.

Водночас постановою приведено у відповідність положення постанови КМУ від 11 березня 2022 р. № 252 «Деякі питання формування та виконання місцевих бюджетів у період воєнного стану» до норм Бюджетного кодексу України, Закону України «Про правовий режим воєнного стану», а також створено умови для спрощення організації бюджетного процесу на місцевому рівні.

Так, відповідно до постанови, у період воєнного стану сільський, селищний, міський голова територіальної громади, на території якої не ведуться бойові дії та не прийнято рішення про утворення військової адміністрації населеного пункту (населених пунктів), виключно для здійснення заходів правового режиму воєнного стану може прийняти

рішення щодо передачі коштів із відповідного місцевого бюджету на потреби Збройних Сил та/або для забезпечення заходів правового режиму воєнного стану [272].

Деякі можливості для співпраці мають менш очевидні, але так само важливі наслідки для розбудови спроможності системи громадського здоров'я. Наприклад, покращення економічного стану громади та збільшення рівня зайнятості покращує не лише фінансове становище родин у громаді, але й податкові надходження громади, а отже, її здатність протидіяти викликам громадському здоров'ю та надавати додаткові можливості для профілактики здоров'я.

У ситуації активного поширення COVID-19, збройного конфлікту можна виокремити 4 пріоритетні напрями для залучення громади (рис. 3.30).

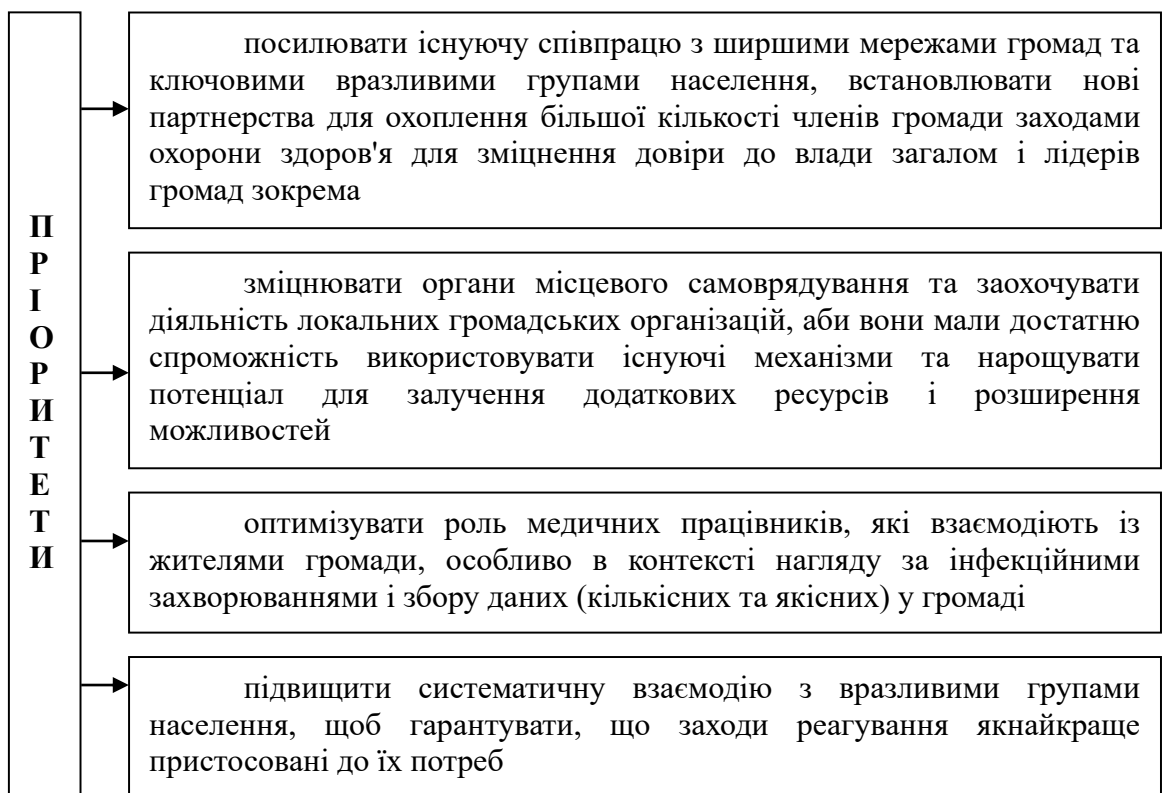


Рис. 3.30. Пріоритетні напрями для залучення громади до трансформації публічних механізмів регулювання охорони здоров'я

Реалізація цих пріоритетів на практиці вимагає від сектора охорони здоров'я закріпити в практиці (інституціоналізувати) залученість громади та

громадських організацій до прийняття рішень у сфері охорони здоров'я. Це можливо досягти таким шляхом:

1. Заохочувати територіальні громади розбудовувати стійку систему охорони громадського здоров'я, що тісно співпрацює з іншими відповідними секторами.

2. Заохочувати громади та громадянське суспільство стояти на варті прозорості та підзвітності системи охорони здоров'я.

3. Впроваджувати програми охорони громадського здоров'я, керуючись національною політикою та місцевим контекстом.

4. Інвестувати в розвиток інклюзивного партнерства, щоб залучити та координувати різноманітних суб'єктів громадянського суспільства та приватного сектора для підтримки національних заходів, спрямованих на подолання COVID-19, і надання територіальним громадам можливості формувати та підтримувати впровадження політики на місцях.

5. Використовувати навчання для визначення, підтримки та розширення ефективних громадських активностей.

З метою підвищення здатності розробляти та втілювати життєздатні ініціативи у сфері громадського здоров'я на регіональному рівні розроблено алгоритм дій щодо забезпечення спроможної системи громадського здоров'я. Регіон через територіальну громаду включається у процес розбудови сфери громадського здоров'я на всіх без винятку етапах розробки, реалізації та оцінки програми, проекту чи ініціативи. Запропонований алгоритм дасть змогу покращити відносини між учасниками взаємодії процесу реалізації програм й ініціатив у сфері громадського здоров'я та передбачає такі кроки, як: формування ініціативної групи, залучення ключових учасників (стейкхолдерів), аналіз ризиків та потенціалу у сфері громадського здоров'я, дизайн ініціативи з розбудови громадського здоров'я, підтримка процесу змін (моніторинг реалізації ініціативи у сфері громадського здоров'я) (рис. 3.31).



Рис. 3.31. Алгоритм дій щодо забезпечення спроможної системи громадського здоров'я на регіональному та місцевому рівнях

Ініціативна група (ІГ) – це група інститутів, направлених на розбудову сфери громадського здоров'я, управління процесом вироблення та реалізації комплексної і життєздатної програми, проекту, ініціативи в регіоні/громаді. ІГ може бути громадською організацією, коаліцією організацій, неформальним чи юридично оформленим об'єднанням членів громади, куди

входять як представники громадськості, так і представники органів місцевого самоврядування.

Передумовою розбудови сфери громадського здоров'я є залучення у процес ключових відповідальних суб'єктів та високий рівень взаємодії в реалізації ініціатив і програм у сфері громадського здоров'я.

Перегляд і класифікація загроз у сфері громадського здоров'я, вивчення потреб мешканців громади є необхідним підготовчим етапом аналізу ризиків у сфері громадського здоров'я, адже будь-яка ініціатива повинна максимально відповідати особливостям життя громади і запитам усіх її суб'єктів.

Розробка справді корисного й дієвого плану роботи з розбудови сфери громадського здоров'я для окремо взятого регіону/громади вимагає розуміння його сильних і слабких сторін, аналізу наявних та потенційних ресурсів. Потенціал громади складають такі ключові сфери:

1. Досвід реалізації ініціатив у сфері громадського здоров'я, рівень адаптивності у кризових ситуаціях, прийняття / опір змінам.
2. Інтегрованість та рівень довіри: рівень конфліктогенності, практики прийняття рішень, рівень інклюзивності, соціальна згуртованість.
3. Людські ресурси: наявність відповідних фахівців; рівень компетенцій суб'єктів у сфері громадського здоров'я; лідерство; мотивація.
4. Матеріально-технічні та фінансові ресурси: наявність та якість технічних засобів, наявність фінансових ресурсів.
5. Партнерство та комунікація: ефективність взаємодії між органами місцевого самоврядування, ключовими суб'єктами, відповідальними за безпеку, та громадськістю; ефективність комунікації в громаді у сфері громадського здоров'я.

На етапі дизайну ініціативи проводиться планування розбудови громадського здоров'я – це процес визначення спільного бачення безпечної громади та шляхів досягнення цього бачення. Процес планування передбачає активне залучення/включення уповноважених представників усіх ключових

структур на регіональному та місцевому рівні, які, у той чи інший спосіб, дотичні до питань громадського здоров'я. Розуміння важливості внеску кожного учасника забезпечує добровільне та мотивоване включення в процес планування, що, у свою чергу, створює передумову для формування відповідального ставлення й адекватного розподілу повноважень серед відповідних структур на етапі реалізації ініціативи.

Планування неможливе без попереднього розуміння ризиків, які існують у сфері безпеки в громаді, що є важливою передумовою якісного стратегічного планування та подальшої реалізації стратегії. Вироблення плану запобігання ризикам у сфері громадського здоров'я – це змістовна складова стратегії. Врахування сильних та слабких сторін громади у процесі стратегічного планування дасть змогу розробити реалістичний та життєздатний план розвитку охорони здоров'я.

Реалізація ініціативи потребує визначення основних показників успішності та їх відстежування в процесі. При цьому, показники успішності мають стосуватись як зниження ризиків у сфері громадського здоров'я, так і посилення потенціалу у сфері громадського здоров'я. До факторів, які позитивно впливають на досягнення успішності в реалізації ініціатив у сфері громадського здоров'я, можна віднести: навчання практик ведення діалогу для ухвалення рішень та розв'язання конфліктів; тренінг з управління змінами для представників органів місцевого самоврядування та громадськості; налагодження взаємодії між медиками та членами громади; стратегічні сесії із розробки програми з розвитку громадського здоров'я; залучення коштів/ресурсів для реалізації ініціативи у сфері громадського здоров'я [268].

Здоров'я громадян – це одна з найбільших цінностей для кожної цивілізованої країни, найважливіша складова її соціально-економічного розвитку. Тому метою держави має бути збереження здоров'я населення та прагнення забезпечити кращі показники здоров'я людей. Важливо, щоб до

процесу розбудови громадського здоров'я долучилася кожна громада, кожен регіон країни.

Таким чином, можна окреслити основні напрями подальшої трансформації системи охорони здоров'я в умовах децентралізації України: запровадження ключових показників ефективності для керівників закладів охорони здоров'я державної та комунальної форм власності; формування ефективної системи моніторингу надання медичних послуг за програмою медичних гарантій; створення умов для можливості застосування міжрегіональних клінічних маршрутів пацієнта при наданні екстреної медичної допомоги; опрацювання питання щодо доцільності об'єднання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги в один вид – спеціалізована медична допомога; удосконалення електронної системи охорони здоров'я на всіх рівнях; розвиток госпітальних округів.

Провідну роль у процесі реформування охорони здоров'я відіграє кадровий потенціал. Кадрова політика є одним із потужних інструментів реформування, вона визначає місце і роль кадрів у суспільстві, мету, завдання, найважливіші напрями і принципи роботи державних структур з кадрами, головні критерії їх оцінки, шляхи вдосконалення підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників, раціональне використання кадрового потенціалу України. Адже саме від наявності кадрів, їхнього професіоналізму, у першу чергу, залежать якість та своєчасність надання медичної допомоги.

Висновки до 3-го розділу

Аналіз міжнародного досвіду забезпечення систем охорони здоров'я проведено на основі відповідних індикаторів оцінки системи охорони

здоров'я (громадське здоров'я, доступ до лікарських засобів, надання послуг в охороні здоров'я та фінансування, кадрові ресурси системи охорони здоров'я), які визначено найбільш достовірними. Вивчення міжнародної практики на основі Глобального індексу безпеки здоров'я, Legatum Prosperity Index, Індекс охорони здоров'я за CEOWorld, Global Health Security Index та результатів опитування світової спільноти показало, що стратегічними цілями функціонування всіх систем охорони здоров'я є забезпечення спроможної системи громадського здоров'я, доступності і якості медичних послуг. Узагальнено основні проблеми систем охорони здоров'я (COVID-19, онкологічні захворювання, психічне здоров'я, стрес, ожиріння, діабет, нестача персоналу, доступ до лікування або час очікування, відсутність інвестицій у профілактику охорони здоров'я та старіння населення). Виділено ключові пріоритети сфери охорони здоров'я: розвиток цифрового здоров'я, телемедицини, стабілізація психічного здоров'я, mHealth, розвиток електронних медичних послуг та компонентів громадського оздоровлення, сприяння здоровому способу життя громадян різного віку, реалізація освітніх програм, ініціатив та проєктів державної політики щодо розвитку цифрового здоров'я, підвищення цифрових навичок і компетентностей лікарів та пацієнтів.

Доведено, що Україна має один з найнижчих рівнів планової імунізації населення у світі, що пов'язано з високим ступенем недовіри до них та відсутністю необхідної кількості вакцин. Виділено проєкти реформи охорони здоров'я України, реалізовані урядом для забезпечення та підтримки міцного здоров'я населення.

Порівняльний аналіз результатів упровадження публічних механізмів у сферу охорони здоров'я в умовах пандемії в Румунії, Молдові, Угорщині, Словаччині, Польщі, Україні дав змогу визначити фактори ризику (воєнний стан, радіаційний фон, новий коронавірус, водопостачання, вірус віспи мавпи, інфекційні захворювання, харчові отруєння). За результатами оцінки доступності послуг, ефективності та стійкості систем охорони здоров'я

можна виділити Словаччину як країну з найбільш ефективною політикою уряду щодо реформування медичної галузі.

Проаналізовано наслідки повномасштабного військового вторгнення Російської Федерації на територію України та прийняті урядом заходи для оптимізації роботи медичних закладів. Визначено зміни у стратегічних пріоритетах розвитку системи охорони здоров'я України в умовах воєнного стану та післявоєнного стану: зниження рівня травматизму, гарантування здоров'я матері та новонародженого, лікування хронічних захворювань і неінфекційних захворювань, ризик появи і поширення інфекційних захворювань, питання захисту (ризик торгівлі людьми, гендерне насильство), психічне здоров'я та психосоціальна підтримка, технологічні небезпеки та ризики для здоров'я, потенційні ядерні та хімічні небезпеки, глобальне управління COVID-19, лідерство та комунікація, реалізація яких дасть змогу сформувати основу для встановлення транскордонних стандартів.

Узагальнено ключові зміни для охорони здоров'я в умовах децентралізації: перехід поноважень на рівень громад (міст, сіл, селищ); потреба у взаємодії громад заради спільних цілей; виключення бюджетних надходжень та повноважень районного бюджету. Запропоновано науково-методичний підхід щодо оцінювання відповідності системи охорони здоров'я в регіоні розвитку ЦСР на основі низки показників (кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, рівень захворюваності на активний туберкульоз, кількість виписаних електронних рецептів, проведених щеплень проти COVID-19, видатки медичним закладам, що уклали договір з НСЗУ, обсяг додаткової дотації місцевим бюджетам, рівень забезпеченості практикуючими лікарями на 10000 населення, середня кількість декларацій на одного лікаря). За результатами оцінювання регіонів з найкращими показниками щодо досягнення ЦСР (Вінницька область – Центральна Україна, Одеська область – Південна Україна, Рівненська облсть – Північна Україна, Львівська область – Західна Україна, Харківська область – Східна Україна) за допомогою пелюсткової діаграми в полярній системі координат

доведено, що Вінницька область має найбільш позитивні результати діяльності, які відповідають встановленим ЦСР, та має найбільш ефективні перспективи розвитку в майбутньому. Серед досліджених регіонів найменша відповідність системи охорони здоров'я ЦСР характерна для Одеської області, перспективи розвитку галузі достатньо обмежені, враховуючи проблеми забезпечення спроможного громадського здоров'я. Визначено пріоритети розвитку регіонів, що досліджувались.

Доведено, що в контексті трансформації публічних механізмів регулювання сфери охорони здоров'я на місцевому рівні актуальним є налагодження взаємодії громади з відповідними інститутами. Виділено пріоритетні напрями для залучення громади до трансформації публічних механізмів регулювання охорони здоров'я та запропоновано алгоритм дій щодо забезпечення спроможної системи громадського здоров'я на регіональному та місцевому рівнях. Визначено, що основними напрямками подальшої трансформації системи охорони здоров'я в умовах децентралізації України є запровадження ключових показників ефективності для керівників закладів охорони здоров'я державної та комунальної форм власності; формування ефективної системи моніторингу надання медичних послуг за програмою медичних гарантій тощо.

РОЗДІЛ 4. ТРАНСФОРМАЦІЯ ПУБЛІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ НАДАННЯ ЕЛЕКТРОННИХ ПОСЛУГ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

4.1. Міжнародний досвід впровадження державних електронних послуг у систему охорони здоров'я

Зміцнення охорони здоров'я за допомогою системи електронної охорони здоров'я сприятиме підвищенню рівня медичної культури, реалізації основних прав людини, якості та справедливості життя. До складу електронної системи охорони здоров'я відносять центральну базу даних та електронні медичні інформаційні системи, обмін документами, даними, інформацію між якими забезпечено через відкритий програмний інтерфейс. В Україні постановою КМУ від 25 квітня 2018 р. №411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» регламентуються Порядок опублікування відомостей з електронної системи охорони здоров'я НСЗУ та Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я [273]. Залишається необхідним дослідження міжнародного досвіду впровадження державних електронних послуг у систему охорони здоров'я, що пов'язано з різними національними системами фінансування цієї галузі та інформаційно-комунікаційними можливостями.

Сьогодні перед більшістю країн світу постали значні проблеми у сфері охорони здоров'я, пов'язані з посиленням соціально-економічних нерівностей, епідеміологічними та демографічними зрушеннями, запитами населення, дефіцитом ресурсів, розвитком технологій. В умовах сучасної економічної ситуації особливо загострились зазначені проблеми. Експерти Європейського регіону ВООЗ закликають керівництва країн до запровадження державних програм щодо покращення в умовах економічної кризи доступності послуг з охорони здоров'я та здоров'я населення в цілому [274].

Канадська система охорони здоров'я є однією з найефективніших у світі. Про це свідчить середній вік життя жителів цієї країни, який становить 82,2 року. Це один з найвищих показників у світі. При цьому, на відміну від США і деяких інших високорозвинених країн світу, медичні послуги в Канаді умовно безкоштовні, що робить їх доступними для всіх резидентів цієї країни. Канадська система охорони здоров'я передбачає наявність у кожного канадця, з дітьми включно, спеціальної карти Health Card, яка одночасно може бути і документом, що посвідчує особу її пред'явника [275].

Запровадження національної електронної медичної системи включало розробку EHR. Цей термін застосовують щодо процесу збору, зберігання та доступу до електронної картки пацієнтів, фактично – до електронної системи охорони здоров'я Канади. Кожна канадська провінція має змогу адаптувати систему до власних потреб, проте вона включає такі загальні компоненти: реєстр пацієнтів; реєстр медичних спеціалістів, які мають доступ до системи; візуальну діагностичну систему, яка являє собою електронну базу знімків рентгенографічного, ультразвукового, магнітно-резонансного й комп'ютерно-томографічного дослідження та пацієнтів; систему інформації про лікарські засоби, що надає лікарям доступ до медичної історії пацієнта; систему інформації щодо лабораторної діагностики, що надає доступ до бази даних аналізів пацієнта.

Infoway встановлює та покращує стандарти роботи в системі EHR і розробляє Electronic Health Record Solution Blueprint – типову концепцію національного розвитку системи [276].

У Великобританії пацієнтів реєструють в електронній системі охорони здоров'я. З електронною системою працюють більше половини британських клінік, що надає будь-яким фахівцям всередині системи доступ до медичної інформації. Послуга електронних рецептів (Electronic Prescription Service) у Великобританії також впроваджується в рамках сервісу «відпуск лікарських засобів».

Сучасним напрямом реформування надання електронних послуг у ЄС є передусім створення єдиного цифрового ринку публічних послуг. Надання транскордонних адміністративних послуг у країнах ЄС передбачено Регламентом Європейського парламенту й Ради «Про електронну ідентифікацію і трастові послуги для електронних угод на внутрішньому ринку і скасування Директиви 1999/93/ЄС від 23 липня 2014 року №910/2014, Рішенням Європейського парламенту й Ради «Про створення програми сумісності рішень і загальних рамок для європейських публічних адміністрацій, підприємств і громадян (ISA2 програма) в якості засобу для модернізації публічного сектору» від 25 листопада 2015 р. №(ЄС) 2015/2240 тощо.

Охорона здоров'я у Швеції децентралізована, на федеральному рівні тільки приймаються закони, гроші розподіляються на регіональному та муніципальному рівнях. Швеція витрачає всього 2-3% від бюджету, виділеного на охорону здоров'я, на розробку ІТ-рішень у медицині.

Більшу частину розгалуженої системи охорони здоров'я країни об'єднує сайт 1177.se, що створений за державним замовленням і належить у рівних частках відразу всім регіональним учасникам країни. Це найбільш просунута медична мережа у світі. Мережа об'єднує всі державні лікувальні установи, до них підтягуються приватні клініки й кабінети. Служба складається з кол-центру, сайту і додатків. Приблизно мільйон осіб записуються на прийом, відстежують призначення і ставлять нагадування про те, що пора прийняти ліки, в додатку «1177», ще 500 000 записуються до лікаря за допомогою цього сайту.

У кожного пацієнта є особистий кабінет, у якому зберігаються історія хвороби, історія обстежень і призначень. На відміну від багатьох країн, шведська система влаштована так, що лікар не може подивитися документи хворого без його дозволу. Це зроблено, щоб захистити персональні дані людини. У кожного лікаря є спеціальна електронна карта-пропуск у систему, пацієнт завжди бачить, який лікар переглядав його записи. Лікарі з допуском до

медичної карти пацієнта можуть бачити відразу всю інформацію про нього, де підсумовані показання і візити до різних лікарів.

На сайті є опитування про симптоми, підказки, як лікувати прості захворювання, поради щодо безрецептурних препаратів і можливість продовжити старий рецепт або отримати новий. Удома можна поміряти тиск, пульс, рівень холестерину й інші показники, завантажити дані в систему і відправити лікарю, щоб він оцінив, чи всі в нормі [277].

У Німеччині дані про захворювання пацієнтів зберігають у паперовому та електронному вигляді, доступ до яких мають сімейні лікарі. Для цих цілей уповноваженим особам (лікарям) потрібен захищений доступ до даних пацієнтів, тому вони повинні проходити електронну ідентифікацію за допомогою спеціальної картки лікаря (e-Arztweis) [276].

Лікарська електронна картка має найширші можливості, а саме:

- ідентифікувати себе візуально як лікаря, наприклад, в аптеці чи медичних закладах;
- ідентифікувати себе електронно, наприклад, у медичних системах;
- за допомогою кваліфікованого електронного цифрового підпису підписувати медичну звітність, документи для виставлення рахунків, рецепти на лікарські засоби;
- отримати доступ до електронної медичної картки пацієнта тощо.

Таким чином, сучасний стан надання електронних послуг у країнах ЄС характеризується об'єднанням окремих електронних сервісів надання зазначених послуг у єдиний веб-портал, функції якого забезпечать надання широкого спектра публічних послуг в електронній формі на території всього ЄС. На сьогодні підходи, орієнтовані на цінності у сфері охорони здоров'я, підтримуються й популяризуються практикуючими лікарями та представниками урядових структур країн ЄС та інших країн світу. Розвиток державних електронних послуг у сфері охорони здоров'я забезпечує доступ до основних якісних медико-санітарних послуг, безпечних, ефективних і

прийнятних за вартістю основних лікарських засобів та вакцин, а також захист пацієнтів від фінансових ризиків [278].

Протягом років незалежності України різними урядами країни та органами місцевого самоврядування здійснювались заходи щодо створення інформаційних систем місцевого та загальнодержавного масштабу для надання в електронному вигляді адміністративних послуг. Надання таких послуг передбачає онлайн-взаємодію через певні інтерфейси інформаційної системи з використанням механізмів електронної автентифікації та ідентифікації між органом, що надає послугу, та громадянином на принципах гарантій впевненості та безпеки [279].

Цифрова трансформація охорони здоров'я в умовах пандемії зумовлена цифровізацією інформаційної інфраструктури, а також зростаючим попитом з боку пацієнтів. Загалом, існує чотири основні сфери, де використовуються цифрові засоби охорони здоров'я у відповідь на COVID-19: по-перше, комунікація та інформація; по-друге, моніторинг і нагляд; по-третє, підтримка надання медичних послуг; по-четверте, вакцинація, імунітет та фармаконагляд (рис. 4.1) [280].

Багато країн ОЕСР упроваджують електронні медичні записи (Electronic Medical Record – EMR) у лікарнях або кабінетах лікарів для своїх пацієнтів. У 2021 р. у середньому 93% практик первинної медичної допомоги використовують EMR у 24 країнах ОЕСР (рис. 4.2).

У 15 країнах ОЕСР усі практики первинної медичної допомоги використовують EMR, тоді як у Японії їх використовують лише 42%. Частка практики первинної медичної допомоги, яка використовує EMR, з часом зростає в більшості країн. У 2012 р. у середньому 70% практик первинної медичної допомоги використовували EMR (склад країн-учасниць різнився з року в рік). Серед країн, де частка лікарень, які використовують EMR, з 2012 р. зростає щонайменше вдвічі, включають Канаду, Данію та Японію.

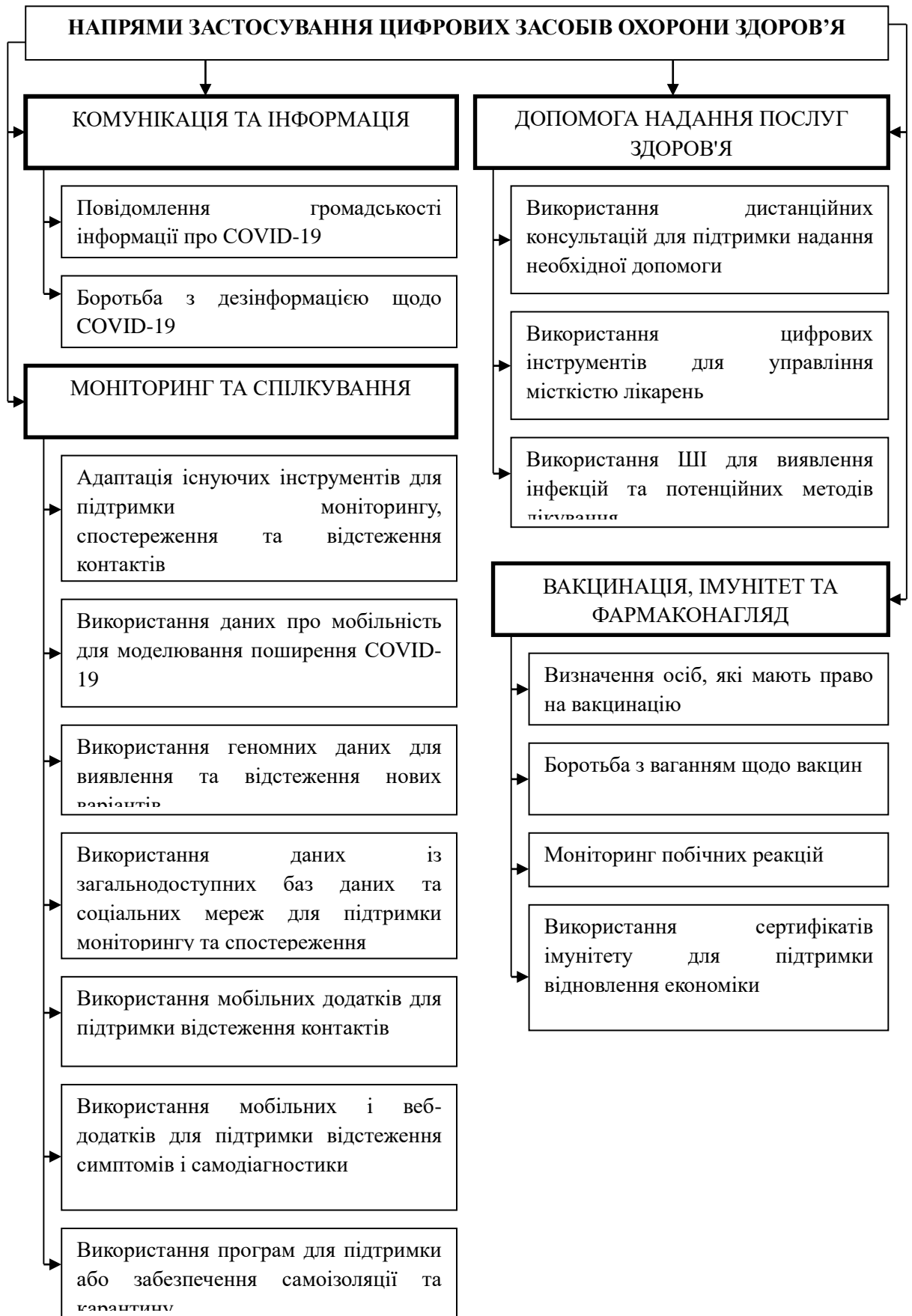


Рис. 4.1. Основні напрями застосування цифрових засобів охорони здоров'я під час пандемії COVID-19

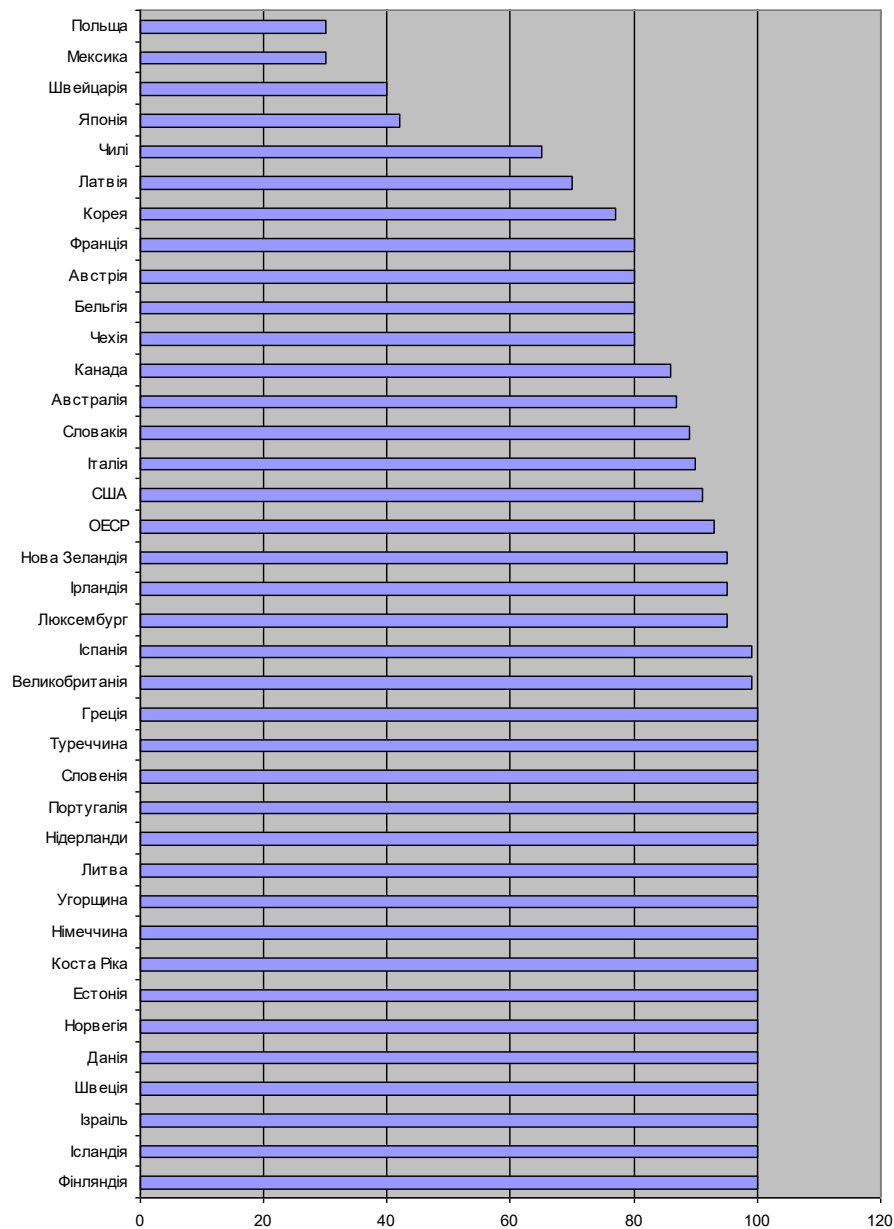


Рис. 4.2. Частка медичних кабінетів первинної ланки, які використовують електронні медичні картки, у 2021 р. [281]

У 16 з 26 країн ОЕСР у 2021 р. більшість пацієнтів має доступ до Інтернет-порталу, де вони можуть переглядати інформацію, що міститься в їх EMR. В 11 країнах ОЕСР багато пацієнтів також можуть взаємодіяти зі своїми записами (наприклад, змінюючи інформацію, додаючи додаткові дані з пристроїв чи програм або повідомляючи про результати, досвід чи клінічні випадки).

Близько половини країн зв'язують пацієнтів зі своїми постачальниками медичних послуг через портал для пацієнтів, який забезпечує телеконсультації

(13 країн), відеоконференції (12 країн) і безпечну електронну пошту або текстові повідомлення (11 країн). Сім країн також використовують портал для опитування пацієнтів про їх досвід та результати, про які вони повідомляють.

У середньому в 30 країнах ОЕСР у 2020 р. 59% осіб у віці 16-74 років використовували Інтернет для пошуку інформації про стан здоров'я порівняно з 36% у 2010 р. (рис. 4.3).

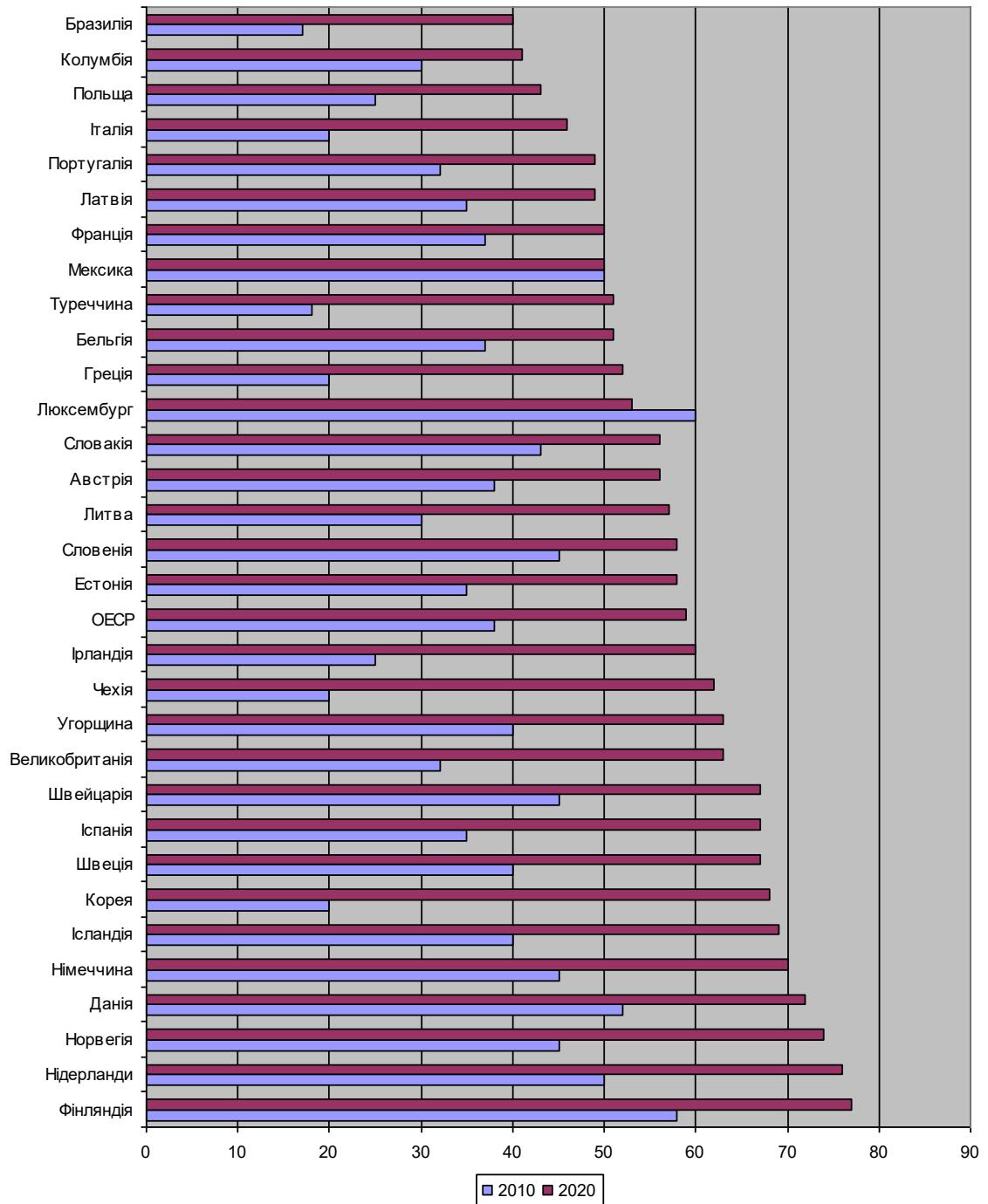


Рис. 4.3. Частка дорослих, які шукають інформацію про здоров'я в Інтернеті, у 2010 та 2020 рр., % [281]

Проте існували значні демографічні та соціально-економічні відмінності в пошуку інформації про здоров'я в Інтернеті. Люди похилого віку, особи з нижчим рівнем освіти та особи з домогосподарств з нижчими доходами рідше шукали інформацію про здоров'я в Інтернеті.

Рішення штучного інтелекту (ШІ) використовують, щоб допомогти системі охорони здоров'я справлятися зі зростаючим попитом за допомогою обмежених ресурсів і передових даних аналітики для підтримки наукових досліджень, персоналізованої медицини, ранньої діагностики захворювань тощо [282]. Паралельно з ШІ, діапазон підключених пристроїв, які підтримує ШІ, продовжує швидко зростати. Очікується, що їх кількість збільшиться майже втричі, з 8,74 млрд у 2020 р. до понад 25,4 млрд пристроїв ШІ у 2030 р., створюючи ще більше великих даних для аналізу та інтелектуальних додатків. Країна з найбільшою кількістю підключених пристроїв ШІ – Китай (3,17 млрд пристроїв у 2020 р.).

Спостерігається швидке поширення мобільних рішень для здоров'я (тобто мобільних додатків, мобільних датчиків, мобільних форм збору даних, тощо), оскільки все більша кількість пацієнтів володіє смартфонами. Лише 43% країн світу мають політику або законодавство, що визначає медичну юрисдикцію щодо послуг eHealth, 53% не мають законодавства, що дозволяє особам отримувати доступ до своїх електронних медичних карт, і лише 13% реалізують політику щодо регулювання використання великих даних у секторі охорони здоров'я. Лише 11 країн мають національні повноваження регулювати мобільні пристрої та програмне забезпечення для mHealth щодо якості, безпеки та надійності.

За даними ОЕСР, телемедицина використовується для надання медичної допомоги за широким спектром спеціальностей, що може покращити стан здоров'я в ряді терапевтичних сфер, пов'язаних з лікуванням таких захворювань, як діабет, астма, серцево-судинні захворювання, а також в офтальмології. Згідно з останніми дослідженнями, близько 84% пацієнтів, які використовували віртуальну допомогу в березні 2020 р., зробили це вперше.

Медичні працівники також використовують телемедицину для дистанційної діагностики пацієнтів. З початку пандемії 58% країн світу використовують телемедицину замість особистих консультацій, оскільки сімейні лікарі та лікарні обмежують особистий контакт до необхідних відвідувань [281].

До найпоширеніших цифрових медичних проєктів для боротьби з COVID-19 належить телемедицина (30%). Цифрові навчальні пакети для інформування людей про захворювання, географічні інформаційні системи та програми для швидкого реагування, для відстеження випадків у реальному часі, а також хмарні або мобільні системи для самообслуговування та відстеження пацієнтів були на другому місці програм цифрових інструментів (19%). Проєкти були розгорнуті в різних країнах Європи, а також у США, Австралії та Китаї [281].

У 2019 р., до пандемії, дистанційні консультації по телефону чи відео становили менше 10% усіх консультацій в Австралії, Фінляндії, Литві, Норвегії та Словенії. У Данії була найвища частка дистанційних консультацій до пандемії – 45%. З початку пандемії частка громадян, які повідомили про медичну консультацію онлайн або по телефону, різко зростає: до середини 2020 р. майже кожен третій дорослий скористався дистанційною консультацією, і ця частка зростає майже до кожного другого до початку 2021 р. (рис. 4.4).

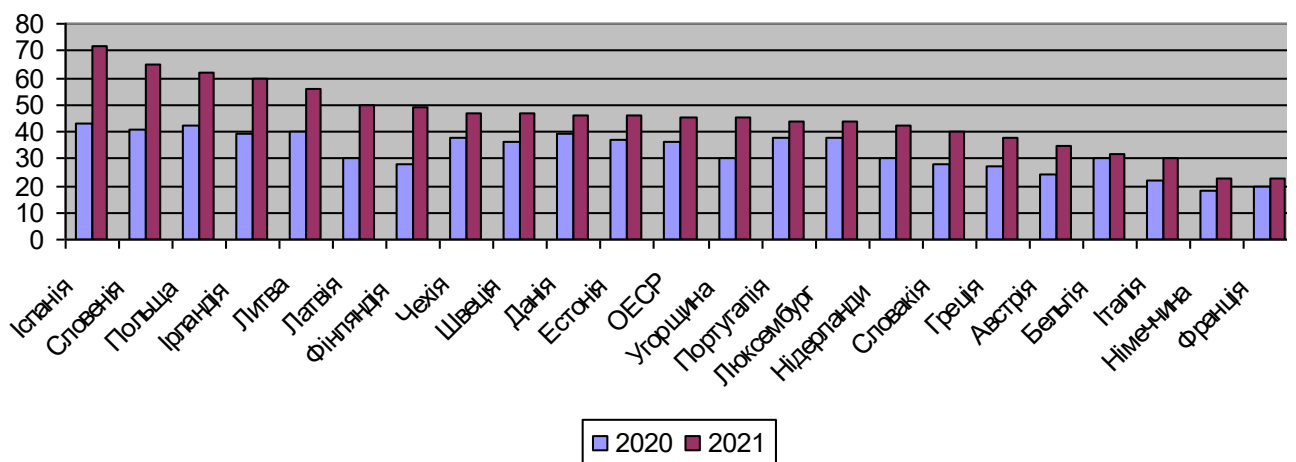


Рис. 4.4. Частка дорослих, які отримували послуги лікаря через телемедицину з початку пандемії, в 2020-2021 рр., % [281]

Країни, де використання дистанційних консультацій було найвищим у середині 2020 р., також мали вищі темпи зростання в період із середини 2020 р. до початку 2021 р. [283].

Австралія у 2012 р. запустила службу Personal Health Record (PHR) у формі My Health Record (MyHR). MyHR складається з особистих медичних карт, записів Medicare та інших даних. Через MyHR люди можуть отримати доступ до власної медичної інформації та контролювати авторизацію доступу, визначаючи, хто може переглядати їхню інформацію. Інформація, що міститься в MyHR, стосується лікарень, лікарів первинної ланки, аптек, кабінетів спеціалістів, спеціалістів з лабораторної медицини та діагностичної радіології. Залежно від особистих налаштувань, ця інформація може передаватися окремим особам та медичним працівникам.

MyHR надає послуги лише через свій веб-сайт. Кількість записів швидко зросла з 5 890 000 у липні 2018 р. до 22 810 000 у липні 2020 р. (загальна кількість документів – понад 2,1 млрд, а кількість клінічних – понад 80 млн). Приблизно 93% лікарів первинної ланки перебувають на обліку, а 83% користуються послугою.

В Аргентині всі провінції впровадили різні цифрові рішення для відстеження прогресу пандемії та для надання ефективної інформації громадянам. Наприклад, провінція Санта-Крус створила канал Telegram («Sabreparaprevenir»), у якому громадяни мають доступ до офіційних матеріалів та оголошень. Уряд Буенос-Айреса пропонує на своїх інформаційних платформах можливість знати подробиці про систему відстеження «DetectAr» та геолокацію пунктів обслуговування. З іншого боку, центральний уряд через МОЗ створив веб-сайт для моніторингу даних та мобільний додаток («Cuidar») для самооцінки симптомів.

У Бразилії федеральний уряд створив портал Covid-19 NoBrasil з різними візуалізаціями даних та цифровими інструментами для моніторингу пандемії в регіонах та муніципалітетах. Серед регіональних та місцевих ініціатив можна виділити «Painel COVID-19», встановлений урядом штату Ріо-ду-Жанейро, в

якому громадяни можуть стежити за розвитком випадків, перевіряти карту наявності зон ризику, отримувати доступ до відкритих файлів даних та отримати інформацію про нормативні документи й умови надання послуг.

У липні 2016 р. уряд штату Нова Шотландія (Канада) запропонував жителям портал MyHealthNS, який дає змогу пацієнтам та лікарям обмінюватися інформацією, зокрема результатами звичайних тестів. Коли пацієнти створюють безпечні онлайн-записи про стан здоров'я (вимірювання артеріального тиску, інформацію про вакцинацію, алергічні реакції та введені ліки), вони можуть завантажувати та зберігати результати тестів і звіти експертів. Пілотний проект було вперше проведено протягом 3 років із залученням понад 30 лікарів сімейної медицини та понад 6000 пацієнтів. Пацієнти мали змогу отримати доступ до власної медичної інформації через смартфон. Проте 31 березня 2020 р. послугу було припинено, оскільки не було вирішено питання моделі оплати послуги PHR, що було порушено у 2017 р.

З розвитком 5G та Інтернету речей відбувається подальший розвиток електронної медицини. Наприклад, можливість дистанційних операцій або хірургічних операцій під керівництвом робота. В листопаді 2019 р. у Китаї відбулася перша дистанційна операція на мозку людини з підтримкою 5G в умовах, коли лікар і пацієнт знаходились на відстані один від одного понад 2400 км. У 2020 р. хірурги в Італії провели тестування дистанційної операції на голосових зв'язках 5G. Очікується, що 5G буде транспортувати величезний обсяг даних набагато швидше, надійно підключати надзвичайно велику кількість пристроїв і обробляти великі масиви даних з мінімальною затримкою.

У Колумбії МОЗ та соціального захисту населення пропонує два різні централізовані веб-сайти з даними для громадян, щоб відстежувати еволюцію пандемії. Щоденно оновлюючись, обидва сайти – один у домені Міністерства, інший – Інституту громадського здоров'я – представляють інформаційні панелі даних для кількох змінних і вичерпних карт із ситуацією на рівні відомства та муніципалітету. На місцевому рівні особливо виділяється робота уряду міста Богота, який розробив веб-платформу, за допомогою якої місцеві жителі

можуть отримати доступ не лише до інтерактивних інформаційних панелей з оновленою інформацією про інфекції та іншою щоденною статистикою, а й також дізнатися про доступні програми соціальної допомоги, перевірки фактів для аналізу та спростування фейкових новин.

Корея розробила та експлуатує систему розумного управління COVID-19 для підтримки епідеміологічних розслідувань. Ця система базується на технологіях національного центру даних країни для збору та обробки великого обсягу даних. Корея впровадила цю систему для широкого спектра статистичних аналізів з метою відстеження переміщення заражених осіб, визначення шляхів передачі або виявлення джерела інфекції в масштабному спалаху. Дані про місцезнаходження інфікованих осіб до того, як їм був поставлений діагноз, збираються з мобільних базових станцій, транзакцій з кредитними картками тощо в межах дозволеного діапазону, передбаченого законодавством про контроль та профілактику інфекційних хвороб.

У Мексиці федеральний уряд створив веб-сайт з централізованою інформацією про хід пандемії в країні. Ця платформа містить інтерактивну інформаційну панель для відстеження еволюції інфекцій та інших змінних як на національному, так і на місцевому рівні (міста та райони). У Мехіко активовано систему «SMS COVID-19», в якій громадянам із симптомами відповідають на деякі питання, що дають змогу ідентифікувати можливі випадки (гострий або важкий) коронавірусу.

Аналіз розвитку телеконсультацій у США доводить, що у квітні 2020 р. у США засобами телездоров'я проведено 69% амбулаторних відвідувань. Ринок штучного інтелекту в охороні здоров'я досягне приблизно 6,6 млрд дол. США до 2021 р. і 8 млрд дол. США до 2022 р. Ринок програм для мобільного здоров'я в США зросте до 50 млрд дол. США до 2025 р. Наразі існує понад 100 тис. доступних оздоровчих програм, але лише деякі мають достатнє фінансування.

Багато країн використовують цифрові інструменти для збору та обміну інформацією про COVID-19 або за допомогою існуючих інструментів, або

спеціально розроблених для COVID-19 (веб-сторінки та інформаційні панелі, на яких відображаються ключові дані, такі як кількість випадків, смертей та рівень вакцинації). Додатки були розроблені для спілкування з громадськістю, надання інформації про вірус і підтримки розпізнавання симптомів, їх звітування та тестування, а також для зв'язку з медичними службами в таких країнах, як Хорватія, Естонія, Фінляндія, Великобританія, Італія та Канада.

Хоча 69% країн Європейського регіону ВООЗ загалом мали законодавство, що регулює використання електронних медичних карт, цей показник варіювався від майже 90% у країнах-членах ЄС до менше 30% у країнах Співдружності Незалежних Держав. В іншому міжнародному порівнянні стратегій цифровізації охорони здоров'я в 14 країнах ЄС, а також в Австралії, Канаді та Ізраїлі, Естонія посіла перше місце з точки зору політики щодо цифрового здоров'я, включаючи наявність відповідної фінансової, правової та нормативної та інституційної бази. Канада, Нідерланди, Данія та Швеція також були визнані найкращими, а Польща, Німеччина і Франція мають менш сприятливе політичне середовище.

Дистанційні консультації між медичними працівниками та пацієнтами вже давно визнані перспективним інструментом для покращення якості та доступу до допомоги. Тоді як дистанційні консультації в основному використовувалися в первинній медичній допомозі (Великобританія, Мальта, Польща, Франція, Хорватія, Швеція), їх також застосовували в ланці вторинної медичної допомоги (наприклад, Вірменія, Естонія) і ширше в різних видах допомоги (наприклад, Австрія, Бельгія, Великобританія, Ізраїль, Італія, Люксембург, Мальта, Німеччина).

У деяких країнах для моніторингу ефективності заходів соціального дистанціювання, виявлення людей у групі ризику або надання можливості повідомляти про симптоми (наприклад, в Австрії, Болгарії, Великобританії, Ізраїлі та Італії) використовуються більш активні інструменти, такі як відстеження рухів мобільного телефону [284].

Одним із пріоритетів країн ЄС на 2019-2025 рр. є створення європейського простору даних про охорону здоров'я, сприяння кращому обміну цифровим здоров'ям за допомогою EHR або електронних рецептів. Доступність цифрових медичних карт та електронних рецептів у багатьох країнах ЄС дало змогу обмежити непотрібні контакти між лікарями та пацієнтами і знизити ймовірність зараження коронавірусом.

Проте статистика ЄС свідчить про те, що невелика кількість пацієнтів сьогодні мають доступ до своїх медичних карт в Інтернеті або використовують веб-сайти чи програми. Вони користуються Інтернетом в основному для пошуку інформації про здоров'я (рис. 4.5).

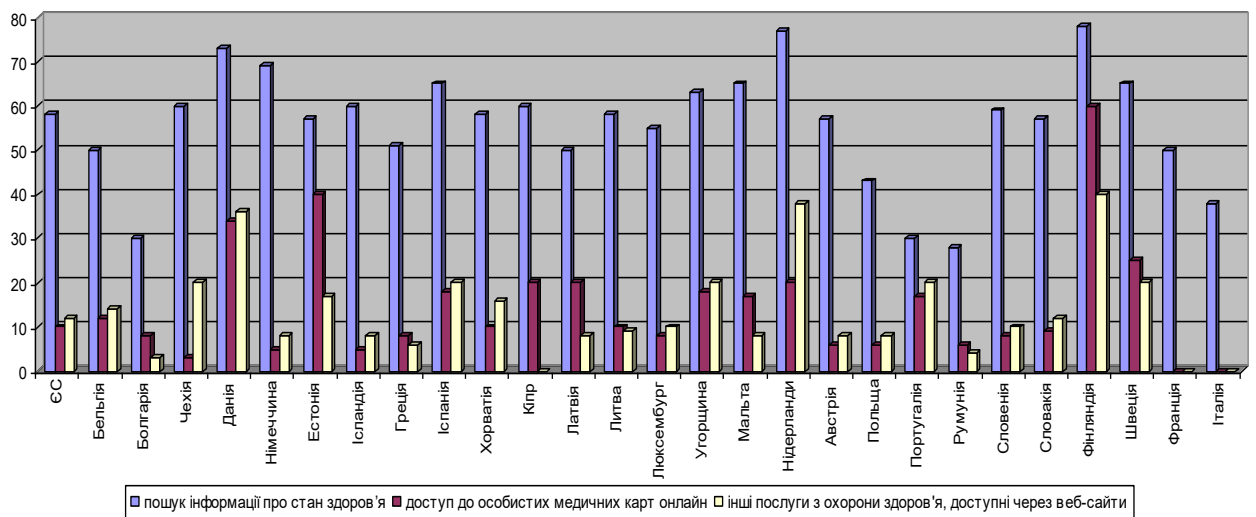


Рис. 4.5. Доступність інформації, пов'язаної з охороною здоров'я, людей у віці від 16 до 74 років у мережі Інтернет у 2020 р., % [283]

Згідно з опитуванням Eurostat ІКТ, у ЄС 55% людей у віці від 16 до 74 років шукали інформацію, пов'язану зі здоров'ям, через Інтернет у 2020 р. із великими відмінностями між країнами. З усіх заходів, пов'язаних зі здоров'ям, доступ до особистих медичних карт в Інтернеті та заміна відвідувань лікарів програмами та веб-сайтами охорони здоров'я зафіксувала нижчі показники, за винятком Фінляндії та Естонії, які є більш розвинутими в галузі цифрового здоров'я.

Рівень упровадження цифрового здоров'я на практиці до COVID-19 також різнився залежно від типу застосування та країни. У той час як 83% країн-членів ВООЗ Європи повідомили про використання телерадіології, а 81% – про використання соціальних медіа для кампаній з підтримки здоров'я, лише 59% мали національну систему електронних медичних карт (рис. 4.6). Програма мобільного здоров'я, що фінансується урядом, була представлена в 22 державах-членах.

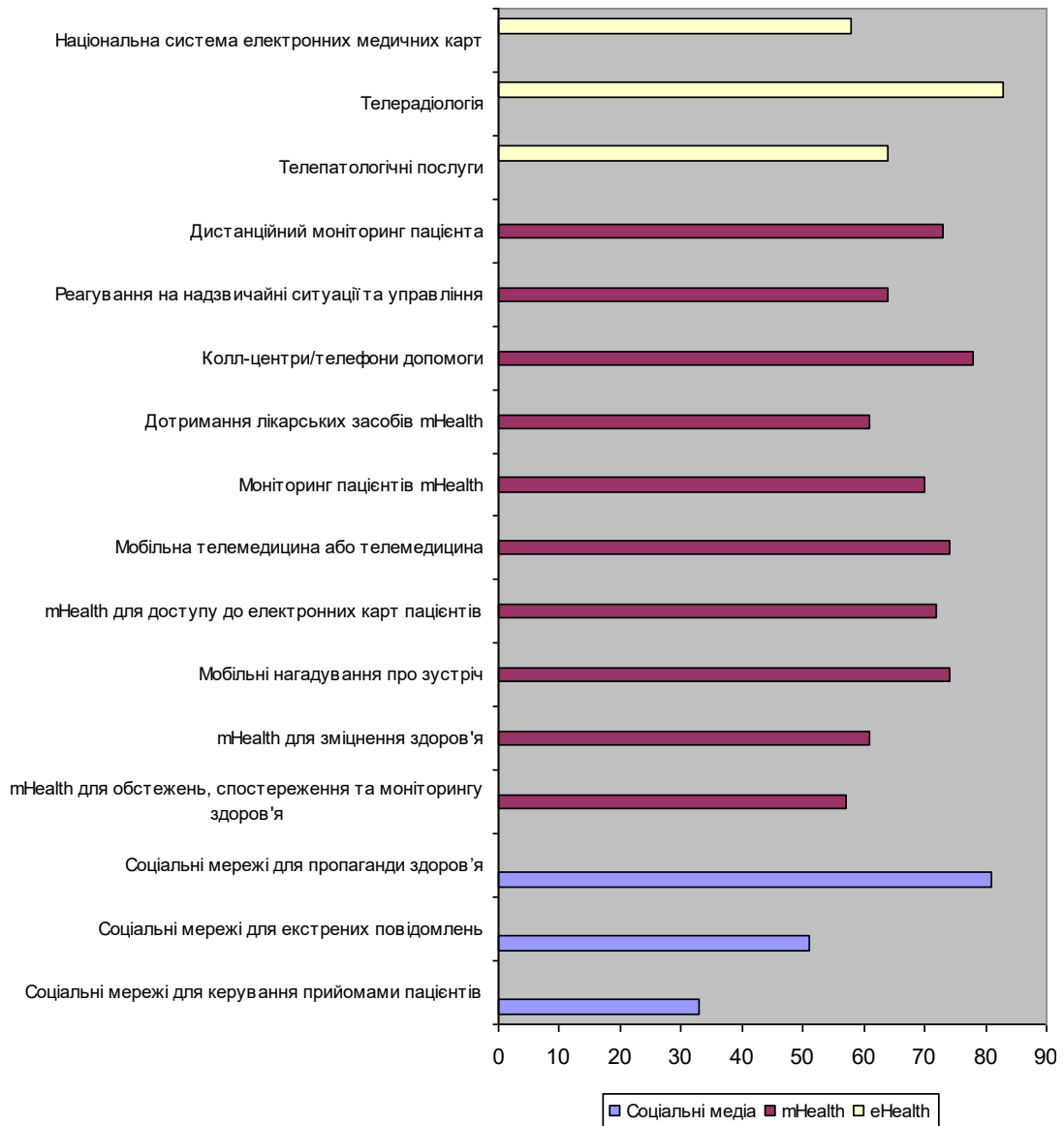


Рис. 4.6. Рівень використання цифрового здоров'я залежно від типу програми в країнах ЄС, % [282]

Хоча країна може використовувати певну програму, вона може бути доступна для використання лише в певних секторах охорони здоров'я (наприклад, EMR для стаціонарного лікування), регіонах або постачальниках.

У квітні 2020 р. Європейська комісія прийняла рекомендацію підтримати поступове скасування заходів щодо стримування коронавірусу за допомогою мобільних даних і додатків. Більшість країни-членів запустили національний додаток для відстеження контактів та попередження про COVID-19. Цифровий шлюз додатків для відстеження COVID-19 був запущений для забезпечення обміну інформацією між національними додатками кордонів, щоб користувачі могли бути попереджені, перебуваючи за кордоном, якщо вони контактували з кимось та дали позитивний результат на COVID-19. Три національні програми (Німеччина, Ірландія та Італія) були пов'язані 19 жовтня 2020 р., коли система з'явилася в мережі. Загалом 20 програм на основі децентралізованої системи можуть стати взаємосумісними. Програми для відстеження контактів і попереджень використовуються лише добровільно та поважають конфіденційність користувачів відповідно до узгоджених специфікацій. За прогнозами, ринок мобільних рішень у ЄС зросте до 53 млрд євро до 2025 р.

Електронний рецепт eRecept (та eDispensation) дозволяє громадянам ЄС отримувати ліки в аптеці, розташованій в іншій країні ЄС, завдяки онлайн-передачі їх електронного рецепта з їх країни проживання в країну подорожі. Наразі транскордонні електронні рецепти працюють лише в чотирьох державах-членах (Естонія, Португалія, Фінляндія та Хорватія).

Європейська комісія профінансувала розробку програмного забезпечення ШІ, щоб допомогти прискорити ідентифікацію інфекцій COVID-19 за допомогою комп'ютерної томографії. Десять європейських лікарень у дев'яти державах-членах розпочали пілотне використання цього інструменту в травні 2020 р., а результати мали на меті ширше використовувати інструменти ШІ для охорони здоров'я.

Комісія також підтримала використання загальноєвропейських високопродуктивних обчислень, щоб допомогти визначити існуючі ліки, які можна було б використовувати для лікування COVID-19. Подібний консорціум EXSCALATE4COV об'єднує 18 установ із семи країн, включаючи інфраструктуру суперкомп'ютерів в Італії, Німеччині та Іспанії.

У березні 2021 р. Європейська комісія представила пропозицію щодо цифрового зеленого сертифіката як паспорта вакцини для всього ЄС, щоб підтвердити, що людина була вакцинована проти COVID-19. Сертифікат, який охоплює інформацію про вакцинацію від COVID-19, тестування та одужання, сприяє безпечним подорожам громадян, а також є ключовим для підтримки сильно постраждалої туристичної індустрії Європи. Цифровий сертифікат ЄС про COVID користується успіхом у всьому світі: він встановив глобальний стандарт і наразі є єдиною системою, яка вже діє на міжнародному рівні.

Крім того, 43 країни вже підключені до системи ЄС: 27 країн-членів ЄС, 3 країни Європейської економічної зони, Швейцарія та 12 інших країн і територій. Загалом до Комісії звернулися 60 третіх країн, зацікавлених у приєднанні до системи ЄС. Крім тих, які вже підключені, тривають технічні дискусії з 28 з цих країн. Держави-члени ЄС видали понад 591 млн цифрових сертифікатів ЄС про COVID.

Сектор повітряного транспорту отримав значну користь від цифрового сертифіката ЄС про COVID, який почав діяти якраз у період літнього піку подорожей. За даними Асоціації Міжнародної ради аеропортів (Airports Council International – ACI Europe), у липні 2021 р. загальний пасажиропотік більш ніж удвічі зріс порівняно з липнем 2020 р. ACI Europe пов'язує цю зміну з упровадженням цифрового сертифіката ЄС про COVID разом із послабленням обмежень на подорожі. Близько двох третин (65%) респондентів погодилися, що цифровий сертифікат ЄС про COVID є найбезпечнішим засобом для безкоштовної подорожі Європою під час пандемії COVID-19 [283].

Зауважимо, що 20 країн-членів ЄС також використовують цифровий сертифікат ЄС про COVID-19 для внутрішніх цілей, наприклад, для відвідування великих заходів і доступу до ресторанів, кінотеатрів і музеїв, з додатковою національною правовою основою [285].

Такі країни, як Естонія, Швеція та Фінляндія, були відносно добре облаштовані, а цифрове здоров'я вже інтегровано в їхні системи охорони здоров'я. Інші країни були розвинені певним чином, вони мають досить добре

розвинену технічну інфраструктуру, але відносно обмежувальні норми, тоді як інші взагалі ще не інтегрували цифрові інструменти охорони здоров'я у свої ширші системи охорони здоров'я. Це означало, що, незважаючи на спільні амбіції щодо використання цифрового здоров'я, країни починали з досить різних точок цього процесу, коли спалахнула пандемія. На національному рівні країни розробили різноманітні стратегії боротьби з пандемією та дезінформацією.

У Великобританії у березні 2020 р. було запущено додаток COVID Symptom Study у співпраці з науковою компанією у сфері охорони здоров'я та Королівським коледжем Лондона. Додаток поєднує дані про симптоми, що повідомляються пацієнтом самостійно, з програмними алгоритмами, які дають аналітикам змогу передбачати, хто має вірус, і відстежувати інфекції у Великобританії та інших країнах. Понад 4 млн людей взяли участь у дослідженні в усьому світі, з них 300 000 у Великобританії, що робить його найбільшим моніторингом COVID на основі громад у всьому світі. Додаток також використовується для відстеження тривалих симптомів COVID.

Постачальник послуг Великобританії AssuRx у березні 2020 р. створив інструмент відеочату, за допомогою програмного забезпечення якого протягом кількох місяців проводились більше мільйона відеоконсультацій у 6700 лікарях.

В Англії дані лікарів загальної практики показують, що кількість телефонних консультацій зросла з 856 631 до 2 022 798 на тиждень у період з 2 березня по 18 травня 2020 р., тоді як відеоконсультації через найбільший німецький портал лікар-пацієнт («jameda») зросли більш ніж на 1000% з лютого по березень 2020 р.

У деяких лікарнях Великобританії також створені віртуальні травматологічні клініки, які дають пацієнтам можливість отримувати відео- або телефонну консультацію, після чого їх відправляють до подальшої клініки або виписують.

В Естонії всі громадяни, які є страхувальниками медичного страхування, можуть отримати доступ до своїх медичних даних через веб-портал пацієнтів.

E-Patient Portal (e-PP) надає доступ до національної бази даних охорони здоров'я шляхом включення даних від різних постачальників медичних послуг EHR. Користувачі можуть як отримувати доступ до даних, що зберігаються в EHR, так і створювати підсумкові документи, встановлювати сигнали тривоги, записуватись на амбулаторні прийоми та одночасно повідомляти всі медичні установи про зміни своїх контактних даних через e-PP. Для безпеки даних система використовує цифрову сертифікацію, цифровий підпис, шифрування та технологію розподіленого зберігання даних, а всі записи діяльності підтримуються технологіями блок-ланцюга.

Під час фази надзвичайної ситуації першої хвилі Естонія запустила інтерактивний автоматизований чат-бот («Suve»), щоб боротися з дезінформацією та гарантувати, що кожен, хто живе або відвідує країну, може отримати відповіді на запитання з офіційних джерел. Чат-бот був доступний естонською, російською та англійською мовами на сайтах Міністерства соціальних справ, Департаменту охорони здоров'я та спеціальному веб-сайті з надзвичайних ситуацій щодо COVID-19: kriis.ee.

В Естонії використовується мобільний додаток для залучення громади, щоб інформувати громадян про дії та рекомендації на національному та місцевому рівнях для запобігання та припинення поширення коронавірусу. В додатку публікуються цільові картки запитань, відгуки, події календаря, вміст у соціальних мережах та сповіщення.

В Італії кілька регіонів розробили різні цифрові рішення для відстеження та стримування інфекції. Наприклад, Lazio активував портал для звітування «Унікальна система сповіщень». Регіон Лаціо також запустив додаток LazioDrCovid, який забезпечує безпечний двонаправлений текстово-аудіозв'язок між громадянином та його лікарем через смартфон. У Ломбардії стан здоров'я громадян відстежується через додаток «LOM Alert». П'ємонт розробив «Платформу регіону П'ємонт COVID-19» для регіонального підрозділу управління кризовими ситуаціями та моніторингу пацієнтів з

COVID-19. Апулія та Тоскана також мають регіональні веб-платформи, які підтримують допомогу, догляд та моніторинг пацієнтів на відстані.

В Іспанії всі урядові акаунти в соціальних мережах використовувалися для протидії недостовірній, неправильно спрямованій або шкідливій інформації та для моніторингу їх тенденцій у співпраці з основними платформами соціальних мереж (наприклад, Twitter, Facebook, YouTube, Instagram тощо). Ці зусилля включали створення спеціальних інформаційних каналів у Telegram (<https://t.me/sanidadgob>) і WhatsApp, спрямованих на надання рекомендацій щодо охорони здоров'я безпосередньо громадянам.

Для підтримки відстеження симптомів та самодіагностики були запуснені мобільні та веб-додатки. Загалом, за даними ЄС, стаом на 01.01.2022 існує понад 3 000 мобільних додатків для здоров'я (m-health) на ринку ЄС, що вдвічі більше, ніж у 2015 р. Так, в Іспанії МОЗ створило веб-портал і мобільний додаток (кількома мовами), орієнтований на туристів, які подорожують до Іспанії, під назвою «Spain Travel Health». Ця програма надає інформацію про умови в'їзду, актуальні дані про епідемічну ситуацію в Іспанії та показує рекомендації щодо охорони здоров'я, яких слід дотримуватися після прибуття.

В Іспанії кількість дистанційних медичних консультацій, які надаються через додаток MEDIQUO, зростає більш ніж на 150% у середині березня 2020 р. порівняно з попереднім місяцем, причому багато консультацій стосувалися COVID-19. Провідними посередниками для цього швидкого розширення використання дистанційних консультацій у країні були використані наявний високорозвинений потенціал цифрової інфраструктури охорони здоров'я, досвід медичних працівників у використанні встановлених цифрових інструментів (наприклад, EMR, електронний рецепт тощо) та онлайн-взаємодія громадян і пацієнтів з їх службою охорони здоров'я.

На Мальті головна лікарня Mater Dei створила «Центр невідкладної допомоги COVID-19», щоб моделювати прогнозований попит і пропозицію, використовуючи дані в режимі реального часу про різні показники, наприклад, поточний рівень завантаженості ліжок у різних палатах. Інші країни

використовують цифрові інструменти охорони здоров'я, щоб узгодити попит на медичних працівників із пропозицією, найчастіше через веб-портالي (наприклад, Естонія, Канада, Нідерланди, Німеччина).

Федеральне МОЗ Німеччини профінансувало створення програми для карантину COVID-19 «Щоденник симптомів», щоб підтримати місцеве управління охорони здоров'я. Щоденник заснований на безпечній та зручній Інтернет-платформі для збору клінічних даних та цифрових щоденників пацієнтів, де всі важливі дані можна переглянути в одному місці та передати відповідним органам. Лікарі можуть стежити за перебігом захворювання в режимі реального часу, а залучені кабінети та установи заощаджують значні потужності завдяки автоматизації.

У Німеччині різноманітні телемедичні рішення, наприклад мобільні програми, веб-сайти, роботи та чат-боти, надають можливість здійснити віртуальні медичні візити та отримати первинну медичну допомогу, електронні рецепти, проводити дистанційний моніторинг та скринінг пацієнтів у режимі реального часу, оцінити ризик госпіталізації. Крім того, телемедицина дала медичним працівникам змогу збирати нові дані від своїх пацієнтів і надавати нові послуги. Телемедичні платформи також є важливою складовою планів Німеччини щодо швидкого впровадження цифрових медичних послуг. З січня 2021 р. всі застраховані 72 млн громадян Німеччини мають законне право на національну електронну карту пацієнтів [286].

Виробники програмного забезпечення для практики збільшують інвестиції в інтегровані рішення для онлайн-консультацій щодо здоров'я. Під час пандемії німецька CompuGroup Medical (CGM) вирішила створити власне рішення для відеоконсультацій під назвою «Clickdoc», доступне всім лікарям безкоштовно до подальшого повідомлення. За даними CGM, з моменту його запуску на відеоконсультацію зареєструвалися близько 5000 лікарів.

Німецька платформа для відеоконсультацій Doctor Konsultation.de також є одним із провайдерів, які відчули значне зростання попиту після пандемії.

Норвегія розробила цифрове рішення з метою надання відповідних даних для інформування політики щодо COVID-19 на національному та регіональному рівнях. Норвезький національний інститут громадського здоров'я співпрацював з Норвезькою асоціацією місцевих та регіональних органів влади для узагальнення використання районного програмного забезпечення охорони здоров'я. Уряд запустив мобільний додаток під назвою Smittestop, щоб допомогти органам охорони здоров'я обмежити передачу коронавірусу. Ця програма для мобільних телефонів дає можливість здійснювати збір даних в автономному режимі, генерувати аналізи на основі даних про стан здоров'я в режимі реального часу.

У Норвегії та більш ніж 40 країнах у всьому світі програмне забезпечення District Health Information Software 2 використовувалося для нагляду за захворюваннями до пандемії та було адаптовано для підтримки виявлення випадків, звітування про ситуацію та активного спостереження за COVID-19. Програмне забезпечення було розроблено в рамках глобальної співпраці між ВООЗ та широким колом партнерів на чолі з Університетом Осло.

У січні 2020 р. близько третини лікарів загальної практики пропонували електронні консультації (у текстовому форматі, а також відео- та телефонні консультації), але їхня частка становила лише 3,1% усіх консультацій. Пік кількості електронних консультацій припав на квітень 2020 р., коли 41% консультацій проводилися за допомогою відеозв'язку, обміну текстовими повідомленнями або телефоном. Через рік після першого карантину в Норвегії станом на квітень 2021 р. майже всі лікарі загальної практики консультували пацієнтів в електронному форматі, а частка електронних консультацій становила 27,3%.

Цифровий портал Helsenorge.no мав за мету покращити самостійне ведення хвороби та підвищити ефективність обігу за медичною допомогою. Портал системи охорони здоров'я Helsenorge.no – стратегічний інструмент eHealth, який дає можливість здійснювати вхід до системи та користуватися різними функціями щодо здоров'я користувача та медико-санітарних послуг. За

останні кілька років на порталі з'явився список інструментів для самостійного ведення хвороби – додатків, відеороликів, електронних навчальних курсів, які допомагають упоратися із соматичними та психічними симптомами та проблемами [287].

У Румунії було запущено програму «Coronaforms», яка збирає дані про тестованих осіб і дає змогу районним органам охорони здоров'я надсилати накази про ізоляцію пацієнтам із позитивним тестом, а також їхнім сімейним лікарям.

У Фінляндії застосовано підхід, подібний Іспанії, до широкого кола веб-сайтів і соціальних мереж, які використовуються як платформи для спілкування з громадськістю та поширення інформації, а також використання чат-ботів для відповідей на запити. Органи охорони здоров'я проводили вебінари з моделювання епідемії, вакцинації та інших питань, які широко обговорювалися в засобах масової інформації, а також на прес-конференціях, доступних на YouTube або трансльованих Yle (національне громадське радіо).

У Фінляндії також було запущено додаток для туристів та інших осіб, які в'їжджають у країну, під назвою FINENTRY, з метою згладжування подорожей після послаблення прикордонних обмежень; він може зберігати тест на COVID і замовляти тест на COVID у Фінляндії, якщо він потрібен.

У Фінляндії розроблено національний медичний прилад «Omaolo» для самооцінки симптомів COVID-19. Людина, яка використовує перевірку симптомів, отримує оцінку, чи може у неї бути коронавірусна інфекція та чи потрібно її тестувати. Він також дає поради щодо того, чи потрібно людині звернутися до лікаря чи медсестри, а також інформацію про те, як зупинити поширення вірусу. Додаток допоміг запобігти відвідуванню медичних центрів при симптомах, а також використовувався для відстеження подій по всій країні.

У Франції МОЗ очолює Програму репертуарних операцій (ROR) для розробки автоматичного оновлення сховища даних для медичних ресурсів (наприклад, наявності ліжок у кожній лікарні). Управління ROR здійснюється децентралізовано, тому кожен регіон має власні рішення ROR, але ці рішення є

сумісними, щоб забезпечити обмін між регіонами. Під час пандемії COVID-19 ця програма додатково розроблена для виявлення та складання карт відділень медичної допомоги, присвячених випадкам коронавірусу, та ресурсів охорони здоров'я для забезпечення нормального надання медичної допомоги.

У 2019 р. Франція прийняла новий закон про охорону здоров'я, заснований на урядовому плані «Моє здоров'я 2022», який спрямований на розширення фокусу країни на електронному здоров'ї. Серед своїх планів Франція планує покращити сумісність; запровадити загальнонаціональні EMR, платформу eHealth; використовувати ШІ у здоров'ї; створити центр даних для наборів даних охорони здоров'я; надалі інвестувати у впровадження телемедицини.

У Франції 36 000 лікарів надали 5,5 млн телеконсультацій у березні і до 56 000 лікарів у квітні 2020 р. За 2021 р. проведено близько 40 000 телеконсультацій на місяць, що у 10 разів більше, ніж під час пандемії. Причиною цього стало зняття зобов'язання записати пацієнта з підозрою на COVID-19 до телеконсультації.

У Швейцарії та кількох установах охорони здоров'я в Німеччині для нагляду, моніторингу та відстеження контрактів використовується мобільна програма eHealth (SORMAS). Ця система була спочатку розроблена в 2014 р. у відповідь на спалах Еболи в Західній Африці.

Швеція надає послуги через веб-портал пацієнтів RAENR, який забезпечує користувачам доступ до інформації EHR через національну платформу обміну медичною інформацією. Пацієнти мають єдину точку доступу до всієї інформації, незалежно від типу системи EHR. Швеція забезпечує всім пацієнтам універсальний доступ до медичної документації, оскільки всі лікарні, первинні клініки та психіатричні заклади вже використовують EHR. У Швеції попит на телеконсультації за 2020 р. подвоївся. Попит на провідних лікарів в Італії, Іспанії і Великобританії помножився на 30 [288].

Отже, під час пандемії цифрові засоби охорони здоров'я використовувалися для підтримки чотирьох основних сфер, таких як: комунікація та інформація, включаючи боротьбу з дезінформацією; нагляд і моніторинг; безперервне надання медичної допомоги, наприклад, шляхом дистанційних консультацій; розгортання та моніторинг програм вакцинації. Широкому використанню цифрових інструментів охорони здоров'я під час пандемії сприяли зміни політики щодо регулювання й відшкодування; інвестиції в технічну інфраструктуру; навчання для медичних працівників [289].

На основі узагальнення досвіду європейських країн можна виділити інструменти політики, які використовуються урядом для полегшення використання цифрових інструментів охорони здоров'я під час пандемії (табл. 4.1).

Таблиця 4.1

Інструменти політики, які використовуються для поширення цифрового здоров'я під час COVID-19

Інструменти	Характеристика
1	2
Регуляторні механізми	Зняття обмежень щодо кількості та/або тривалості дистанційних консультацій, які може надавати постачальник. Зняття обмежень щодо фахівців, які можуть надавати дистанційні консультації. Зняття обмежень щодо виду допомоги, за якою можуть надаватися дистанційні консультації. Зняття обмежень щодо того, які типи пацієнтів можуть отримати доступ до дистанційних консультацій.
Фінансові механізми	Надання компенсації за дистанційні консультації. Розширення переліку, які професії та види допомоги можуть отримувати відшкодування за дистанційні консультації. Інвестиції для підтримки постачальників у придбанні ІТ-обладнання та впровадженні ширшої інфраструктури. Інвестиції для підтримки розвитку цифрових технологій охорони здоров'я.
Регуляторні механізми	Проведення тренінгів з дистанційної консультації клініцистів. Розробка професійних рекомендацій щодо безпечного користування дистанційними консультаціями та електронним рецептом. Реалізація адаптованих методів догляду, таких як сортування.

1	2
Технічна інфраструктура	<p>Розробка програм для підтримки відстеження контактів, моніторингу та спостереження.</p> <p>Адаптація існуючого програмного забезпечення для підтримки моніторингу та спостереження.</p> <p>Використання пристроїв для включення або покращення дистанційного моніторингу пацієнтів.</p> <p>Розробка нових інструментів для організації системи охорони здоров'я, таких як управління попитом і пропозицією щодо засобів індивідуального захисту або закладів інтенсивної терапії.</p>

Серед ключових факторів для впровадження інструментів eHealth у європейських країнах можна виділити такі, як: характеристики інструменту eHealth, залучені особи, внутрішнє середовище, зовнішнє середовище (ширша система), процес впровадження (рис. 4.7).

У нинішніх умовах застосування сучасних інструментів електронного урядування є запорукою ефективного управління будь-якою галуззю. До таких інструментів відносяться автоматизація та оптимізація адміністративних процесів, автоматизація інформаційно-аналітичного забезпечення прийняття управлінських рішень, автоматизація обробки великих обсягів даних, запровадження електронних форм взаємодії [277].

Система охорони здоров'я в Україні була сформована на моделі з жорсткими процедурами державного фінансування та управління. Це стало причиною високого рівня корупції, неефективності роботи системи, неврахування сучасних світових тенденцій, ігнорування потреб населення, відсутності модернізації в національній системі охорони здоров'я. В умовах реалізації євроінтеграційного курсу та глобалізаційних обов'язків країни стало необхідним визначення потенційних шляхів та напрямів розв'язання проблем у сфері охорони здоров'я для формування нової державної політики в галузі, включаючи впровадження нових фінансових механізмів, здійснення нормативних та інноваційних трансформацій.



Рис. 4.7. Чинники, що впливають на впровадження охорони здоров'я

Сучасність вимагає від кожної країни високого рівня довіри до державної влади. Однак, для досягнення такої стовідсоткової довіри необхідно забезпечити прозорість діяльності органів державної влади, що надасть змогу залучити суспільство. Таким інструментом можуть стати електронні послуги, які дозволять встановити (підвищити) відповідальність влади перед суспільством. Якість надання електронних послуг є показником ставлення державної влади до осіб, ступеня поваги до їх прав і свобод. Національна політика розвитку інформаційного суспільства в Україні ґрунтується на засадах: створення загальнодоступних електронних інформаційних ресурсів; збільшення кількості та різноманітності електронних послуг, широкого впровадження інформаційно-комунікаційних технологій в освіту, науку,

охорону здоров'я, культуру, охорону навколишнього середовища; формування необхідних для цього законодавчих і сприятливих економічних умов. Обмін, поширення й використання інформації та знань, підвищення якості даних є результатом зміцнення інформаційних технологій, що сприяє підвищенню підзвітності, прозорості, економічної ефективності надання послуг.

Протягом років незалежності України різними урядами країни та органами місцевого самоврядування здійснювались заходи щодо створення інформаційних систем місцевого та загальнодержавного масштабу для надання в електронному вигляді адміністративних послуг [290].

Наказ Державного комітету зв'язку та інформатизації визначає Порядок надання електронних та інформаційних послуг юридичним та фізичним особам з використанням інформаційної електронної системи «Електронний Уряд» [291]. Розрізняються чотири види електронного подання інформаційної послуги (табл. 4.2).

Таблиця 4.2

Види інформаційних послуг [255]

Вид послуги	Характеристика
1	2
Інформування (надання безпосередньо інформації про державні (адміністративні) послуги).	На веб-сторінці розміщується повна інформація про послугу: найменування послуги; адміністративний орган, що надає послугу; нормативні документи, що регулюють надання послуги; консультаційні матеріали.
Одностороння взаємодія (забезпечена можливість користувачу отримати електронну форму документа).	На веб-сторінці розміщуються електронні форми документів, які необхідні для отримання відповідної послуги. Забезпечується можливість користувачам послуг отримати та надрукувати ці форми документів, надаються інструктивні матеріали щодо їх заповнення.
Двостороння взаємодія (забезпечена можливість обробки електронної форми документа, включаючи ідентифікацію).	Забезпечується приймання органом виконавчої влади заповнених форм документів в електронному вигляді для надання відповідних послуг.
Проведення транзакцій (електронна реалізація можливостей прийняття рішень та їх доставка).	Надання органами виконавчої влади інформаційних послуг, які згідно із Законом України «Про електронний цифровий підпис» потребують ідентифікації суб'єктів правових відносин, здійснюється відповідно до цього Закону.

Веб-сайти органів виконавчої влади та Єдиний веб-портал органів виконавчої влади є джерелом отримання інформаційних послуг. Урядом визначено чотири групи користувачів та перелік послуг, які можуть бути надані через систему «Електронний Уряд» (табл. 4.3).

Таблиця 4.3

Користувачі електронних послуг системи «Електронний Уряд»
(на основі [291-292])

Користувач	Види електронних послуг
Фізична особа	Соціальний захист, Правова допомога громадянам, Громадянство України, Свобода пересування та вільний вибір місця проживання, Правовий статус іноземців, осіб без громадянства, Робота, Сім'я, дім, житло, Здоров'я, Освіта, Молодь, Культура та духовність, Екологія, Виїзд за кордон, Наука і технології, Права людини, Розвиток соціальної сфери села, Проблеми окремої соціальної групи, Доходи, Спорт і туризм, Зв'язок, телекомунікації та інформатика
Юридична особа	Утворення підприємств, Сертифікація і ліцензування, Макроекономіка, Зовнішньоекономічна діяльність, Інвестиційна діяльність, Захист інтересів підприємств, регуляторна політика, Фінансовий ринок, Політичні партії, адвокатські об'єднання, об'єднання громадян
Державний службовець	Правові засади, Кадрові питання, Діловодство, Інформатизація органів державної влади
Представник міжнародної спільноти	В'їзд до України, Бізнес в Україні, Україна на світовій арені.

Надавачі, користувачі електронних довірчих послуг, контролюючий орган, центральний засвідчувальний орган, засвідчувальний центр, органи з оцінки відповідності відносяться до суб'єктів відносин у сфері електронних довірчих послуг [293].

Електронні довірчі послуги надаються надавачами електронних довірчих послуг на договірних засадах та включають у себе:

- підтвердження, перевірку, створення, удосконалення електронних печатки чи підпису;
- підтвердження, перевірку чинності сертифіката електронних печатки чи підпису;
- підтвердження, перевірку чинності сертифіката автентифікації веб-сайту;

- підтвердження, формування, перевірку електронної позначки часу;
- реєстровану доставку в електронному вигляді;
- зберігання удосконалених електронних печаток, підписів, електронних сертифікатів, позначок часу, пов'язаних з цими послугами. Кожна послуга у складі електронних довірчих послуг може надаватися як у сукупності, так і окремо [294].

Законом впроваджено такі механізми, як електронний підпис, електронна ідентифікація, електронна позначка часу, електронна печатка, інтероперабельність, реєстрована електронна доставка тощо.

Схема електронної ідентифікації встановлює низький рівень довіри до використовуваних засобів електронної ідентифікації, середній (використання вдосконалених електронних печаток та підписів), високий рівень довіри (використання кваліфікованих електронних печаток та підписів).

Міжнародні партнери, Міністерство цифрової трансформації України, інші органи публічної влади сприяють упровадженню електронних послуг у земельні послуги, будівництво, реєстрацію бізнесу, оформлення субсидій, екологію, державну допомогу тощо. Електронні послуги сприяють відкритості, заощаджують час, мають антикорупційний ефект [295].

Отже, Закон України «Про електронні довірчі послуги» регулює правові відносини, що виникають між суб'єктами владних повноважень, фізичними, юридичними особами у процесі одержання, надання електронних довірчих послуг, відкриває нові можливості для міжнародного співробітництва та користування онлайн-послугами, адже закон передбачає взаємне визнання іноземних та українських сертифікатів електронних підписів та відкритих ключів. Результатом прийняття цього Закону має бути швидкий процес прийняття управлінських рішень, прозорість роботи, економія часу, підвищення рівня довіри до органів влади [296-297].

Державна установа отримує на договірних засадах кваліфіковані електронні довірчі послуги, створює, проводить перевірки та підтвердження чинності кваліфікованого електронного підпису чи печатки (рис. 4.8).



Рис. 4.8. Кваліфіковані електронні довірчі послуги

Відповідальний працівник, визначений рішенням установи, або підрозділ, що виконує відповідні функції, забезпечує в державній установі організацію використання кваліфікованих електронних довірчих послуг, що передбачає:

- подання та підготовку необхідної кваліфікованому надавачу інформації для отримання кваліфікованих електронних довірчих послуг;

- надання допомоги підписувачам під час генерації їх відкритих та особистих ключів;

- здійснення контролю за дотриманням правил застосування кваліфікованих електронних довірчих послуг та ознайомлення підписувачів із правилами;

- взаємодію з питань використання кваліфікованих електронних довірчих послуг з кваліфікованим надавачем;

- подання кваліфікованому надавачу заяв про поновлення, блокування, скасування кваліфікованих сертифікатів відкритих ключів;

- ведення обліку засобів кваліфікованих електронних печатки чи підпису, захищених носіїв особистих ключів;

-зберігання оригіналів документів, на підставі яких отримано кваліфіковані електронні довірчі послуги, копій таких документів (крім копій особистих документів підписувачів з персональними даними);

-здійснення контролю за зберіганням підписувачами особистих ключів, використання ними засобів кваліфікованих електронних печатки чи підпису [298].

4.2. Державні електронні послуги у сфері охорони здоров'я України

Наслідки та причини відсутності в Україні сталої інфраструктури електронних довірчих послуг можна систематизувати за напрямками: технологічний, соціально-економічний, нормативно-правовий та організаційний, які наведено в табл. 4.4.

Таблиця 4.4

Проблеми розвитку електронних довірчих послуг в Україні

Направленість проблеми розвитку	Характеристика
1	3
Організаційний контекст	<p>рівень взаємодії замовників Національної програми інформатизації завдань (проектів) створення державними органами інформаційно-телекомунікаційних систем, пов'язаних з наданням адміністративних послуг населенню, з Генеральним державним замовником є низьким;</p> <p>організаційно-політичний центр відповідальності за створення інфраструктури, постановку завдання електронної ідентифікації відсутній, що унеможлиблює практичну реалізацію та розробку цільової програми розвитку інфраструктури з урахуванням стану інформаційно-телекомунікаційних систем в Україні, європейського та світового досвіду, наявних перспективних онлайн-сервісів</p>
Нормативно-правовий контекст	<p>відсутність чіткої нормативно-правової бази, що визначала б компетенції та повноваження державних органів щодо технічного та нормативного регулювання сфери електронної ідентифікації;</p> <p>відсутність поняття електронного паспорта громадянина України як документа, що посвідчує особу, в нормативному полі України;</p>

1	3
	недостатнє покриття технічними специфікаціями та національними стандартами сфери електронної ідентифікації
Соціально-економічний контекст	<p>брак бюджетних коштів та економічна криза, відсутність гарантованості повного ресурсного забезпечення національних проєктів та програм розвитку інформаційного суспільства для залучення приватних інвестицій, відсутність належних умов для вирішення завдань інформатизації;</p> <p>відсутність соціальної спрямованості систем надання електронних послуг з акцентом на розв'язання проблем безробіття, підвищення якості та рівня життя, поліпшення умов праці, посилення соціального захисту населення, розвиток охорони здоров'я та освіти; низька ефективність використання кадрових ресурсів, спрямованих на впровадження та інформатизацію технологій захисту інформації у соціальну сферу; цифрова нерівність, недостатній рівень інформаційної та комп'ютерної грамотності населення;</p>
Технологічний контекст	<p>в умовах збільшення кількості інформаційних систем зростання кіберзлочинності щодо оброблення у масштабах даних про особистість;</p> <p>відсутність захищеного обміну ідентифікаційними даними юридичних і фізичних осіб, які обробляються в інформаційних системах приватного сектора та органів державної влади</p>

Зазначені причини та наслідки відсутності в Україні умов побудови довірчої інфраструктури електронної ідентифікації доводять, що без належного нормативного та технічного регулювання, без узгодження заходів із кібернетичної безпеки із соціально-економічними програмами загальна концепція розбудови інформаційного суспільства, націлена на перспективу інтеграції з єдиним цифровим ринком Європи, вирішення проблеми ресурсного забезпечення, є неефективною.

Для вирішення проблеми необхідні координація діяльності органів місцевого самоврядування, центральних та місцевих органів виконавчої влади, державна підтримка, на рівнях суб'єктів законодавчої ініціативи центральних органів виконавчої влади – розробка низки нормативно-правових актів, прийняття управлінських рішень, узгодження дій суб'єктів, відповідальних за розробку архітектурних та функціональних рішень, участь у галузевих програмних проєктах, налагодження взаємодії між бізнесом, громадськістю, забезпечення міжнародної співпраці з інститутами ЄС, державою.

Підтримка та розвиток безпечних, прозорих, доступних, найменш затратних, некорупційних, зручних і швидких електронних послуг (електронного рецепта) дасть змогу підвищити конкурентоспроможність та мобільність публічних послуг, покращити якість їх надання юридичним і фізичним особам, зменшити корупційні ризики. Нові ІТ-послуги на рівні МОЗ допоможуть зміцнити потенціал у сфері моніторингу, реалізації, планування програм у сфері охорони здоров'я.

Потребують подальших досліджень проблеми та механізми фінансування сфери охорони здоров'я, а також можливості держави в наданні електронних послуг населенню.

Основними завданнями із забезпечення розвитку електронного урядування в базових галузях України є автоматизація адміністративних процесів та запровадження інформаційно-телекомунікаційних систем підтримки прийняття управлінських рішень (зокрема з використанням Інтернету, перспективних геоінформаційних технологій, технологій опрацювання даних великих обсягів). До завдань у сфері охорони здоров'я можна також віднести:

- створення базових медичних реєстрів, у тому числі медичних працівників, лікарських засобів, установ;

- запровадження електронної медичної картки пацієнта та електронного рецепта та єдиних відкритих стандартів медичної інформатики;

- розвиток інтегрованих медичних інформаційних систем для автоматизації основних процесів роботи закладів охорони здоров'я, у тому числі реєстратури, лікарів, лабораторій, діагностування, звітності, управління, фінансування;

- розвиток телемедицини [299].

Електронна медицина є також принципово новим поняттям для України. 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. 4.5).

Таблиця 4.5

Види електронних послуг у сфері охорони здоров'я

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 лікарів до фармацевтів
Телемедицина	Фізичні та психологічні методи лікування на відстані, в тому числі телемоніторинг стану пацієнтів
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-конференції)
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 графіка 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 зміни стану організму залежно від тих чи інших зовнішніх і внутрішніх чинників.

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.

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.

У кожній країні рівень розвитку відображає різні національні або регіональні політичні та регуляторні пріоритети, які проявляються в різній мірі цифрової зрілості. З метою створення пілотних транскордонних електронних медичних послуг в Україні введено в дію цифрову сервісну інфраструктуру eHealth. Таким чином, пріоритети eHealth відрізняються залежно від країни (регіону) (рис. 4.9).

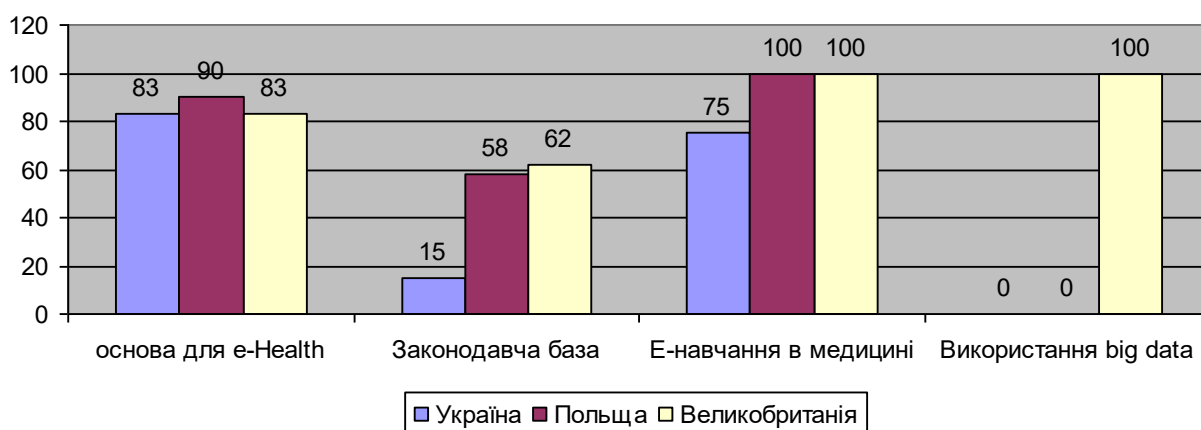


Рис. 4.9. Рівень розвитку цифрових сервісних інфраструктур для функціонування eHealth за категоріями, % [300]

Першочерговими завданнями щодо розвитку е-медицини в Україні мають бути:

1. Формування єдиного медичного інформаційного простору для прийняття ефективних на всіх рівнях управлінських рішень.

2. Реалізація пілотного проекту для служб електронної охорони здоров'я з урахуванням специфікацій країн Східного партнерства та ЄС під цифровою сервісною інфраструктурою eHealth.

3. Врахування регіональних рекомендацій дослідження «Електронне здоров'я в Східному партнерстві» щодо розробки національної дорожньої карти для гармонізації систем електронної охорони здоров'я серед країн-партнерів відповідно до норм ЄС та подолання відставання розвитку систем eHealth з ЄС за такими напрямками: політика та урядування; регіональні мережі e-здоров'я; e-сервіси для пацієнтів та стандарти захисту даних; інтероперабельність і стандарти.

4. У сфері електронної охорони здоров'я підвищення спроможності національного регулятора, участь у спільних заходах регіональної дорожньої карти на 2018-2021 рр.

5. Для врахування технологічних змін, змін в інформаційному ландшафті охорони здоров'я країн Східного партнерства та ЄС проведення аналізу національних правових і юридичних інструментів, що стосуються електронної охорони здоров'я [301].

Таким чином, в умовах пандемії COVID-19 уряди країн створюють веб-сайти, цифрові платформи, мобільні додатки для систематизації, обміну інформацією та даними між усіма рівнями управління для своєчасного, прозорого реагування та прийняття управлінських рішень. Ефективним рішенням у зазначеному напрямі є використання цифрових інструментів для відстеження та зупинки поширення коронавірусу в рамках дотримання конфіденційності та захисту даних. 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).

4.3. Механізми впровадження та розвитку електронної системи охорони здоров'я

Закінчення першого етапу реформування у сфері охорони здоров'я надало змогу виявити актуальні питання розбудови окремих напрямів. Розвиток та впровадження державою електронної системи охорони здоров'я мають за завдання забезпечити можливості використання пацієнтами електронних сервісів для реалізації їх прав, автоматизацію ведення обліку медичних послуг і управління медичною інформацією, здійснення електронного документообігу у сфері медичного обслуговування населення. Всі ці завдання набувають актуальності у процесі реалізації Програми діяльності Уряду України [302] щодо забезпечення заходів, спрямованих на подолання пандемії COVID-19, запровадження/ведення медичної документації в електронному вигляді; підвищення якості практичної підготовки лікарів-інтернів та як результат – підвищення якості надання медичної допомоги населенню; забезпечення рівного доступу до якісної медичної допомоги громадян.

До складу електронної системи охорони здоров'я відносять центральну базу даних та електронні медичні інформаційні системи, обмін документами, даними, інформацію між якими забезпечено через відкритий програмний інтерфейс.

Автоматизація управління медичною інформацією та ведення обліку медичних послуг, для реалізації прав пацієнтів за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення забезпечення можливості використання пацієнтами електронних сервісів, запровадження у сфері медичного обслуговування населення електронного документообігу за програмою медичних гарантій є головними завданнями електронної системи охорони здоров'я [303].

Постановою КМУ від 25 квітня 2018 р. №411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» регламентуються Порядок опублікування

відомостей з електронної системи охорони здоров'я НСЗУ та Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я [273]. В Порядку функціонування електронної системи охорони здоров'я визначено функціональні можливості електронної системи охорони здоров'я. Впровадження таких можливостей проводиться відповідно до етапів реалізації фінансових державних гарантій медичного обслуговування населення згідно Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Тому важливим є підключення до ЕСОЗ всіх медичних закладів, які реалізують програму фінансових державних гарантій медичного обслуговування населення. Отримувати фінансування від НСЗУ за новою моделлю фінансування медичних закладів зможуть тільки ті заклади, які правильно ввели декларації з пацієнтами, а також інформацію про місця надання первинної медичної допомоги, надавачів медичних послуг та підключились до ЕСОЗ [178].

Упровадження медичної електронної системи має передусім полегшити життя громадянам, оскільки вона передбачає запис на прийом до лікаря без багатогодинного очікування черги – в режимі онлайн. Різні соціологічні опитування показують такі тренди в охороні здоров'я: стабільно високу довіру до свого лікаря, поступову відмову від практики хабарів, позитивну оцінку програм забезпечення ліками. За результатами дослідження Київського міжнародного інституту соціології, робота МОЗ України є важливою для 81% населення країни.

МОЗ регулює впровадження eHealth на нормативно-правовому рівні. НСЗУ укладає договори з постачальниками медичних послуг; аналізує та використовує дані з метою прогнозування потреб населення в медичних послугах, розробки програми медичних гарантій, встановлення тарифів, проведення моніторингу договорів; здійснює оплати за медичні послуги на умовах договору [304].

Якщо у жовтні 2016 р. лише 55% респондентів знали своїх сімейних лікарів, то після прийняття закону про трансформацію системи охорони

здоров'я (осінь 2017 р.) цей показник зріс до 66% протягом року та досяг 81% у 2019 р. (рис. 4.10).

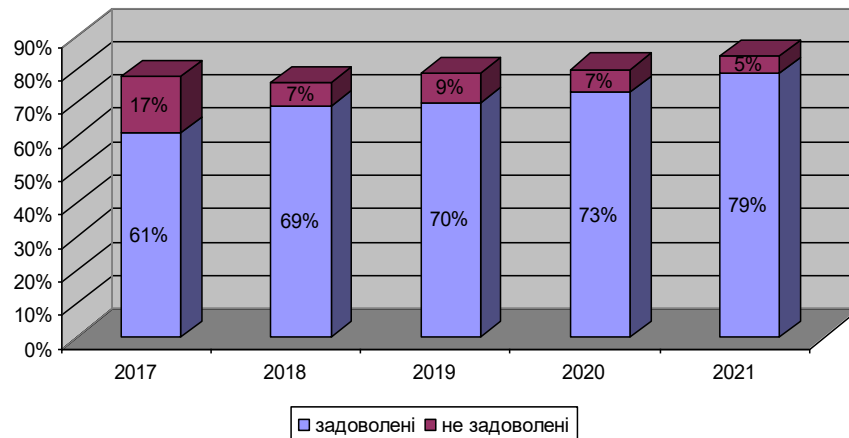


Рис. 4.10. Задоволеність громадян сімейним лікарем у 2017-2021 рр. [178, 305]

Ці показники є важливими, адже саме на рівні сімейних лікарів у світі вирішуються понад 80% питань щодо здоров'я.

Вільно обирати своїх лікарів – сімейних, терапевтів і педіатрів – громадяни України почали з квітня 2018 р. Соціологічні опитування показують стабільно високий рівень довіри до свого лікаря.

За програмою «Доступні ліки» пацієнти із хронічними захворюваннями отримують ліки безоплатно чи з незначною доплатою. Нині це 240 препаратів від 50 різних виробників (серед них як українські компанії, так і 12 іноземних компаній). За офіційними даними МОЗ України і згідно із соціологічними опитуваннями, приблизно 20% українців регулярно користуються програмою: отримують ліки в аптеках за електронним рецептом, а НСЗУ компенсує витрати для аптек [178].

Опитування показали, що більш ніж 90% респондентів схвалює нову програму, адже вона гарантує ліки безоплатно чи за зниженою ціною. З жовтня 2017 р. майже не змінилась оцінка респондентів кількості аптек (у програмі бере участь кожна третя аптека країни) та задоволення різноманітністю медичних препаратів. Проте, в 2019 році рівень задоволеності якістю ліків значно підвищився: до 66% (рис. 4.11).

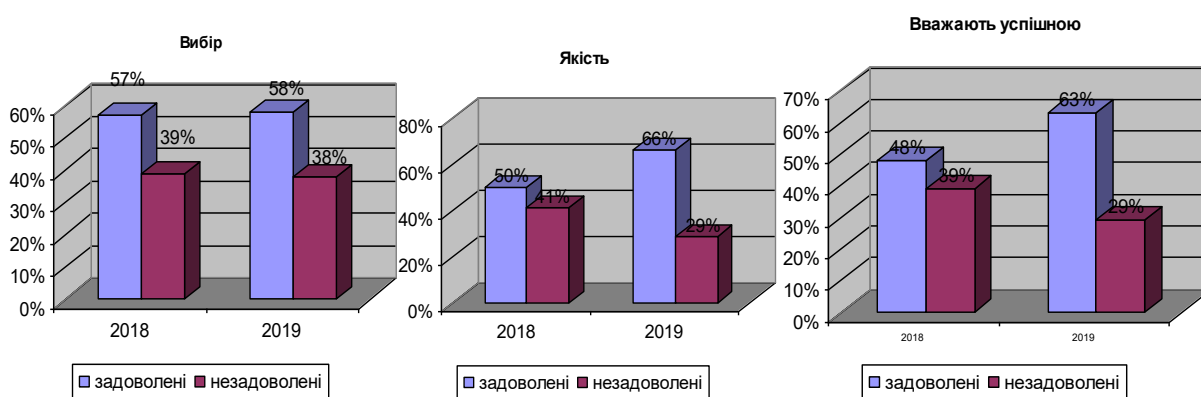


Рис. 4.11. Задоволеність громадян України програмою «Доступні ліки» в 2018-2019 рр., % [178, 305]

Для подальшої інформатизації медицини необхідним є глобальне застосування інформаційних технологій, дотримання єдиних світових стандартів збереження, обробки, обміну, збору електронного варіанта медичної інформації. Триває робота щодо інтеграції системи з іншими державними реєстрами для здійснення заходів з верифікації. Це дасть можливість отримати з таких реєстрів дані.

На початку жовтня 2018 р. НСЗУ введено в дію контакт-центр за коротким номером 16-77. Відповіді на найбільш поширені питання доступні в автоматичному режимі цілодобово. Якщо дзвінок здійснено в робочий час, то існує можливість поставити питання оператору. Питання, вирішення яких потребує додаткового часу, скеровуються для розгляду у відповідні підрозділи НСЗУ та реєструються. Після розв'язання питання оператори надають повну інформацію про вирішення запиту. Дзвінки з мобільних операторів та зі стаціонарних телефонів є безкоштовними.

Запуск у медичній сфері електронних послуг з ліцензування (онлайн отримання ліцензії на імпорт, продаж, виробництво ліків) та ведення електронних карток заплановано найближчим часом, що забезпечить ще більшу прозорість [306]. Нові ІТ-послуги на рівні МОЗ дадуть змогу зміцнити потенціал у сфері моніторингу, реалізації, планування програм у сфері охорони здоров'я. Нові послуги електронної системи охорони здоров'я (наприклад, використання електронного рецепта) можуть поліпшити розподіл ресурсів,

підвищити для громадян якість та доступність медичних послуг, для постачальників послуг – підтримати ефективніший процес обслуговування. Поєднання різних інформаційних систем через різні протоколи дозволить створення безпечного обміну. Першим етапом було формування єдиного реєстру медичних закладів. У базу вносилися інформація про місце реєстрації, місце знаходження, керівника, ліцензування, також зазначалися номер мобільного й адреса електронної пошти, куди передається інформація про пароль доступу до аккаунту. Після цього відбулося створення профілю та підтвердження за допомогою електронного цифрового підпису медичної установи як юридичної особи. Після реєстрації медичного закладу заповнювалися дані про лікарів: ім'я, контакти, освіта, кваліфікація, спеціальність. В першу чергу реєструвалися саме сімейні лікарі. Наступним кроком було створення декларації (заяви) між лікарем і пацієнтом.

Кожна лікарня має змогу вирішити, в якій медичній інформаційній системі (МІС) вона хоче працювати. МІС розрізняються між собою формою своєї організації та інтерфейсом. Але на кінцевий результат – внесення інформації в єдину базу даних – вибір МІС не впливає. Лікарні можуть вибрати між чотирма МІС (helsinki, EMCIVED, Medics, «Поліклініка без черги»).

Через МІС, які встановлені в закладах охорони здоров'я, збираються дані до електронної медичної картки та відправляються до Центральної бази даних. Завдяки централізованому зберіганню даних: для управління якістю медичних послуг НСЗУ може аналізувати дані; для ефективного управління системою охорони здоров'я НСЗУ та МОЗ України можуть обробляти знеособлені дані; дані гарантовано доступні для лікаря, який його обслуговує, та пацієнта. Незалежно від того, чи є зв'язок з Інтернетом в закладі, з якого вносились інформація, чи працюють там сервери, доступ до централізованих даних наявний. Ключові дані зберігаються в централізованій системі, тому медичні заклади можуть переходити з однієї МІС на іншу без втрат інформації [307].

Система «Електронне здоров'я», в якій містяться дані електронної медичної картки, знаходиться на серверах дата-центру в Україні, які пройшли

атестацію у Державній службі спеціального зв'язку та захисту інформації, з комплексною системою захисту інформації.

Отже, важливим питанням у процесі адміністрування електронних послуг у закладах охорони здоров'я є формування єдиного електронного медичного простору, що має бути вирішеним за допомогою інтенсивного використання інформаційних технологій. Поряд з цим виникає й проблема зростання обсягів інформаційних потоків. Тому необхідним є вдосконалення державних механізмів опанування й використання медичної інформації, її раціонального збирання та аналізу шляхом впровадження електронної медичної картки (ЕМК).

ЕМК є головним компонентом інформаційної системи охорони здоров'я, що містить результати оглядів лікаря, реєстраційні дані, різноманітні графічні дані, лабораторні обстеження (ультразвукова діагностика, рентген тощо), антропометричні виміри. При введенні даних в ЕМК застосовується унікальна технологія деревоподібних шаблонів, яка дає змогу, використовуючи стандартний набір професійних виразів та термінів, формувати звіти оглядів.

При цьому медичній сестрі чи лікарю достатньо вибрати у спеціально розроблених шаблонах огляду необхідні вирази та слова з переліку запропонованих. У шаблоні для зручності роботи налаштовані інтерактивні підказки, виділення кольором, відповіді за замовчуванням. Контроль за повнотою та правильністю введення інформації під час формування медичного документа здійснюється автоматично.

Лікарі кодують в електронній картці скарги пацієнта та діагнози за міжнародною системою ІСРС-2. Поступово з розширенням функції електронних карток лікарі зможуть формувати повноцінну ЕМК та вносити до системи всі необхідні дані про пацієнта. За допомогою ІСРС-2 можна кодувати симптоми, синдроми, скарги, коли неможливо встановити точний діагноз, що забезпечує зручність системи. Система робить точнішим та простішим ведення обробки медичних записів в електронному вигляді, всієї медичної статистики. Необхідність зберегти діагнози особи в таємниці є причиною необхідності шифрувати хвороби. Полегшення обміну інформацією з іншими медичними

установами, широкі можливості аналізу даних є ключовими перевагами введення за допомогою шаблонів інформації в карту пацієнта та збереження її в структурованому вигляді. Зручна система пошуку даних дає змогу легко у великих обсягах медичної документації знайти необхідну інформацію. Використання підпрограм статистичної обробки даних надає можливість легко та швидко підготувати необхідні звіти відповідно до вимог контролюючих органів, МОЗ.

Захист персональних даних пацієнтів – головна проблема впровадження ЕМК. Електронні записи про здоров'я в розвинених країнах формують не тільки медичну картку. Їх можна переглянути в персональному кабінеті користувача послуг [295].

У 2020 р. тривало запровадження системи «eHealth». Серед закладів та провайдерів первинної медичної допомоги, які уклали договір з НСЗУ, зріс рівень комп'ютеризації до 92%. З вересня 2019 р. більше ніж 50 закладів первинної ланки приєдналися до тестування електронних медичних записів за класифікацією ІСРС-2. Одним з пріоритетів уряду є запровадження ведення медичної документації в електронному вигляді.

Електронний рецепт може використовуватись як електронний реєстр пільгових ліків на базі унікального коду лікарських засобів. За такими окремими протоколами (API) медичні заклади можуть здійснювати автоматизований обмін даними, використовувати коди препаратів для власного товарно-матеріального обліку та інших потреб. Система надає доступ до даних призначень лікарям, фармацевтам, розпорядникам коштів, і при цьому повинна бути захищена від проникнення сторонніх осіб.

При впровадженні електронного рецепта в практику медичних закладів лікарі за допомогою медичної інформаційної системи медичного закладу оформлюють рецепти в електронній системі охорони здоров'я. Механізм упровадження електронного рецепта в практику діяльності медичного закладу наведено на рис. 4.12.



Рис. 4.12. Механізм упровадження електронного рецепта в практику медичних закладів охорони здоров'я

Позитивним моментом також є можливість відійти від використання стандартних паперових бланків рецептів і перейти на електронні послуги. Переваги використання електронного рецепту представлено на рис. 4.13.

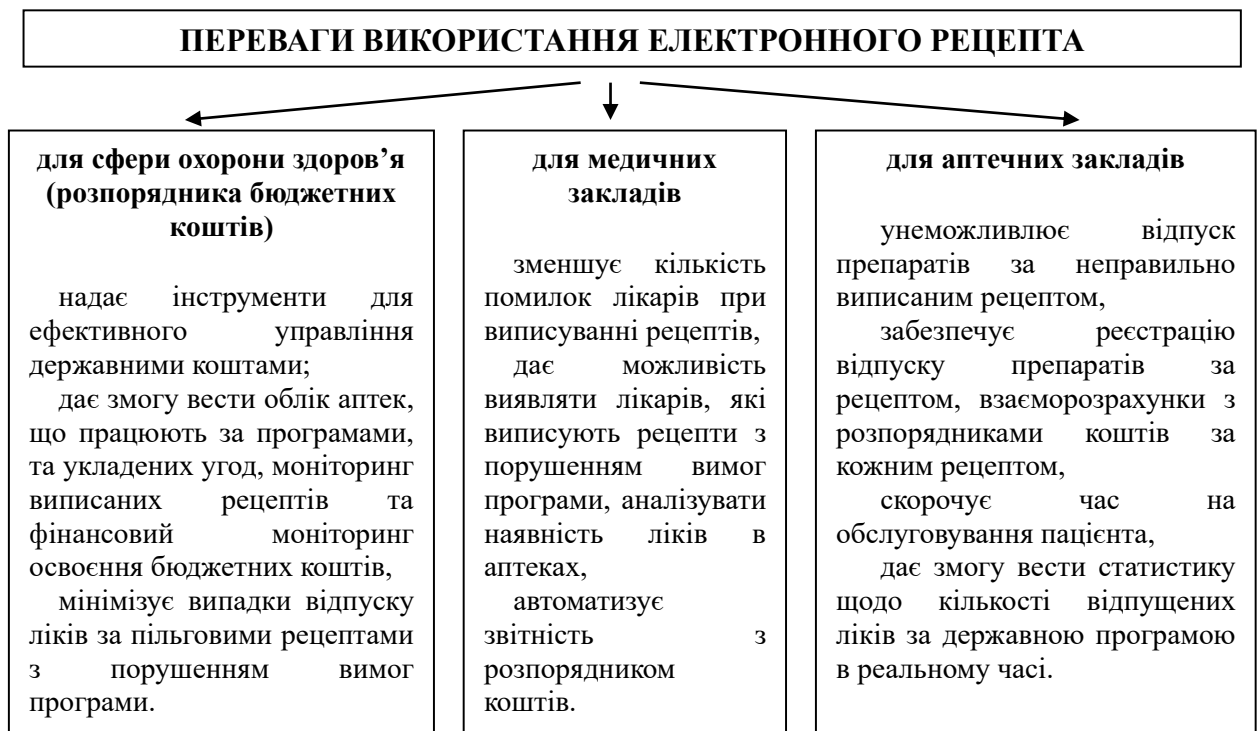


Рис. 4.13. Переваги використання електронного рецепта у сфері охорони здоров'я

У сегменті розвитку е-медицини необхідними напрямками розвитку залишаються такі: ведення медичної документації в електронному вигляді; впровадження інформаційних автоматизованих галузевих систем, а також телемедицини; удосконалення розвитку системи моніторингу стану здоров'я населення; впровадження та створення новітніх комп'ютерних технологій діагностики, профілактики захворювань, забезпечення лікувальних процесів; створення електронних загальнодоступних медичних ресурсів; побудова методами е-медицини власної парадигми здоров'я та розробка методів самодіагностики [290].

Розвиток інфраструктури електронної ідентифікації сприятиме розширенню електронних форм взаємодії держави та громадян, дасть змогу забезпечити безпечний і зручний доступ суб'єктів господарювання та громадян

до інтерактивних інструментів, різноманітних електронних послуг, визначених даних з інформаційних систем органів влади без використання в різних інформаційних системах декількох облікових записів [308].

У реалізації другого етапу реформи сфери охорони здоров'я України є доречним завершити діджиталізацію галузі, упровадити повний електронний документообіг у системі охорони здоров'я, забезпечити розбудову системи оцінювання медичних технологій, підвищити якість медичних послуг, які надаються населенню; забезпечити функціонування доступної та спроможної мережі спеціалізованих закладів охорони здоров'я для надання якісних медичних послуг; розширити доступ пацієнтів, котрі користуються програмою «Доступні ліки», до нових лікарських засобів та забезпечити доступ пацієнтів до якісних та безпечних лікарських засобів.

Розвиток електронних послуг у сфері охорони здоров'я приведе до прискореного впровадження цифрових технологій на всіх рівнях медико-санітарної допомоги, охоплених стратегією в галузі електронної охорони здоров'я.

Висновки до 4-го розділу

Дослідження міжнародного досвіду впровадження державних електронних послуг у систему охорони здоров'я (Австралія, Аргентина, Бразилія, Канада, Колумбія, Корея, Мексика, США) свідчить, що розвиток державних електронних послуг у сфері охорони здоров'я забезпечує доступ до основних якісних та ефективних медико-санітарних послуг, захист пацієнтів від фінансових ризиків.

Доведено, що сучасний стан надання електронних послуг у країнах ЄС (Великобританія, Естонія, Іспанія, Італія, Мальта, Німеччина, Норвегія, Румунія, Фінляндія, Франція, Швейцарія, Швеція) характеризується

об'єднанням окремих електронних сервісів надання послуг у єдиний веб-портал, функції якого забезпечують надання широкого спектра публічних послуг в електронній формі на території всього ЄС. Виділено ключові фактори для впровадження інструментів eHealth (характеристики інструменту eHealth, залучені особи, внутрішнє середовище, зовнішнє середовище, процес впровадження) та основні напрями реформування надання електронних послуг у країнах ЄС (створення єдиного цифрового ринку публічних послуг, сприяння кращому обміну цифровим здоров'ям за допомогою електронних медичних карток або електронних рецептів).

На основі аналізу досвіду європейських країн виділено інструменти політики, які використовуються урядом для полегшення використання цифрових інструментів охорони здоров'я під час пандемії (регуляторні, фінансові, технічна інфраструктура). В умовах пандемії основними сферами використання цифрових засобів є сторінки та інформаційні панелі, мобільні додатки, телемедицина, які використовуються для підтримки чотирьох основних сфер, таких як: комунікація та інформація, включаючи боротьбу з дезінформацією; нагляд і моніторинг; безперервне надання медичної допомоги, наприклад, шляхом дистанційних консультацій; розгортання та моніторинг програм вакцинації.

Враховуючи сучасні проблеми розвитку сфери охорони здоров'я в Україні, визначено основні завдання галузі: створення базових медичних реєстрів, у тому числі медичних працівників, лікарських засобів, установ; запровадження єдиних відкритих стандартів медичної інформатики; розвиток телемедицини; розвиток інтегрованих медичних інформаційних систем; запровадження електронної медичної картки пацієнта та електронного рецепта. Запропонований механізм упровадження електронного рецепта в практику діяльності медичного закладу в Україні дасть змогу перейти на електронні послуги та досягти ключових переваг як для медичних, аптечних закладів, так і для сфери охорони здоров'я в цілому.

РОЗДІЛ 5. ШЛЯХИ РОЗВИТКУ ПУБЛІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ ТРАНСФОРМАЦІЙ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

5.1. Механізми формування та розвитку кадрових ресурсів у сфері охорони здоров'я

Наявність достатньої кількості кваліфікованих та мотивованих медичних працівників є центральним фактором ефективності будь-якої системи охорони здоров'я. Сьогодні у світі у сфері охорони здоров'я працюють 60 млн фахівців, у тому числі 8,7 млн лікарів, 16,7 млн сестринського та акушерського персоналу, 1,2 млн стоматологічного і 2,1 млн фармацевтичного персоналу тощо. Дефіцит медичних кадрів досягнув 4,3 млн фахівців, у тому числі 2,4 млн лікарів. Відзначається нерівномірність розподілу медичного персоналу за регіонами. Найбільш забезпечені медичними кадрами США (24,8%) та Європа (18,9%), найменш забезпеченими регіонами є Південно-Східна Азія (4,3%) та Африка (2,3%).

Лікарі є спеціалістами загального профілю, які беруть на себе відповідальність за надання постійної допомоги окремим особам і сім'ям, або спеціалістами, такими як педіатри, акушери/гінекологи, психіатри, медичні спеціалісти та хірурги. Кількість лікарів у країнах ОЕСР зросла з приблизно 2,8 млн у 2000 р. до 3,4 млн у 2010 р. та 4,1 млн у 2021 р. У більшості країн ОЕСР кількість лікарів зростала швидше, ніж чисельність населення, тому в середньому кількість лікарів зросла з 2,7 на 1000 населення у 2000 р. до 3,6 у 2020 р. [309].

У 2021 р. кількість лікарів у країнах-членах ОЕСР коливалася від менше ніж 2,5 на 1000 населення в Туреччині, Колумбії, Польщі та Мексиці до понад 5 в Австрії, Португалії та Греції. В Індонезії, Південній Африці та Індії у 2021 р. було менше одного лікаря на 1000 населення. У Китайській Народній

Республіці (Китай) кількість лікарів швидко зросла з 1,2 на 1000 населення у 2000 р. до 2,2 на 1000 населення у 2021 р. У Бразилії кількість лікарів на 1000 населення також швидко зросла між 2000 та 2021 рр., але вона залишається низькою порівняно з більшістю країн ОЕСР [309].

Зростання кількості лікарів у країнах ОЕСР протягом останніх двох десятиліть було зумовлене головним чином збільшенням кількості студентів, які приймаються та закінчують вітчизняні медичні освітні та навчальні програми, пандемією COVID-19.

Медсестри становлять найчисельнішу категорію працівників охорони здоров'я та соціальної допомоги в багатьох країнах ОЕСР. Щільність медичних працівників є найнижчою в Африці: лише три лікарі на 10 000 населення та 121 медсестера/акушерка на 10 000 населення.

У 2021 р. у країнах-членах ОЕСР у середньому було трохи менше дев'яти медсестер на 1000 населення, від менше ніж трьох на 1000 населення в Колумбії, Туреччині, Мексиці та Чилі до приблизно 18 у Норвегії та Швейцарії. У Південній Африці, Індонезії та Індії є відносно мало медсестер – менше ніж 2,5 на 1000 населення. У Китаї кількість медсестер швидко зросла за останні два десятиліття, з 1,0 на 1000 населення в 2000 р. до 3,1 на 1000 населення в 2021 р. Ізраїль та Словацька Республіка є єдиними двома країнами ОЕСР, де кількість медсестер на чисельність населення знизилась.

Норвегія та Швейцарія являють собою приклади країн, яким за останні два десятиліття вдалося значно збільшити кількість медсестер. У Норвегії помітне зростання було викликано низкою заходів, спрямованих на залучення більшої кількості студентів до медичної освіти та збереження більшої кількості медсестер у професії шляхом покращення умов праці. Уряд Норвегії прийняв п'ятирічний план дій для покращення компетенцій та оплати праці медичних сестер. Цей план дій продовжено в рамках підвищення компетенції 2025 р. У Швейцарії збільшення кількості медсестер зумовлено збільшенням кількості «проміжних медсестер», які мають нижчу кваліфікацію, ніж «професійні медсестри».

У більшості країн зростання кількості медичних сестер було пов'язано з їх імміграцією після навчання за кордоном. Понад 25% усіх практикуючих медсестер у Новій Зеландії та Швейцарії отримали свій перший диплом медсестри в іншій країні. Ця частка перевищує 15% в Австралії та Великобританії.

У більшості країн ОЕСР кількість медсестер перевищує кількість лікарів. У середньому на кожного лікаря припадає менше трьох медсестер. Співвідношення медичних сестер на одного лікаря коливається від приблизно однієї медсестри на лікаря в Колумбії, Чилі, Коста-Ріці, Мексиці та Туреччині до більш ніж чотирьох у Японії, Фінляндії, США та Швейцарії. Це показує, наскільки різноманітним є розподіл у всьому світі, і підкреслює неприйнятний дефіцит медичних працівників у деяких регіонах. На регіональному рівні медичні працівники, які надають основні послуги, мають найменшу щільність у місцях, де було зазначено найвищий рівень захворювань.

Навіть коли національна щільність є значною, зберігається нерівність між сільськими, віддаленими та важкодоступними районами порівняно зі столичними містами та міськими центрами. Лікарі можуть неохоче займатися практикою в сільській місцевості через занепокоєння щодо свого професійного життя (включаючи доходи, робочий час, можливості кар'єрного розвитку) та соціальних зручностей (можливості освіти для дітей та професійні перспективи для членів родини).

У багатьох країнах спостерігається особливо висока концентрація лікарів у національних столичних регіонах Австрії, Чехії, Греції, Угорщини, Португалії, Словацької Республіки та США.

Для впливу на вибір місця практики лікарів можна використовувати низку публічних важелів, таких як: надання фінансових стимулів лікарям працювати в районах, які недостатньо обслуговуються; збільшення набору на програми медичної освіти студентів із малозабезпечених районів або децентралізація розміщення медичних навчальних закладів; регулювання вибору місця практики лікарів (для нових випускників або лікарів з іноземною

освітою, які прибувають до країни). Розвиток телемедицини також може допомогти подолати географічні бар'єри між пацієнтами та лікарями [310].

У Франції протягом останніх 15 років уряд розпочав низку заходів для вирішення проблем з приводу «медичних пустель», включаючи надання фінансової підтримки лікарям у створенні їх практики в районах з недостатнім рівнем обслуговування. Він також підтримав створення багатопрофільних медичних будинків, щоб дозволити лікарям загальної практики та іншим медичним працівникам працювати в одному місці. Заохочення студентів-медиків до практики в районах з недостатнім рівнем обслуговування виявилось досить успішним, зокрема за рахунок використання «контрактів на доступ», згідно з якими студенти-медики та ординатори отримують щомісячну стипендію під час навчання та навчання в обмін на зобов'язання практикувати еквівалентний період після закінчення навчання у спеціально відведених місцях, які не обслуговуються.

У Німеччині ряд заходів спрямований на збільшення кількості лікарів, які працюють у сільській місцевості, включаючи надання місць студентам-медикам, які зобов'язуються після закінчення навчання працювати лікарями загальної практики в сільській місцевості. У Чеській Республіці у квітні 2020 р. МОЗ оголосило про нову програму підтримки лікарів загальної практики, які працюють у районах із недостатнім обслуговуванням. Програма відкрита для всіх лікарів загальної практики, які планують або нещодавно почали надавати послуги у визначених районах із недостатнім обслуговуванням. Програма надає фінансування лікарям загальної практики для покриття витрат на персонал та технічне обладнання до максимальної суми. Фонди медичного страхування також платять більше за послуги лікарів загальної практики, які надаються в районах з недостатнім рівнем обслуговування.

В Австралії у 2018 р. уряд оголосив про нову десятирічну стратегію здоров'я в сільській місцевості, щоб задовольнити поточні та майбутні виклики країни у сфері охорони здоров'я в сільських і віддалених районах. Стратегія включає 13 ініціатив, які спрямовані на вирішення питань якості, розподілу та

планування медичних працівників Австралії, зокрема в регіональних, сільських та віддалених громадах.

Криза COVID-19 ще більше підкреслила проблему дефіциту персоналу, а також значний внесок, який лікарі та медсестри-мігранти роблять у медичну галузь у багатьох країнах ОЕСР. Щорічна міграція лікарів у країнах Європейського регіону становить 5%; у країнах ОЕСР – 20%, у країнах Персидської затоки – 50%.

Хоча за останні два десятиліття кількість випускників медичних закладів та медсестер значно зросла в більшості країн ОЕСР, частка лікарів і медсестер, які пройшли навчання за кордоном, також продовжує зростати. У результаті в країнах ОЕСР майже чверть усіх лікарів народжуються за кордоном, близько однієї п'ятої – проходять навчання за кордоном. Серед медичних сестер майже 16% є іноземними громадянами і більше 7% пройшли навчання за кордоном.

Що стосується лікарів, які народилися за кордоном, то їх частка коливається від менше 2% у Словацькій Республіці до понад 50% в Австралії та Люксембурзі. Частка медсестер, народжених за кордоном, незначна в Чехії та Словацькій Республіці, але понад 30% у Швейцарії, Австралії та Ізраїлі. Майже в усіх країнах ОЕСР кількість лікарів або медсестер, народжених за кордоном, вища, ніж кількість тих, хто навчається за кордоном. Частка лікарів з іноземною освітою коливається від менше ніж 3% у ряді країн ОЕСР, до приблизно 40% в Норвегії, Ірландії чи Новій Зеландії та майже до 60% в Ізраїлі. У більшості країн ОЕСР частка медсестер, які пройшли навчання за кордоном, становить менше 5%, але в Австралії, Швейцарії та Новій Зеландії ця частка досягає приблизно 20-25% [311].

Незалежно від чисельності та складу працівників охорони пандемія COVID-19 суттєво збільшила навантаження на більшість медичних працівників. Багато країн, які сильно постраждали від COVID-19, намагалися мобілізувати додатковий персонал, щоб відповісти на попит на медичні послуги під час пандемії. Принаймні половина європейських країн почали з відкликання відставних медичних працівників, пропонуючи їм короткий тренінг для

оновлення та підвищення кваліфікації. Деякі країни вирішили не залучати літніх медичних працівників, щоб уникнути ризику серйозних ускладнень у разі інфікування. Більшість країн мобілізувала студентів наприкінці навчання в медичних, медсестринських та інших освітніх програмах, щоб відповісти на хвилювання та запитання населення за допомогою телефонних гарячих ліній і надання послуг підтримки пацієнтам. Дві третини країн також перевели деяких медичних працівників до лікарень у регіонах, які більше постраждали від пандемії.

Під час пандемії COVID-19 багато країн ОЕСР визнали медичних працівників-мігрантів ключовими активами та запровадили політику, щоб допомогти їхньому прибуттю та визнанню їх кваліфікації (табл. 5.1).

Таблиця 5.1

Публічні механізми трансформації забезпечення кадровими ресурсами сфери охорони здоров'я країн світу

Країна	Запроваджені публічні механізми
1	2
Австралія	Міжнародні студенти (медсестери) можуть працювати більше 40 годин кожні два тижні, щоб зменшити тиск на робочу силу
Італія	Прийнято указ, який дозволяє тимчасово ліцензувати іноземних медичних працівників
Іспанія	Іспанські міністерства розпочали термінові скоординовані дії для негайного найму іноземних медичних працівників, які бажають працювати в Іспанії.
Канада	У провінції Онтаріо міжнародні дипломовані медичні працівники (IMG), які склали іспити для практики в Канаді або закінчили школу протягом останніх двох років, можуть подати заявку на отримання медичної ліцензії під наглядом на 30 днів. У провінції Британська Колумбія IMG, який має принаймні два роки післядипломної підготовки та закінчив кваліфікаційні іспити Ліцензіату Медичної ради Канади, може працювати асоційованим лікарем під наглядом повністю сертифікованого лікаря.
Німеччина	У Баварії іноземним лікарям пропонують дозвіл працювати асистентами протягом одного року. Саксонія також закликала іноземців з медичною освітою ідентифікувати себе, але поки що не мобілізувала їх.
США	Штат Нью-Йорк надає доступ до IMG за обмеженим дозволом з одним роком затвердженої післядипломної підготовки замість трьох. Лікарі, які мають ліцензію в інших штатах і Канаді, можуть практикувати медичну діяльність. Подібні заходи були прийняті штатом Массачусетс. У штаті Юта випускникам-медикам з іноземним громадянством не потрібно повторювати стажування, якщо вони практикували в Австралії, Великобританії, Швейцарії, Південній Африці, Гонконгу, Китаї чи Сінгапурі.

1	2
Франція	Неліцензовані медичні працівники, які пройшли навчання за кордоном, можуть працювати як допоміжний персонал у немедичних професіях
Чилі	У надзвичайних ситуаціях у сфері охорони здоров'я національна служба охорони здоров'я може наймати іноземних медичних працівників, навіть якщо вони не мають офіційно визнаної кваліфікації.

Ряд країн ОЕСР вирішили прискорити поточні подачі заявок на визнання іноземних кваліфікацій медичних працівників (Бельгія, Німеччина, Ірландія, Люксембург) або полегшити процедуру отримання іноземних кваліфікацій (скорочений тест на мову в Німеччині, відсутність особистої зустрічі в Литві, звільнення від зборів в Ірландії).

Кадровий потенціал сфери охорони здоров'я – важлива основа реалізації державної політики України щодо впровадження ЦСР та євроінтеграції. Особливо актуальним залишаються питання трансформацій у кадровому забезпеченні у сфері охорони здоров'я, що відбулося протягом останніх трьох років: в часи пандемії COVID-19, військових дій. Органи публічної влади у сфері охорони здоров'я слідкують за поточним станом галузі та за можливостями виконання міжнародних угод і завдань уряду. Але і надалі потребують уваги зміни, що відбуваються в системі охорони здоров'я щодо кадрового забезпечення та подальших механізмів реалізації стратегічних завдань галузі. В умовах постійних трансформацій, але маючи дієву стратегію розвитку охорони здоров'я, варто продовжувати досліджувати проблеми у формуванні та розвитку кадрових ресурсів задля пошуку механізмів їх покращення [312].

Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року, яка ще перебуває у стадії розробки, визначає основні напрями подальшого реформування та вдосконалення сфери охорони здоров'я:

1. Надання послуг в охороні здоров'я та фінансування.
2. Громадське здоров'я.
3. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я.

4. Доступ до лікарських засобів.
5. Цифрове здоров'я.

Глобальна стратегія ВООЗ щодо кадрових ресурсів системи охорони здоров'я (КРОЗ) до 2030 р. визначає чотири ключові цілі: а) посилення якості КРОЗ шляхом упровадження політик щодо кадрових ресурсів з доведеною ефективністю, забезпечення універсального доступу до медичних послуг та зміцнення систем охорони здоров'я на всіх рівнях; б) забезпечення планування КРОЗ відповідно до наявних і майбутніх потреб населення, усунення дефіциту КРОЗ та покращення їх розподілу; в) зміцнення інститутів у сфері охорони здоров'я на різних рівнях для ефективного управління КРОЗ; г) зміцнення системи даних щодо КРОЗ для моніторингу та оцінки національних і регіональних стратегій [313].

Пріоритетами трансформацій кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я в Україні мають стати (рис. 5.1).

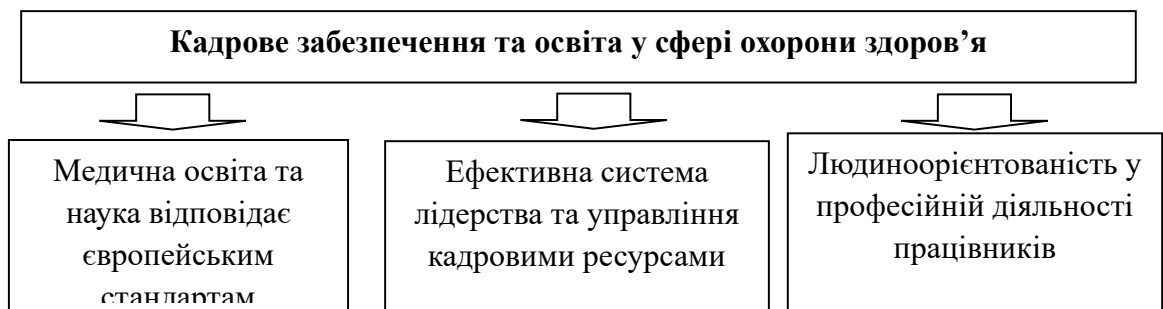


Рис. 5.1. Пріоритети трансформацій кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я України

Пандемія COVID-19 та військові події в Україні значно підвищили престиж медичного працівника в суспільстві, але потребують подальшого вдосконалення система професійної підготовки медичних працівників, система управління державними та приватними закладами охорони здоров'я та стимулювальні підходи у розвитку кадрового потенціалу.

За даними USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» [314], аналіз статистичних звітних форм щодо КРОЗ свідчить про те, що вони передбачають гармонізацію з вимогами Міжнародної стандартної класифікації спеціальностей

(International Standard Classification of Occupations, ISCO-2008172), яка розрізняє лікарів (загальної практики та спеціалістів), місцевих медико-санітарних фахівців, інших медичних працівників, менеджерів системи. В Україні до загальної кількості лікарів разом з лікарями загальної практики – сімейними лікарями, лікарями терапевтичного та хірургічного профілів також входять керівники закладів, лікарі-лаборанти, лікарі гігієнічного та епідеміологічного профілів, лікарі-бактеріологи та вірусологи, лікарі-стоматологи.

До загальної кількості медичних сестер включаються інструктори, дезінфектори, техніки, лаборанти тощо. Крім цього, такі статистичні форми не відповідають вимогам ВООЗ щодо мінімального набору даних стосовно КРОЗ. Бракує інформації про плинність кадрів та причини звільнення, що необхідно для аналізу внутрішньої та зовнішньої міграції, а також відсутні показники детального розподілу КРОЗ за віком (до 25 років, 25–34 роки, 35–44 роки, 45–54 роки, 55–60 років, 61–64 роки, 65 років і більше). Потребують доопрацювання індикатори навчання в системі безперервного професійного розвитку та ліцензування професійної діяльності.

З метою з'ясування поточного стану КРОЗ, визначення бар'єрів та пріоритетів КРОЗ необхідним є проведення ситуаційного аналізу, який буде основою для формування національної стратегії щодо КРОЗ. Ситуаційний аналіз, направлений на визначення показників (аналіз статистичних даних щодо кадрових ресурсів системи охорони здоров'я, навчання та вхід на ринок праці, оцінка та покращення продуктивності, вихід з ринку праці, інформаційна система щодо кадрових ресурсів, перспективи залучення соціальних працівників), дав би змогу прорахувати потреби у трансформаціях кадрового забезпечення системи охорони здоров'я.

Показник забезпеченості лікарями на 10 тис. населення за нормативами ВООЗ становить 35%. Середнє значення даного показника в Україні дорівнює 36% (рис. 5.2) (на основі [315]).

Забезпеченість лікарями за 2020 р. є достатньо високою в Чернівецькій, Івано-Франківській, Львівській та Тернопільській областях та м. Києві. Цей

показник у Кіровоградській, Луганській, Донецькій, Херсонській та Миколаївській областях є значно нижчим за середні показники забезпеченості лікарями по Україні та у світі. Наслідком цього можуть стати підвищення ризиків погіршення надання медичної допомоги населенню.

Відповідно до звітів ВООЗ, норматив забезпеченості молодшим та середнім медичним персоналом на 10 тис. населення у світі становить 81%. Даний показник по Україні є нижчим за середній показник у європейських країнах та в середньому дорівнює 75%. Високий рівень забезпеченості молодшим та середнім персоналом на 10 тис. населення в Україні характерний для Чернігівської, Тернопільської, Рівненської, Івано-Франківської та Сумської областей.

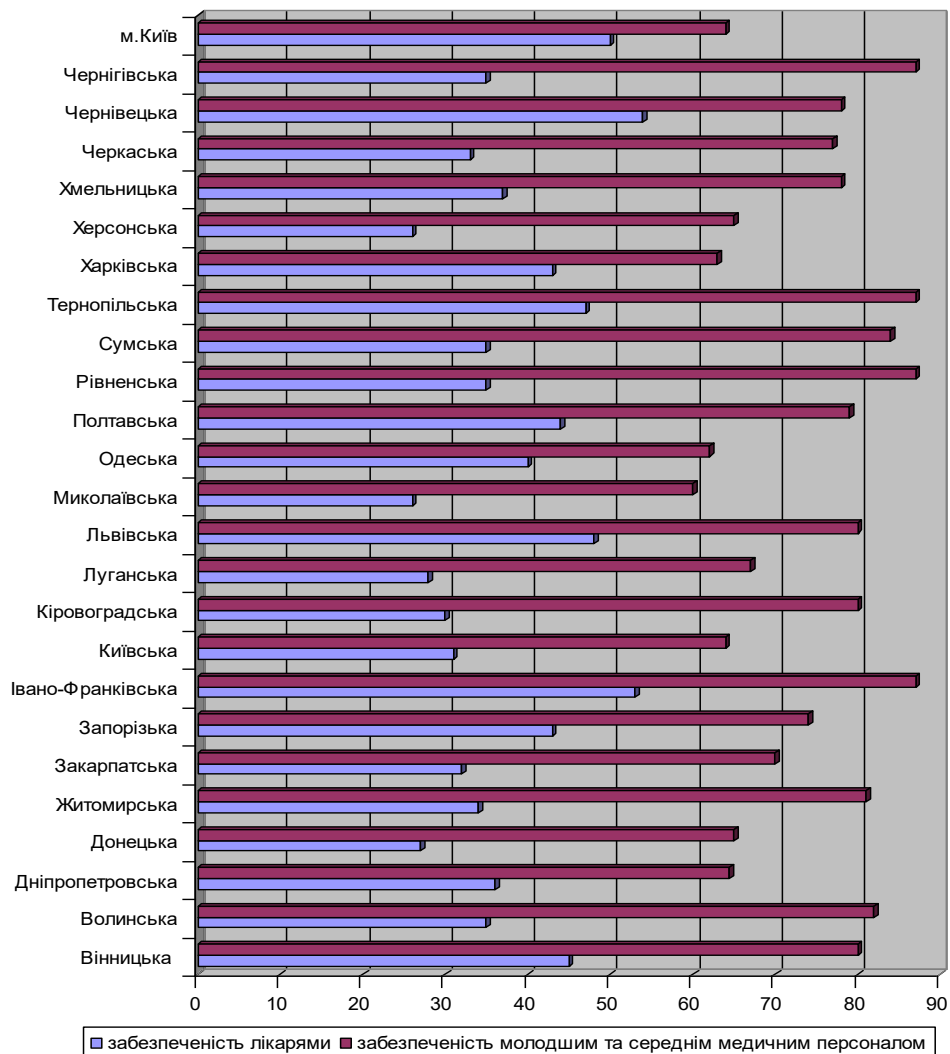


Рис. 5.2. Забезпеченість медичними кадрами на 10 тис. населення за регіонами у 2020 р., %

Нижче світового та національного рівня є показник забезпеченості молодшим та середнім персоналом у м. Києві, Київській, Харківській, Одеській та Миколаївській областях, що свідчить про погіршення ситуації з кадровими ресурсами у сфері охорони здоров'я.

Кількість лікарів первинної ланки на 100 тис. населення в Європі становить 315, при чому навантаження на 1 лікаря в середньому становить 1200–1600 пацієнтів. Регіональний аналіз кількості лікарів первинної ланки на 100 тис. населення в Україні показав, що найбільша кількість лікарів зосереджена в Івано-Франківській, Львівській, Хмельницькій, Чернівецькій та Київській областях, що свідчить про достатність та високий показник забезпеченості медичним персоналом регіону (рис. 5.3).

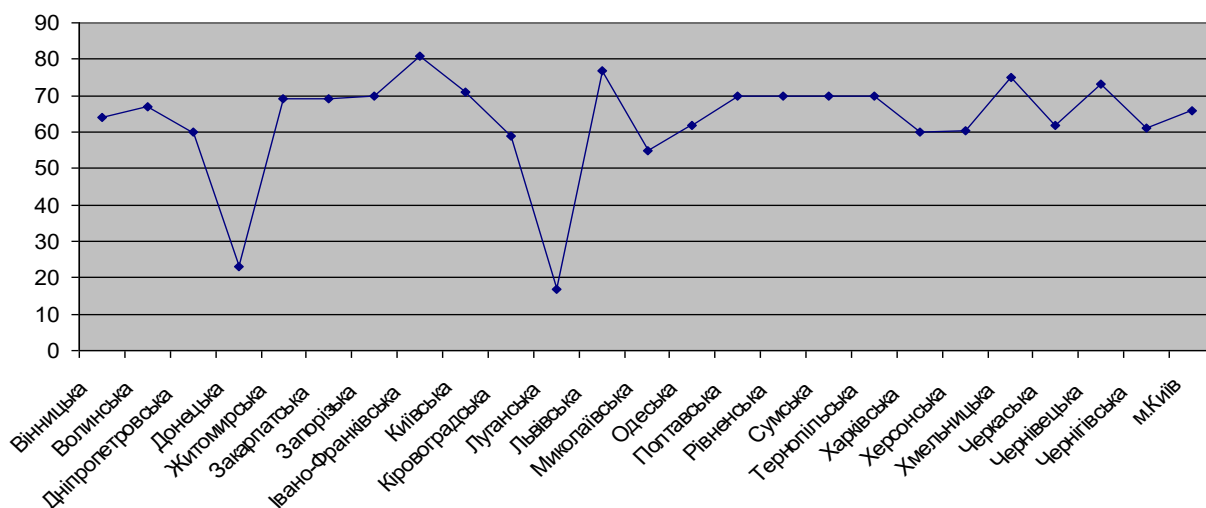


Рис. 5.3. Кількість лікарів первинної ланки на 100 тис. населення, осіб [315]

Медичні працівники Дніпропетровської, Кіровоградської, Миколаївської, Донецької та Луганської областей продовжують забезпечувати реалізацію чинних державних та регіональних медичних програм, однак їх кількість є недостатньою для реалізації державної стратегії розвитку сфери охорони здоров'я.

Щільність лікарів України становила 37,2 на 10 тис. населення за національним обліком і 30,1 на 10 тис. населення – за міжнародним обліком, а щільність середнього медичного персоналу – 74,4 на 10 тис. населення за національним обліком і 65,5 на 10 тис. населення – за міжнародним обліком.

Висока щільність лікарів та середнього медичного персоналу спостерігається в західних (Львівській, Івано-Франківській, Чернівецькій, Тернопільській, Хмельницькій) областях, а також у Вінницькій, Полтавській та Запорізькій областях. Низьку щільність як лікарів, так і медичних сестер зафіксовано в Закарпатській, Київській, Миколаївській, Херсонській, Донецькій та Луганській областях. Співвідношення кількості медичних сестер та лікарів в Україні має тенденцію до зниження, зокрема через негативні темпи приросту кількості медичних сестер, і є нижчим за середньоєвропейський показник.

У середньому третина (31%) населення України мешкає в сільській місцевості; частка сільського населення коливається від 9% (Донецька область) до 63% (Закарпатська область). У сільській місцевості працюють тільки 5% лікарів, а частка сільських лікарів – від 2% (Запорізька область) до 13% (Закарпатська та Черкаська області). Частка середнього медичного персоналу в сільській місцевості – 12%; у регіональному вимірі цей показник коливається від 6% (Дніпропетровська область) до 24% (Закарпатська область). Щільність сільських лікарів становить 6,6 на 10 тис. сільського населення, а щільність сільського середнього персоналу – 29,8 на 10 тис. сільського населення. Найнижча щільність сільського медичного персоналу спостерігається в Луганській області: 2 сільські лікарі та 16,6 середнього медичного персоналу на 10 тис. сільського населення.

Географічний розподіл свідчить, що високоурбанізовані регіони здебільшого мають нижчу частку сільських лікарів та сільського середнього медичного персоналу, проте регіони з високою часткою сільського населення не завжди мають високу частку сільських медичних працівників. Наприклад, Львівська, Одеська та Сумська області мають середній рівень урбанізації територій, проте частка сільських лікарів та сільського середнього медичного персоналу є дуже низькою, як у високоурбанізованих областях.

Укомплектованість лікарів є нижчою порівняно із середнім медичним персоналом (88% проти 92,6%). Укомплектованість посад лікарів та середнього медичного персоналу є вищою в північних і західних областях (Закарпатській,

Львівській, Івано-Франківській, Тернопільській, Чернівецькій, Рівненській, Хмельницькій, Житомирській), а також у Черкаській та Харківській областях. Нижчий середнього рівень укомплектованості лікарів та середнього медичного персоналу зафіксовано у м. Києві, Київській, Полтавській, Одеській, Миколаївській, Дніпропетровській, Запорізькій, Донецькій та Луганській областях.

Кількість громадян України, які здобувають вищу медичну освіту за лікарськими спеціальностями, упродовж тривалого часу є сталою. Щороку зростає частка іноземних студентів, які здобувають вищу медичну освіту за лікарськими спеціальностями. Зростання кількості іноземних студентів може бути ризиком щодо якості підготовки та джерелом конфлікту інтересів.

Отже, основними викликами професійного розвитку для українських лікарів є такі: процедура вступу в інтернатуру є доволі бюрократизованою, непрозорою та неефективною щодо мотивації кадрів; нова система безперервного професійного розвитку (щорічний набір балів за рахунок формальної чи інформальної освіти) не має гарантованого фінансування; відсутні вимоги до провайдерів та до змісту навчальних програм, а також не сформовано систему запобігання фальсифікаціям при проходженні заходів професійного розвитку.

З огляду на зазначене, необхідним є стабілізація кадрової забезпеченості медичної галузі для підвищення ефективності надання медичної допомоги населенню. Механізм кадрового забезпечення системи охорони здоров'я України наведений на рис. 5.4.

На основі проведеного ситуаційного аналізу виділено ключові цілі розвитку кадрового забезпечення для системи охорони здоров'я: забезпечення безперервної медичної освіти та науки, що відповідає європейським стандартам, ефективної системи лідерства та управління кадровими ресурсами, гарантування принципу людиноорієнтованості у професійній діяльності працівників охорони здоров'я.



Рис. 5.4. Механізм кадрового забезпечення системи охорони здоров'я

Комплексний план дій у цих напрямках має за мету досягнення найкращих результатів відповідно до принципів:

- наявності – достатній запас КРОЗ з відповідними компетенціями та кваліфікаціями, які відповідають потребам населення у здоров'ї;
- доступності – рівний доступ до КРОЗ, у тому числі з точки зору тривалості поїздки і транспорту, робочих годин, доступності окремих спеціалістів, системи переадресації та вартості послуг;
- прийнятності – характеристики і здатність КРОЗ гідно ставитися до всіх, формувати довіру та сприяти попиту на медичні послуги;
- якості – компетенції, вміння, знання та поведінка КРОЗ відповідають професійним нормам і забезпечують високий рівень задоволеності споживачів послуг.

Реалізація механізму може бути проведена з використанням методів менеджменту персоналу за типом впливу:

- 1) економічні – система прийомів та методів впливу на виконавців за допомогою конкретного порівняння витрат і результатів;
- 2) адміністративні – реалізуються за допомогою організаційно-розпорядчих методів прямого впливу, що мають директивний, обов'язковий характер;
- 3) соціально-психологічні – способи управлінського впливу на персонал для формування установок щодо трудової діяльності та творчої активності.

Реалізація зазначеного механізму дасть змогу зміцнити систему управління КРОЗ, інформаційну систему і дані щодо КРОЗ та сформувати кваліфікований кадровий потенціал галузі відповідно до європейських стандартів.

У регіональній і національній статистичній звітності, яка використовується для планування кадрової політики та управління кадровими ресурсами, використовується лише мінімальний набір індикаторів із загалу тих, що збирають медичні заклади. Відсутні аспекти плинності кадрів, їх утримання й задоволеності, ефективності роботи і навчання впродовж життя. Обмеженою є дезагрегація показників за статтю й віком, а також за міськими/сільськими територіями. Відсутній єдиний електронний реєстр медичних кадрів.

Регіональний аналіз надав змогу сформувати такі шляхи щодо вирішення проблем у сфері кадрового забезпечення охорони здоров'я: розробити та закріпити законодавчо систему управління кадровим потенціалом охорони здоров'я з урахуванням структури регіональної потреби в медичних кадрах, досягнення їх оптимального розміщення та ефективного використання; розробити регіональні програми планування кар'єри медичних працівників сільської місцевості, що, зокрема, передбачатимуть соціально-економічні пільги при оплаті комунальних платежів, забезпечення житлом, отримання кредитних коштів на пільгових умовах та горизонтальне кар'єрне зростання [316].

Виходячи з необхідності реалізації стратегічних завдань сфери охорони здоров'я та швидкого виходу з критичних ситуацій, необхідно забезпечити розбудову системи оцінювання медичних технологій, що дозволить ухвалювати ефективні стратегічні рішення у сфері охорони здоров'я на підставі показників клінічної ефективності, економічної доцільності та організаційних проблем застосування лікарських засобів, медичних виробів та інших медичних технологій. Завершення реформування медичної освіти на всіх рівнях відповідно до європейських стандартів для медсестринства, лікарів та управлінських кадрів забезпечить ефективність кадрів у сфері охорони здоров'я. Мотивуючим фактором для кадрів сфери охорони здоров'я може стати сформована гнучка тарифна сітка доплат медичному персоналу, який здійснює роботу в умовах надзвичайних ситуацій. Також було б доцільним запровадити систему професійного ліцензування для лікарів та забезпечити розвиток лікарського самоврядування як інституту регулювання якості медичної послуги та захисту прав медичних працівників.

5.2. Освітні трансформації в підготовці фахівців у сфері охорони здоров'я

Процеси трансформацій, які відбуваються у всіх сферах та галузях економіки, забезпечують реалізацію реформ, які почалися в Україні з 2015 р. Новий шлях побудови демократичного суспільства почався з формування ЦСР України та напрямів європейської інтеграції. Цей шлях був зафіксований у 62 реформах різних сфер діяльності галузей народного господарства України, у тому числі у реформі публічного управління та реформі системи освіти. Нове нормативно-правове забезпечення провідних реформ стало основою та початком їх впровадження. Розробка нових стратегій розвитку та стратегічних планів надала змогу сформувати фундамент для початку реформ. Також важливим кроком стала імплементація законодавчої бази України до

європейського законодавства. Реформа системи освіти щодо підготовки нових освітніх програм на основі компетентнісного підходу сприяла покращенню ефективності системи якості освіти в Україні за різними спеціальностями. Але за умов поширення пандемії COVID-19 останніми роками стали більш явними проблеми у сфері охорони здоров'я, і вирішення їх зумовлює подальші розвідки саме в напрямі реалізації реформи освіти в підготовці фахівців для сфери охорони здоров'я загалом.

Глобальні та євроінтеграційні процеси зробили поштовх у формуванні нових механізмів відповідального освітнього процесу на основі компетентнісного підходу, взаємодії вищих закладів освіти з бізнес-середовищем, підготовки викладацького складу для реалізації цілей сталого розвитку України [317].

Міжнародними фахівцями узагальнено глобальні тенденції розвитку вищої освіти на три десятиріччя – до 2030 року, а саме:

1. Збільшення мобільності студентів, професорсько-викладацького складу, освітніх інституцій загалом, що зумовлює формування високодинамічного глобального ринку освітніх послуг.

2. Розвиток та інтенсифікація міжнародних наукових досліджень в умовах зростаючого співробітництва між університетами і загострення конкуренції між ними.

3. Нарощення глобального впливу національних систем вищої освіти регіонів Азії та Європи, зі збереженням за Північною Америкою лідируючих позицій у цій сфері, особливо в галузі наукових досліджень.

4. Загальносвітове поширення приватної вищої освіти (приватного фінансування вищої освіти), особливо поза межами країн ОЕСР.

5. Розбудова ринкових механізмів в управлінні вищою освітою за посередництвом системи індикаторів ефективності освітніх установ і конкурсного розподілу коштів.

6. Посилення уваги закладів вищої освіти на забезпеченні своєї якості у відповідь на зростаючу роль і значення транснаціональної вищої освіти,

інституціональних рейтингів вузів і їхнього прагнення до відповідальності [318].

Міжнародний Індекс людського розвитку базується на трьох основних аспектах: довге і здорове життя; освіта і добробут населення. Тому дуже важливим є кваліфікована підготовка кадрів на всіх рівнях освіти для сфери охорони здоров'я з метою підтримки основних принципів розвитку здорового громадянського суспільства в Україні.

Нормативно-правовою базою регулювання сучасної системи здобуття медичної освіти є Закони України «Про освіту», «Про вищу освіту», «Про професійний розвиток працівників», «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Для реалізації їх положень у сфері підвищення кваліфікації лікарів було прийнято спеціальну Постанову Кабміну від 28 березня 2018 р. №302 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я». Головною метою Положення є професійний розвиток, який має тривати протягом усього періоду фахової діяльності лікаря та передбачати самовдосконалення шляхом участі як у формалізованому навчальному процесі, так і у неформальних освітніх програмах.

Безперервний професійний розвиток включає особисту участь фахівця в різноманітних програмах і заходах формальної, неформальної й інформальної освіти.

Неформальна освіта у сфері охорони здоров'я – це поглиблення власних знань і вдосконалення вмінь згідно з освітніми програмами, що не передбачає присвоєння визнаних державою освітніх кваліфікацій за рівнями освіти, але може завершуватися присвоєнням професійних і/або часткових освітніх кваліфікацій.

Інформальна освіта (самоосвіта) у сфері охорони здоров'я – самоорганізоване здобуття фахівцями професійних компетентностей під час повсякденної практики, пов'язаної з професійною, громадською або іншою діяльністю. До основних форм інформальної освіти належать участь у фахових

нарадах, семінарах, науково-практичних конференціях, симпозиумах, з'їздах, виставках, симуляційних тренінгах, майстер-класах, курсах з оволодіння практичними навичками, стажування у клініках інших країн, дистанційне навчання, у тому числі електронне через фахові інтернет-ресурси.

Інформальна освіта є обов'язковою складовою безперервного професійного розвитку лікаря, метою якої є постійне підвищення професійної компетентності та безперервне вдосконалення професійних знань і вмінь.

Так, 14 липня 2021 р. постановою Кабінету Міністрів «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників», яка набрала чинності 1 січня 2022 р., затверджено оновлене Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників [319]. Положення застосовується до молодших спеціалістів (фахових молодших бакалаврів, молодших бакалаврів, бакалаврів) з медичною освітою та провізорів з 1 січня 2023 р. Постанова містить низку значних нововведень, зокрема:

- поняття заходів безперервного професійного розвитку, їх перелік та визначення;

- вимоги до заходів безперервного професійного розвитку, за які нараховуються бали, та вимоги до провайдерів безперервного професійного розвитку;

- форми участі в заходах (обов'язкова особиста участь, дистанційна участь, дистанційна участь у режимі реального часу);

- упровадження електронної системи безперервного професійного розвитку, яка призначена для збереження інформації про провайдерів та заходи, обліку балів та ведення особистого освітнього портфоліо працівників сфери охорони здоров'я;

- функції адміністратора системи виконує державне підприємство (адміністратор), що створюється МОЗ. Адміністратор забезпечує технічну підтримку системи, обробку та аналіз внесених відомостей, збереження та захист даних, що містяться в системі, забезпечення доступу до системи

працівників сфери охорони здоров'я, провайдерів, органів державної влади в межах, визначених законодавством.

Вимоги Положення забезпечують дотримання принципів безперервного професійного розвитку, таких як: висока наукова цінність освітніх послуг, відсутність комерційного впливу, сприяння активному навчанню дорослих [320].

Стратегія розвитку охорону здоров'я України до 2030 р. (проект) визначає такі основні пріоритети щодо майбутнього розвитку людських ресурсів галузі:

1. Медична освіта та наука відповідає європейським стандартам.
2. Ефективна система лідерства та управління кадровими ресурсами охорони здоров'я.
3. Людиноорієнтованість є основним пріоритетом професійної діяльності працівників у сфері.
4. Професійне благополуччя працівників в охороні здоров'я [321].

Сучасні освітні програми мають враховувати тенденції та закономірності розвитку ринку праці, сприяти формуванню професійних навичок, затребуваних через 5-7 років у різних сферах та галузях економіки. Зокрема, на рис. 5.5 представлено різні групи соціальних навичок, на які створюють стабільний або зростаючий попит роботодавці, згідно з результатами опитування компаній, які взяли участь у проєкті Всесвітнього економічного форуму «Future of Jobs Survey 2020».

Саме компетентнісний підхід, покладений в основу освітніх програм закладів вищої освіти для фахівців сфери охорони здоров'я, надає змогу набути професійних компетентностей для реалізації стратегічних завдань реформи медичної галузі та виходу вітчизняних фахівців на міжнародний ринок праці.

Кваліфікаційною вимогою для працевлаштування на посади керівників, професіоналів, фахівців у закладах охорони здоров'я в Україні є вища медична освіта рівня магістра, для окремих посад – медична освіта рівня бакалавра або молодшого спеціаліста. Зараз підготовка медичного персоналу здійснюється за

спеціальностями галузі знань 22 «Охорона здоров'я». Основними за кількістю студентів і важливістю для підготовки професіоналів, фахівців і середнього медичного персоналу спеціальностями цієї галузі є «Стоматологія»; «Медицина»; «Медсестринство»; «Фармація, промислова фармація»; «Педіатрія» [314].

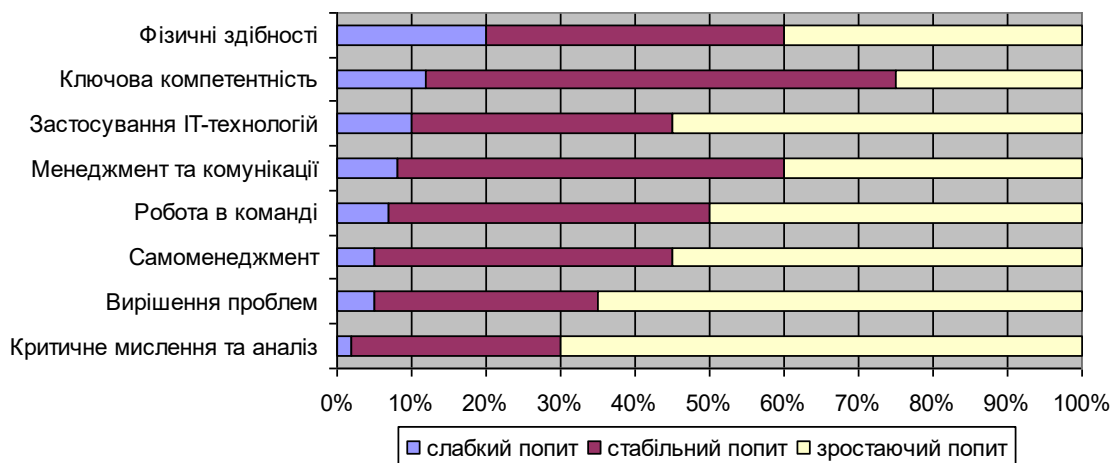


Рис. 5.5. Групи навичок зі зростаючим/спадним попитом до 2025 р., згідно з опитуванням компаній різних країн, % опитаних компаній [322]

За останні роки реформування відбулися зміни в підготовці фахівців для системи охорони здоров'я: підготовлено освітні програми відповідно до міжнародних вимог, запроваджено обов'язковий міжнародний іспит з основ медицини для студентів-медиків; відбулося збільшення іноземних студентів в українських закладах вищої освіти; більше 14 закладів вищої освіти мають право на підготовку фахівців зі спеціальності «Громадське здоров'я» на різних рівнях освіти; відкрито можливості щодо формування освітніх компонентів до освітніх програм за медичними спеціальностями.

Дуже інформативною та доцільною є інформація та діяльність «Центру тестування професійної компетентності фахівців з вищою освітою напрямів підготовки «Медицина» і «Фармація» при МОЗ України, який був створений у 1999 р.

МОЗ делегувало Центру тестування повноваження щодо зовнішнього контролю з оцінки якості підготовки фахівців у сфері охорони здоров'я та

встановлення її відповідності стандартам вищої освіти шляхом проведення стандартизованого тестування у формі Єдиного державного кваліфікаційного іспиту та іспитів «Крок». На рис. 5.6 наведено цінності Центру тестування, які відповідають ЦСР охорони здоров'я України щодо підготовки висококваліфікованих фахівців цієї галузі [323].

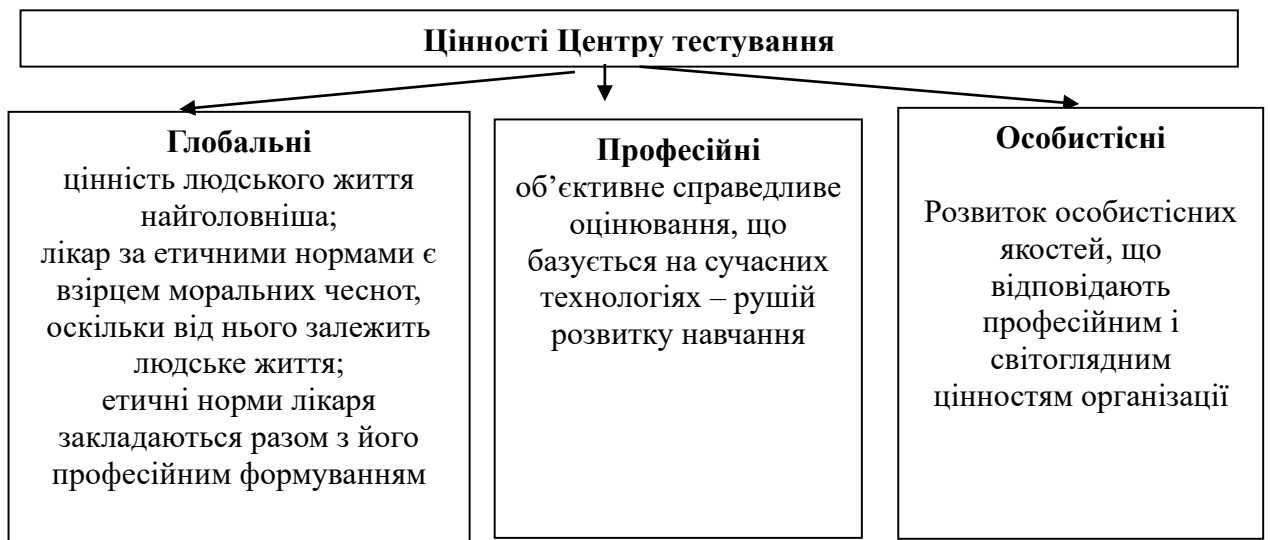


Рис. 5.6. Цінності Центру тестування професійної компетентності фахівців

Центр тестування проектує, розробляє і готує тести та інші інструменти для збору та обробки інформації, в тому числі бланки для сканування та програмне забезпечення для кожного етапу технологічного циклу тестування – процедури та форми звітів, які можуть використовуватися для різноманітних цілей: оцінювання знань та вмінь студентів; діагностики якості навчального процесу; професійної сертифікації та ліцензування; відбору кадрів та працевлаштування; якісних та кількісних досліджень.

Система тестових іспитів є комплексом засобів стандартизованої діагностики рівня професійної компетентності, що є складовою державної атестації студентів, які навчаються за спеціальностями напрямів підготовки «Медицина» і «Фармація», та лікарів (провізорів), які проходять первинну спеціалізацію (інтернатуру), у вищих закладах освіти незалежно від їх підпорядкування.

Іспит «Крок» – це об'єктивне зовнішнє незалежне оцінювання професійної компетентності за спеціальностями: медицина, стоматологія, фармація, медсестринство, лабораторна діагностика тощо. Іспит є обов'язковим для всіх студентів у системі МОЗ, Міністерства освіти і науки України та приватних університетів у сфері охорони здоров'я (понад 140).

Метою тестового іспиту є встановлення відповідності рівня професійної компетентності випускника (інтерна) мінімально необхідному рівню згідно з вимогами Державних стандартів вищої освіти. Професійна компетентність діагностується як уміння застосовувати знання і розуміння фундаментальних біомедичних наук та основних медичних дисциплін, які є найважливішими для забезпечення допомоги хворому під наглядом більш досвідченого лікаря. Головна увага приділяється підтриманню здоров'я, профілактиці захворювань та організації медичної допомоги.

Тестовий іспит включає один, два або три окремі тестові екзамени залежно від освітньо-кваліфікаційного рівня. Зміст тестових іспитів затверджується щорічно МОЗ України і повинен відповідати освітньо-професійним програмам, які затверджуються Міністерством освіти України. Види тестових екзаменів наведені в табл. 5.2.

Таблиця 5.2

Види тестових екзаменів Центру тестування [324]

Вид	Характеристика
1	2
«Крок 1»	Екзамен із загальнонаукових дисциплін, який складається після вивчення основних фундаментальних дисциплін, що входять до складу тестового екзамену «Крок 1». Тестовий екзамен складається на 3-му курсі (майбутні лікарі, лікарі-стоматологи) або на 4-му курсі (фармацевти, клінічні фармацевти). Всім студентам, які одержали на тестових екзаменах «Крок 1» результат «не склав», дозволяється повторне складання екзамену «Крок 1». У разі неперескладання екзамену «Крок 1» студент не допускається до наступної екзаменаційної сесії та відраховується із закладу вищої освіти як такий, що не виконав навчальний план закладу вищої освіти
«Крок 2»	Екзамен із професійно орієнтованих дисциплін, які за змістом відповідають освітньо-професійній програмі підготовки спеціалістів. «Крок 2» є складовою державної атестації студентів і складається на випускному курсі. Всі студенти, які одержали на тестовому екзамені «Крок 2» результат «не склав», допускаються до складання державних випускних іспитів. Ці студенти не отримують сертифікат тестових іспитів, вважаються такими, що не пройшли

1	2
	державну атестацію, не отримують диплом про закінчення закладу вищої освіти і можуть повторно скласти тестовий іспит не раніше, ніж через рік.
«Крок 3»	Екзамен, що базується на освітньо-професійній програмі підготовки спеціаліста за певною лікарською (провізорською) спеціальністю в інтернатурі. Інтерни, які одержали на тестовому екзамені «Крок 3» результат «не склав», не допускаються до інших етапів атестації. Ці інтерни не отримують сертифікат тестових іспитів і не отримують сертифікат лікаря-спеціаліста. Такі інтерни можуть повторно скласти екзамен «Крок 3» протягом трьох років у будь-який наступний термін його проведення.
«Крок М»	Екзамен із професійно орієнтованих дисциплін, які за змістом відповідають освітньо-професійній програмі підготовки молодших спеціалістів. «Крок М» є складовою державної атестації студентів і складається на випускному курсі. Студенти, які одержали на тестовому екзамені «Крок М» результат «не склав», допускаються до інших етапів атестації. Ці студенти не отримують сертифікат тестових іспитів, вважаються такими, що не пройшли державну атестацію, і не отримують диплом про закінчення закладу вищої освіти. Такі студенти можуть повторно скласти екзамен «Крок М» не раніше, ніж через рік протягом трьох років.
«Крок Б»	Екзамен із професійно орієнтованих дисциплін, які за змістом відповідають освітньо-професійній програмі підготовки бакалавра. «Крок Б» є складовою державної атестації студентів і складається на випускному курсі. Студенти, які одержали на тестовому екзамені «Крок Б» результат «не склав», допускаються до інших етапів атестації. Ці студенти не отримують сертифікат тестових іспитів, вважаються такими, що не пройшли державну атестацію, і не отримують диплом про закінчення закладу вищої освіти. Такі студенти можуть повторно скласти екзамен "Крок Б" не раніше, ніж через рік протягом 3 років.

Майбутні фахівці рівня «спеціаліст» та «магістр» (лікарі, лікарі-стоматологи, фармацевти, лікарі-психологи тощо) послідовно складають три екзамени – «Крок 1», «Крок 2» та «Крок 3». Майбутні фахівці рівня «молодший спеціаліст» складають один екзамен – «Крок М». Майбутні фахівці рівня «бакалавр» послідовно складають два екзамени – «Крок М» та «Крок Б» [324].

Інтегрований тестовий іспит «Крок» є тестовим компонентом Єдиного державного кваліфікаційного іспиту для здобувачів ступеня вищої освіти магістр за спеціальностями галузі знань 22 «Охорона здоров'я». Іспит проводиться в один або два тестових етапи – «Крок 1» та «Крок 2». На першому етапі оцінюється рівень професійної компетентності із загальнонаукових (фундаментальних) дисциплін. На другому етапі оцінюється рівень професійної компетентності із професійно орієнтованих (клінічних) дисциплін.

Порядком здійснення Єдиного державного кваліфікаційного іспиту визначено проведення:

іспиту «Крок 1» – на третьому році навчання здобувачів спеціальностей «Стоматологія», «Медицина», «Медична психологія», «Фармація, промислова фармація», «Педіатрія»;

іспиту «Крок 2» – на п'ятому році навчання для здобувачів спеціальностей «Стоматологія», «Фармація, промислова фармація» та на шостому році навчання для здобувачів спеціальностей «Медицина», «Медична психологія», «Педіатрія».

У 2020 р. проведено 69 іспитів, у тому числі у зв'язку із запровадженням в Україні карантинних обмежень, спрямованих на запобігання поширення гострої респіраторної хвороби COVID-19; забезпечено організацію та проведення 12 додаткових складань іспитів для студентів, які не змогли взяти участь у іспитах із поважних причин, у тому числі через карантинні обмеження (припинення транспортного сполучення між областями, авіасполучення з іншими країнами тощо), та 24 повторних складань для студентів, які не склали іспит.

У 2020 р. іспит склали 73804 студенти, з них 51013 вітчизняних та 22791 іноземний студент (табл. 5.3) (на основі [80]). Іспит не склали 9757 осіб, що становить 11,7% від загальної кількості студентів, які склали іспит, тобто дані студенти не продемонстрували наявності мінімального рівня професійної компетентності, необхідної для здобуття диплома лікаря, стоматолога, провізора чи медичної сестри (5154 вітчизняних та 4603 іноземних студенти).

Таблиця 5.3

Результати проведеного іспиту «Крок 1» у 2019–2020 рр.

Результат іспиту	2019		2020	
	Кількість студентів	Питома вага, %	Кількість студентів	Питома вага, %
Склали іспит	66131	84,3	73804	88,3
Не склали	12316	15,7	9757	11,7

Інтегрований тестовий іспит «Крок 1» для спеціальності «Медицина» проведено в 11 закладах вищої освіти, які здійснюють підготовку фахівців за даною спеціальністю, з них: 5 закладів вищої освіти МОЗ України, 4 медичні факультети закладів вищої освіти Міністерства освіти і науки України та 2 приватних заклади вищої освіти. Інтегрований тестовий іспит «Крок 1» для спеціальності «Фармація» у 2021 р. було проведено у 2 закладах вищої освіти МОЗ України, які здійснюють підготовку фахівців за даною спеціальністю. Інтегрований тестовий іспит «Крок 1» для спеціальності «Стоматологія» проведено у 3 закладах вищої освіти, які здійснюють підготовку фахівців за даною спеціальністю, з них: 2 заклади вищої освіти МОЗ України, 1 приватний заклад вищої освіти. Критерій «склав» встановлено у 2021 р. на рівні 60,0% правильних відповідей для іспиту «Крок 1» [325-327].

Результати проведеного іспиту «Крок 2» у 2021 р. за спеціальностями наведені в табл. 5.4 (на основі [328-331]). Найбільша кількість зареєстрованих здобувачів на «Крок 2» характерна для спеціальності «Фармація». Спеціальністю з найвищим позитивним результатом складання іспиту є «Фармація. Промислова фармація».

Таблиця 5.4

Результати проведеного іспиту «Крок 2» у 2021 рр. за спеціальностями

Спеціальність	Кількість закладів вищої освіти, в яких проведено іспит	Зареєстровано осіб, у тому числі		Результати іспиту	
		здобувачі бюджетної сфери	Здобувачі контрактної форм навчання	склали	не склали
«Фармація»	13	5	1847	1091	715
«Громадське здоров'я»	5	18	71	10	79
«Фармація. Промислова фармація»	15	44	599	642	1
«Технології медичної діагностики та лікування»	4	10	67	66	11

Середній показник кількості здобувачів для спеціальності «Фармація», які не склали іспит «Крок 2», по країні становить 39,6%. Національний показник відсотка правильних відповідей за результатами складання іспиту – 62,1% [328].

Середній показник кількості здобувачів для спеціальності «Технології медичної діагностики та лікування», які не склали іспит «Крок 2», по країні становить 14,3%. Національний показник відсотка правильних відповідей за результатами складання іспиту «Крок 2» – 77% [329].

Національний показник відсотка правильних відповідей за результатами складання іспиту «Крок 2» для спеціальності «Громадське здоров'я» становить 41,5%. Національний показник відсотка правильних відповідей для спеціальності «Фармація. Промислова фармація» за результатами складання іспиту «Крок 2» дорівнює 10,3% [330-331].

Центром тестування 18 травня 2021 р. було проведено ліцензійний інтегрований іспит «Крок 2. Загальна лікарська підготовка» для здобувачів – громадян України у 20 закладах вищої освіти, які здійснюють підготовку фахівців за спеціальністю 222 «Медицина». На Іспит «Крок 2. Загальна лікарська підготовка» було зареєстровано 7360 здобувачів – громадян України. Іспит «Крок 2. Загальна лікарська підготовка» не склали 276 здобувачів (3,8%), з них 68 здобувачів бюджетної та 208 контрактної форм навчання [332].

За результатами звітів Центру тестування за 2019–2021 рр., можна виділити ключові тенденції та новації в додипломній підготовці лікарів в Україні: підвищення вимог до рівня підготовки абітурієнтів; підготовка до приведення освітніх програм у відповідність до міжнародних вимог; запровадження обов'язкового міжнародного іспиту з основ медицини для студентів-медиків; стрімке зростання кількості іноземних студентів, які здобувають медичну освіту в українських закладах вищої освіти, тощо.

Стратегічним напрямом публічного управління щодо підготовки фахівців у сфері охорони здоров'я стала Стратегія розвитку медичної освіти (2019 р), яка передбачає реалізацію таких основних напрямів, як: розробка за участю

міжнародних експертів нових стандартів підготовки лікарів на додипломному рівні; пріоритетний розвиток університетських клінік; підвищення вимог до вступників; підвищення рівня знання англійської мови викладачами; запуск нової моделі медичної інтернатури, запровадження лікарської резидентури; запровадження моделі фінансування медичної освіти, що базується на результатах діяльності; утвердження принципів академічної доброчесності; поліпшення якості наукових досліджень тощо [333].

Кількість громадян України, які здобувають вищу медичну освіту за лікарськими спеціальностями, упродовж тривалого часу є сталою. Певне скорочення набору абітурієнтів, спричинене підвищенням вимог до їхньої підготовки, наявне з 2018 р., але воно не було критичним для системи охорони здоров'я.

На ринку праці можна спостерігати таку ситуацію. На 2020 р. укомплектованість медичних закладів України лікарями – 81%, а середнім та молодшим медичним персоналом – 88,5% від потреби. Але є дисбаланс у комплектації за регіонами України. Так, майже 10 регіонів України не мають достатньої комплектації лікарів та медичного персоналу на 10 тис. населення (за нормативами ВООЗ), і ситуація погіршується [315].

В умовах воєнного стану у всіх закладах вищої (післядипломної) освіти України, які здійснюють підготовку лікарів (провізорів/фармацевтів)-інтернів, забезпечено умови для безперервного ведення освітнього процесу. Загалом освітній процес здійснюється за дистанційною формою або гібридною моделлю (поєднання онлайн навчання, традиційного та самостійного навчання).

У зв'язку з повномасштабним вторгненням Російської Федерації на територію України значна кількість лікарів та провізорів-інтернів не мають можливості проходити практичну частину інтернатури на базах стажування.

Для інтернів, базу стажування яких пошкоджено (наприклад, заклад охорони здоров'я зруйновано або до нього неможливо дістатися), внесено зміни у графік проходження інтернатури: з 01 квітня 2022 р. для лікарів (провізорів/фармацевтів)-інтернів заочна частина інтернатури замінюється на

очну частину інтернатури. Попередньо такі зміни плануються строком на 1 місяць, але, залежно від ситуації в Україні, вони можуть бути продовжені.

Загальна тривалість підготовки в інтернатурі, очної (освітньої) та заочної (практичної), встановленої законодавством, що діє на момент вступу до інтернатури лікаря (провізора/фармацевта)-інтерна, залишається незмінною (не може бути скороченою) та повинна відповідати програмі підготовки в інтернатурі за відповідною спеціальністю.

Внесення змін до індивідуальних навчальних планів підготовки лікарів (провізорів/фармацевтів)-інтернів в інтернатурі, графіків проходження інтернатури здійснюється з дотриманням процедури, визначеної законодавством [334].

Наказ МОЗ України від 29 березня 2022 р. № 539 «Про особливості проведення циклів спеціалізації за деякими лікарськими спеціальностями в умовах воєнного стану» визначає особливості проведення циклів спеціалізації за деякими лікарськими спеціальностями в умовах воєнного стану [335].

Відповідно до цього наказу, на час воєнного стану в разі виробничої необхідності структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних або Київської міської адміністрацій погоджують зміну спеціалізації контингенту курсантів, які не входять до Переліку назв циклів спеціалізації та вдосконалення лікарів (провізорів):

Лікарям, які здобули вищу освіту та пройшли підготовку в інтернатурі за спеціальністю педіатричного профілю, – на проходження курсів спеціалізації на одну зі спеціальностей «лікувальна справа».

Лікарям, які здобули вищу освіту і пройшли підготовку в інтернатурі за однією зі спеціальностей «лікувальна справа» (спеціальності розділу I Внутрішні хвороби, розділу II Хірургія Номенклатури лікарських спеціальностей), – на проходження курсів спеціалізації за однією із спеціальностей педіатричного профілю.

Такі зміни спеціалізацій не поширюються на лікарів, які є молодими спеціалістами та працевлаштовані відповідно до Порядку працевлаштування

випускників державних вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти, підготовка яких здійснювалася за державним замовленням [336].

В умовах війни чимало медиків вимушені змінювати місце роботи: через активні бойові дії та/або окупацію населених пунктів, де вони мешкали, а також через пошкодження чи повну руйнацію медичних закладів, у яких вони працювали.

В умовах воєнного стану наказом МОЗ від 04 березня 2022 р. № 414 «Про облік та табелювання медичних працівників, які надають медичну допомогу поза основним місцем роботи в період воєнного стану на території України» врегульовано норми працевлаштування медичних працівників, які через повномасштабну війну втратили можливість працювати за основним місцем роботи, у медичні заклади інших регіонів України для надання медичних послуг населенню [337].

На червень 2022 р. можливістю працевлаштуватися в іншому медичному закладі вже скористалися 2 375 внутрішньо переміщених медичних працівників, з них 1 349 лікарів, 718 фахівців (медичні сестри/брати, акушерки, фельдшери, асистенти фармацевти), 308 технічних працівників. Найбільша кількість лікарів працевлаштувалися у Львівській області – 283, Полтавській – 120, Дніпропетровській – 116 осіб. Медичних сестер/братів, фельдшерів, акушерок найбільше працевлаштовано у Дніпропетровській області – 158 та у Полтавській області – 120 осіб [338].

Пандемія COVID-19 та воєнний стан в Україні вказали на необхідні напрями розвитку системи охорони здоров'я в надзвичайних ситуаціях, надали змогу зробити фокус на окремі напрями підготовки кадрового складу та фахівців з окремих спеціальностей. У такі часи дуже доречною стала співпраця з міжнародними фахівцями та європейськими медичними асоціаціями.

З метою безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників в Україні розроблено та запроваджено Положення «Про систему безперервного професійного розвитку медичних та

фармацевтичних працівників» від 14 липня 2021 р., яке наразі відповідає потребам медичної спільноти [339].

Результати проходження безперервного професійного розвитку обов'язково враховуються під час атестації для присвоєння або підтвердження кваліфікаційної категорії або кваліфікації працівника сфери охорони здоров'я. Результатом такого навчання є накопичена кількість балів за здобуття формальної, неформальної та інформальної освіти у сфері охорони здоров'я. Неформальна освіта відіграє важливу роль у формуванні нових компетентностей у медичних працівників шляхом впровадження компетентнісного підходу.

Безперервний професійний розвиток у сфері охорони здоров'я може проходити в дистанційній формі навчання з використанням електронних навчальних ресурсів у вигляді:

- навчання на циклах тематичного вдосконалення, які проводяться в закладах післядипломної освіти, структурних підрозділах закладів вищої освіти і наукових установ;

- професійного медичного стажування за межами закладу, де працює такий працівник;

- тренінгів, мастер-класів, семінарів, фахової школи, науково-практичної конференції.

Таким чином, можна зробити висновки щодо позитивних трансформацій освітніх процесів у сфері охорони здоров'я за 2018-2021 рр. Публічні механізми регулювання цієї сфери надали можливість зробити потужні кроки в реформуванні підготовки фахівців медичної галузі. У сфері медичної освіти запроваджено поріг для вступу на медичні спеціальності, ухвалено постанову КМУ про єдиний державний кваліфікаційний іспит для медиків. Також продовжується робота щодо підвищення якості освіти за спеціальністю «Громадське здоров'я». Але залишаються ще важливі завдання щодо завершення реформування медичної освіти на всіх рівнях відповідно до європейських стандартів – для медсестринства, лікарів та управлінських кадрів.

Військові дії на території України є ризиком для вчасної реалізації стратегій розвитку медичної галузі, а також можуть на тривалий період загальмувати подальше реформування сфери охорони здоров'я в Україні.

5.3. Напрями реалізації публічних механізмів трансформації та розвитку сфери охорони здоров'я України

Сфера охорони здоров'я залишається пріоритетним напрямом урядової політики України, особливо в умовах воєнного стану. Розвиток та трансформація галузі відповідно до світових тенденцій та виявлених бар'єрів проводиться на основі реалізації відповідних публічних механізмів.

З урахуванням структури та особливостей реалізації нормативно-правового, інституційного, фінансового механізму, механізму надання електронних послуг, кадрового механізму забезпечення реформ та трансформацій у медичній галузі можна дійти висновку, що реалізація публічних механізмів трансформації та розвитку сфери охорони здоров'я України здійснюється на трьох рівнях: міжнародному, національному, регіональному. Кожному рівню притаманні власні цілі, завдання, принципи та інструменти реалізації, систематизація яких наведена в стратегічній матриці взаємозв'язку зазначених категорій (табл. 5.5).

Спільною метою публічних механізмів трансформації та розвитку сфери охорони здоров'я на міжнародному, національному та регіональному рівнях є забезпечення конституційного права кожного громадянина на охорону здоров'я та збільшення тривалості життя. Завдання урядів на міжнародному рівні направлені на використання цифрових технологій для досягнення кінцевої мети, що відповідає сучасному розвитку цифрових трансформацій у світі. Завдання уряду на національному та регіональному рівнях передають фінансовий аспект забезпечення урядом медичних прав та гарантій суспільства.

Таблиця 5.5

Стратегічна матриця реалізації публічних механізмів трансформації та розвитку сфери охорони здоров'я України

Рівень реалізації публічних механізмів	Міжнародний	Національний	Регіональний
Цілі	Забезпечення конституційного права кожного громадянина на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.	Забезпечення тривалого життя суспільства, забезпечення громадян гарантованою державою безкоштовною допомогою; забезпечення фінансовими ресурсами; забезпечення новітніми технологіями; підвищення кваліфікації кадрів; створення конкуренції на медичному ринку; пристосування існуючої сфери охорони здоров'я до умов, що змінюються.	Збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності громадян регіону при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя
Завдання	Використання інформаційно-комунікаційних технологій для покращення існуючих процесів комунікації та запису інформації, зокрема переходу на електронні медичні записи та електронні бази даних для підтримки інформаційних систем	Впровадження нових фінансових механізмів на рівні спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги; забезпечення фінансового захисту населення від надмірних витрат; ефективне функціонування моделі державного гарантування пакета медичної допомоги; оновлення матеріально-технічної бази; забезпечення інформаційного та кадрового ресурсу закладів охорони здоров'я на всіх рівнях медичної допомоги відповідно до міжнародних стандартів; упровадження інноваційних технологій	Вдосконалення системи управління, механізмів фінансування закладів охорони здоров'я всіх рівнів надання медичної допомоги; розвиток первинної та вторинної ланки надання медичної допомоги; впровадження механізмів медичного страхування; створення інструментів інформаційної/електронної охорони здоров'я; створення системи контролю за захворюваністю в регіоні
Принципи	Професійна автономія; відповідальність лікаря за забезпечення самоуправління; лікарське самоуправління; якість наданої медичної допомоги та компетентності лікарів; ціна медичної послуги; професійна етика	Захист прав людини, верховенство права, належне врядування, участь громадськості, бізнесу та соціальних партнерів, інтеграція політики та управління, використання найкращих з наявних знань, принцип запобігання	Орієнтованість на людей, орієнтованість на результат, орієнтованість на здійснення
Інструменти	Комунікація та інформація, моніторинг та спілкування, допомога з надання послуг, вакцинація, імунітет та фармаконагляд	Нормативно-правові, фінансові, економічні, інформаційно-комунікаційні, дослідження та розробки, освітні та просвітницькі	Нормативно-правові, економічні, програми та проекти регіонального розвитку; регіональні стратегії розвитку та плани заходів з їх реалізації; державні програми щодо розвитку транскордонного співробітництва, соціально-економічного розвитку окремих територій, угоди щодо регіонального розвитку

Принципи реалізації публічних механізмів розвитку сфери охорони здоров'я мають схожі риси щодо орієнтованості на людей, дотримання професійної етики та підвищення якості надання медичних послуг.

Інструменти досягнення визначеної мети на міжнародному рівні направлені на комунікацію, цифрову складову та забезпечення ефективного моніторингу результатів досягнення визначених стратегічних цілей. На національному та регіональному рівні інструменти мають формальний характер та представлені більше нормативно-правовими аспектами щодо регулювання медичної галузі та проведення освітніх заходів, що засвідчує позицію уряду в підтвердженні верховенства права, але не направленості на суспільство. Розвиток інформаційно-комунікаційних інструментів на національному рівні гальмує низький рівень інформаційної безпеки в Україні та необізнаність громадян у застосуванні електронних інтернет-сервісів. Зазначеному інструменту на регіональному рівні не приділено достатньо уваги, що доводить необхідність удосконалення та розвитку публічних механізмів трансформації та розвитку сфери охорони здоров'я в Україні.

На основі дослідження нормативно-правового, інституційного, фінансового, кадрового механізму забезпечення, механізму надання електронних послуг з урахуванням національного та регіонального рівнів розвитку медичної галузі виділимо напрями реалізації публічних механізмів розвитку сфери охорони здоров'я в Україні (табл. 5.6).

Таблиця 5.6

Напрями реалізації публічних механізмів розвитку у сфері охорони здоров'я України

Публічний механізм	Напрями реалізації
1	2
Нормативно-правовий механізм	<p>систематичне проведення експертизи законопроектів та нормативно-правових актів на відповідність їх принципам сталого розвитку;</p> <p>правове закріплення норм забезпечення безпеки громадян, працівників галузі;</p> <p>послідовна імплементація положень Угоди про асоціацію між Україною та ЄС у частині, що стосуються сфери охорони здоров'я.</p>

1	2
Інституційний механізм	міжвідомча взаємодія суб'єктів системи на основі легітимно встановлених, чітких завдань інститутів; публічна політична підтримка, стабільне та стратегічне керівництво діяльності КМУ, МОЗ, Міністерства фінансів та НСЗУ, впровадження інноваційних програмних продуктів та налагодження інформаційно-комунікаційних зв'язків між інститутами
Фінансовий механізм	формування чіткого та прозорого механізму надання та фінансування гарантованих медичних послуг, залучення міжнародної фінансової допомоги; розвиток інвестицій в інфраструктуру та використання механізму ДПП як альтернативного джерела фінансування охорони здоров'я; врегулювання на державному рівні порядку використання місцевих бюджетних ресурсів для фінансування закладів охорони здоров'я
Механізм надання електронних послуг	формування єдиного електронного медичного простору та розвиток електронних медичних послуг; створення базових медичних реєстрів, у тому числі медичних працівників, лікарських засобів, установ; запровадження єдиних відкритих стандартів медичної інформатики
Кадровий механізм	розвиток безперервної професійної медичної освіти та науки, що відповідає європейським стандартам; реалізація ефективної системи лідерства та управління кадровими ресурсами охорони здоров'я; запровадження ключових показників ефективності для керівників закладів охорони здоров'я та формування гнучкої тарифної сітки доплат медичному персоналу, який здійснює роботу в умовах надзвичайних ситуацій

Напрями реалізації публічних механізмів розвитку нормативно-правового механізму забезпечення сфери охорони здоров'я України передбачають систематичне проведення експертизи законопроектів та нормативно-правових актів на відповідність їх принципам сталого розвитку; правове закріплення норм забезпечення безпеки громадян, працівників галузі; послідовну імплементацію положень Угоди про асоціацію між Україною та ЄС у частині, що стосуються сфери охорони здоров'я.

Інституційний механізм включає такі напрями реалізації: міжвідомча взаємодія суб'єктів системи на основі легітимно встановлених, чітких завдань інститутів; публічна політична підтримка, стабільне та стратегічне керівництво діяльності КМУ, МОЗ, Міністерства фінансів та НСЗУ, впровадження інноваційних програмних продуктів та налагодження інформаційно-комунікаційних зв'язків між інститутами.

Серед першочергових завдань модернізації системи підготовки медичних кадрів є створення в кожному вищому медичному навчальному закладі університетської клініки, симуляційного центру практичної підготовки лікаря та електронної бібліотеки.

Створення при медичних університетах власних клінік є унікальним поєднанням медичної освіти, науки і практики, де налагоджено нерозривний ланцюжок від ідеї до її наукової розробки і практичного втілення, при цьому відбувається підготовка висококласних медичних кадрів.

Університетська клініка – це потужний лікувально-науково-навчальний заклад, який надає високоспеціалізовану медичну допомогу, впроваджує в практику роботи найновіші методи і технології, оснащений найсучаснішим діагностичним обладнанням, має досвідчені кадри вищої кваліфікації, створює найкращі умови для навчання студентів і підвищення кваліфікації лікарів.

Така клініка працює в Одеському медичному університеті 13 років. Щорічно в ній обслуговують понад 240 тис. пацієнтів, проводять понад 9 тис. хірургічних втручань. Клініка пройшла два державні ліцензування, отримала вищу категорію і стала першим медичним закладом півдня країни, сертифікованим за європейською системою менеджменту якості ISO.

В Україні 50% навчального часу медичних студентів спрямовано на самопідготовку. Найкращим засобом для поповнення знань є електронна бібліотека, яка зберігає тисячі найменувань навчальної літератури в повних текстах, методичні рекомендації кафедр, тести для самоконтролю й дає змогу в режимі онлайн отримувати будь-який матеріал з наукових центрів і бібліотек світу [340].

Для напрямів реалізації фінансового механізму забезпечення охорони здоров'я ключовими визначено такі шляхи розвитку: формування чіткого та прозорого механізму надання та фінансування гарантованих медичних послуг, залучення міжнародної фінансової допомоги; розвиток інвестицій в інфраструктуру та використання механізму ДПП як альтернативного джерела фінансування охорони здоров'я; врегулювання на державному рівні порядку

використання місцевих бюджетних ресурсів для фінансування закладів охорони здоров'я.

До напрямів реалізації механізму розвитку надання електронних послуг сфери охорони здоров'я можна віднести формування єдиного електронного медичного простору та розвиток електронних медичних послуг; створення базових медичних реєстрів, у тому числі медичних працівників, лікарських засобів, установ; запровадження єдиних відкритих стандартів медичної інформатики.

Основними недоліками чинної системи підвищення кваліфікації, зокрема атестації лікарів, називають необ'єктивну оцінку кваліфікації, що дає змогу некваліфікованим спеціалістам продовжувати медичну практику; низьку мотивацію лікаря до підвищення професійної кваліфікації; відсутність ефективного механізму реагування на випадки його некомпетентності. Крім того, традиційна система підвищення кваліфікації лікарів не встигає за новітніми розробками, дослідженнями, інноваційними методами лікування.

В Україні тривають пошуки прогресивних методів підвищення професійної кваліфікації лікарів із залученням найсучасніших методів навчання та передових технологій. Численні переваги мають дистанційні форми навчання. Завдяки впровадженню сучасних інноваційних інтернет-технологій лікар отримав можливість підвищувати професійну кваліфікацію в зручний для нього час, дистанційно, у тому числі в режимі online [341].

У багатьох країнах світу такі форми навчання вже давно довели свою ефективність. Зокрема, за даними міжнародних наукових досліджень, лікарі, які беруть участь в інтернет-проектах у рамках безперервної медичної освіти Internet Continuing Medical Education/CME, більш схильні до прийняття клінічних рішень, що відповідають принципам доказової медицини.

Тому МОЗ України, Агентство зі зменшення загрози Defense Threat Reduction Agency США та Британський медичний журнал BMJ презентували спільний проєкт «Тренінгова ініціатива щодо підтримки клінічного рішення». Згідно з проєктом заплановано створення порталу, який відкриє необмежений доступ для 3 тис. українських фахівців до ресурсів, що містять понад 1 тис.

клінічних випадків, 1 тис. онлайн-тренінгових модулів і охоплюють 80% найпоширеніших патологій, із якими стикаються спеціалісти первинної та вторинної ланок надання медичної допомоги.

Проєкт «Академія – дистанційне навчання online» передбачає, що підвищення кваліфікації лікарів через Інтернет стане доступним у межах системи безперервної медичної освіти, що передбачає вивчення медиками спеціальних електронних модулів у режимі онлайн. Тобто медики зможуть без відриву від виробництва самостійно проходити навчальні модулі та постійно підвищувати рівень знань, а автоматичне оцінювання результатів навчання унеможливить корупційну складову.

Для підвищення кваліфікації лікар повинен зареєструватися на відповідному порталі й обрати індивідуальну програму навчання за своєю спеціалізацією. В основну програму можна включати додаткові модулі (за бажанням дізнатися більше нової інформації). Кожен модуль міститиме мультимедійний і текстовий контент, а також обов'язкові контрольні-вимірювальні матеріали. Після вивчення модуля необхідно пройти тест для оцінювання рівня здобутих знань. Якщо результат становить 70% і більше правильних відповідей, то слухач отримує 1 бал у системі безперервної медичної освіти та зможе перейти до наступного модуля. Облік ведеться за допомогою спеціальних індивідуальних кодів, які присвоюють під час реєстрації в системі.

Для того щоб дистанційне навчання було дійсно ефективним, програму необхідно регулярно оновлювати, додаючи актуальну медичну інформацію, що передбачає тісну взаємодію медичних і фармацевтичних професійних організацій. Зі свого боку лікарі мають активно поглиблювати власні знання та вдосконалювати навички у сфері комп'ютерної грамотності [342].

Для публічного механізму кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я головними напрямками є розвиток безперервної професійної медичної освіти та науки, що відповідає європейським стандартам; реалізація ефективної системи лідерства та управління кадровими ресурсами охорони здоров'я; запровадження ключових показників ефективності для керівників закладів

охорони здоров'я та формування гнучкої тарифної сітки доплат медичному персоналу, який здійснює роботу в умовах надзвичайних ситуацій. Також до переліку можна віднести вдосконалення політики і партнерства щодо КРОЗ; реалізацію ефективної системи освіти і розвитку КРОЗ.

Хоча міжнародне наймання іноземних медичних працівників розглядалося як швидкий спосіб розв'язання проблеми дефіциту кваліфікації в деяких країнах, це не можна розглядати як ефективне чи справедливе рішення. По-перше, такий підхід не розглядає більший структурний дисбаланс між пропозицією та попитом на медичних працівників. Це позбавляє країни, які часто характеризуються слабкими системами охорони здоров'я, необхідних медичних працівників, коли стикаються з великою епідемією.

Для стійкого вирішення глобальної нестачі медичних працівників необхідним є:

- запровадити «Глобальний кодекс практики ВООЗ щодо міжнародного набору медичного персоналу»,

- зміцнювати міжнародне співробітництво для вирішення глобальної нестачі медичних працівників;

- збільшити можливості підготовки кадрів у країнах, щоб зменшити внутрішній дефіцит та неправильний розподіл за географічними районами чи спеціальностями, щоб уникнути залежності від міжнародного найму;

- забезпечити медичним працівникам-мігрантам рівні умови праці з іншими медичними працівниками та визнати їхній внесок у функціонування національних систем охорони здоров'я;

- упорядкувати процедуру визнання іноземних кваліфікацій для зниження ризику втрати національних кваліфікованих кадрів у країні;

- посилити міжнародне співробітництво, зокрема надання допомоги закордонному розвитку та технічної допомоги, щоб дати менш розвинутим країнам можливість створити достатню кількість кадрів охорони здоров'я та зміцнити власні системи охорони здоров'я, тим самим пом'якшуючи фактори, які змушують медичних працівників звільнитися [311, 335].

Удосконалення політики і партнерства щодо КРОЗ включає такі завдання:

1) розробити і запровадити національну стратегію та план дій щодо розвитку КРОЗ, які охоплюють аспекти входу на ринок праці, утримання, управління і виходу та узгоджуються з концепцією і стратегією розвитку сфери охорони здоров'я загалом, стратегічними документами щодо освіти, працевлаштування, гендерних проблем, міграції та фіскальної політики;

2) розробити політики щодо зовнішньої трудової міграції;

3) запровадити професійні стандарти для лікарів та середнього медичного персоналу з урахуванням компетентісного підходу і за участю різних зацікавлених сторін (органів влади, професійних організацій, медичного персоналу тощо);

4) розробити національну стратегію щодо реєстрації, моніторингу та аналізу медичних помилок з метою підвищення якості роботи медичних працівників. Своєчасна і точна звітність про медичні помилки повинна бути важливою частиною загальної стратегії організації охорони здоров'я, проте наразі цей аспект відсутній. Також не існує єдиного реєстру медичних помилок, який дав би змогу поширювати знання про інциденти та уникати аналогічних помилок у майбутньому. Один з можливих підходів – використання анонімних стандартизованих систем звітності, які забезпечують захист прав медичних працівників та стимулюють звітування про помилки без побоювань щодо покарань;

5) удосконалити нормативну базу для посилення ролі професійних медичних асоціацій.

Важливо посилити роль професійних медичних асоціацій у процесі допуску до медичної практики, дисциплінарного впливу на медичних працівників, розробки політики охорони здоров'я як на національному, так і місцевому рівнях, участі в безперервному професійному розвитку, дослідженнях, розробці та підтриманні етичних стандартів.

З метою формування ефективної системи освіти і розвитку КРОЗ доцільним є:

- розробити і запровадити освітні програми з клінічної соціальної роботи;
- сприяти кращому зв'язку надавачів послуг та провайдерів освітніх послуг (стажування, розробка професійних компетенцій, університетські клініки тощо); поширювати публічно-приватне партнерство для розвитку медичних закладів та університетських клінік;
- стимулювати проведення досліджень для заповнення прогалин у стратегічній інформації.

На регіональному рівні напрями реалізації публічних механізмів розвитку сфери охорони здоров'я, що досліджувалися, наведені в табл. 5.7.

Таблиця 5.7

Напрями реалізації публічних механізмів розвитку у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні

Публічний механізм	Напрями реалізації
Нормативно-правовий механізм	<p>правове забезпечення кожному громадянину гарантій доступу до високоякісної системи охорони здоров'я та відповідних послуг у державному та приватному секторах;</p> <p>забезпечення централізованого планування витрат на засадах програмно-цільового підходу;</p> <p>затвердження регіональних планів з профілактики та лікування захворювань, які спричиняють найбільший негативний соціально-демографічний та економічний вплив</p>
Інституційний механізм	<p>розвиток медичної інфраструктури в регіоні та оптимізація наявних ресурсів;</p> <p>сприяння створенню в територіальних громадах центрів безпеки, здатних надавати якісну медичну допомогу з урахуванням кращих європейських практик;</p> <p>посилення співпраці з громадами та ключовими вразливими групами населення</p>
Фінансовий механізм	<p>розширення діяльності НСЗУ в регіонах;</p> <p>враховування при фінансуванні закладів охорони здоров'я їх ефективності та якості надання медичних послуг;</p> <p>збільшення централізованих субсидій у регіонах</p>
Механізм надання електронних послуг	<p>забезпечення рівного і справедливого доступу до медичних послуг, розвиток інтегрованих медичних інформаційних систем;</p> <p>запровадження електронної медичної картки пацієнта та електронного рецепта</p>
Кадровий механізм	<p>розробка системи управління кадровим потенціалом охорони здоров'я з урахуванням регіональної потреби в медичних кадрах;</p> <p>розробка регіональних програм планування кар'єри медичних працівників сільської місцевості,</p> <p>запровадження системи професійного ліцензування для лікарів та забезпечення розвитку лікарського самоврядування як інституту регулювання якості медичної послуги та захисту прав медичних працівників</p>

Нормативно-правовий механізм забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я на регіональному рівні включає такі напрями реалізації: правове забезпечення кожному громадянину гарантій доступу до високоякісної системи охорони здоров'я та відповідних послуг у державному та приватному секторах; забезпечення централізованого планування витрат на засадах програмно-цільового підходу; затвердження регіональних планів з профілактики та лікування захворювань, які спричиняють найбільший негативний соціально-демографічний та економічний вплив.

Напрями реалізації інституційного механізму забезпечення сфери охорони здоров'я регіонів України передбачають розвиток медичної інфраструктури в регіоні та оптимізацію наявних ресурсів; сприяння створенню в територіальних громадах центрів безпеки, здатних надавати якісну медичну допомогу з урахуванням кращих європейських практик; посилення співпраці з громадами та ключовими вразливими групами населення.

До напрямів реалізації фінансового механізму забезпечення сфери охорони здоров'я на регіональному рівні можна віднести розширення діяльності НСЗУ в регіонах; враховування при фінансуванні закладів охорони здоров'я їх ефективності та якості надання медичних послуг; збільшення централізованих субсидій у регіонах.

Треба також законодавчо вирішити питання щодо безкоштовного розташування клінічних кафедр університетів на базі обласних і міських лікувальних закладів [340].

Для реалізації механізму надання електронних послуг охорони здоров'я на рівні регіонів ключовими визначено такі напрями розвитку: забезпечення рівного і справедливого доступу до медичних послуг, розвиток інтегрованих медичних інформаційних систем; запровадження електронної медичної картки пацієнта та електронного рецепта.

Для реалізації публічного механізму кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я на регіональному рівні головними напрямами є розробка системи управління кадровим потенціалом охорони здоров'я з урахуванням регіональної потреби в медичних кадрах; розробка регіональних програм

планування кар'єри медичних працівників сільської місцевості, запровадження системи професійного ліцензування для лікарів та забезпечення розвитку лікарського самоврядування як інституту регулювання якості медичної послуги та захисту прав медичних працівників.

Реалізація зазначених шляхів розвитку сфери охорони здоров'я дасть змогу забезпечити ефективне безперебійне функціонування сфери охорони здоров'я та взаємодію суб'єктів системи на основі легітимно встановлених правил, установлених законодавством, створити дієву систему контролю за видатками у сфері охорони, сформувати спроможну систему громадського здоров'я, підвищити доступність ключових медичних послуг для громадян на національному та регіональному рівнях, що, як результат, приведе до підвищення ефективності сфери охорони здоров'я в країні та досягнення позитивних результатів у напрямі впровадження ЦСР як на рівні регіонів України, так і на світовому ринку.

Таким чином, система охорони здоров'я є сукупністю всіх ресурсів, інститутів, організацій, стратегічною метою яких є підтримка, зміцнення та відновлення здоров'я населення. Подальший розвиток системи охорони здоров'я можливий за умови подолання існуючих недоліків, таких як: нові загрози та захворювання, зростання вартості послуг, проблеми фінансування в умовах обмежених ресурсів, швидке поширення хвороб унаслідок зростання мобільності, підвищені вимоги до доступності та якості медичної допомоги. Доступність медичної допомоги – це основна мета системи охорони здоров'я населення, а її передумови полягають у збалансованості необхідних обсягів медичної допомоги з можливостями та ресурсами держави.

Висновки до 5-го розділу

Досліджено стратегічні напрями розвитку кадрового потенціалу у сфері охорони здоров'я. Доведено необхідність трансформацій у механізмах

публічного управління щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я за умов дотримання міжнародних стандартів та можливостей удосконалення кадрових ресурсів системи охорони здоров'я. Обґрунтовано, що регіональні диспропорції в забезпеченні кадровим складом сфери охорони здоров'я ще поглиблюються воєнними діями у регіонах на сході та півдні, що не дає змоги відслідкувати реальний стан плинності кадрів. Визначено стратегічні механізми кадрового забезпечення, які потребують трансформації в майбутньому у сфері охорони здоров'я: медичні освітні програми повинні відповідати стратегічним цілям країни; система планування середньострокової потреби в кадрових ресурсах повинна стати ефективною, де самоврядні професійні організації зможуть відігравати ключову роль у допуску до професії та професійному розвитку; має бути сформована корпоративна культура закладів охорони здоров'я; а також введена система професійних стандартів, розширені повноваження медичних сестер/медичних братів; упроваджена система стимулів для кадрів.

У розділі досліджено зміни в системі освіти щодо підготовки фахівців у сфері охорони здоров'я за 2018-2021 рр. в умовах реформування системи освіти, медичної галузі, публічного управління. Узагальнено глобальні тенденції розвитку вищої освіти: збільшення мобільності студентів, професорсько-викладацького складу, освітніх інституцій; розвиток та інтенсифікація міжнародних наукових досліджень; розбудова ринкових механізмів в управлінні вищою освітою та ін. Проаналізовано групи соціальних навичок, на які створюють стабільний або зростаючий попит роботодавці. Взаємозв'язок механізмів публічного управління надав змогу дослідити стратегічні завдання та умови їх реалізації за останні чотири роки у сфері підготовки фахівців з різних спеціальностей у сфері охорони здоров'я. Також визначено дефіцит медичного персоналу в різних регіонах України, незважаючи на сталий попит до вступу на спеціальності у сфері охорони здоров'я.

На основі дослідження нормативно-правового, інституційного, фінансового механізму забезпечення реформ та трансформацій у медичній

галузі сформована стратегічна матриця реалізації публічних механізмів трансформації та розвитку сфери охорони здоров'я України, яка включає аналіз таких елементів, як цілі, завдання, принципи, інструменти на міжнародному, національному, регіональному рівнях. Визначено спільні та відмінні риси кожного компонента на відповідному рівні.

Дослідження публічних механізмів трансформації та розвитку сфери охорони здоров'я України дало можливість виділити ключові напрями розвитку нормативно-правового, інституційного, фінансового, кадрового механізмів забезпечення, механізму надання електронних послуг у сфері охорони здоров'я на національному та регіональному рівнях. Реалізація зазначених шляхів розвитку сфери охорони здоров'я в умовах пандемії та оголошеного в Україні воєнного стану забезпечить підвищення ефективності сфери охорони здоров'я в країні та досягнення позитивних результатів у напрямі впровадження ЦСР як на рівні регіонів України, так і на світовому ринку.

ВИСНОВКИ

У рамках дослідження розвинуто концептуальні положення щодо розвитку публічних механізмів трансформацій та розвитку сфери охорони здоров'я України (нормативно-правового, інституційного, фінансового, кадрового механізмів, механізму надання електронних послуг) в умовах сталого розвитку, воєнного стану та пандемії COVID-19. Розроблена стратегічна матриця реалізації публічних механізмів трансформації та розвитку сфери охорони здоров'я України дала змогу визначити напрями реалізації публічних механізмів розвитку у сфері охорони здоров'я України. Удосконалені та розвинуті наукові положення щодо трансформацій у реалізації публічних механізмів нормативно-правового, інституційного, кадрового та електронного забезпечення охорони здоров'я на різних рівнях публічного управління (регіональному та місцевому) надали можливості для реалізації Цілей сталого розвитку України.

1. На основі дослідження теоретичних положень формування сучасних публічних механізмів трансформацій у сфері охорони здоров'я узагальнено механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я, які реалізовано в іноземній практиці (фінансовий, інформаційний, інституційний, організаційний механізми) та вітчизняних реаліях (інституційний, економічний, організаційний, правовий, фінансовий, інформаційний, кадровий, механізм державно-приватного партнерства). Визначено базовий механізм реалізації публічної політики у зазначеній галузі (інституційний, організаційний, економічний, кадровий, фінансовий, інформаційний, правовий, публічно-приватного партнерства) з урахуванням глобальних викликів, пандемічного загострення та євроінтеграційних домовленостей, реалізація якого має забезпечуватись такими інструментами публічних трансформацій, як технологія блокчейн, інформаційно-комунікаційні інструменти, відповідно до окреслених напрямів: ефективна і доступна система охорони здоров'я, підвищення якості та безпеки медичної допомоги, розвиток первинної медичної

допомоги, поєднання державно-приватного забезпечення та медичного страхування.

2. Узагальнення методологічних підходів до класифікації законодавства у сфері охорони здоров'я, нормативно-правової бази реформування сфери охорони здоров'я України довело необхідність удосконалення механізму нормативно-правового забезпечення розвитку охорони здоров'я з урахуванням глобальних та євроінтеграційних викликів і завдань. Запропоновано механізм нормативно-правового забезпечення розвитку охорони здоров'я, який включає міжнародний (Цілі сталого розвитку, Угода про Асоціацію, Меморандум про взаєморозуміння між Україною та ЄС, План дій щодо профілактики та контролю за неінфекційними захворюваннями в Європейському регіоні ВООЗ на 2016–2025 рр.), національний (Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року, Національна економічна стратегія, Стратегія економічної безпеки України на період до 2025 року, Національна стратегія із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року, Стратегія людського розвитку, Національна стратегія у сфері прав людини) та регіональний рівні (Державна стратегія регіонального розвитку на 2021-2027 роки, програми, проекти регіонального розвитку; регіональні стратегії розвитку; державні програми щодо розвитку транскордонного співробітництва, соціально-економічного розвитку, угоди щодо регіонального розвитку). Визначено принципи реалізації механізму нормативно-правового забезпечення розвитку охорони здоров'я (захист прав людини, верховенство права, належне врядування, участь громадськості, бізнесу та соціальних партнерів, інтеграція політики й управління, використання найкращих з наявних знань, принцип запобігання) та основні стратегічні вектори забезпечення високоякісної та ефективної державної політики України у сфері охорони здоров'я, які дадуть змогу адаптувати програмні документи сфери охорони здоров'я Цілям сталого розвитку.

3. Виходячи з основних завдань та функціональних повноважень міжнародних інститутів та суб'єктів державної політики, визначено особливості організації діяльності державних інститутів у сфері охорони

здоров'я. Для підвищення ефективності взаємодії органів державного управління щодо мінімізації соціально-економічних наслідків пандемічних явищ та розвитку сфери охорони здоров'я вдосконалено інституційний механізм державного управління системою охорони здоров'я на основі визначення основних функцій, завдань, організації діяльності міжнародних (ВООЗ, ВМА, МВФ, Загальноєвропейська комісія з питань охорони здоров'я і сталого розвитку), національних (Верховна Рада України, Президент України, Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України, Національна служба здоров'я України, Національна академія медичних наук України, Національна агенція зі сталого розвитку при Міністерстві економічного розвитку і торгівлі України) та регіональних інститутів державної політики (місцеві державні адміністрації; органи місцевого самоврядування; регіональні центри здоров'я, інформаційно-аналітичні центри медичної статистики, структурні підрозділи установ медичної галузі), інструментів (нормативно-правові, фінансові, економічні, інформаційно-комунікаційні, дослідження та розробки, освітні та просвітницькі) та методів (організаційні, економічні, психологічні, спеціальні, адміністративні, цифрові технології) їх реалізації на центральному та регіональному рівнях управління. Доведено, що для подальшого розвитку сфери охорони здоров'я необхідним є стабільне, стратегічно виважене керівництво, налагодження інформаційно-комунікаційних зв'язків між суб'єктами управління та прояв лідерства в реалізації реформ системи охорони здоров'я.

4. Дослідження фінансового забезпечення підтримки медичної галузі в умовах пандемії дало змогу виділити ключові проблеми фінансування галузі: нестача державних коштів, зменшення обсягів безоплатної медичної допомоги, недостатня зацікавленість приватного сектора, відсутність чітких критеріїв оцінки ефективності використання бюджетних ресурсів на різних рівнях державного управління та закладами охорони здоров'я. Для підвищення ефективності використання бюджетних ресурсів на різних рівнях державного управління та забезпечення сталого розвитку сфери охорони здоров'я виділено напрями трансформацій публічних фінансових механізмів забезпечення сфери

охорони здоров'я (формування чіткого механізму надання та фінансування гарантованих медичних послуг, розширення діяльності НСЗУ в регіонах, налагодження інформаційно-комунікаційних зв'язків, розробка комплексної методики оцінки ефективності фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в цілому та закладів охорони здоров'я зокрема; врегулювання порядку використання місцевих бюджетних ресурсів, трансформація механізму стратегічних закупівель НСЗУ через впровадження інноваційних програмних продуктів), реалізація яких можлива відповідно до принципів універсальності, справедливості, прозорості, підзвітності, ефективності, вільного вибору, конкуренції постачальників, субсидіарності та фінансового захисту.

5. Систематизація міжнародного досвіду забезпечення систем охорони здоров'я на основі індикаторів (громадське здоров'я, доступ до лікарських засобів, надання послуг в охороні здоров'я та фінансування, кадрові ресурси системи охорони здоров'я) в регіонах світу (Африка, Азія, Америка, Європа, Океанія), країнах Організації економічного співробітництва та розвитку та рівня розвитку системи охорони здоров'я за міжнародними рейтингами (LegatumProsperityIndex, ГІБЗ, Індекс охорони здоров'я за CEOWorld, GlobalHealthSecurityIndex) доводить, що стратегічними цілями функціонування всіх систем охорони здоров'я є забезпечення спроможної системи громадського здоров'я, доступності і якості медичних послуг. Зважаючи на позитивні результати функціонування сфери охорони здоров'я, основними проблемами систем охорони здоров'я залишаються COVID-19, онкологічні захворювання, психічне здоров'я, стрес, ожиріння, діабет, нестача персоналу, доступ до лікування або час очікування, відсутність інвестицій у профілактику охорони здоров'я та старіння населення. Порівняльний аналіз результатів упровадження публічних механізмів у сферу охорони здоров'я в умовах пандемії в Румунії, Молдові, Угорщині, Словаччині, Польщі, Україні дав можливість визначити фактори ризику сфери охорони здоров'я (воєнний стан, радіаційний фон, новий коронавірус, водопостачання, вірус віспи мавпи, інфекційні захворювання, харчові отруєння) та ключові пріоритети сфери охорони здоров'я: розвиток цифрового здоров'я, телемедицини, стабілізація психічного здоров'я, mHealth, розвиток електронних медичних послуг та компонентів громадського

оздоровлення, сприяння здоровому способу життя громадян різного віку, реалізація освітніх програм, ініціатив та проєктів державної політики щодо розвитку цифрового здоров'я, підвищення цифрових навичок та компетентностей лікарів і пацієнтів.

6. На основі прогнозу адаптованих індикаторів досягнення Цілі 3 Цілей сталого розвитку в Україні, регламентованих у Національній доповіді «Цілі сталого розвитку: Україна на період до 2030 року», за допомогою статистичних функцій Excel, в основу яких покладена лінійна регресія, визначено, що в 2023, 2025 рр. індикатори 3.2.1, 3.3.1, 3.6.1, 3.8.2, індикатори завдання 3.4, 3.5, 3.9 матимуть позитивну тенденцію. Індикатори 3.1.1, 3.3.2, 3.8.1 в 2023, 2025 рр. матимуть негативну тенденцію. Унаслідок кардинальних змін у структурі населення країни, великих людських втрат, погіршення доступу до медичних послуг в умовах війни відхилення індикаторів досягнення Цілі 3 Цілей сталого розвитку в Україні в поточному 2022 р. є достатньо значними, що доводить необхідність реалізації публічних механізмів трансформації сфери охорони здоров'я, що відповідають викликам сучасності.

7. З урахуванням основ стратегії реформування медичної галузі, стратегічних змін діяльності уряду в умовах пандемії та повномасштабного військового вторгнення Російської Федерації на територію України визначено трансформаційні напрями публічних механізмів розвитку системи охорони здоров'я в умовах реформування (розвиток, безпека, відповідальність), пандемії (медична реформа, громадське здоров'я, спеціалізована медицина, доступні та якісні лікарські засоби, розвиток електронних сервісів) та воєнного стану (зниження рівня травматизму, гарантування здоров'я матері та новонародженого, лікування хронічних захворювань і неінфекційних захворювань, ризик появи і поширення інфекційних захворювань, питання захисту, психічне здоров'я та психосоціальна підтримка, технологічні небезпеки та ризики для здоров'я, потенційні ядерні та хімічні небезпеки, глобальне управління COVID-19, лідерство та комунікація), реалізація яких забезпечить досягнення сталого розвитку сфери охорони здоров'я України.

8. Для підвищення ефективної взаємодії органів державного управління та відповідних інститутів у процесі реалізації програм та ініціатив у сфері

громадського здоров'я розроблено алгоритм дій щодо забезпечення спроможної системи громадського здоров'я, який включає такі етапи: формування ініціативної групи, аналіз ризиків у сфері громадського здоров'я, аналіз потенціалу у сфері громадського здоров'я, дизайн ініціативи з розбудови громадського здоров'я, моніторинг реалізації ініціативи у сфері громадського здоров'я. В контексті трансформації публічних механізмів регулювання сфери охорони здоров'я на місцевому рівні виділено пріоритетні напрями для залучення громади до трансформації публічних механізмів регулювання охорони здоров'я в умовах децентралізації України (запровадження ключових показників ефективності для керівників закладів охорони здоров'я державної та комунальної форм власності; формування ефективної системи моніторингу надання медичних послуг за програмою медичних гарантій тощо).

9. Розроблено науково-методичний підхід до оцінки відповідності системи охорони здоров'я регіонів України (Вінницька, Одеська, Рівненська, Львівська та Харківська області, які мають найкращі індикатори досягнення Цілі 3 Цілей сталого розвитку в Центральній, Південній, Північній, Західній та Східній Україні, відповідно) Цілям сталого розвитку за показниками (кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, рівень захворюваності на активний туберкульоз, кількість виписаних електронних рецептів, кількість проведених щеплень проти COVID-19, обсяг додаткових дотацій місцевим бюджетам, видатків медичним закладам, що уклали договір з НСЗУ, рівень забезпеченості практикуючими лікарями на 10 тис. населення, середня кількість декларацій на одного лікаря). За результатами оцінювання регіонів за допомогою пелюсткової діаграми в полярній системі координат, доведено, що Вінницька область має найбільш позитивні результати діяльності, які відповідають встановленим ЦСР, та має найбільш ефективні перспективи розвитку в майбутньому. Серед досліджених регіонів найменша відповідність системи охорони здоров'я ЦСР характерна для Одеської області, перспективи розвитку галузі достатньо обмежені, враховуючи проблеми забезпечення спроможного громадського здоров'я. За результатами проведеної оцінки визначено пріоритети розвитку регіонів, що досліджувались.

10. Дослідження міжнародного досвіду впровадження державних електронних послуг у систему охорони здоров'я (Австралія, Аргентина, Бразилія, Канада, Колумбія, Корея, Мексика, США), європейського досвіду надання електронних послуг (Великобританія, Естонія, Іспанія, Італія, Мальта, Німеччина, Норвегія, Румунія, Фінляндія, Франція, Швейцарія, Швеція) дали змогу визначити напрями реалізації механізму надання електронних послуг в Україні (створення єдиного цифрового ринку публічних послуг та базових медичних реєстрів, запровадження єдиних відкритих стандартів медичної інформатики, розвиток телемедицини, розвиток інтегрованих медичних інформаційних систем, сприяння кращому обміну цифровим здоров'ям за допомогою електронних медичних карток або електронних рецептів). Реалізація зазначених напрямів з використанням інструментів публічних механізмів (регуляторні, фінансові, технічна інфраструктура) дасть можливість підвищити ефективність електронних форм взаємодії держави та громадян і забезпечити розвиток цифрового здоров'я в Україні.

11. На основі вивчення механізмів формування та розвитку кадрових ресурсів у сфері охорони здоров'я в умовах пандемії та воєнних дій доведено необхідність трансформацій у механізмах публічного управління щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я за умов дотримання міжнародних стандартів. Визначено напрями вдосконалення кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я відповідно до ключових пріоритетів трансформації (медична освіта та наука, ефективна система лідерства та управління кадровими ресурсами, людиноорієнтованість у професійній діяльності працівників). Виділено стратегічні механізми кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я, які потребують трансформації на найближчу перспективу: відповідність медичних освітніх програм стратегічним цілям країни; ефективна система планування середньострокової потреби в кадрових ресурсах; формування корпоративної культури закладів охорони здоров'я; введення системи професійних стандартів, упровадження системи стимулів для медичних працівників.

12. Узагальнення нормативно-правового, інституційного, фінансового механізму забезпечення реформ та трансформацій у медичній галузі дало змогу

сформувати стратегічну матрицю реалізації публічних механізмів трансформації та розвитку сфери охорони здоров'я України, яка включає аналіз таких елементів, як цілі, завдання, принципи, інструменти на міжнародному, національному, регіональному рівнях. Визначено спільні та відмінні риси кожного компонента на відповідному рівні. В умовах пандемії та оголошеного в Україні воєнного стану для досягнення Цілей сталого розвитку визначено напрями реалізації публічних механізмів трансформації у сфері охорони здоров'я України: нормативно-правового (систематичне проведення експертизи законопроектів та нормативно-правових актів на відповідність їх принципам сталого розвитку; правове закріплення норм забезпечення безпеки громадян, працівників галузі), інституційного (міжвідомча взаємодія суб'єктів системи на основі легітимно встановлених, чітких завдань інститутів; упровадження інноваційних програмних продуктів та налагодження інформаційно-комунікаційних зв'язків між інститутами), фінансового (формування чіткого та прозорого механізму надання та фінансування гарантованих медичних послуг, розвиток інвестицій в інфраструктуру та використання механізму ДПП як альтернативного джерела фінансування охорони здоров'я), кадрового механізму забезпечення (реалізація ефективної системи лідерства та управління кадровими ресурсами охорони здоров'я, запровадження ключових показників ефективності для керівників закладів охорони здоров'я та формування гнучкої тарифної сітки доплат медичному персоналу), механізму надання електронних послуг (формування єдиного електронного медичного простору та розвиток електронних медичних послуг; запровадження єдиних відкритих стандартів медичної інформатики). Реалізація зазначених шляхів трансформації сфери охорони здоров'я дасть змогу сформувати спроможну систему громадського здоров'я, підвищити доступність ключових медичних послуг для громадян на національному та регіональному рівнях, досягти позитивних результатів у напрямі впровадження ЦСР як на рівні регіонів України, так і на світовому ринку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text> (дата звернення 05.01.2022).
2. Медична реформа. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya> (дата звернення 05.01.2022).
3. Трансформація системи охорони здоров'я створила умови для розвитку ринку медичних спеціальностей, - НСЗУ. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/transformaciya-sistemi-ohoroni-zdorovya-stvorila-umovi-dlya-rozvitku-rinku-medichnih-specialnostej-nszu> (дата звернення 05.01.2022).
4. Як трансформується система охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua/article/reform-plan/jak-transformuetsja-sistema-ohoroni-zdorovja> (дата звернення 05.01.2022).
5. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві: Закон України від 7 липня 2011 року №3612-VI. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3612-17#Text> (дата звернення 05.02.2022).
6. Гладун З. С. Концептуальні засади державно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я населення. *Медичне право України: проблеми становлення та розвитку*: матеріали I Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Львів, 19-20 квітня 2007 р.), Львів. С.73-79.
7. Криничко Л.Р. Розробка кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. №3. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/3_2020/42.pdf (дата звернення 05.02.2022).

8. Вовк С. М. Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я: дис...канд. наук з держ.упр.: 25.00.02. Маріуполь, 2019. С.92

9. Корольчук О. Л. Механізм інформаційного забезпечення державного регулювання охорони репродуктивного здоров'я: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02. Київ, Нац. акад. держ. упр. при Президентові України, 2013. 20 с.

10. Надюк З. Механізми державного управління національною системою охорони здоров'я. URL: file:///D:/%D0%B4%D0%B8%D1%81%D0%B5%D1%80_%D0%93%D0%B0%D0%B2%D1%80%D0%B8%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE/%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%8C%D1%8F_%D0%9E%D1%80%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B94/40.pdf (дата звернення 05.02.2022).

11. Довженко В., Русак П., Золотницька Ю. Інформаційно-аналітичне забезпечення прогнозування і планування соціально-економічного розвитку територій. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 6. С. 79-84

12. 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. URL:http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/9_2021/32.pdf (дата звернення 05.02.2022).

13. Фуртак І. І. Механізми державного управління охороною здоров'я в Україні. *Медичне право України: проблеми становлення та розвитку: матеріали І Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Львів, 19-20 квітня 2007 р.)*, Львів. С.318-323.

14. Ткачова Н. М. Напрями реформування державної політики в сфері охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 8. С.83-86.

15. Самофалов Д.О. Упровадження електронної системи охорони здоров'я як складник публічного управління охороною здоров'я: світовий досвід. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2020. Вип.1(44). С.92-99.

16. Сазонець І. Л., Вівсянник О. М. Передумови функціонування міжнародних організації в інституційному механізмі державного управління системою охорони здоров'я. *Право та державне управління*. 2020. №1. Т.2. С.170-179.
17. Галацан О.В. Організаційно-економічний механізм управління охороною здоров'я: автореф. дис.... канд.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2004. 20с.
18. Фірсова О.Д. Механізми геоінформаційного забезпечення державного управління охороною здоров'я в Україні : дис. ... канд. екон. наук : 25.00.02. Київ, 2016. 219 с.
19. Карамішев Д. В., Шевченко В. І. Державні механізми регулювання ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я в економічній моделі розподілу фінансів. *Інвестиції: практика та досвід*. 2010.№ 22. С.60-64.
20. Краснова О. І., Плужнікова Т. В. Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. №7. С.46-48.
21. Білинська М. М., Петроє О. М. Інституціоналізація публічного управління в Україні: наук.-аналіт. доп. Київ: НАДУ, 2019. 210 с.
22. Григорович В.Р. Удосконалення управлінських механізмів державної підтримки системи охорони здоров'я в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2010. №2. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=93> (дата звернення 05.02.2022).
23. Гавриченко Д.Г. Теоретичні підходи реформування механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я. *Публічне управління та регіональний розвиток*. 2022. №1. С.68-85.
24. Рудий В.М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні. Київ: Сфера, 2005. 272 с.
25. Andriyash, V., Kozlova, L., Malikina, O., & Polyakova, E. Особливості державної політики регулювання медичних послуг в Україні. *Публічне управління та регіональний розвиток*. 2020. №9. С.689-713.

26. Задихайло Д. Держава та економічне ринкове середовище: господарсько-правовий аспект. *Вісник Академії правових наук України*. 2005. № 3(42). С. 149–161.

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

28. Шегедин Я. Ю. Правовий та організаційний механізми реалізації на регіональному рівні державної політики в галузі медсестринства. *Ефективність державного управління*. 2017. Вип. 2. С. 129-137.

29. Чабан О., Бойко О. Огляд світової практики щодо впровадження медичних інформаційних систем та проблеми створення єдиного медико-інформаційного простору. *Lviv Polytechnic National University Institutional Repository*. URL: <http://ena.lp.edu.ua/bitstream/ntb/25505/1/50-365-370.pdf> (дата звернення 01.02.2022).

30. Гавриченко Д.Г. Публічні механізми реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Публічне управління в Україні: виклики сьогодення та глобальні імперативи*: матеріали Міжнар. наук.-практ. Інтернет-конф. (м.Хмельницький, 11 лютого 2022 р.), Хмельницький, 2022. С. 104-106.

31. Державне управління охороною здоров'я України: монографія. Київ, 2014. 312 с.

32. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: навч.-наук. вид. / авт. кол. : М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін.; за заг. ред. проф. М. М. Білинської. Львів : НАДУ, 2012. 240 с

33. Бурцева О.Є. Державно-приватне партнерство як дієвий інструмент регулювання ринку медичних послуг. *Ефективна економіка*. 2020. №7. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/7_2020/74.pdf (дата звернення 01.02.2022).

34. Вовк С.М. Інституційна трансформація сучасних механізмів державного управління охороною здоров'я URL: [https://nuczu.edu.ua/sciencearchive/PublicAdministration/vol7\(17\)/28.pdf](https://nuczu.edu.ua/sciencearchive/PublicAdministration/vol7(17)/28.pdf) (дата звернення 01.02.2022).

35. Вовк С. М., Половян Н. С., Вовк Т. В. Особливості трансформації механізмів управління якістю надання медичних послуг. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2020. №3(26). С.33-37.

36. Довженко В. А. Напрями модернізації державного управління у сфері охорони здоров'я. URL: <file:///C:/Users/Admin/Desktop/%D0%9E%D0%A5%D0%9E%D0%A0%D0%9E%D0%9D%D0%90%20%D0%97%D0%94%D0%9E%D0%A0%D0%9E%D0%92%D0%AF/%D0%A0%D0%9E%D0%97%D0%94%D0%AB%D0%9B%201/%D0%9D%D0%90%D0%94%D0%9E/%D0%9D%D0%B0%D1%83%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D1%96%20%D1%87%D0%B8%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F%202019%20%D0%94%D0%BE%D0%B2%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE%20%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%8F.pdf> (дата звернення 01.02.2022).

37. Криничко Л., Мотайло О. Нові підходи до фінансування системи охорони здоров'я. URL: [file:///C:/Users/Admin/Downloads/871-Article%20Text-1299-1-10-20210527%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/871-Article%20Text-1299-1-10-20210527%20(4).pdf) (дата звернення 01.02.2022).

38. National Library of Medicine. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5584080/> (дата звернення 09.02.2022).

39. Gaurav Daveab, Mary K.Wolfea, Giselle Corbie-Smitha. Role of hospitals in addressing social determinants of health: A groundwater approach. *Preventive Medicine Reports*. 2021. №21. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211335521000061> (дата звернення 09.02.2022).

40. Saltman, Richard B&Figueras, Josep. European health care reform: analysis of current strategies. World Health Organization. Regional Office for Europe. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107267> (дата звернення 09.02.2022).

41. Mehta S.,Grant K.,Ackery A. Future of blockchain in healthcare: potential to improve the accessibility, security and interoperability of electronic health records.

BMJ Health & Care Informatics. 2020. URL: <https://doi:10.1136/bmjhci-2020-100217> (дата звернення 09.02.2022).

42. Idil Shekh Mohamed, Jasmine Sprague Hepburn, Björn Ekman, & Jesper Sundewall. Inclusion of Essential Universal Health Coverage Services in Essential Packages of Health Services: A Review of 45 Low- and Lower- Middle Income Countries. *Health Systems & Reform*. 2022. №8. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2021.2006587> (дата звернення 09.02.2022).

43. Huihui Wang, Adanna Chukwuma, Radu Comsa, Tania Dmytraczenko, Estelle Gong, & Lidia Onofrei. Generating Political Priority for Primary Health Care Reform in Romania. *Health Systems & Reform*. 2021. №7. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2021.1898187> (дата звернення 09.02.2022).

44. Raisa Berlin Deber. Health Care Reform: Lessons From Canada. *Am J Public Health*. 2003. №93(1), pp. 20-24.

45. Pablo Villalobos Dintrans. Why Health Reforms Fail: Lessons from the 2014 Chilean Attempt to Reform. *Health Systems & Reform*. 2019. №5. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2019.1589916> (дата звернення 09.02.2022).

46. Marc Mitchell, & Lena Kan. Digital Technology and the Future of Health Systems. *Health Systems & Reform*. 2019. №5. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2019.1583040> (дата звернення 09.02.2022).

47. Vincent R. Okungu, & Diane McIntyre. Does the Informal Sector in Kenya Have Financial Potential to Sustainably Prepay for Health Care? Implications for Financing Universal Health Coverage in Low-Income Settings. *Health Systems & Reform*. 2019. №5. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2019.1583492> (дата звернення 09.02.2022).

48. Bo Burström, Kristina Burström, Gunnar Nilsson, Göran Tomson, Margaret Whitehead and Ulrika Winblad. Equity aspects of the Primary Health Care

Choice Reform in Sweden – a scoping review. *Int J Equity Health*. 2017. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5273847/> (дата звернення 09.02.2022).

49. Cassels, Andrew. National Health Systems and Policies Unit & Forum on Health Sector Reform. Health sector reform : key issues in less developed countries. World Health Organization. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59762> (дата звернення 09.02.2022).

50. About Healthy People. Office of Disease Prevention and Health Promotion. URL: <https://www.healthypeople.gov/2020/About-Healthy-People> (дата звернення 09.02.2022).

51. G Eysenbach. What is e-health? *Journal of Medical Internet Research*. 2001. №3. <https://www.jmir.org/2001/2/e20/> (дата звернення 09.02.2022).

52. Перетворення нашого світу: Порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року. Програма розвитку ООН. URL: <https://www.ua.undp.org/content/ukraine/uk/home/library/sustainable-development-report/the-2030-agenda-for-sustainable-development.html> (дата звернення 18.01.2022).

53. Питання збору даних для моніторингу реалізації цілей сталого розвитку: розпорядження Кабінету Міністрів України від 21 серпня 2019 р. № 686-р. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/686-2019-%D1%80#Text> (дата звернення 18.01.2022).

54. Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року: указ Президента України від 30 вересня 2019 №722/2019. Офіційне інтернет-представництво «Президент України». URL: <https://www.president.gov.ua/documents/7222019-29825> (дата звернення 18.01.2022).

55. Моніторинговий звіт «Цілі сталого розвитку. Україна, 2020». ЮНІСЕФ. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/reports/sustainable-development-goals-ukraine-2020-monitoring-report> (дата звернення 18.01.2022).

56. Резнікова О. О., Ковалівська С. В. Щодо удосконалення координації та моніторингу імплементації цілей сталого розвитку України. *Аналітична записка Серія «Національна безпека»*. 2019. №5. С.1-5.

57. Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на 2021-2027 роки: постанова Кабінету Міністрів України від 5 серпня 2020 р. №695. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/695-2020-%D0%BF#Text>(дата звернення 18.01.2022).

58. Їжак О. І., Максименко О. П., Химинець В. В. Удосконалення регіонального та місцевого стратегування соціально-економічного розвитку. URL: <https://niss.gov.ua/sites/default/files/2020-09/socialno-ekonomichnyi-rozvytok-1.pdf>(дата звернення 18.01.2022).

59. Підтримка впровадження Цілей сталого розвитку в Україні. Програма розвитку ООН. URL: <https://www.ua.undp.org/content/ukraine/uk/home/operations/projects/closed-projects/supporting-sdgs-implementation-in-Ukraine.html> (дата звернення 18.01.2022).

60. Повідомлення про чернетку добровільного національного огляду щодо прогресу України у досягненні цілей сталого розвитку. Міністерство економіки України. URL: <https://www.me.gov.ua/Documents/Detail?lang=uk-UA&id=7e82b45d-3135-4788-99ce-f20ffbede635&title=PovidomlenniaProDraftDobrovilnogoNatsionalnogoOgliaduSchodoProgresuUkrainiUDosiagnenniTsileiStalogoRozvitku> (дата звернення 18.01.2022).

61. Про утворення Комісії з питань координації виконання Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії і їхніми державами - членами, з іншої сторони: постанова Кабінету Міністрів України від 2 вересня 2020 р. №851. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/851-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення 18.01.2022).

62. Дорожня карта євроінтеграційних законопроектів. Євроінтеграційний портал. URL: <https://eu-ua.kmu.gov.ua/dorozhnya-karta-yevrointegraciynyh-zakonoproektiv> (дата звернення 18.01.2022).

63. Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини: Закон України від 16 липня 1999 року №1007-XIV. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1007-14#Text> (дата звернення 18.01.2022).

64. Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України від 2 березня 2015 року №222-VIII. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19#Text> (дата звернення 18.01.2022).

65. Про донорство крові та її компонентів: Закон України від 23 червня 1995 року № 239/95-ВР. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/239/95-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення 18.01.2022).

66. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення: Закон України від 24 лютого 1994 року № 4004-XII. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12#Text> (дата звернення 18.01.2022).

67. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України від 6 квітня 2000 року № 1645-III. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text> (дата звернення 18.01.2022).

68. Звіт про виконання угоди про асоціацію між Україною та Європейським союзом 2015-2020. URL: <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/sites/1/zviti-pro-vidkonannya/aa-implementation-report-2015-2020-ukr-final.pdf> (дата звернення 18.01.2022).

69. Про схвалення Стратегії розвитку національної системи крові на період до 2022 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації: розпорядження Кабінету Міністрів України від 20 лютого 2019 р. № 120-р. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/120-2019-%D1%80#Text> (дата звернення 18.01.2022).

70. Про затвердження Порядку ведення обліку, звітності та епідеміологічного нагляду (спостереження) за інфекційними хворобами та Переліку інфекційних хвороб, що підлягають реєстрації: наказ Міністерство охорони здоров'я України від 30.07.2020 № 1726. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1332-20#Text> (дата звернення 18.01.2022).

71. Про затвердження Порядку отримання та надання гемопоетичних стовбурових клітин та обміну інформацією щодо наявних анатомічних матеріалів людини, призначених для трансплантації: постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2020 р. № 257. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/257-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення 18.01.2022).

72. Про утворення спеціалізованої державної установи «Український центр трансплант-координації»: розпорядження Кабінету Міністрів України від 23 вересня 2020 р. № 1154-р. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1154-2020-%D1%80#Text> (дата звернення 18.01.2022).

73. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, що регулюють питання трансплантації анатомічних матеріалів людині: Закон України від 20 грудня 2019 року №418-IX. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/418-20#Text> (дата звернення 18.01.2022).

74. Питання проведення моніторингу наркотичної та алкогольної ситуації в Україні: постанова Кабінету Міністрів України від 10 липня 2019 р. № 689. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/689-2019-%D0%BF#Text> (дата звернення 18.01.2022).

75. Електронна система охорони здоров'я в Україні. URL: <https://ehealth.gov.ua/> (дата звернення 18.01.2022).

76. Гавриченко Д.Г. Сучасні публічні механізми трансформацій у сфері охорони здоров'я у зарубіжних країнах *Держава та регіони*. 2022. №1. С. 12-17.

77. Секторальна інтеграція України до ЄС: передумови, перспективи, виклики. Київ: Представництво Фонду Конрада Аденауера в Україні, 2020. 100с.

78. Договір про Європейський Союз. Верховна Рада України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_029#Text (дата звернення 16.01.2022).

79. Французька і британська моделі охорони здоров'я (огляд). Медицина світу. URL: <http://msvitu.com/archive/2014/may/article-9.php?print=1> (дата звернення 16.01.2022).

80. Коронавірус і єдність у ЄС: вчитись на помилках держав має і Україна. Центр «Нова Європа». URL: <http://neweurope.org.ua/media-post/koronavirus-i-yednist-u-yes-vchytys-na-pomylkah-derzhav-maye-i-ukrayina/> (дата звернення 16.01.2022).

81. Хартія основних прав Європейського Союзу. Верховна Рада України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_524#Text (дата звернення 16.01.2022).

82. Безпека і здоров'я на роботі. International Labour Organization. URL: https://www.ilo.org/budapest/what-we-do/projects/declared-work-ukraine/WCMS_739390/lang--uk/index.htm (дата звернення 16.01.2022).

83. 2021 Global Health Security Index. URL: <https://www.ghsindex.org/#1-section--map> (дата звернення 16.01.2022).

84. Європейське агентство з безпеки та гігієни праці. Державна служба України з питань праці. URL: <https://dsp.gov.ua/ievropeiske-ahentstvo-z-bezpeky-ta-hi/> (дата звернення 16.01.2022).

85. Kryshchanovych, M., Petrovskiy, P., Khomyshyn, I., Bezena, I., Serdechna, I. Peculiarities of Implementing Governance in the System of Social Security. *Business, Management and Education*. 2020. Vol. 18. №1, pp.142-156.

86. Про схвалення Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України: проект розпорядження Кабінету Міністрів України від 14.07.2014 р. Верховна Рада України. URL: <https://www.apteka.ua/article/295842> (дата звернення 16.01.2022).

87. Про схвалення Концепції розвитку системи фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 18.09.2013 р. №776-р. Верховна Рада України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/246773163> (дата звернення 16.01.2022).

88. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 року №2168-VIII. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення 16.01.2022).

89. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України: Закон України від 22 листопада 2018 року № 2621-VIII. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2621-19> (дата звернення 16.01.2022).

90. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: Закон України від 14 листопада 2017 року № 2206-VIII. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text> (дата звернення 16.01.2022).

91. Що змінилося за рік після прийняття закону про медичну реформу. URL: <https://moz.gov.ua/article/reform-plan/scho-zminilosja-za-rik-pislja-prijnjattja-zakonu-pro-medichnu-reformu-->(дата звернення 16.01.2022).

92. Orlova N., Mokhova I., Diegtiar O., Khomutenko O. Methodology of the electronic government evaluation of the european union countries based on taksonometric method. *33rd IBIMA Conference* (Granada, 10-11 April 2019). Granada, Spain. 2019, p. 505-516.

93. Стратегія. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/strategija> (дата звернення 16.01.2022).

94. Про затвердження Програми діяльності Кабінету Міністрів України: постанова Кабінету Міністрів України від 12 червня 2020 р. №471. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/471-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення 16.01.2022).

95. Про схвалення Стратегії забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту за принципом “єдине здоров'я” на період до 2025 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації: розпорядження Кабінету

Міністрів України від 27 листопада 2019 р. №1416-р. Верховна Рада України.
URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-shvalennya-strategiyi-zabezpechennya-biologichnoyi-bezpeki-1416-271119> (дата звернення 16.01.2022).

96. Про схвалення Стратегії розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики, на період до 2022 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації: розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1402-р. Верховна Рада України.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1402-2019-%D1%80#Text> (дата звернення 16.01.2022).

97. Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року: розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1415-р. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-%D1%80#Text> (дата звернення 01.02.2022.).

98. Майданик Р. Законодавство України у сфері охорони здоров'я: система і систематизація. *Медичне право*. 2013. № 2 (12). С. 63-74.

99. Сенюта І. Медичне право: право людини на охорону здоров'я : монографія. Львів : Астролябія, 2007. 223 с.

100. Клименко О. Законодавство у сфері охорони здоров'я: перспективи розвитку. *Економіка та держава*. 2012. № 5. С. 128-130

101. Гладун З. До питання про зміст адміністративно-правових норм у сфері охорони здоров'я населення. *Науковий вісник Львівської комерційної академії. Серія «Юридична»*. 2015. Вип. 2. С. 133-144.

102. Стеценко С. Лекція професора С. Стеценка: Вступ до курсу «Медичне право України». *Право України*. 2011. № № 11-12. С. 120-131.

103. Клименко П. Засади національної стратегії охорони здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 2. С. 73-82.

104. Демченко І.С. Класифікація законодавства у сфері охорони здоров'я. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського*. 2019. Т.30(69). №6. С.7-13.

105. Гавриченко Д.Г. Нормативно-правовий механізм забезпечення реформи сфери охорони здоров'я України *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського*. 2022. Т.33 (72). № 2. С. 22-28.

106. Ляшко В., Півень Н. Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я: операційний посібник. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Manual_Development%20and%20of_funding%20of%20regional%20and%20local%20public%20health%20programs_print_210x297%2B3mm.pdf (дата звернення 01.02.2022).

107. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони. Верховна Рада України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011#Text (дата звернення 01.02.2022).

108. Меморандум про взаєморозуміння між Україною як позичальником та Європейським Союзом як Кредитором. Верховна Рада України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_004-20#n2 (дата звернення 01.02.2022).

109. Про ратифікацію Меморандуму про взаєморозуміння між Україною як Позичальником та Європейським Союзом як Кредитором і Кредитної угоди між Україною як Позичальником та Національним банком України як Агентом Позичальника та Європейським Союзом як Кредитором (щодо отримання Україною макрофінансової допомоги Європейського Союзу у сумі до 1 мільярда 200 мільйонів євро): Закон України від 25 серпня 2020 року № 825-ІХ. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/825-20#n5> (дата звернення 01.02.2022).

110. Устимчук О. В. Аналіз нормативно-правових засад регулювання сфери надання медичних послуг в Україні. *Аспекти публічного правління*. 2018. Т.6. №10. С.5-13.

111. Про затвердження Національної економічної стратегії на період до 2030 року: постанова Кабінету Міністрів України від 03 березня 2021 р. №179. Верховна Рада України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-nacionalnoyi-eko-a179> (дата звернення 01.02.2022).

112. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у II-IV кварталах 2021 року: постанова Кабінету Міністрів України від 15 лютого 2021 р. № 133. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/deyaki-pitannya-realizaciyi-programi-a133> (дата звернення 01.02.2022).

113. Про затвердження переліку опорних закладів охорони здоров'я у госпітальних округах на період до 2023 року: розпорядження Кабінету Міністрів України від 15 січня 2020 р. № 23-р. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/23-2020-%D1%80#Text> (дата звернення 01.02.2022).

114. Антонов А. В. Удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я: організаційно-правовий аспект. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. № 12. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua> (дата звернення 01.02.2022).

115. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 11 серпня 2021 року «Про Стратегію економічної безпеки України на період до 2025 року»: указ Президента України №347/2021. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/3472021-39613> (дата звернення 01.02.2022).

116. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 14 вересня 2020 року «Про Стратегію національної безпеки України»: указ Президента України №392/2020. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/3922020-35037> (дата звернення 01.02.2022).

117. Про схвалення Національної стратегії реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017-2026 роки: розпорядження Кабінету Міністрів України від 9 серпня 2017 р. №526-р. URL: <http://vin.gov.ua/bilshe/deinstytualizatsiia/563-natsionalna-stratehiia-reformuvannia-systemy-instytutsiinoho-dohliadu-ta-vykhovannia-ditei-na-2017-2026-roky/16295-natsionalna-stratehiya-reformuvannia-systemy-instytutsiinoho-dohliadu-ta-vykhovannia-ditei-na-20172026-roky> (дата звернення 01.02.2022).

118. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80#Text> (дата звернення 01.02.2022).

119. Про внесення змін до Порядку здійснення державного контролю якості лікарських засобів, що ввозяться в Україну: постанова Кабінету Міністрів України від 21 липня 2021 р. №759. URL: https://ips.ligazakon.net/document/view/kp210759?utm_source=jurliga.ligazakon.net&utm_medium=news&utm_content=jl03&_ga=2.29081276.187704081.1640858441-138698556.1624039585 (дата звернення 01.02.2022).

120. Про схвалення Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року: розпорядження Кабінету Міністрів України від 14 квітня 2021 р. № 366-р. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2021-%D1%80#Text> (дата звернення 01.02.2022).

121. Про ратифікацію Конвенції про права осіб з інвалідністю і Факультативного протоколу до неї: Закон України від 16 грудня 2009 року №1767-VI. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1767-17#Text> (дата звернення 01.02.2022).

122. Європейська соціальна хартія. Верховна Рада України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062#Text (дата звернення 01.02.2022).

123. Конвенція Організації Об'єднаних Націй про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок. Верховна Рада України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_207#Text (дата звернення 01.02.2022).

124. Уряд схвалив План заходів з реалізації «Партнерства Біарріц». Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/uryad-shvaliv-plan-zahodiv-z-realizaciyi-partnerstva-biarric> (дата звернення 01.02.2022).

125. Про затвердження плану заходів на 2021 і 2022 роки з реалізації Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року: розпорядження Кабінету Міністрів України від 04 серпня 2021 р.

№883-р. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-planu-zahodiv-na-2021-i-2022-roki-z-realizaciyi-nacionalnoyi-s40821> (дата звернення 01.02.2022).

126. Вже виконано 75% завдань Плану заходів на 2021-2022 роки щодо створення безбар'єрного простору в Україні. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/vzhe-vikonano-75-zavdan-planu-zahodiv-na-2021-2022-roki-shchodo-stvorennya-bezbaryernogo-prostoru-v-ukrayini#:~:text=%> (дата звернення 01.02.2022).

127. Впровадження в Україні міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я МОЗ. Міністерство розвитку громад та територій України. URL: https://www.minregion.gov.ua/wp-content/uploads/2021/07/4_prezentacziyamo_z_nova.pdf (дата звернення 01.02.2022).

128. Про Національну стратегію у сфері прав людини: Указ Президента України від 24 березня 2021 року № 119/2021. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/119/2021#Text> (дата звернення 01.02.2022).

129. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року: розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1018-р. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#Text>. (дата звернення 01.02.2022).

130. Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги: розпорядження Кабінету Міністрів України від від 29 січня 2020 р. № 111-р. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/111-2020-%D1%80#Text> (дата звернення 01.02.2022).

131. Про внесення змін до постанов Кабінету Міністрів України від 18 грудня 2019 р. № 1083 і від 3 березня 2021 р. № 181: постанова Кабінету Міністрів України від 7 липня 2021 р. № 698. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/698-2021-%D0%BF#Text> (дата звернення 01.02.2022).

132. Про внесення змін до Порядку здійснення єдиного державного кваліфікаційного іспиту для здобувачів ступеня вищої освіти магістр за спеціальностями галузі знань «22 Охорона здоров'я»: постанова Кабінету Міністрів України від 14 квітня 2021 р. № 351. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/351-2021-%D0%BF#Text> (дата звернення 01.02.2022).

133. Про затвердження плану заходів щодо зниження рівня опромінення населення радоном та продуктами його розпаду, мінімізації довгострокових ризиків від поширення радону в житлових та нежитлових будівлях, на робочих місцях на 2020-2024 роки: розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1417-р. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1417-2019-%D1%80#Text> (дата звернення 01.02.2022).

134. Про невідкладні заходи щодо забезпечення економічного зростання, стимулювання розвитку регіонів та запобігання корупції: Указ Президента України від 20 вересня 2019 року № 713/2019. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/713/2019#Text> (дата звернення 01.02.2022).

135. Про засади державної регіональної політики: Закон України від 5 лютого 2015 року № 156-VIII. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/156-19#Text>, (дата звернення 01.02.2022).

136. Про затвердження Порядку розроблення Державної стратегії регіонального розвитку України і плану заходів з її реалізації, а також проведення моніторингу та оцінки результативності реалізації зазначених Стратегії і плану заходів: постанова Кабінету Міністрів України від 11 листопада 2015 р. № 931. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/931-2015-%D0%BF#Text> (дата звернення 01.02.2022).

137. Рекомендації щодо створення центрів безпеки громадян: інформаційний посібник. URL: <https://hromady.org/wp-content/uploads/2019/02/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD>

[%D0%B8%D0%BA_U-lead_new-version_1807_web.pdf](#) (дата звернення 01.02.2022).

138. Про внесення змін до Переліку закладів охорони здоров'я: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16.05.2018 № 933. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0691-18#Text> (дата звернення 01.02.2022).

139. Про затвердження Примірного статуту та Примірної структури центру громадського здоров'я (обласного, міст Києва та Севастополя): наказ Міністерства охорони здоров'я України від 2 листопада 2018 року №2012. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ30357> (дата звернення 01.02.2022).

140. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України: Закон України від 07.12.2017 №2233-VIII. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2233-19#Text> (дата звернення 01.02.2022).

141. Гавриченко Д.Г. Публічне управління у сфері охорони здоров'я на регіональному та місцевому рівнях. *Розвиток територіальних громад: правові, економічні та соціальні аспекти*: матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф. (м.Миколаїв, 9 червня, 2022 р.). Миколаїв, 2022. С. 214-215.

142. Гавриченко Д.Г. Особливості управління державними підприємствами у сфері охорони здоров'я. *Управління економічними процесами на макро- і мікрорівні: проблеми та перспективи вирішення*: матеріали V Міжнар. наук.-практ. Інтернет-конф. молодих вчених (м.Львів, 25-26 травня 2022 р.). Львів: Видавництво Львівської політехніки, 2022. С. 87

143. Правові засади реформування галузі охорони здоров'я: стан, проблеми, перспективи розвитку. Міністерство юстиції України. URL: https://minjust.gov.ua/m/str_6764 (дата звернення 01.02.2022).

144. Стеценко С.Г. Адміністративне право України: навч. посіб. вид. 3-тє, перероб. та доп. Київ: Атіка, 2011. 624 с.

145. Миронов А. Г. Суб'єкти державного контролю у сфері охорони здоров'я: адміністративно-правовий вимір. *Публічне право*. URL: <https://www.publichne->

pravo.com.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=118:pp-2019-35-10&catid=91&Itemid=483&lang=uk (дата звернення 01.02.2022).

146. Логвиненко Б.О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика: монографія. Київ: «МП Леся», 2017. 244 с.

147. Кульгінський Є. Механізми децентралізації державного управління системою охорони здоров'я: європейський досвід. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2015. Вип. 2. С. 147-159.

148. ВООЗ. Європейське регіональне бюро. URL: <https://www.euro.who.int/ru/home> (дата звернення 01.02.2022).

149. Європейське регіональне Бюро ВООЗ та Уряд України підписали Дворічну угоду про співробітництво на 2020-2021 роки. ООН. URL: <https://ukraine.un.org/uk/99478-evropeyske-regionalne-byuro-vooz-ta-uryad-ukraini-pidpisali-dvorichnu-ugodu-pro> (дата звернення 01.02.2022).

150. Международный кодекс медицинской этики. Верховна Рада України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_002#Text (дата звернення 01.02.2022).

151. Офіційний сайт Міністерства фінансів України. URL: <https://mof.gov.ua/storage/> (дата звернення 01.02.2022).

152. МВФ оприлюднив меморандум з новими «маяками» для України. URL: https://lb.ua/economics/2021/11/24/499406_mvf_oprilyudniv_memorandum_z_novi_mi.html (дата звернення 01.02.2022).

153. Вівсяник О. М. Міжнародні організації в інституційному механізмі державного управління системою охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. №15-16. С.162-167.

154. Договір о Європейском Союзе. Верховна Рада України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_029#Text (дата звернення 01.02.2022).

155. Договір про заснування Європейської Спільноти. Верховна Рада України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_017#Text (дата звернення 01.02.2022).

156. Пандемія COVID-19 демонструє необхідність невідкладних реформ систем охорони здоров'я, епіднагляду та управління як у межах, так і поза межами Європейського регіону ВООЗ. URL: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/The%20COVID-19%20pandemic%20calls%20for%20urgent%20reform%20of%20healthcare%2C%20surveillance%20and%20governance%20in%20the%20WHO%20European%20Region%20and%20beyond%20%5B%20UK%5D.pdf> (дата звернення 01.02.2022).

157. Гавриченко Д.Г. Роль міжнародних інституцій у сфері охорони здоров'я. *Держава XXI століття: погляд молоді*: матеріали Всеукр. наук.-практ. online конф. здобувачів вищої освіти і молодих учених (м.Житомир, 17 травня 2022 р.). Житомир, 2022. С.381-382

158. Загальна інформація про УПО. Міністерство юстиції України. URL: <https://minjust.gov.ua/m/zagalna-informatsiya-pro-upo#:~:text=%D0%A3%D...B8>. (дата звернення 01.02.2022).

159. Дворічна угода про співробітництво. URL: https://dostup.pravda.com.ua/request/80123/response/223334/attach/3/BCA%20ukr%20signed.pdf?cookie_passthrough=1 (дата звернення 01.02.2022).

160. Гавриченко Д.Г. Міжнародна інституційна співпраця у сфері охорони здоров'я. *Правові засади організації та здійснення публічної влади*: матеріали V Міжнар. наук.-практ. конф. (м.Хмельницький, 17 червня, 2022 р.), Хмельницький, 2022. С. 77-78

161. Колядич М.М., Грицко Р.Ю., Фуртак І.І. Медико-соціальні аспекти управління соціальною сферою в Україні. *Молодий вчений. Медичні науки*. 2019. № 6 (70). С. 27-35.

162. Про НСЗУ. Національна служба здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua/pro-nszu> (дата звернення 05.02.2022).

163. Універсальний періодичний огляд. Міністерство юстиції України. URL: <https://minjust.gov.ua/m/universalniy-periodichniy-oglyad> (дата звернення 05.02.2022).

164. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-XII. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення 05.02.2022).

165. Проект Закону України «Основні засади діяльності у сфері охорони здоров'я». URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/JF3WE00A.html (дата звернення 05.02.2022).

166. Аналітична довідка ООН: універсальне охоплення послугами охорони здоров'я. ООН. URL: <https://ukraine.un.org/uk/105050-analitichna-dovidka-oon-universalne-okhoplennya-poslugami-okhoroni-zdorovya> (дата звернення 05.02.2022).

167. Центр інформації про права людини. URL: <https://zmina.ua/content/uploads/sites/2/2020/12/vykonannya-rekomendacij-universalnogo-periodychnogo-oglyad.pdf> (дата звернення 05.02.2022).

168. Прийнято Закон «Про Державний бюджет України на 2022 рік». Новини. Верховна Рада України. URL: <https://www.rada.gov.ua/news/Novyny/217230.html> (дата звернення 05.02.2022).

169. Закупівлі 2020. Медичні закупівлі України. URL: <https://drive.google.com/file/d/196Eqf1lfp1zJR2JdxCLHcjqpiZIFAlD/view> (дата звернення 05.02.2022).

170. Про нас. Медичні закупівлі України. URL: <https://medzakupivli.com/uk/pro-mzu/pro-nas> (дата звернення 05.02.2022).

171. Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1121: постанова Кабінету Міністрів України від 17 лютого 2021 р. № 106. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-vnesennya-zmin-do-postanovi-kabinetu-ministriv-ukrayini-vid-27-listopada-2019-r-1121-i170221-106> (дата звернення 05.02.2022).

172. Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://www.phc.org.ua/pro-centr> (дата звернення 05.02.2022).

173. Гавриченко Д.Г. Інституційне забезпечення реформування сфери охорони здоров'я України. *Державне управління: удосконалення та розвиток.*

2020. №9. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1750> (дата звернення 01.06.2022).

174. Гавриченко Д.Г. Публічні комунікації в сфері охорони здоров'я. *Реформування процесів публічного управління в сфері освіти та науки України у глобалізаційному та інформаційному суспільстві*: матеріали III міжнар. наук.-практ. конф. (м.Переяслав, 29 жовтня 2021 року). Переяслав, 2021. С.52-55.

175. Antonov A., Zamlynskyi V., Zerkal A. A conceptual framework to apply financial engineering at the enterprise. *Baltic Journal of Economic Studies*. 2019. №5(1). pp. 68-74.

176. Орлова Н. С. Механізми державного управління у реформуванні системи охорони здоров'я. *Публічне адміністрування та національна безпека*. 2019. №6. URL: <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2019-6-5377> (дата звернення 01.02.2022).

177. Доступні ліки. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/dostupni-liki> (дата звернення 05.02.2022).

178. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. Київ: Міністерство охорони здоров'я України, 2014. 41 с.

179. Гавриченко Д.Г., Козирєва О.В., Попова Т.О., Сергієнко Л.В. Механізм фінансування охорони здоров'я України в умовах трансформацій. *Financial and credit activity: problems of theory and practice*. 2022. № 1(42). С. 125-133.

180. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016-2019: спільний звіт ВООЗ та Світового банку. Всесвітня організація охорони здоров'я, 2019. 98 с.

181. 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> (дата звернення 05.02.2022).

182. Криничко Л.Р. Державне управління системою охорони здоров'я в умовах реформування: проблеми теорії та методології: монографія. Житомир: О.О. Євенок, 2020. 320 с.

183. Здоров'я та освіта: як пандемія COVID-19 вплинула на доступ до публічних послуг в Україні: аналітичний огляд. Київ: ГО «Ініціатива ХОЛОН». 2021. 72 с.

184. Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для виконання програми «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями»: постанова Кабінету Міністрів від 27 листопада 2019 р. № 1121. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1121-2019-%D0%BF#Text> (дата звернення 05.02.2022).

185. Посилення реагування на COVID-19 у секторі охорони здоров'я України. The World Bank. URL: <https://www.worldbank.org/uk/news/feature/2021/05/27/strengthening-ukrainian-health-sectors-covid19-response> (дата звернення 05.02.2022).

186. Гавриченко Д.Г. Охорона здоров'я в умовах загроз від COVID-19: законодавчі механізми Європейського союзу. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського*. 2022. Т.33(72). №1. С. 35-39.

187. Гавриченко Д.Г., Попова Т.О. Державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я України. *Публічне управління: проведення реформи в Україні*: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (м.Покровськ, 9-10 грудня 2021р). Покровськ, 2021. С. 67-69.

188. Гавриченко Д.Г. Міжнародний досвід забезпечення спроможної системи громадського здоров'я. *Наукові інновації та передові технології*. 2022. № 6(8). С. 47-480.

189. Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates> (дата звернення 05.02.2022).

190. What is Public Health?: This is Public Health. Berkeley Library. URL: <https://guides.lib.berkeley.edu/publichealth/whatisph> (дата звернення 05.02.2022).
191. Global Health Service Monitor 2021. Ipsos. URL: <https://www.ipsos.com/en/global-health-service-monitor-2021> (дата звернення 05.02.2022).
192. Тижневий звіт про ризики для громадського здоров'я: 16 тиждень 2022 року (18–24 квітня). Центр громадського здоров'я. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/risk_2022_16.pdf (дата звернення 05.02.2022).
193. World Health Statistics 2021: A visual summary. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/data/stories/world-health-statistics-2021-a-visual-summary> (дата звернення 05.02.2022).
194. Kryshchanovych, M., Antonova L., Filippova, V., Dombrovska, S., Pidlisna, T. Impact of covid-19 on the public administration system of the countries in the context of economic management. *International Journal of Management*. 2021. Vol.12. Issue 2, pp. 205-214.
195. Focus - Fit for the future: Strengthening government resilience. OECD iLibrary. URL: https://www.oecd-ilibrary.org/sites/1c258f55-en/1/3/1/index.html?itemId=/content/publication/1c258f55-en&_csp_ =10e9de108c3f715b68f26e07d4821567&itemIGO=oecd&itemContentType=book#fig1-11 (дата звернення 05.02.2022).
196. Deaths from cancer. OECD iLibrary. URL: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/deaths-from-cancer/indicator/english_8ea65c4b-en?parentId=http%3A%2F%2Finstance.metastore.ingenta.com%2Fcontent%2Fthematicgrouping%2Fbd12d298-en (дата звернення 05.02.2022).
197. World malaria report 2021. OCHA. URL: <https://reliefweb.int/report/world/world-malaria-report-2021#:~:text=Case%20incidence%3A%20In%202020%2C%20the,it%20off%20track%20by%2040%25> (дата звернення 05.02.2022).

198. Лептоспіроз. Центр громадського здоров'я. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/inshi-infekciyni-zakhvoryuvannya/osoblivo-nebezpechni-infekcii/leptospiroz> (дата звернення 05.02.2022).

199. Гавриченко Д.Г. Глобальні виклики для сфери охорони здоров'я в сучасних умовах. *Наука, технології, інновації: тенденції розвитку в Україні та світі*: матеріали наук.-практ. конф. (м. Полтава, 27-28 травня 2022 р.). Полтава, 2022. С.42-44.

200. Ukraine emergency. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/emergencies/situations/ukraine-emergency> (дата звернення 05.02.2022).

201. Малярія. Центр громадського здоров'я. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/inshi-infekciyni-zakhvoryuvannya/osoblivo-nebezpechni-infekcii/malyariya> (дата звернення 05.02.2022).

202. Сказ Центр громадського здоров'я. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/inshi-infekciyni-zakhvoryuvannya/osoblivo-nebezpechni-infekcii/skaz> (дата звернення 05.02.2022).

203. Хвороба Лайма. Центр громадського здоров'я. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/inshi-infekciyni-zakhvoryuvannya/osoblivo-nebezpechni-infekcii/khvoroba-layma> (дата звернення 05.02.2022).

204. Холера. Центр громадського здоров'я. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/inshi-infekciyni-zakhvoryuvannya/osoblivo-nebezpechni-infekcii/kholera> (дата звернення 05.02.2022).

205. The Legatum Prosperity Index 2021. Legatum Institute Foundation. URL: <https://www.prosperity.com/rankings> (дата звернення 05.02.2022).

206. Ukraine. Legatum Institute Foundation. URL: <https://www.prosperity.com/globe/ukraine> (дата звернення 05.02.2022).

207. Global Health Security Index 2019. URL: <https://www.ghsindex.org/> (дата звернення 05.02.2022).

208. 2021 Global Health Security Index. URL: <https://www.ghsindex.org/> (дата звернення 05.02.2022).

209. Гавриченко Д.Г. Глобальні та європейські виклики щодо трансформації системи охорони здоров'я в Україні. *Публічне управління та регіональний розвиток*. Миколаїв. 2021. №14. С. 890-912.

210. Revealed: Countries With The Best Health Care Systems, 2021. CEOWORLD. URL: <https://ceoworld.biz/2021/04/27/revealed-countries-with-the-best-health-care-systems-2021/> (дата звернення 05.02.2022).

211. Global Observatory for eHealth. World Health Organization URL: <https://www.who.int/observatories/global-observatory-for-ehealth> (дата звернення 05.02.2022).

212. The State of Digital Health 2019. URL:<https://static1.squarespace.com/static/5ace2d0c5cfd792078a05e5f/t/5d4dcb80a9b3640001183a34/1565379490219/State+of+Digital+Health+2019.pdf> (дата звернення 05.02.2022).

213. Гавриченко Д.Г. Публічні механізми трансформації та розвитку сфери охорони здоров'я України: проблеми теорії та методології: монографія. Київ: ВД «Освіта України», 2022. 434 с.

214. Top funded digital health categories world widein 2020. Statista.URL: <https://www.statista.com/statistics/736163/top-funded-health-it-technologies-worldwide/> (дата звернення 05.02.2022).

215. Digitalising the healthcare ecosystem in the European Union. HealthEuropa. URL: <https://www.healtheuropa.com/digitalising-the-healthcare-ecosystem-in-the-european-union/100949/> (дата звернення 05.02.2022).

216. Digital health. Organisation for Economic Cooperation and Developmen. URL: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/08cffda7-en/index.html?itemId=/content/component/08cffda7-en> (дата звернення 05.02.2022).

217. This is what healthcare leaders see as the future for digital health. World Economic Forum. URL: <https://www.weforum.org/agenda/2021/05/digital-health-telemedicine-telehealth-ai-digitalize-health-services/> (дата звернення 05.02.2022).

218. Why culture is a resource for health, and Italy is at the forefront of developments. Euro Health Net. URL: <https://eurohealthnet-magazine.eu/why->

[culture-is-a-resource-for-health-and-italy-is-at-the-forefront-of-developments/](#) (дата звернення 05.02.2022).

219. Patients and the public need to engage more with health data: we need education, education, education! Euro Health Net. URL: <https://eurohealthnet-magazine.eu/patients-and-the-public-need-to-engage-more-with-health-data-we-need-education-education-education/> (дата звернення 05.02.2022).

220. The Welsh Health Equity Status Report initiative: Lessons on COVID-19 impact on inequities. Euro Health Net. URL: <https://eurohealthnet-magazine.eu/the-welsh-health-equity-status-report-initiative-lessons-on-covid-19-impact-on-inequities/> (дата звернення 05.02.2022).

221. Country Health Profiles. European Commission. URL: https://ec.europa.eu/health/state-health-eu/country-health-profiles_en (дата звернення 05.02.2022).

222. Гавриченко Д.Г. Сучасний стан сфери охорони здоров'я України. *Наукові перспективи*. 2022. №6 (24). С. 611-621.

223. Про офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції, СНІДу та смертей зумовлених СНІДом: оперативна інформація. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/hiv_aids_statistics_operinfo_2021.12.pdf (дата звернення 05.02.2022).

224. Вірусні гепатити 2020: звіт. Київ: Центр громадського здоров'я, 2021. 26 с.

225. Статистика з туберкульозу. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/statistika-z-tb> (дата звернення 05.02.2022).

226. МОЗ: У Державному бюджеті на 2019 рік на охорону здоров'я передбачено 95,08 млрд. грн. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-u-derzhavnomu-byudzheti-na-2019-rik-na-ohoronu-zdorovya-peredbacheno-9508-mlrd-grn> (дата звернення 05.02.2022).

227. Федишин-Сорока М. А., Козак Д. В. Надання екстреної медичної допомоги в Україні. *Медсестринство*. 2011. №3. С.17-19.

228. Цифровий лікар: як електронні медичні картки трансформують систему охорони здоров'я в Україні. URL: <https://eufordigital.eu/uk/the-digital->

[doctor-how-electronic-health-records-are-transforming-health-care-in-ukraine](#) / (дата звернення 05.02.2022).

229. Власенко Р. В. Щодо кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я. URL: <https://niss.gov.ua/sites/default/files/2021-09/ohorona-zdorovya.pdf> (дата звернення 05.02.2022).

230. Цілі сталого розвитку Україна: добровільний національний огляд. Київ: Департамент стратегічного планування та макроекономічного прогнозування, 2021. 117 с.

231. Цілі Сталого Розвитку Україна: завдання та індикатори. Київ: Міністерство економічного розвитку та торгівлі України, 2020. 24 с.

232. Operational public health considerations for the prevention and control of infectious diseases in the context of Russia's aggression towards Ukraine. European center of disease prevention and control. URL: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Operational-considerations-Russia-aggression-towards-Ukraine-final.pdf> (дата звернення 05.02.2022).

233. Гавриченко Д.Г. Механізми трансформації охорони здоров'я України в умовах пандемії COVID-19. *Публічне управління та адміністрування в Україні*. 2022. №29. С.27-31

234. State of Health in the EU Romania: Country Health Profile 2021. European Comission. URL: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_romania_english.pdf (дата звернення 05.02.2022).

235. State of Health in the EU Hungary: Country Health Profile 2021. European Comission. URL: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_hu_english.pdf (дата звернення 05.02.2022).

236. State of Health in the EU Poland: Country Health Profile 2021. European Comission/ URL: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_poland_english.pdf (дата звернення 05.02.2022).

237. State of Health in the EU Slovakia: Country Health Profile 2021. European Comission. URL: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_sk_english.pdf (дата звернення 05.02.2022).

238. State of Health in the EU: companion report. European Commission. URL: https://ec.europa.eu/health/system/files/2022-02/2021_companion_en.pdf (дата звернення 05.02.2022).

239. Затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 р. № 14 Міжгалузева комплексна програма “Здоров’я нації” на 2002-2011 роки. URL: <https://www.apteka.ua/article/14812> (дата звернення 05.02.2022).

240. Гавриченко Д.Г. Трансформація пріоритетів розвитку системи охорони здоров’я України в умовах воєнного стану. *Наукові перспективи*. 2022. №5(23). С.48-60.

241. Emergency in Ukraine: External Situation Report. World Health Organization. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353941/WHO-EURO-2022-5152-44915-64481-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення 02.05.2022).

242. Левченко А. Під час війни система охорони здоров’я України показала свою працездатність. Інформаційне агентство «Інтерфакс-Україна». URL: <https://interfax.com.ua/news/interview/821272.html> (дата звернення 02.05.2022).

243. Kasia Streck. WHO emergency appeal: Ukraine & refugee receiving and hosting countries. URL: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/who_emergency_response_appeal_ukraine_update_may_2022.pdf?sfvrsn=c6097bb5_35&download=true (дата звернення 02.05.2022).

244. Рішення МОЗ для удосконалення роботи сфери охорони здоров’я під час воєнного стану. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/rishennya-moz-dlya-udoskonalennya-roboti-sferi-ohoroni-zdorovya-pid-chas-voennogo-stanu> (дата звернення 02.05.2022).

245. Гавриченко Д. Г Economic transformations of healthcare in Ukraine. *Публічне адміністрування та національна безпека*. 2022. №4. URL: <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2022-4-8101> (дата звернення 01.06.2022).

246. Деякі питання використання коштів з рахунка для задоволення потреб охорони здоров’я: постанова Кабінету Міністрів України від 26.04.2022 №491. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/491-2022-%D0%BF> (дата звернення 02.05.2022).

247. Особливості бюджетного процесу в умовах воєнного стану. Децентралізація. URL: <https://decentralization.gov.ua/news/14654> (дата звернення 02.05.2022).

248. Мінфін: В умовах воєнного стану заробітна плата медпрацівників за 3 місяці 2022 року профінансована у повному обсязі. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/minfin-v-umovah-voyennogo-stanu-zarobitna-plata-medpracivnikiv-za-3-misyaci-2022-roku-profinansovana-u-povnomu-obsyazi> (дата звернення 02.05.2022).

249. Фенчак А. Програма медичних гарантій 2022. Київ: Національна служба здоров'я України, 2022. 39 с.

250. Ризики для громадського здоров'я. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/inshi-infekciyni-zakhvoryuvannya/riziki-dlya-gromadskogo-zdorovya> (дата звернення 02.05.2022).

251. Emergency in Ukraine. World Health Organization. URL: file:///D:/%D0%B4%D0%B8%D1%81%D0%B5%D1%80%D0%93%D0%B0%D0%B2%D1%80%D0%B8%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE/%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%B4%D0%B5%D0%BB%203_01052022/WHO-EURO-2022-5152-44915-642819-eng.pdf (дата звернення 02.05.2022).

252. Liudmyla Antonova, Dmytro Havrychenko, Roman Primush, Vitalii Kropyvnytskyi, Violeta Tohobytska. Modern Aspects of SMART-Management of the Region in the Context of the Development of Public Administration. IJCSNS. *International Journal of Computer Science and Network Security*. 2022. Vol. 22. №5, pp. 469-474.

253. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я: Закон України від 20 грудня 2019 року №421-IX. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/421-20#Text> (дата звернення 02.05.2022).

254. Завдання та шляхи реалізації реформи системи охорони здоров'я. Департамент охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації. URL: <https://uofter.gov.ua/ua/363-zavdannya-ta-shlyahi-realizacii-reformuvannya-galuzi> (дата звернення 02.05.2022).

255. З 1 липня в Україні запрацюють центри контролю та профілактики хвороб. Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://www.phc.org.ua/news/z-1-lipnya-v-ukraini-zapracuyuyut-centri-kontrolyu-ta-profilaktiki-khvorob> (дата звернення 02.05.2022).

256. Yemelyanov, V., & Sokirko, M. Ризики реформи децентралізації та способи їх вирішення. *Публічне управління та регіональний розвиток*. 2020. №10. С.1106-1139.

257. Sytnyk Yosyf, Havrychenko Dmytro, Staverska Tetiana, Primush Roman, Erfan Vitalii. The Main Negative Factors of Military Influence on the Economic Environment of the Region and its Financial and Economic Security. URL: http://paper.ijcsns.org/07_book/202206/20220633.pdf (дата звернення 01.02.2022).

258. Kvitka, S., Borodin, Y., Yemelyanov, V., Moskalets, M., & Zubchenko, V. The principle of subsidiarity and the legal and economic aspects of decentralization in Ukraine. *Political Questions*. 2021. №39(68), pp. 356-368.

259. Звіт Національної служби охорони здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua/storage/files/zvit-2019.pdf?1613425495> (дата звернення 01.02.2021).

260. Скільки в Україні медиків, лікарень та ФАПів. Слово і діло. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2021/05/25/infografika/suspilstvo/skilky-ukrayini-medykiv-likaren-ta-fapiv> (дата звернення 02.05.2022).

261. Вакцинація від коронавіруса в Україні. Мінфін. URL: <https://index.minfin.com.ua/reference/coronavirus/vaccination/ukraine/> (дата звернення 22.05.2022).

262. Електронна медицина по регіонам. URL: <https://www.apteka.ua/wp/wp-content/uploads/2022/01/5689769679.jpg> (дата звернення 22.05.2022).

263. Волосовець О.П., Заболотько В.М., Волосовець А.О. Кадрове забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні та світі: сучасні виклики. *Організація охорони здоров'я*. 2020. Т.12. №1(84). URL: <https://umv.com.ua/kadrove-zabezpechennya-galuzi-oxoronizdorov-ya-v-ukraini-ta-sviti-suchasni-vikliki/> (дата звернення 22.05.2022).

264. Рівненська область. Регіональні профілі громадського здоров'я. URL: https://www.rv.gov.ua/storage/app/sites/11/2021_%D0%9B%D1%8E%D0%B4%D0%B0/profil-zdorovja.pdf (дата звернення 22.05.2022).

265. Одеська область. Регіональні профілі громадського здоров'я. URL: https://healthcenter.od.ua/wp-content/uploads/2021/06/profil-gz_odeska-oblast.pdf (дата звернення 22.05.2022).

266. Гавриченко Д. Г. Трансформації системи охорони здоров'я в умовах децентралізації України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2022. № 3. С. 72–76.

267. Антонова Л. В., Козлова Л. В. Міжнародний досвід регулювання й дотримання етичних норм в сфері охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. №4. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1882> (дата звернення 01.02.2022).

268. Кращі практики реагування громад на наслідки пандемії COVID-19 в Україні. Київ: ГО «Інститут миру і порозуміння», 2021 рік. 41 с.

269. Громада Запорізької області впроваджує комплекс заходів для зміцнення громадського здоров'я. Децентралізація. URL: <https://decentralization.gov.ua/news/14543> (дата звернення 02.05.2022).

270. Як приймати переселенців, допомагати лікарням, створювати муніципальну варту – інфографіки. Децентралізація. URL: <https://decentralization.gov.ua/news/14826> (дата звернення 02.05.2022).

271. Додаткова дотація місцевим бюджетам у період воєнного стану – рекомендації експертів. Децентралізація. URL: <https://decentralization.gov.ua/news/15099> (дата звернення 02.05.2022).

272. Уряд спростив механізм здійснення операцій з управління бюджетними коштами. Децентралізація. URL: <https://decentralization.gov.ua/news/15100> (дата звернення 02.05.2022).

273. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. №411. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення 01.02.2022).

274. Електронні довірчі послуги: кому і що довірити. Бухгалтер. URL: <https://buhgalter.com.ua/articles/other/elektronni-dovirchi-poslugi-komu-i-shcho-doviriti/> (дата звернення 01.02.2022).

275. Как работает система здравоохранения Канады. Marcus Canada Immigration and education services. URL: <https://marcuseducate.com/how-work-health-system-in-canada/> (дата звернення 01.02.2022).

276. ЕЦП: досвід Польщі, Німеччини та Канади. ООО «МОРИОН». URL: <https://www.apteka.ua/article/480412> (дата звернення 01.02.2022).

277. Как работает электронная медицина в Швеции. Swedish Institute. URL: <https://ru.sweden.se/ljudi/doktor-v-tvoem-karmane-chto-takoe-shvedskij-e-health/> (дата звернення 01.02.2022).

278. Гавриченко Д.Г. Державні механізми надання електронних послуг в медичній галузі: європейський аспект. *Публічне управління та адміністрування в Україні*. 2022. №28. С.62-65.

279. Дзязько А.М., Новик И.И., Масюк М.Ю., Караник В.С. Система здравоохранения США: взгляд белорусских специалистов. *Проблемы общественного здоровья и реформирования здравоохранения*. 2014. №7. С.37-50.

280. Гавриченко Д.Г. Державні цифрові інструменти розвитку електронної медицини в умовах пандемії. *Публічне управління: проблеми та перспективи*: матеріали Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції, м. Харків, 26 листопада 2021 року. Харків : ТОВ «Константа», 2021. С. 115-119

281. Country Health Profiles. OECD. URL: <https://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2021-Launch-presentation.pdf> (дата звернення 01.02.2022).

282. Sergy Kvitka, Yevgeniy Borodim, Volodymyr Yemelyanov, Liomya Ivashova, Oleksii Bohachov. The foresight of national economy's digital development. *REVISTA INCLUSIONES*. 2020. Vol.7 (Special Issue), pp. 112-125.

282. Nick Fahy, Gemma A Williams. Use of digital health tools in Europe: Before, during and after COVID-19. Denmark, World Health Organization, 2021. 37 p.

283. The EU Digital COVID Certificate: a global standard with more than 591 million certificates. European Commission. URL: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_21_5267 (дата звернення 01.02.2022).

284. Kryshchanovych, M., Antonova, L., Filippova, V., Dombrovska, S., Pidlisna, T. Influence of COVID-19 on the functional device of state governance of economic growth of countries in the context of ensuring security. *International Journal of Safety and Security Engineering*. 2022. Vol. 12, №2. pp. 193-199.

285. The rise of digital health technologies during the pandemic. European Commission. URL: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2021/690548/EPRS_BRI\(2021\)690548_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2021/690548/EPRS_BRI(2021)690548_EN.pdf) (дата звернення 01.02.2022).

286. Emerging COVID-19 success story: the challenge of maintaining progress. Exemplars in global health. URL: <https://www.exemplars.health/emerging-topics/epidemic-preparedness-and-response/covid-19/germany> (дата звернення 01.02.2022).

287. Норвегія: преобразование системы первичной медико-санитарной помощи во время пандемии. Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/513581/primary-health-care-Norway-rus.pdf (дата звернення 01.02.2022).

288. Jisan Lee, Young-Taek Park, Yu Rang Park and Jae-Ho Lee. Review of National-Level Personal Health Records in Advanced Countries, *Health Inform Res*, 2021, №27(2), pp.102-109.

289. Гавриченко Д.Г. Міжнародний досвід використання державних електронних послуг в сфері охорони здоров'я. Modern aspects of science [колективна монографія]. Publishing Group «Vědecká perspektiva», 2021, Czech Republic, pp.433-445 (p.10.2).

290. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я, уроки для України. URL: http://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf (дата звернення 01.02.2022).

291. Порядок надання інформаційних та інших послуг з використанням електронної інформаційної системи «Електронний Уряд»: наказ Державного комітету зв'язку та інформатизації України від 15.08.2003 №149. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1066-03> (дата звернення 01.02.2022).

292. Електронні послуги – сутність, етапи впровадження, проблеми, приклади. Електронне урядування. URL: https://egov.at.ua/publ/pro_elektronne_urjaduvannja_v_ukrajini/elektronni_poslugi/elektronni_poslugi_sutnist_etapi_vprovadzhennja_problemi_prikladi/24-1-0-68 (дата звернення 01.02.2022).

293. Про електронні довірчі послуги: Закон України від 5 жовтня 2017 року № 2155-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2155-19> (дата звернення 01.02.2021).

294. Набрал чинності Закон України «Про електронні довірчі послуги». Peregrin Capital Group. URL: <http://peregrin-group.com/ua/news/2607> (дата звернення 01.02.2022).

295. Електронні послуги. Міністерство цифрової трансформації України. URL: <https://www.e.gov.ua/ua/projects/e-services> (дата звернення 01.02.2022).

296. Про затвердження плану заходів з реалізації Концепції популяризації України у світі та просування інтересів України у світовому інформаційному просторі: розпорядження Кабінету Міністрів України від 7 червня 2017 р. №383-р. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/383-2017-%D1%80> (дата звернення 01.02.2022).

297. Набуття чинності Закону «Про електронні довірчі послуги»: наслідки для бізнесу. ЛІГА ЗАКОН. URL: https://jurliga.ligazakon.net/news/184910_nabuttya-chinnost-zakonu-pro-elektronn-dovrch-poslugi-nasldki-dlya-bznesu (дата звернення 01.02.2022).

298. Про затвердження Порядку використання електронних довірчих послуг в органах державної влади, органах місцевого самоврядування, підприємствах, установах та організаціях державної форми власності: постанова Кабінету Міністрів України від 19.09.2018 № 749. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/749-2018-%D0%BF> (дата звернення 01.02.2022).

299. Про схвалення Концепції розвитку електронного урядування в Україні: розпорядження Кабінету Міністрів України від 20 вересня 2017 р. №649-р. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/250287124> (дата звернення 01.02.2022).

300. Цифрова економіка та інформаційно-комп'ютерні технології. Кабінет міністрів України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/uploads/public/602/581/51d/60258151d2896461958259.pdf> (дата звернення 01.02.2022).

301. Електронна демократія і врядування. UAReforms. URL: <https://uareforms.org/reforms/e-democracy> (дата звернення 01.02.2022).

302. Програма діяльності Уряду. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/programa-diyalnosti-uryadu> (дата звернення 01.02.2022).

303. Гавриченко Д. Г. Розвиток державної електронної системи охорони здоров'я в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. №22. С.120-125.

304. Реформа системи охорони здоров'я. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya> (дата звернення 01.02.2022).

305. Статистична інформація. Державна служба статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення 01.02.2022).

306. Как будет работать e-Health: без медкарты и с электронными рецептами. URL: https://24tv.ua/health/ru/kak_rabotaet_e_health_kabinet_pacienta_i_elektronnye_bolnichnye_n1093222 (дата звернення 01.02.2022).

307. Супрун У. Плани змін в охороні здоров'я у 2019 році. *Дайджест змін в охороні здоров'я*. 2018. №11. URL: https://moz.gov.ua/uploads/1/7988-moz_digest_11_2018.pdf (дата звернення 01.02.2022).

308. Гавриченко Д.Г. Публічні інструменти інформатизації сфери охорони здоров'я в умовах пандемії COVID-19 у світі. *Наукові перспективи*. 2021. №11(17). С.445-453.

309. Health resources. Organisation for Economic Cooperation and Development. URL:https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/doctors/indicator/english_4355e1ec-en?parentId=http%3A%2F%2Finstance.metastore.ingenta.com%2Fcontent%2Fthematicgrouping%2F777a9575-en (дата звернення 22.05.2022).

310. Гавриченко Д.Г. Державне регулювання трансформацій у сфері охорони здоров'я України. *Наукові інновації та передові технології*. 2022. № 1(3). С.21-34.

311. Nursing graduates. Organisation for Economic Cooperation and Development. URL: https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/8/10/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&_csp_=_ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemIGO=oecd&itemContentType=book (дата звернення 22.05.2022).

312. Kryshchanovych, M., Kotyk, T., Tiurina, T., Kovrei, D., & Dzhandan, H. Pedagogical and Psychological Aspects of the Implementation of Model of the Value Attitude to Health. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 2020. №11(2Sup1), pp.127-138.

313. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. World Health Organization. URL: https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1 (дата звернення 02.06.2022)

314. Богдан Д., Бойко А., Василькова А. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні: ситуаційний аналіз. Київ: Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я», 2019. 133 с.

315. Власенко Р. Шляхи подолання диспропорції кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я на регіональному рівні. Київ: Національний інститут стратегічних досліджень, 2020. 9 с.

316. Orlova N.S., Diegtiar O.A., Kozureva O.V., Kondratenko N.O., Volkova M.V. Enhancing Ukraine's Competitiveness In A Global Space Under Conditions Of Sustainable Economic Development. *34th IBIMA Conference*, 13-14 November 2019 Madrid, Spain, pp.7634

317. Гавриченко Д. Г. Освітні трансформації у сфері охорони здоров'я України. *Публічне адміністрування та національна безпека*. 2022. №3. URL: <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2022-3-8027> (дата звернення 01.02.2022).

318. Опубліковано стратегію розвитку вищої освіти в Україні на 2022-2032 роки. Міністерство освіти і науки України. URL: <https://mon.gov.ua/ua/news/opublikovano-strategiyu-rozvitku-vishoyi-osviti-v-ukrayini-na-2022-2032-roki> (дата звернення 22.05.2022).

319. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників: постанова Кабінету Міністрів України від 14 липня 2021 р. № 725. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021-%D0%BF#Text> (дата звернення 22.05.2022).

320. Безперервний професійний розвиток. Міністерство охорони здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua/bezperervnij-profesijnij-rozvitok> (дата звернення 22.05.2022).

321. Представлено проєкт стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками. URL: <https://www.dls.gov.ua/news/predstavleno-proekt-strategii-rozvi/> (дата звернення 22.05.2022).

322. Future of Jobs Survey 2020. World Economic Forum. URL: http://www3.weforum.org/docs/WEF_Future_of_Jobs_2020.pdf (дата звернення 22.05.2022).

323. Загальна інформація. Центр тестування при Міністерстві охорони здоров'я. URL: <https://www.testcentr.org.ua/uk/pro-nas/zahalna-informatsiia> (дата звернення 22.05.2022).

324. Система тестових іспитів. Центр тестування при Міністерстві охорони здоров'я. URL: <https://www.testcentr.org.ua/uk/ispyty/potochna-informatsiia/pro-medychni-litsenziini-ispyty> (дата звернення 22.05.2022).

325. Аналітична довідка до результатів складання першого етапу Єдиного державного кваліфікаційного іспиту: Інтегрований тестовий іспит Крок 1 та Іспит з англійської мови професійного спрямування для спеціальності «Фармація» (для іноземних здобувачів). Центр тестування при Міністерстві охорони здоров'я. URL: <https://www.testcentr.org.ua/ai/2021/ai-krok1-pharm-f-09.02.2021.pdf> (дата звернення 22.05.2022).

326. Аналітична довідка до результатів складання першого етапу Єдиного державного кваліфікаційного іспиту: Інтегрований тестовий іспит Крок 1 та Іспит з англійської мови професійного спрямування для спеціальності «Стоматологія» (для іноземних здобувачів). Центр тестування при Міністерстві охорони здоров'я. URL: <https://www.testcentr.org.ua/ai/2021/ai-krok1-stom-f-09.02.2021.pdf> (дата звернення 22.05.2022).

327. Аналітична довідка до результатів складання першого етапу Єдиного державного кваліфікаційного іспиту: Інтегрований тестовий іспит Крок 1 та Іспит з англійської мови професійного спрямування для спеціальності «Медицина» (для іноземних здобувачів) Центр тестування при Міністерстві охорони здоров'я. URL: <https://www.testcentr.org.ua/ai/2021/ai-krok1-med-f-09.02.2021.pdf> (дата звернення 22.05.2022).

328. Аналітична довідка до результатів складання другого етапу єдиного державного кваліфікаційного іспиту: інтегрованого тестового іспиту Крок 2 для спеціальності «Фармація» (для студентів заочна форма навчання) у статусі пілотного. Центр тестування при Міністерстві охорони здоров'я. URL: <https://www.testcentr.org.ua/ai/2021/ai-krok2-pharm-26012021.pdf> (дата звернення 22.05.2022).

329. Аналітична довідка до результатів складання першого етапу Єдиного державного кваліфікаційного іспиту: Інтегрований тестовий іспит Крок 2 для спеціальності «Технології медичної діагностики та лікування». Центр тестування при Міністерстві охорони здоров'я. URL: <https://www.testcentr.org.ua/ai/2021/ai-krok2-md-27012021.pdf> (дата звернення 22.05.2022).

330. Аналітична довідка до результатів складання першого етапу Єдиного державного кваліфікаційного іспиту: Інтегрований тестовий іспит Крок 2 для спеціальності «Громадське здоров'я». Центр тестування при Міністерстві охорони здоров'я. URL: <https://www.testcentr.org.ua/ai/2021/ai-krok2-gz-12.05.2021.pdf> (дата звернення 22.05.2022).

331. Аналітична довідка до результатів складання першого етапу Єдиного державного кваліфікаційного іспиту: Інтегрований тестовий іспит Крок 2 для спеціальності «Фармація. Промислова фармація». Центр тестування при Міністерстві охорони здоров'я. URL: <https://www.testcentr.org.ua/ai/2021/ai-krok2-pharm-03062021.pdf> (дата звернення 22.05.2022).

332. Аналітична довідка до результатів складання ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 2. Загальна лікарська підготовка» (вітчизняні здобувачі). Центр тестування при Міністерстві охорони здоров'я. URL: <https://www.testcentr.org.ua/ai/2021/ai-krok2-med-18052021.pdf> (дата звернення 22.05.2022).

333. Про схвалення Стратегії розвитку медичної освіти в Україні: розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 лютого 2019 р. № 95-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/95-2019-p#Text> (дата звернення 22.05.2022).

334. Що робити інтернам, які не мають можливості проходити практичну частину інтернатури на базах стажування у зв'язку із воєнним станом? Міністерство охорони здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua/article/for-medical-staff/scho-robity-internam-jaki-ne-majut-mozhливosti-prohoditi-praktichnu-chastinu-internaturi-na-bazah-stazhuvannja-u-zv%e2%80%99jazku-iz-voennim-stanom> (дата звернення 22.05.2022).

335. Про особливості проведення циклів спеціалізації за деякими лікарськими спеціальностями в умовах воєнного стану: наказ Міністерства охорони здоров'я від 29.03.2022 № 539. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0539282-22#Text> (дата звернення 22.05.2022).

336. МОЗ ухвалив наказ про спеціалізацію за деякими лікарськими спеціальностями на час війни. Міністерство охорони здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua/article/for-medical-staff/moz-uhvaliv-nakaz-pro-specializaciju-za-dejakimi-likarskimi-specialnostjami-na-chas-vijni> (дата звернення 22.05.2022).

337. Про облік та табелювання медичних працівників, які надають медичну допомогу поза основним місцем роботи в період воєнного стану на території України: наказ Міністерства охорони здоров'я від 04.03.2022 № 414. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0414282-22#Text> (дата звернення 22.05.2022).

338. Які документи потрібні внутрішньо переміщеним медикам для працевлаштування в інші заклади охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я. URL: [https://moz.gov.ua/article/for-medical-staff/jaki-dokumenty-potribni-vnutrishno-peremischenim-medikam--dlja-pracenvlashtuvannja-v-inshi-zakladi-ohoroni-zdorov%e2%80%99ja](https://moz.gov.ua/article/for-medical-staff/jaki-dokumenty-potribni-vnutrishno-peremischenim-medikam-dlja-pracenvlashtuvannja-v-inshi-zakladi-ohoroni-zdorov%e2%80%99ja) (дата звернення 22.05.2022).

339. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників: постанова Кабінету міністрів України від 14 липня 2021 р. № 725. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021-p#Text> (дата звернення 02.06.2022)

340. Реформа охорони здоров'я починається з кадрів. Урядовий кур'єр. URL: <https://ukurier.gov.ua/uk/articles/reforma-ohoroni-zdorovya-pochinayetsya-z-kadriv/> (дата звернення 22.05.2022).

341. Гавриченко Д.Г. Публічні механізми трансформацій у формуванні кадрового потенціалу галузі охорони здоров'я *Публічне управління та регіональний розвиток*. 2022. №2. С. 62 -82.

342. Підвищення кваліфікації лікарів — хто кому режисер? Ваше здоров'я. URL: <https://www.vz.kiev.ua/pidvyshheniya-kvalifikatsiyi-likariv-hto-komu-rezhyser/> (дата звернення 22.05.2022).

ДОДАТКИ

ДОВІДКИ
про використання результатів дисертаційної роботи



ДНІПРОПЕТРОВСЬКА ОБЛАСНА ВІЙСЬКОВА АДМІНІСТРАЦІЯ

ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

пр. Олександра Поля, 2, м. Дніпро, 49000 тел.(факс) 742-87-62, e-mail guoz@adm.dp.gov.ua,
http://dozdniiprooda.com.ua/, код ЄДРПОУ 33769381

Довідка
про використання результатів дисертаційної роботи
Гавриченка Дмитра Георгійовича,
на тему
**«Публічні механізми трансформації та розвитку сфери охорони здоров'я
України»**

У дисертаційній роботі Гавриченко Д.Г. на основі дослідження механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я в зарубіжних країнах, аналізу результатів реформування сфери охорони здоров'я та викликів сучасності в Україні обґрунтовано, що трансформаційні процеси у сфері охорони здоров'я є ключовими на шляху до досягнення Цілей сталого розвитку.

Автором визначено ризики формування ефективної системи охорони здоров'я в Україні та доведено, що сфера охорони здоров'я України потребує трансформаційних механізмів та переорієнтації підходів до управління галузі для реалізації стратегічних завдань.

Виходячи із стратегічних завдань, євроінтеграційних процесів та світових тенденцій розвитку сфери охорони здоров'я Гавриченко Д.Г. визначено пріоритетні напрями трансформацій механізму надання електронних послуг (комунікація та інформація, моніторинг і нагляд, підтримка надання медичних послуг, вакцинація, імунітет та фармаконагляд) та кадрового механізму (медична освіта та наука, ефективна система лідерства та управління кадровими ресурсами, людиноорієнтованість у професійній діяльності працівників). Реалізація зазначених напрямків на принципах відповідальності за загальне благополуччя та здоров'я населення дозволить створити умови для сталого розвитку медичних закладів, зростання заробітних плат та покращення умов праці медичних працівників. Результати дисертаційного дослідження використані при формуванні Плану роботи Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації на 2022 рік.

Довідка надана для представлення до спеціалізованої вченої ради із захисту дисертацій для здобуття наукового ступеня доктора наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 механізми державного управління.

Заступник директора
департаменту



Вікторія КУЛИК



ОДЕСЬКА МІСЬКА РАДА
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

65022, Україна, м. Одеса, вул. Косовська, 2-Д, тел. 753-15-75, e-mail: gorzdrav@omr.gov.ua

До. О.Г. Додат. № 01/01-40/431

На № _____ від _____

Довідка про використання результатів дисертаційної роботи
Гавриченко Дмитра Георгійовича, виконаної з теми «Публічні механізми
трансформації та розвитку сфери охорони здоров'я України»

У дисертаційній роботі Гавриченко Д.Г. обґрунтовано роль місцевої влади у формуванні громадського здоров'я, визначеного ключовим орієнтиром державної політики на шляху до досягнення Цілі 3 Цілей сталого розвитку. Автором досліджено публічні механізми регулювання охорони здоров'я в умовах децентралізації та узагальнено ініціативи громад, які реалізовані у відповідь на виклики пандемії COVID-19 та розвитку цифрового здоров'я.

В дисертаційній роботі доведено, що активна залученість територіальних громад та налагодження їх взаємодії з відповідними інститутами за ключовими домовленостями (укрупнення лікарень, створення пунктів надання амбулаторних послуг, розробка стратегії розвитку кадрів, встановлення рівня обов'язкової фінансової участі громад в утриманні та розвитку лікарень, тощо) має значний вплив на ефективність державної політики. Автором виділено пріоритетні напрямки діяльності громади в трансформації публічних механізмів регулювання охорони здоров'я: посилення існуючої співпраці з інститутами та ключовими вразливими групами населення, встановлення нових партнерств, заохочення діяльності локальних громадських організацій, оптимізація медичних працівників. Реалізація зазначених пріоритетів дозволить забезпечити спроможність громадського здоров'я на місцевому рівні, залучити додаткові фінансові ресурси та зміцнити довіру громадян до влади. Результати дисертаційного дослідження використані при формуванні Програми економічного і соціального розвитку міста Одеси на 2021-2022 рр. та реалізації Міської цільової програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу гепатитам та наркоманії у місті Одесі «Прискорена відповідь Одеса» («Fast-Track Odesa») на 2021-2023 рр. та Міської цільової програми «Здоров'я» м.Одеса на 2021-2023 рр.

Довідка надана для представлення до спеціалізованої вченої ради із захисту дисертацій для здобуття наукового ступеня доктора наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 – механізми державного управління.



В.о. директора Департаменту

Левон НИКОГОСЯН



У К Р А Ї Н А
РІВНЕНСЬКА ОБЛАСНА РАДА

Майдан Просвіти, 1, м.Рівне, 33013, тел. (036-2) 695-202, факс (036-2) 62-00-64. E-mail: oblrada@ror.gov.ua

22.07.2022 № 01/12 - 261р

На № _____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеня доктора наук з державного управління

Дмитра ГАВРИЧЕНКА

на тему

«Публічні механізми трансформації та розвитку сфери охорони здоров'я України»

У дисертаційній роботі Дмитра ГАВРИЧЕНКА на основі порівняльного аналізу досліджено іноземний та вітчизняний досвід використання публічних механізмів трансформацій та розвитку сфери охорони здоров'я відповідно до чотирьох показників (громадське здоров'я, доступ до лікарських засобів, надання послуг в охороні здоров'я та фінансування, кадрові ресурси системи охорони здоров'я). Також у дисертаційній роботі автором визначено головні проблеми розвитку медичної галузі на рівні регіону.

На основі проведеного аналізу системи охорони здоров'я Дмитром ГАВРИЧЕНКОМ запропоновано алгоритм дій щодо забезпечення спроможної системи громадського здоров'я на рівні регіону. Впровадження в практику діяльності громад запропонованого алгоритму дозволить якісно управляти процесом формування безпеки у сфері громадського здоров'я на регіональному рівні.

Результати дисертаційного дослідження використані при затвердженні та внесенні змін Програми фінансової підтримки та розвитку обласних комунальних підприємств та закладів охорони здоров'я Рівненської обласної ради на 2021-2022 роки (затверджена рішенням обласної ради від 24 грудня 2020 року № 50 зі змінами), при розгляді та затвердженні рішення обласної ради від 17 грудня 2021 року № 423 «Про Програму економічного та соціального розвитку Рівненської області на 2022 рік».

Заступник голови ради



Олексій БУЧИНСЬКИЙ



+38 (048) 730-00-30
Гаряча лінія 24/7
9000
Швидка допомога

Одеса, Україна, 65006
вул. Розкидайлівська, 69/71
help@odrex-med.com
www.odrex.ua

Вих.№ 351 від 20.07.2022

ДОВІДКА

про використання результатів дисертаційної роботи
Гавриченка Дмитра Георгійовича за темою «Публічні механізми
трансформації та розвитку сфери охорони здоров'я України»

У дисертаційній роботі Гавриченка Дмитра Георгійовича досліджено стратегічні напрями розвитку кадрового потенціалу у сфері охорони здоров'я. Також, визначено зміни у системі освіти у підготовці фахівців у сфері охорони здоров'я за 2018-2021 в умовах реформування системи освіти, медичної галузі, публічного управління. Доведена необхідність трансформацій у механізмах публічного управління щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я за умов дотримання міжнародних стандартів та можливостей удосконалення рівня кадрових ресурсів системи охорони здоров'я.

Рекомендації автора щодо функціонування ефективної системи лідерства та управління кадровими ресурсами впроваджено у діяльності ТОВ «ДІМ МЕДИЦИНИ» та містить наступні шляхи: ефективне функціонування інституту менеджменту; формування системи корпоративного управління закладу, підвищення мотивації та рівня професійної кваліфікації кадрів (лікарів, медичного персоналу). Наведені шляхи дозволять сформувати нову стратегію кадрового забезпечення закладу охорони здоров'я в умовах трансформацій.

Довідка видана для пред'явлення до спеціалізованої вченої ради із захисту дисертацій для здобуття наукового ступеня доктора наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 – механізми державного управління.

Генеральний директор



Тігран АРУТЮНЯН



ОДЕСЬКА МІСЬКА РАДА
 ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО
«МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ № 11»
ОДЕСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
(КНП «МКЛ №11» ОМР)

вул. Академіка Воробйова, 5-Г, м. Одеса, 65006, тел. (048) 793-24-25, E-mail: mcl11@omr.gov.ua
 Код ЄДРПОУ 02774415

Довідка про використання результатів дисертаційної роботи Гавриченко Дмитра Георгійовича, виконаної з теми «Публічні механізми трансформації та розвитку сфери охорони здоров'я України»

У дисертаційній роботі Гавриченко Д.Г. на основі дослідження публічних механізмів регулювання охорони здоров'я в умовах децентралізації обґрунтовано, що системи охорони здоров'я будується на кардинальних змінах організаційно-економічних принципів управління на всіх рівнях управління: державному, регіональному та місцевому.

Автором досліджено трансформаційні процеси госпітальної мережі закладів охорони здоров'я в Україні, головні завдання та принципи їх реалізації в Україні в умовах глобальних та європейських викликів та з урахуванням національних особливостей розвитку сфери охорони здоров'я.

Виходячи з найкращих міжнародних практик впровадження та розвитку державних електронних послуг в сфері охорони здоров'я, тенденцій та можливостей вітчизняної системи охорони здоров'я Гавриченко Д.Г. запропоновано механізм впровадження електронного рецепту в практику діяльності медичного закладу в Україні, який передбачає збір, аналіз, використання та збереження інформації в медичній інформаційній системі, забезпечуючи захист персональних даних пацієнтів та розвиток інфраструктури електронної ідентифікації. Реалізація механізму впровадження електронного рецепту за допомогою інтенсивного використання сучасних інформаційних технологій дозволить сформувати єдиний електронний медичний простір та підвищити якість та доступність медичних послуг для населення. Результати дисертаційного дослідження використані при формуванні Плану стратегічного розвитку КНП «Міська клінічна лікарня №11»

Довідка надана для представлення до спеціалізованої вченої ради із захисту дисертацій для здобуття наукового ступеня доктора наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 – механізми державного управління.

Директор
 КНП «МКЛ №11»ОМР



Микола ТУРЧИН

Доробки вітчизняних науковців щодо розвитку механізмів публічного
(державного) управління у сфері охорони здоров'я

Автор	Запропонований механізм	Сутність
Авторський колектив: Лазоришинець В.В., Слабкий Г.О., Ярош Н.П., Чепелевська Л.А., Шевченко М.В., Кутуза А.С., Ціборовський О.М., Істомин С. В., Кондратюк Н.Ю., Кучеренко Н.Т., Тяпкін Г.М. [31]	Фінансовий	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 КМУ, тощо.
Білинська М.М., Петроє О.М. [21, 32]	Інституційний Фінансовий	Сукупність національних рішень, чи зобов'язань, щодо захисту та поліпшення фізичного та психічного здоров'я та соціального добробуту населення, що є важливою складовою їх національного багатства, захисту генофонду української нації
Бурцева О.Є. [33]	Механізм державно-приватного партнерства	Процедури регуляторного впливу, стосовно вирішення правових, адміністративних, економічних та юридичних питань. Вказані процедури у свою чергу складають механізми взаємодії держави з іншими суб'єктами господарювання задля виконання певних соціально-економічних цілей та отримання відповідної вигоди.
Вовк С.М. [34-35]	Інституційний Організаційний	Цілісність станів та процесів реалізації комплексної дії держави (застосовуючи політичні, економічні, соціальні, організаційні та правові засоби, практичні заходи, важелі, стимули) у процесі вирішення національних питань.
Галацан О.В. [17]	Організаційний Економічний (фінансовий)	Організаційно-економічний механізм державного управління формуванням єдиного простору медичного обслуговування – засіб збалансування державного регулювання й формування ринкових відносин у сфері охорони здоров'я (унормування та контроль діяльності, програмно-цільове управління, державне замовлення та ін.)
Гладун З.С. [6]	Правовий Інституційний	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.

		<p>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.</p> <p>Правовий механізм охорони здоров'я – система правових норм, які творять законодавство про охорону здоров'я і які регулюють зміст та процес здійснення державно-правового регулювання охорони здоров'я.</p>
Григорович В.Р. [22]	Організаційний	<p>Із загального підходу до аналізу механізмів державного управління, В. Григорович рекомендує розглянути механізм управління галузевою системою охорони здоров'я як сукупність п'яти основних (рівнозначних) механізмів: організаційного, адміністративного, правового, інформаційного та фінансового.</p>
Довженко В. А. [36]	Правовий Організаційний	<p>Орієнтація 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</p>
Карамишев Д.В. [19]	Економічний	<p>За базовий автором береться принцип забезпечення оптимального балансу між соціальною й економічною ефективністю системи охорони здоров'я.</p>
Корольчук О.Л. [9]	Інформаційний	<p>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</p>

		охорони репродуктивного здоров'я
Криничко Л.Р. [7]	Кадровий	Кадровий механізм державного управління системою охорони здоров'я є багатопрофільним та переплітається із різними видами державної політики
Криничко Л.Р., Мотайло О. [37]	Фінансовий	Фінансовий механізм державного управління системою охорони здоров'я є складним, адже охоплює різні сфери державної політики та сукупність суб'єктів управління.
Надюк З.О. [10]	Інституційний Правовий	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.
Плужнікова Т.В., Краснова О. [20]	Інституційний Економічний	Механізм державного регулювання сфери охорони здоров'я – 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
Радиш Я.Ф. Кошова С.П. Михальчук В.М. [12]	Організаційний	Механізми державного управління у сфері охорони здоров'я – основа створення єдиного медичного простору. Ефективність медичної допомоги в кінцевому підсумку визначається рівнем організаційних заходів, оптимальною структурою медичних підрозділів, високою якістю технічних засобів, дієздатністю та стійкістю управління, тощо.
Сазонець І. Л. [16]	Інституційний	Структура інституційного механізму державного управління охороною здоров'я базується на інтеграції методів запровадження державної політики в сфері охорони здоров'я, методів управління галуззю, формах застосування важелів управління, конкретних інструментах управління. Процеси активного впливу на систему гуртуються на відповідному забезпеченні, яке можна поділити на правове, нормативне, інформаційне. Окремо зазначено в інституційному механізмі державного управління системою охорони здоров'я вплив міжнародних організацій цієї сфери.
Самофалов Д.О. [15]	Інформаційний	Впровадження електронної системи охорони здоров'я (e-Health) є ключовим фактором оптимізації механізмів публічного управління охороною здоров'я.
Ткачова Н.М. [14]	Механізм державно-приватного партнерства	Впровадження механізму державно-приватного партнерства торкнеться майже всіх напрямків медицини: надання медичних послуг та досліджень (УЗД, МРТ, впровадження сучасного медичного обладнання, препаратів). Крім того, це дозволить змінити підхід до надання допоміжних

		<p>послуг – харчування, транспортування хворих, переглянути менеджмент у медустановах, вдосконалити електронні системи обліку, обслуговування обладнання тощо</p>
Фірсова О.Д. [18]	Організаційний Інформаційний	<p>Організаційний механізм геоінформаційного забезпечення охорони здоров'я – 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.</p>
Фуртак І.І. [13]	Правовий Інформаційно- організаційний	<p>Ефективність правового механізму залежить від повноти, збалансованості, впорядкованості складових нормативно-правового поля систем охорони здоров'я України.</p> <p>Державно-управлінський інформаційно-організаційний механізм охорони здоров'я в Україні складається з системи уповноважених для цього суб'єктів – органів державного і галузевого управління та системного інформаційно-аналітичного забезпечення їх діяльності</p>

Зарубіжні наукові сучасні концепції щодо реформування сфери охорони
здоров'я

№ з/п	Автор	Назва наукової праці, посилання	Зміст наукової концепції
1	М. Гаєта Ф. Кампанелла Л. Капассо Г.М. СкіфіноЛ . Джентіле Г.Банфі Г. Пеліссеро К. Річчі [38]	An overview of different health indicators used in the European Health Systems	Огляд різних моделей та індикаторів здоров'я, які використовуються в європейських системах охорони здоров'я. Надання переваги економічному механізму щодо розвитку системи охорони здоров'я.
2	Г.Дейв, М.К.Вулф, Ж.Корбі-Сміт [39]	Role of hospitals in addressing social determinants of health: A ground water approach	Перспективні напрями удосконалення правового та кадрового механізмів розподілу ресурсів для покращення здоров'я громадян
3	Р.Б.Салтман, Дж. Фігейрас [40]	European health care reform: analysis of current strategies	На основі концептуального та емпіричного підходів, поєднуючи епідеміологічні, економічні, організаційні та управлінські погляди на поточний стан систем охорони здоров'я як у східній, так і в західній частинах Європейського регіону, проаналізовано відповідність існуючих заходів щодо фінансування, організації та надання медичних послуг, а також запропоновано стратегії та методи щодо реформування системи охорони здоров'я.
4	Ш.Мехта [41]	Future of blockchain in health care: potential to improve the accessibility, security and interoperability of electronic health records	Використання технологій блокчейну у реформуванні сфери охорони здоров'я: потенціал використання цифрових технологій з метою покращення доступності та безпеки
5	І.Ш.Мохамед, Ж.С. Хелберн Б.Екман, Д.Сандволл [42]	Inclusion of Essential Universal Health Coverage Services in Essential Packages of Health Services: A Review of 45 Low- and Lower-Middle Income Countries	Особливості економічного забезпечення реформи сфери охорони здоров'я, орієнтованого на інвестиції в медичні послуги.
6	Х.Ван, А.Чуквума, Р.Комса, Т.Дмитраченк о	Generating Political Priority for Primary Health Care Reform in Romania	Підкреслюється роль політичних факторів у формуванні дизайну реформи охорони здоров'я.

	Е.Гонг [43]		
7	Р.Б.Дебер [44]	Health Care Reform: Lessons From Canada	Особливості організаційного та фінансового забезпечення для впровадження реформи сфери охорони здоров'я.
8	П.Дінтранс [45]	Why Health Reforms Fail: Lessons from the 2014 Chilean Attempt to Reform	Перспективи та позитивний досвід інституційного забезпечення реформ сфери охорони здоров'я
9	М.МітчеллЛ.Кан [46]	Digital Technology and the Future of Health Systems	Актуальні питання глобального поширення цифрових технологій, які змінять роботу систем охорони здоров'я у всьому світі
10	В.Р. Окунгу, Д. Мак Інтайр [47]	Does the Informal Sector in Kenya Have Financial Potential to Sustainably Prepay for Health Care? Implications for Financing Universal Health Coverage in Low-Income Settings	Розглянуто шляхи мінімізації регресивного впливу непрямих податків, щоб зробити їх реальним джерелом доходу в системі фінансування охорони здоров'я без внесків; наслідки для фінансування загального медичного страхування в країнах з низькими доходами
11	Б.Бурстрьом К.БурстрьомГ. Нільссон Й.Томсон М.Вайтхед У.Вінблад [48]	Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden – a scoping review	Практика залучення приватного сектору з метою розширення «пропускнуої спроможності» - державно-приватне партнерство.
12	Е.Кассельс [49]	Health sector reform : key issues in less developed countries	Розглянуто інституційний підхід для вирішення проблем реформування сфери охорони здоров'я
13	Дж. Філдінг, В. Дуглас Еванс, Вінсент Фелітті [50]	NHS announces the nation's new health promotion and disease prevention agenda	Досягнення показника «якість медичного сервісу через забезпечення функціонування організаційного механізму сфери охорони здоров'я
14	Г. Айзенбах [51]	What is e-health?	Розглянуто електронне здоров'я як нову галузь на перетині медичної інформатики, громадського здоров'я та бізнесу, що стосується послуг охорони здоров'я та інформації. Висловлено ставлення та прихильність до мережевого глобального мислення, покращення охорони здоров'я на місцевому, регіональному та світовому рівні за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій.

Основні міжнародні документи в сфері охорони здоров'я (на основі [106])

Міжнародний документ	Характеристика
Алма-Атинська декларація ВООЗ з первинної медико-санітарної допомоги	Декларацію було прийнято на міжнародній конференції з первинної медико-санітарної допомоги 12 вересня 1978 р. в Алма-Аті. Декларація вказувала на необхідність здійснення негайних заходів з боку всіх урядів, усіх працівників у сфері охорони здоров'я та всієї світової громадськості з метою охорони та зміцнення здоров'я всіх народів світу. У ній було наголошено, що досягнення здоров'я неможливе без первинної медико-санітарної допомоги, яка має бути доступна всім.
Оттавська хартія зміцнення здоров'я	На першій міжнародній конференції з питань зміцнення здоров'я, що відбулася в Оттаві 21 листопада 1986 р., було представлено Хартію зі зміцнення здоров'я до 2000 р. та після. Ця конференція стала насамперед відповіддю на дедалі більші сподівання на новий рух з громадського здоров'я у світі. Дискусії були зосереджені на потребах промислово розвинених країн, але враховували подібні проблеми у всіх інших регіонах. Конференція була побудована на прогресі, досягнутому завдяки Алма-Атинській декларації ВООЗ з первинної медико-санітарної допомоги, цілям ВООЗ для документа «Здоров'я для всіх» та дискусії на Всесвітній асамблеї охорони здоров'я про міжсекторальні заходи щодо охорони здоров'я. Основні тези, положення та принципи Оттавської хартії стали програмними для світової спільноти щодо діяльності у сфері поліпшення здоров'я населення. Формування здорового способу життя було визнано ефективною системою дій із власними ідеологією, теорією, методологією, методикою та практикою. Хартія визначила п'ять основних напрямів: сприяння запровадженню політики здоров'я; створення сприятливих природних і соціальних середовищ; розвиток активності громад і організацій; розвиток персональних навичок здорового способу життя; переорієнтація пріоритетів системи охорони здоров'я.
Рамкова конвенція ВООЗ боротьби проти тютюну	Рамкова конвенція ВООЗ боротьби проти тютюну (РКБТ) є першою міжнародною угодою, укладеною під егідою ВООЗ. Вона була прийнята на Всесвітній асамблеї охорони здоров'я 21 травня 2003 р. та набула чинності 27 лютого 2005 р., ставши однією з найпоширеніших угод в історії ООН. РКБТ ВООЗ була розроблена у відповідь на глобалізацію тютюнової епідемії і є обґрунтованою угодою, яка підтверджує право людей на найвищий рівень здоров'я. Конвенція є віхою для зміцнення здоров'я населення та забезпечує нові правові аспекти для міжнародної співпраці в галузі громадського здоров'я.
Міжнародні медико-санітарні правила	Міжнародні медико-санітарні правила (ММСП) (ухвалені 2005 р.) – це угода між 196 країнами, зокрема всіма державами – членами ВООЗ, спрямована на спільну працю заради глобальної охорони здоров'я. Завдяки ММСП країни погодилися наростити потенціал для виявлення, оцінювання та повідомлення про події у сфері громадського здоров'я. ВООЗ координує виконання у ММСП та разом із партнерами допомагає країнам нарощувати потенціал. ММСП визначають конкретні заходи в портах, аеропортах і наземному транспорті для обмеження поширення ризиків для здоров'я на сусідні країни та запобігання необґрунтованим обмеженням подорожей і торгівлі, щоб збитки від торгівлі були мінімізовані. Основною метою ММСП є «запобігання, захист, контроль і реагування на загрози здоров'ю, що мають міжнародне значення,

	способами та методами пропорційними ризиками для здоров'я та обмеженими ними, та які уникають зайвих втручань у міжнародну торгівлю». ММСП забезпечують правову основу для важливих медичних документів, що застосовуються до міжнародних подорожей, транспорту та санітарної охорони для користувачів міжнародних аеропортів, портів і наземних переїздів.
Політична декларація Ріо-де-Жанейро щодо соціальних детермінантів	Політична декларація Ріо-де-Жанейро щодо соціальних детермінантів здоров'я була прийнята під час Всесвітньої конференції з питань соціальних детермінантів здоров'я 21 жовтня 2011 р. Декларація висловлює глобальну політичну прихильність до впровадження підходу щодо соціальних детермінантів здоров'я з метою зменшення нерівності у сфері охорони здоров'я та досягнення інших глобальних пріоритетів.
Резолюція Генеральної Асамблеї ООН з профілактики та контролю за неінфекційними хворобами	Нарада ООН на високому рівні з питань запобігання та контролю за неінфекційними захворюваннями в рамках засідання Генеральної Асамблеї ООН (19-20 вересня 2011 р.) надала можливість переглянути поточний глобальний порядок денний у сфері охорони здоров'я та запропонувала чудову платформу для мобілізації політичної волі для спільних дій. Основна мета зустрічі полягала в тому, щоб мобілізувати зобов'язання для протистояння світовій загрозі, спричиненій чотирма «глобально важливими» неінфекційними захворюваннями (серцево-судинними, раком, діабетом і хронічними респіраторними) та пов'язаними з ними факторами ризику: вживання тютюну, нездорове харчування, недостатня фізична активність і шкідливе вживання алкоголю. У продовження резолюції протягом наступних двох років ВООЗ здійснила ряд зусиль щодо встановлення глобальних цілей і плану дій щодо моніторингу неінфекційних захворювань у всьому світі.
Європейський план дій з посилення потенціалу та послуг громадського здоров'я	У вересні 2012 р. на Мальті відбулася 62 сесія Європейського регіонального бюро ВООЗ, де було прийнято Європейський план дій з посилення потенціалу та послуг громадського здоров'я та відповідна резолюція. Ці документи є основними компонентами нової Європейської політики в інтересах здоров'я та добробуту «Здоров'я-2020». У них визначено основні оперативні функції громадського здоров'я.
Гельсінська заява щодо здоров'я у всіх політиках	Восьма глобальна конференція з питань зміцнення здоров'я проходила в Гельсінкі, Фінляндія, 10-14 червня 2013 р. Зустріч спиралася на багату спадщину ідей, дій і доказів, спочатку натхнених Алма-Атинською декларацією ВООЗ з первинної медико-санітарної допомоги (1978 р.) та Оттавською хартією зі зміцнення здоров'я (1986 р.), які визначили міжгалузеві дії та державну політику, спрямовану на підтримку здоров'я, центральними елементами зміцнення здоров'я, досягнення справедливості у сфері охорони здоров'я та реалізації здоров'я як права людини. Наступні глобальні конференції ВООЗ посилили ключові принципи дій щодо зміцнення здоров'я. У 2011 р. ці принципи були підкріплені Політичною декларацією Ріо-де-Жанейро щодо соціальних детермінантів здоров'я, Політичною декларацією Генеральної Асамблеї ООН з профілактики та контролю за неінфекційними хворобами, а у 2012 р. – підсумковим документом «Ріо + 20» («Майбутнє, яке ми хочемо»). Вони також відображені в багатьох інших рамкових документах, стратегіях і резолюціях ВООЗ і сприяли формулюванню цілей розвитку на період після 2015 р. За результатами конференції було прийнято Гельсінську заяву щодо здоров'я у всіх політиках
План дій щодо профілактики та контролю за	План дій щодо профілактики та контролю за неінфекційними захворюваннями в Європейському регіоні ВООЗ на 2016–2025 рр. є продовженням та оновленням Плану дій щодо реалізації європейської

неінфекційними захворюваннями в Європейському регіоні ВООЗ на 2016–2025 рр.	стратегії на 2012-2016 рр. План дій зосереджується на пріоритетних напрямках дій і втручань на наступні 10 років з метою досягнення регіональних і глобальних цілей щодо скорочення передчасної смертності, зменшення тягара захворювань, поліпшення якості життя та вирівнювання показників очікуваної тривалості здорового життя в усьому світі. План дій був розроблений за допомогою консультативного процесу, керованого технічними експертами. У ньому відображені основи політики «Здоров'я-2020», результати нарад ООН на високому рівні з питань неінфекційних захворювань (2011, 2014 р.) і значення прийнятих Цілей сталого розвитку.
---	--

ДОДАТОК Д

Таблиця Д.1

Видатки на громадське здоров'я з 01.01.2020 згідно Закону України «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України» від 07.12.2017 № 2233-VIII [140]

Джерело фінансування	Направленість коштів
З державного бюджету України	<p>первинну медичну допомогу, крім видатків на оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальними закладами охорони здоров'я;</p> <p>державні програми громадського здоров'я та заходи боротьби з епідеміями;</p> <p>державні програми розвитку та підтримки закладів охорони здоров'я, що перебувають у державній власності, згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України;</p> <p>програму державних гарантій медичного обслуговування населення (ст. 87);</p>
З бюджетів міст республіканського, Автономної Республіки Крим та обласного значення, районних бюджетів, бюджетів об'єднаних територіальних громад	<p>первинну медичну допомогу (медичні амбулаторії, фельдшерсько-акушерські і фельдшерські пункти, центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та інші заклади охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу)";</p> <p>оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальними закладами охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, та місцеві програми надання населенню медичних послуг з первинної медичної допомоги населенню;</p> <p>співфінансування оплати медичних послуг, що надаються в рамках програми державних гарантій медичного обслуговування населення, для покриття вартості комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я, які належать відповідним територіальним громадам або є об'єктами права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні районних рад;</p> <p>місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, які належать відповідним територіальним громадам або є об'єктами права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні районних рад, і місцеві програми надання населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення;</p> <p>місцеві програми громадського здоров'я (ст. 89);</p>
З бюджету Автономної Республіки Крим та	<p>співфінансування оплати медичних послуг, що надаються в рамках програми державних гарантій медичного обслуговування населення, для покриття вартості комунальних послуг та енергоносіїв комунальних</p>

обласних бюджетів	<p>закладів охорони здоров'я, які є об'єктами права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні обласних рад;</p> <p>регіональні програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, які є об'єктами права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні обласних рад, і регіональні програми надання населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення;</p> <p>регіональні програми громадського здоров'я (ст. 90).</p>
-------------------	--

ДОДАТОК Ж

Таблиця Ж.1

Вплив регіональної політики на систему охорони здоров'я та добробут місцевих жителів

Середовище	Завдання	Сфери впливу з боку органів місцевого самоврядування	Результат впливу на здоров'я та добробут
Медичне	Створення умов для надання якісних послуг медичної допомоги	<ul style="list-style-type: none"> - Створення спроможної мережі з надання первинної медичної допомоги в громаді - Створення програм стимулів для залучення кращих сімейних лікарів. - Осучаснення матеріально-технічного оснащення в закладах охорони здоров'я. 	<ul style="list-style-type: none"> - Поліпшення фізичного та психічного здоров'я. - Підвищення рівня профілактичних заходів. - Зниження захворюваності та хвороб. - Підвищення якості надання медичної допомоги в громадах.
Соціальне	Створення можливостей для участі людей у житті громади	<ul style="list-style-type: none"> - Соціальний розвиток громади. - Спортивні й оздоровлювальні програми. - Бібліотечні послуги. - Молодіжні послуги. - Безпека в громаді. - Мистецькі та культурні заходи. - Інформаційні послуги. 	<ul style="list-style-type: none"> - Поліпшення фізичного, соціального та психічного здоров'я та добробуту. - Підвищення фізичної активності. - Відчуття приналежності до території та безпеки. - Поліпшення соціальних зв'язків. - Зниження захворюваності та хвороб.
Економічне	Стимулювання економічного розвитку та рівний доступ до ресурсів.	<ul style="list-style-type: none"> - Економічний розвиток. - Зайнятість і створення робочих місць. - Комерційний і промисловий розвиток. - Туризм. - Доступне житло 	<ul style="list-style-type: none"> - Поліпшення фізичного, соціального та психічного здоров'я та добробуту. - Доступне житло. - Вищий рівень життя. - Зниження захворюваності та хвороб.
Інфраструктурне	Створення життєздатного середовища проживання	<ul style="list-style-type: none"> - Містобудування та розвиток. - Інфраструктура громад. - Дороги та вулиці. - Управління рухом і безпекою. - Громадські об'єкти. - Постачання води та водовідведення. 	<ul style="list-style-type: none"> - Поліпшення фізичного, соціального та психічного здоров'я та добробуту. - Підвищення фізичної активності. - Поліпшення соціальних зв'язків. - Зменшення падінь і травм, пов'язаних з рухом.

		<ul style="list-style-type: none"> - Освітлення. - Землеустрій. - Парки та громадські відкриті простори 	<ul style="list-style-type: none"> - Безпечніше середовище для здоров'я. - Зниження захворюваності та хвороб.
Екологічне	Догляд і збереження довкілля	<ul style="list-style-type: none"> - Якість повітря. - Попит і якість води. - Поводження з відходами. - Охорона водних об'єктів і берегів. - Забруднення та небезпеки. - Зміна клімату. - Споживання енергії. - Охорона довкілля. - Зелені насадження 	<ul style="list-style-type: none"> - Поліпшення фізичного, соціального та психічного здоров'я та добробуту. - Підвищення фізичної активності. - Безпечніші харчування, вода та повітря. - Зменшення ризиків для довкілля та для здоров'я. - Зниження захворюваності та хвороб.

ДОДАТОК 3

Таблиця 3.1

Повноваження регіональних інститутів сфери охорони здоров'я в Україні згідно Закону України від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та проекта Закону України «Основні засади діяльності у сфері охорони здоров'я» (на основі [160-165])

Інститут	Повноваження
Місцеві державні адміністрації	<ol style="list-style-type: none"> 1) забезпечують реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я; 2) розробляють проекти програм соціально-економічного розвитку відповідних адміністративно-територіальних одиниць та подають їх на затвердження відповідній раді, звітують перед радою про їх виконання; 3) здійснюють загальне керівництво закладами охорони здоров'я, що належать до сфери їх управління, їх матеріально-фінансове забезпечення; 4) розробляють пропозиції щодо видатків на фінансування охорони здоров'я у проектах місцевих бюджетів, у тому числі здійснення заходів, пов'язаних з медичним забезпеченням приписки громадян України до призовних дільниць, а також призову громадян України на строкову військову службу, та подають їх на розгляд і затвердження відповідним місцевим радам; 5) вживають заходів до збереження мережі закладів охорони здоров'я та розробляють прогнози її розвитку, враховують їх під час розроблення проектів програм соціально-економічного розвитку; 6) вживають заходів до запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям, епізоотіям та їх ліквідації; 7) організують роботу закладів охорони здоров'я з надання допомоги населенню, надають у межах повноважень встановлені пільги і допомогу, пов'язані з охороною материнства і дитинства, поліпшенням умов життя багатодітних сімей; 8) забезпечують санітарне та епідемічне благополуччя населення і створюють умови для здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду на відповідній території; 9) забезпечують виявлення небезпечних факторів, що можуть негативно впливати на здоров'я, інформування населення про ці фактори та здійснення профілактичних, санітарно-гігієнічних, протиепідемічних і природоохоронних заходів, спрямованих на усунення їх впливу; організують медичну просвіту населення; 10) здійснюють заходи із захисту життя та здоров'я людей у разі надзвичайної ситуації, інформування населення про стан довкілля в зоні надзвичайної ситуації та заходи, що вживаються з метою її ліквідації;

	11) здійснення інших встановлених законодавством повноважень у сфері охорони здоров'я.
Органи місцевого самоврядування	<p>1) захист прав і свобод людини і громадянина у сфері охорони здоров'я та забезпечення виконання вимог законодавства про охорону здоров'я;</p> <p>2) затвердження місцевих цільових програм у сфері охорони здоров'я;</p> <p>3) управління закладами охорони здоров'я, які перебувають у власності відповідних територіальних громад чи їх об'єднань або передані їм, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення;</p> <p>4) організація медичного обслуговування у закладах освіти, фізкультури і спорту, оздоровчих закладах, які належать територіальним громадам або передані їм;</p> <p>5) забезпечення у межах наданих повноважень доступності і безоплатності медичного обслуговування на відповідній території;</p> <p>6) забезпечення рівного доступу населення до медичних послуг, що фінансуються за рахунок відповідних місцевих бюджетів, та сприяння пріоритетному розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини;</p> <p>7) забезпечення розвитку всіх видів медичного обслуговування, розвитку і вдосконалення мережі закладів охорони здоров'я усіх форм власності, визначення потреби у медичних працівниках для цих закладів та формування замовлень, укладення договорів на підготовку спеціалістів, організація роботи з підвищення рівня професійних знань і майстерності медичних працівників;</p> <p>8) прийняття рішень про створення та реорганізацію закладів охорони здоров'я, що перебувають у власності відповідних територіальних громад чи їх об'єднань, про можливість об'єднання таких закладів із закладами охорони здоров'я, що перебувають у власності інших територіальних громад чи їх об'єднань, з метою підвищення якості медико-санітарної допомоги, оптимізації мережі зазначених закладів та забезпечення ефективного використання ресурсів;</p> <p>9) забезпечення умов рівного розвитку постачальників медичних послуг усіх форм власності та створення рівних можливостей для використання їх потенціалу з метою надання населенню медичних послуг;</p> <p>10) реєстрація відповідно до законодавства статутів (положень) розташованих на відповідній території закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності;</p> <p>11) організація забезпечення населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення у порядку, визначеному законодавством;</p> <p>12) забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення та створення умов для здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду на відповідній території, здійснення профілактичних, санітарно-гігієнічних, протиепідемічних і природоохоронних заходів; організація регулярного інформування населення про небезпечні фактори та ситуації, що можуть впливати на здоров'я, та про способи поведінки, спрямованої на</p>

	<p>формування здорового способу життя;</p> <p>13) вжиття у разі виникнення надзвичайної ситуації необхідних заходів для забезпечення врятування життя людей, захисту їх здоров'я, санітарного та епідемічного благополуччя;</p> <p>14) сприяння роботі громадських організацій, які провадять діяльність у сфері охорони здоров'я.</p>
Заклади охорони здоров'я	<p>1) безпосереднє надання медичної допомоги.</p> <p>2) планування розвитку мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я та прийняття рішень про їх оптимізацію</p> <p>3) провадить свою діяльність після відповідної акредитації та державної реєстрації, що здійснюється в порядку, встановленому законом, на підставі статуту, що затверджується власником цього закладу або уповноваженим ним органом, та відповідної ліцензії, отриманої в порядку, встановленому законодавством.</p> <p>4) керівникові закладу охорони здоров'я надається незалежність у вирішенні всіх питань, пов'язаних із забезпеченням належної якості та ефективності діяльності очолюваного ним закладу охорони здоров'я в порядку, що встановлюється законом.</p>
Університетська клініка	<p>1) надає багатопрофільну висококваліфіковану медичну допомогу</p> <p>2) поєднує ефективне використання потенціалу науково-педагогічних кадрів вищих навчальних закладів у процесі лікування хворих та забезпечення навчального процесу студентів із використанням клінічної бази.</p> <p>3) забезпечення комплексності і безперервності лікувального процесу пацієнтів і навчального процесу студентів та провадження наукової діяльності.</p>

Особливо небезпечні інфекційні захворювання

Вид інфекційного захворювання	Світова практика	Україна
Поліомієліт	<p>Поліомієліт - це високоінфекційне захворювання, яке спричиняє поліовірус. Епідемічна ситуація щодо поліомієліту в світі викликає занепокоєння. Небезпечними щодо поширення поліомієліту залишалися лише три країни - Афганістан, Нігерія, Індія та Пакистан. Мали місце випадків цього захворювання країнах Сирії, Іраку, Камеруні, Сомалі, Екваторіальній Гвінеї. Активна вакцинація у десятиріччя після цього дозволила ліквідувати поліомієліт у Північній Америці та Європі.</p>	<p>В 2019 році в Україні підтверджено два випадки поліомієліту, викликані шляхом циркулюючого вакцинного поліовірусу типу. У вересні 2021 року вірус виявлено у невакцинованих 17-місячної дівчинки (Рівненська область) та 2-річного хлопчика (Закарпатська область). У 2021 році загальний відсоток охоплення вакцинацією становить 80%. Національна програма з вакцинації, яка почалась 1 лютого 2022 року, направлена на дітей віком від 6 місяців до 6 років [200].</p>
Лептоспіроз	<p>Лептоспіроз – небезпечне інфекційне захворювання, спричинене бактерією <i>Leptospira</i>. Хвороба є однією з найпоширеніших світу, спостерігають її на всіх континентах, окрім Антарктиди. За повідомленням Європейського Центру профілактики та контролю захворювань в країнах Європи щорічно реєструються випадки лептоспірозу. Щорічна захворюваність коливається від 0,02 на 100 тисяч населення в країнах помірному клімату до 100 та більше у тропічному кліматі. Серйозні спалахи цієї хвороби відбуваються після повеней.</p>	<p>В Україні захворюваність на лептоспіроз сезонна і зростає навесні і влітку, коли люди більше часу проводять біля водойм. За 2020 р. в Україні зареєстровано 120 випадків лептоспірозу серед людей (проти 295 випадків в 2019 р.) відмічається зниження захворюваності в 2,4 рази [198]</p>
Малярія	<p>Малярія – загрозливе для життя захворювання, що передається через укуси комарів. Передача малярії відбувається у 91 країні світу, переважно це країни Африки, Азії, Південної і Північної Америк. У 2020 р. у світі зафіксовано 241 млн. випадків захворювання на малярію. 95% усіх випадків захворювання на малярію та 96% випадків смертей від</p>	<p>В Україні передача малярії комарами не відбувається і наразі усі зареєстровані випадки захворювань –завезені. В Україні в 2019 році зафіксовано 41 випадок захворювання, а в 2020 році - 19. Зниження вдвічі кількості випадків малярії пов'язано зі зменшенням кількості подорожей через</p>

	неї характерні для Африканського регіону [201]	пандемію COVID-19.
Сказ	Сказ – це гостре інфекційне захворювання тварин і людини, спричинене нейротропним вірусом сказу із роду <i>Lyssavirus</i> . Сьогодні сказ реєструють у 150 державах і територіях світу, на всіх континентах, окрім Антарктиди. Щороку від цього захворювання в світі гине понад 55 тис. і більше 1 млн. тварин; 95% випадків смерті від сказу фіксують в Африці та Азії.	За 2021 рік в Україні випадків сказу не реєстровано. У 2020 і у 2019 роках зареєстрували по 1 випадку. Найвищий показник захворюваності на сказ зафіксовано у 2007 році – 7 випадків. У 2011 і 2015 роках – по 6. В Україні наявні 74 944 дози антирабічної вакцини та 3 305 доз антирабічного імуноглобуліну [202]
Кір	Найбільший спалах кору було зафіксовано у 2017 році, коли зареєстрували 23 039 підозрілих випадків у 118 округах шести федеральних штатів в Сомалі. Під час недавньої епідемії 2020 року ВООЗ повідомлено про 2 596 підозр на кір, тоді як у 2021 році загалом було зареєстровано 7 494 підозри на кір. У період з 1 по 9 тижень 2022 року виявлено 3 509 підозр на кір у 18 регіонах країни. З 249 зразків, зібраних по всій країні, 57% були позитивними на кір; 81% підтверджених випадків – віком менше 5 років. Охоплення першою дозою вакцини становить 46% за останні 10 років, згідно з національними оцінками ВООЗ - ЮНІСЕФ. Другу дозу вакцинації проти кору включили до програми рутинної імунізації тільки в листопаді 2021 року [202].	У 2017-2020 роках країна пережила загальнонаціональну епідемію кору. За цей період ВООЗ виявлено 115,5 тис. випадків кору, 40 пацієнтів з них померли. У 2021 році в Україні зафіксовано 16 випадків кору, країна зайняла друге місце в Європі за кількістю випадків. Відсоток охоплення вакцинацією від кору в 2021 році зменшився з 95% до 82% [200].
Хвороба Лайма	Хвороба Лайма – інфекційне трансмісивне захворювання. Більшість випадків хвороби Лайма (інфекцію переносять кліщі) фіксують із травня до листопада. Це період найвищої активності іксодових кліщів. Понад 14% населення світу хворіють на недугу Лайма. Поширена у Північній Америці та Європі, і є другою за швидкістю зростання інфекційною хворобою в США після ВІЛ-інфекції. Найвищий рівень зараження виявили у Центральній Європі, він складає	Протягом 2019 року було зареєстровано 4 482 випадки хвороби Лайма серед українців. Зокрема, 833 випадки зафіксували у жителів сільської місцевості, а 492 - у дітей до 17 років [203].

	20%, у Східній Азії – 15,9%, у Західній Європі – 13,5%, у Східній Європі – 10,4%. Щеплення від Лайм-бореліозу не існує.	
Холера	Холера – це гостра кишкова інфекція, спричинена холерним вібрионом серогрупи O1 через забруднену воду або їжу. У світі щорічно відбувається від 1,3 до 4,0 млн. випадків захворювання на холеру та 21000-143 000 випадків смерті від холери. Ендемічні осередки розташовуються в Африці, Південній Америці, Індії та Південно-Східній Азії.	Випадки холери в Україні були зареєстровані в 1998, 1999, 2007, 2011 роках. Останньою європейською країною, яка оголосила епідемію холери, стала Україна. У 2011 році в Донецькій області (м.Маріуполь, Донецька область) було зафіксовано 33 випадки захворювання. Причиною цього були токсигенні штами вібрионів, занесені з іншої країни. Ліквідацію спалаху, який тривала майже три місяці, ускладнювало несвоєчасне звернення постраждалих за допомогою [200, 204].

ДОДАТОК Л

Таблиця Л.1

Порівняльна характеристика систем охорони здоров'я України та країн-сусідів в умовах пандемії [234-238]

Країна	Стан здоров'я	Система охорони здоров'я	Визначені пріоритети розвитку	Фактори ризику	Доступність	Ефективність	Стійкість
Молдова	Тривалість життя зросла: 3,6 роки для жінок (75,75 років) на 2,4 роки для чоловіків (67 років). Загальна тривалість життя – 71 рік. Такий підйом спричинений ухваленням Національної програми імунізації. Рівень смертності - 12,59 (22 місце у світі)	Первинними джерелами для фінансування медичної системи є готівкові платежі та Національна медична страхова компанія. Зовнішні джерела коштів становлять близько 10% загального фінансування. Молдова була однією з країн з найвищими витратами на охорону здоров'я в європейському регіоні, але в абсолютних показниках відповідні видатки є помірними порівняно з іншими країнами.	Розвиток галузевих взаємозв'язків, підвищення прозорості регулювання цін на лікарські препарати, медична освіта населення, реорганізація мережі державних лікарень	Помірний рівень фінансового захисту громадян, низький рівень довіри населення, недовіра реформ	56% респондентів задоволені медичним обслуговуванням. Більшість пацієнтів (80,5%) задоволені знаннями лікарів та медсестер, 67% - в хороших стосунках з працівниками охорони здоров'я. У більш ніж чверті випадків лікарі безпосередньо вимагають неофіційні платежі або подарунки від пацієнтів	Дючі реформи не змогли досягти успіху в плані покращення стану здоров'я, задоволеності клієнтів та фінансового захисту медичних послуг. Відсутні нові реформи у галузі фінансування охорони здоров'я.	Дефіцит реформ нового доступу до медичних послуг. Створено стимули для вищої якості та обсягу медичних послуг. Підвищено доступ до невідкладної та стаціонарної допомоги.
Польща	Очікувана тривалість життя становила 76,6 року, що на чотири роки нижче, ніж у	Витрати на охорону здоров'я є нижчими від середнього по ЄС. Пандемія COVID-19	Зменшення споживання алкоголю серед	Майже половина всіх смертей спричинена	Рівень незадоволених потреб є відносно високим. Зростання	Смертність вище середнього по ЄС. Наявні	Первинна допомога поступово стала

	середньому по ЄС. Висока надлишкова смертність через пандемію COVID-19 спричинила скорочення тривалості життя на 1,4 року.	спричинила додаткові вливання фінансування для підтримки відповідних заходів сектору охорони здоров'я. Близько 72% витрат на охорону здоров'я надходять з державних джерел. Власні витрати на охорону здоров'я – більше 20%.	дорослих, рівня куріння серед дорослих та підлітків, боротьба з ожирінням, розвиток електронної медицини	курінням, пияцтвом та відсутністю фізичної активності. Майже п'ята частина дорослих страждає на ожиріння. Зростаюча популярність електронних сигарет серед молоді викликає занепокоєння.	телеконсультацій допомогло зберегти доступ до первинної медичної допомоги. Доступ до спеціалізованої допомоги є обмеженим для пацієнтів.	можливості посилити політику щодо тютюнопаління та алкоголю для покращення здоров'я населення. Рівень виживання при раку покращився, але залишається порівняно низьким.	першою лінією реагування на COVID-19. Можливості тестування та відстеження хвороби є обмеженими. Темпи вакцинації від COVID-19 є досить низькими.
Румунія	Очікувана тривалість життя скоротилася на 1,4 року. Існує помітний гендерний розрив: жінки живуть майже на вісім років довше, ніж чоловіки. Серцево-судинні захворювання є основною причиною смертності. Високе споживання алкоголю, нездорове харчування як серед дорослих, так і підлітків стабільно зростає.	Витрати на охорону здоров'я зросли, але залишаються другим найнижчим у ЄС загалом. На стаціонарне лікування виділено близько 44% витрат на охорону здоров'я, що є найвищим показником серед країн ЄС. Хоча частка державних видатків на охорону здоров'я є високою і відповідає середньому по ЄС, власні платежі вищі за середні в ЄС і переважають за	Зміцнення первинної медичної допомоги, профілактичних послуг та громадського здоров'я	Дефіцит кадрів для охорони здоров'я та високі власні витрати. Пандемія стимулювала створення кількох електронних інформаційних систем, які можуть зміцнити систему охорони здоров'я.	Кількість незадоволених потреб у медичних оглядах знизилася більш ніж наполовину. Рівень тих, хто відмовився від допомоги є достатньо високим. Телеконсультації використовуються не так широко, як в інших країнах ЄС країни.	Рівень смертності, який можна запобігти, є третім найвищим у ЄС і пов'язаний із серцево-судинними захворюваннями, раком легенів та алкоголізмом. Смертність від від раку передміхурової залози та раку молочної залози більш ніж вдвічі перевищує	Державне інвестування в сектор охорони здоров'я є достатньо високим. Охоплення вакцинацією низьке. Планування та комунікація щодо кампанії вакцинації проти COVID-19 відкладена

		рахунок амбулаторних фармацевтичних витрат.				середній показник по ЄС.	через нестачу поставок.
Словаччина	Очікувана тривалість життя впала майже на один рік через смерть від COVID-19. В країні один із найвищих показників смертності від раку в ЄС. Наявні диспропорції в очікуваній тривалості життя за соціально-економічним статусом.	Словаччина витрачає на охорону здоров'я менше половини середнього показника ЄС – 1 513 євро. Близько 80% витрат на охорону здоров'я фінансуються з державного бюджету, а власні платежі становили майже 20% витрат.	Ефективна політики громадського здоров'я, зменшення передчасної смерті.	Споживання тютюну дорослими, споживання алкоголю, ожиріння серед дорослих і підлітків через погані харчові звички та обмежений рівень фізичної активності.	Лише 2,7 % населення повідомляє про незадоволені потреби в медичній допомозі. Введення телемедицини допомогло зберегти доступ до допомоги протягом другої хвили пандемії.	Словаччина має один із найвищих показників смертності від причин, які можна запобігти та вилікувати в ЄС. Серцево-судинні захворювання залишаються основною причиною смерті.	Швидке впровадження заходів стримування. 40 % населення мали отримати дві дози вакцини (або еквівалент) – пропорція менша ніж у середньому по ЄС
Угорщина	Очікувана тривалість життя зменшилась на 10 місяців. У 2021 році середньостатистичний громадянин прожив майже на п'ять років менше, ніж у середньому по ЄС.	Витрати на охорону здоров'я зростають помірними темпами, але залишаються нижчими від середнього по ЄС. Державне фінансування становить дві третини всіх витрат на охорону здоров'я, що нижче середнього по ЄС (80%). Рівня власних витрат є достатньо високим.	Розвиток телемедицини; збільшення якості медичних послуг, підвищення оплати праці медичним працівникам через нестачу робочої сили.	Рівень надмірного споживання алкоголю серед підлітків та дорослих є високим. Частка дорослих, які страждають ожирінням перевищує середній показник по	Рівень незадоволених медичних потреб тимчасово зріс. Кожна третя людина зафіксувала незадоволені потреби в порівнянні з кожним п'ятим у всьому ЄС. 45% людей відвідували онлайн-консультації порівняно з 39% у середньому по ЄС.	Рівень смертності від причин, які можна запобігти, є найвищим серед усіх країн ЄС. Наявні проблеми з якістю медичних послуг.	Збільшено кількість працівників. Одночасно країна запровадила політику, щоб зарезервувати частину лікарняних ліжок для пацієнтів із COVID-19, що призвело

		Під час пандемії уряд запровадив значне підвищення заробітної плати, щоб зупинити відтік медичних працівників з державного сектору.		ЄС.			до затримки допомоги деяким іншим пацієнтам. Рівень вакцинації відносно повільний.
Україна	Середня тривалість життя населення в цілому нижча, ніж середня в світі: 63 роки у чоловіків і 73 роки у жінок. Проблема старіння та депопуляції в Україні найвища в Європі. Система охорони здоров'я України за показниками смертності, боротьби з інфекційними та хронічними захворюваннями значно відстає від розвинених країн світу.	Аналіз стану здоров'я населення України свідчить про невисокий рівень народжуваності, високий рівень смертності, скороченні середньої очікуваної тривалості життя та, як наслідок, незадовільну медико-демографічну ситуацію. Запроваджений спеціальний модуль у системі електронного здоров'я (електронний рецепт).	Медична реформа, громадське здоров'я, спеціалізована медицина, доступні та якісні лікарські засоби, розвиток електронних сервісів	Міграція українських спеціалістів в європейські країни, брак кваліфікованих медичних кадрів, низький рівень оплати праці медичних працівників, низький рівень доступності та якості надання медичних послуг	В країні реалізована інтегрована модель, яка забезпечує збалансоване, доказове, безперервне надання послуг. Мережа надавачів послуг в сфері охорони здоров'я відповідає потребам суспільства. Автоматизовано 97% державних медичних закладів первинного рівня медичної допомоги та 93% закладів, що надають спеціалізовану, третинну та екстрену медичну допомогу.	Ключовими інструментами є планова імунізація; вакцинація; Програма медичних гарантій, розширена програма «Доступні ліки», підвищені вимоги до лікування онкологічних захворювань, розвиток електронних сервісів.	Рівень планової імунізації населення найнижчий у світі, що пов'язано з високим ступенем недовіри до них та відсутністю необхідної кількості вакцин

Перелік послуг, передбачених програмою медичних гарантій
на 2020-2022 рр. [249]

Вид послуги	2020	2021	2022
Первинна медична допомога	600,48 грн	651,6 грн - 5% за вакцинацію КПК; - Додаткові можливості на рівні ПМД (ВІЛ, ЗПТ, ТБ, вакцинація від COVID-19)	786 грн; - Розширення індикаторів умов виконання договору
Екстрена медична допомога	116,61 грн - Додатковий пакет для реагування на COVID-	235 грн - Коефіцієнти за додаткове навантаження через COVID	270 грн
Спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога	20 пакетів медичних послуг, з яких: - в 10 відбувалась оплата за фактично надані медичні послуги	25 пакетів медичних послуг, з яких: - в 17 відбувається оплата за фактично надані медичні послуги; - Розширення коефіцієнтів	Збільшення тарифів від 6% до 59%; - Новий пакет медичних послуг «Хірургія одного дня»; - Уточнення специфікацій та умов закупівлі; - Розширення коефіцієнтів: підвищені коефіцієнти за надання допомоги дітям та дорослим
Амбулаторна допомога	7 пакетів - Амбулаторний пакет: - 49,42 грн. - 3 коефіцієнти (хірургічні втручання, консультації, стоматологія); - Розрахунок вартості медичних послуг на основі паперової статистики - 6 пріоритетних послуг (ендоскопічні	9 пакетів - Амбулаторний пакет: - 143,24 грн - 11 коефіцієнтів в залежності від виду послуг; - Стоматологічна допомога: - 116 грн - 713 надавачів - Ведення вагітності в амбулаторних умовах: - 720 грн на місяць - 613 надавачів - 6 пріоритетних послуг із збільшеними тарифами (ендоскопічні	Амбулаторний пакет: - 149,47 грн - 11 коефіцієнтів в залежності від виду послуг - Стоматологічна допомога: - 123,19 грн. - Ведення вагітності в амбулаторних умовах: - 761 грн на місяць - 6 пріоритетних послуг із збільшеними тарифами

	дослідження та мамографія)	дослідження та мамографія) - Розрахунок на даних ЕСОЗ	(ендоскопічні дослідження та мамографія) - Розрахунок на даних ЕСОЗ
Діаліз	1 пакет - Гемодіаліз: - 1 894,16грн.	2 пакети - Гемодіаліз: - 2074 грн - 109 надавачів - Перитонеальний діаліз: - 806 грн та 1384 грн - 31 надавач - Розрахунок на даних ЕСОЗ	Гемодіаліз: - 2 270 грн - Перитонеальний діаліз: - 861 грн; - Розрахунок на даних ЕСОЗ
Онкологія	2 пакети: -Хіміотерапія: 17843,96 грн - Променеватерапія: 30327,75 грн	3 пакети - Хіміотерапія: 25 529 грн Коефіцієнт за лікування дітей –3,555 Коефіцієнт за лікування дорослих –0,97 - Променеватерапія: 36 533 грн Коефіцієнт за обладнання –1,5 - Онкогематологія: 54 493 грн Коефіцієнт за лікуваннядітей –3,008 Коефіцієнт за лікування дорослих –0,824 59 надавачів Розрахунок на даних ЕСОЗ	3 пакети - Хіміотерапія: 36 942 грн Коефіцієнт за лікування дітей – 3,555 Коефіцієнт за лікування дорослих –0,97 - Променеватерапія: 74 700 грн Коефіцієнт за обладнання –1,5 - Онкогематологія: 51 555 грн Коефіцієнт за лікування дітей – 3,008 Коефіцієнт за лікування дорослих –0,824 Розрахунок на даних ЕСОЗ
Розлади психіки та поведінки	1 пакет 7 406,4грн - Коефіцієнт за готовність працювати в умовах ІТ	2 пакети - Стаціонарна психіатрія 7 947 грн 12 коефіцієнтів в залежності від складності випадку Коефіцієнт за готовність працювати в умовах ІТ - Мобільна психіатрія: 50 535грн на місяць 61 надавач	2 пакети - Стаціонарна психіатрія 11 568 грн 12 коефіцієнтів в залежності від складності випадку Коефіцієнт за готовність працювати в умовах ІТ - Мобільна психіатрія: 107 156грн на

			місяць
Громадське здоров'я	3 пакети - ТБ: 20663,68 грн - ВІЛ: 1500,05 грн - ЗПТ: 1635,46 грн	4 пакети - ТБ: 40 302 грн - Коефіцієнт за лікарсько-стійкий ТБ - ТБ на ПМД: 775 грн на місяць - ВІЛ: 3 168 грн - ЗПТ: 4 082 грн	4 пакети - ТБ: 46 677 грн - Коефіцієнт за лікарсько-стійкий ТБ - ТБ на ПМД: 835 грн на місяць - ВІЛ: 4 091 грн - ЗПТ: 6 874 грн
Паліативна медична допомога	Тарифи: 7865 грн та 9832 грн.	Тарифи: 13129 грн та 14066 грн; - Використання даних ЕСОЗ	Збільшення тарифів (19,7 тис грн); - Використання даних ЕСОЗ; - Уточнення специфікацій та умов закупівлі
Медична реабілітація	Тариф 6554 грн.	Тариф 7729 грн; - Використання даних ЕСОЗ	Збільшення тарифів (11,2 тис. грн); - Використання даних ЕСОЗ

ДОДАТОК Н
Таблиця Н.1

Розподіл додаткової дотації місцевим бюджетам на вирівнювання їх дохідної спроможності за регіонами в березні-квітні
2022 року [271]

Регіон	Обласні бюджети, грн		Бюджети територіальної громади, грн			Структура, %		Кількість бюджетів, які отримують додаткову дотацію		
	березень 2022 року	квітень 2022 року	березень 2022 року	квітень 2022 року	Δ	березень 2022 року	квітень 2022 року	березень 2022 року	квітень 2022 року	Δ
Вінницька			7 245 017,8	7 535 910,2	290 892,4	1,0	0,8	7	6	-1
Волинська			1 070 091,1	1 609 728,6	539 637,5	0,2	0,2	4	4	0
Дніпропетровська			41 894 943,8	8 324 277,4	-33 570 666,4	6,1	0,9	14	8	-6
Донецька			131005 205,3	93 584 155,0	-37 421 050,2	19,0	10,1	20	28	8
Житомирська			9 764 573,3	6 685 273,5	-3 079 299,8	1,4	0,7	20	11	-9
Закарпатська			945 824,8	1 888 777,3	942 952,5	0,1	0,2	5	6	1
Запорізька			26 561 361,9	87 395 127,4	60 833 765,5	3,8	9,4	36	52	16
Івано-Франківська			375 204,7	3 056 645,5	2 681 440,8	0,1	0,3	2	2	0
Київська	10913841,5		91 297 432,6	201115 678,8	109 818 246,3	13,2	21,6	30	29	-1
Кіровоградська			23 455 239,5	5 197 524,9	-18 257 714,6	3,4	0,6	7	8	1
Луганська			48 324 527,2	71 601 973,2	23 277 446,0	7,0	7,7	16	23	7
Львівська			2 498 097,5	8 083 926,0	5 585 828,6	0,4	0,9	2	5	3
Миколаївська			5 965 320,7	17 305 750,9	11 340 430,2	0,9	1,9	17	23	6
Одеська			10 950 877,2	28 658 935,3	17 708 058,2	1,6	3,1	15	14	-1
Полтавська			76 769 166,0	6 693 451,8	-70 075 714,2	11,1	0,7	11	14	3
Рівненська			807 969,0	1 168 816,0	360 846,9	0,1	0,1	9	8	-1
Сумська			16 237 662,8	16 187 490,7	-50 172,2	2,3	1,7	24	25	1
Тернопільська			5 456 039,4	8 709 046,4	3 253 007,0	0,8	0,9	5	5	0
Харківська			61 507 065,5	198837 795,6	137 330 730,1	8,9	21,4	31	41	10
Херсонська		6087 317,3	44 537 383,6	94 081 553,7	49 544 170,1	6,4	10,8	38	47	9
Хмельницька			1 515 196,6	6 838 165,4	5 322 968,7	0,2	0,7	6	9	3
Черкаська			38 790 406,0	24 073 076,3	-14 717 329,8	5,6	2,6	13	8	-5
Чернівецька			1 485 247,2	620 713,8	-864 533,4	0,2	0,1	3	4	1
Чернігівська	4824830,27		42 766 398,2	24179 795,9	-18 586 602,3	6,2	2,6	44	36	-8
Всього	15738671,8	6087 317,3	691226 251,7	923433 589,6	232 207 337,9	100,0	100,0	379	416	37